



Patientsäkerhetsberättelse

2020

2021-02-26

Lina Bengtsson MAS

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	4
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Vård- och omsorgsnämndens ansvar	5
Verksamhetschefens ansvar	5
Områdeschefens ansvar	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	6
Enhetschefens ansvar	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	11
Socialstyrelsens öppna jämförelser	12
Samverkan med medborgare i övrigt	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	12Fel! Bokmärket är inte definierat.
Egenkontroll.....	13
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	15
Riskanalys	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	16
Informationssäkerhet.....	16
Samverkan vid utskrivning – SVU.....	16
RESULTAT OCH ANALYS	17
Egenkontroll.....	17
Läkemedelsgenomgångar	18
Nutrition	18
Senior Alert	20
Fall och fallolyckor	20
Munhälsa	21
Palliativa registret.....	23
ARBETE MED NATIONELLA	

PUNKTPREVALENSMÄTNINGAR.....	24
Nationell punktprevalensstudie av trycksår.....	24
Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler	25
Avvikelser	27
Avvikelser angående läkemedelshantering	27
Dokumentation	28
Journalgranskning	28
Delegation.....	28
Klagomål och synpunkter.....	29
Händelser och vårdskador	29
MEDICINTEKNIK.....	30
Medicinteknisk avvikelse	30
Periodiskt underhåll	30
REHABILITERING.....	30
Sjukgymnastens/fysioterapeutens insatser	32
Arbetssterapeutens insatser	32
VÅRD OCH OMSORG OM PERSONER MED DEMENS SJUKDOM	33
Verksamheter	33
Mål och strategier för kommande år	36
TRYGG HEMGÅNG	36

Sammanfattning

Hälsa - och välfärdsnämnden har som mål att erbjuda en likvärdig vård- och omsorg av hög kvalitet genom att arbeta systematiskt och förebyggande.

Bedömningen är att verksamheten uppfyller hälsa- och välfärdsnämndens mål även om det finns områden som kan förbättras ytterligare.

Under 2020 har patientsäkerhetsarbetet helt präglats av covid-19 pandemin. I Osby kommun har verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen och endast ett fåtal personer har insjuknat i covid-19.

Det har krävts ett stort arbete av såväl personalen allra närmast vårdtagarna som för chefer och övriga kringfunktioner. Krishanteringsplaner har upprättats och en mängd beslut fattats som handlar om att hantera covid-19. All personal fick utbildning i hygienrutiner i ett tidigt skede vilket har ökat tryggheten för såväl personal som vårdtagare.

Det vanliga arbetet i vardagen har flutit på men förbättringsarbetet som var planerat under 2020 har delvis fått anstå till följd av arbetsbelastningen pga covid-19. Av den anledningen kommer det att arbetas vidare under 2021 med en hel del av arbetet som planerades under 2020.

Flödet av vårdtagare från sjukhuset har varit snabbt och Osby kommun har lyckats väl med att effektivt ta emot personer för att på så sätt undvika onödig vistelse på sjukhus för vårdtagarna.

Liksom under 2019 har det under 2020 funnits vakanser i ledningsorganisationen till följd av sjukdom samt att chefer gått vidare till nya utmaningar. Dessa vakanser i kombination med pandemin har medfört att utvecklingsarbetet blivit lidande. Vi ser också att det är svårt att rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor vilket påverkar verksamheten med press på övrig personal samt chefer för att täcka vakanserna. För att garantera patientsäkerheten är det viktigt att säkerställa en tillräcklig bemanning av sjuksköterskor dygnets alla timmar.

Det har som nämnts arbetats mycket med hygienrutiner vilket har gjort att genomförd egenkontroll hade mycket gott resultat.

Den demografiska utvecklingen samt de ökade krav som ställs på kommunens hälso- och sjukvård genom hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner innebär att ett fortsatt arbete för att göra rätt saker, ha en fullgod kompetensförsörjning och attrahera hälso- och sjukvårdspersonal är mycket viktigt. Allt mer hälso- och sjukvård kommer att ske i kommunal regi framöver. Osby kommun har en god hälso- och sjukvårdsorganisation men det är viktigt att fortsätta detta goda arbete och satsa på det förebyggande arbetet.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen PSL ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse årligen. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnått.

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. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Hälsa- och välfärdsnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet har påbörjats och det arbetet fortgår.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Hälsa- och välfärdsnämndens ansvar

Hälsa- och välfärdsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att

verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Områdeschefens ansvar

Följa upp och svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med förvaltningschef och områdeschefer att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Samverkan med andra vårdgivare ingår också i MAS ansvar.

I MAS uppdrag ingår även att enligt HSLF-FS 2017:41 anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskade (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. MAS ansvarar även för att rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till IVO. Anmälningsskyldigheten framgår av 3 kap. 7§ PSL.

Enhetschefens ansvar

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur hälsa- och välfärdsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Målet är att patienterna ska uppleva en obruten vårdprocess oavsett huvudman och att samverkan leder till minskad risk för att patienterna ska drabbas av vårdskador. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Hälsa- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna
- <http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%88Arden-i-Ska%CC%88Ane.pdf>
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa AB
- Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne

Hälsa- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) är ett utvecklingsavtal och reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. I avtalet beskrivs förutom avtalets olika delar, även samverkan som sker på olika nivåer i organisationerna. Ett samverkansforum i avtalet med direkt koppling till patientsäkerheten är medicinsk samverkan, där medicinskt ansvariga läkare i primärvård och slutenvård träffar kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt personer på strategiska tjänster som arbetar för patientsäkerheten. Inom ramen för HS-avtalet sker samverkan i en tjänstemannaberedning på förvaltningsnivå, med representation från kommuner i nordost och region Skåne samt en operativ tjänstemannaberedning på verksamhetschefsnivå.

Under 2020 har det planerats för att operativa tjänstemannaberedningen ska arbeta med frågor som rör följande områden:

-
- fortsatt arbete med kompetensförsörjning och kompetensutveckling enligt fastställd plan
 - fortsatt arbete med implementering av gemensamma beslut om e-hälsa och informationsförsörjning
 - fortsatt uppbyggnad av Region Skånes läkarstöd enligt delregional planering, med fortsatt anpassning av arbetssätt och bemanning av kommunernas sjuksköterskefunktion i takt med uppbyggnad av läkarstödet
 - handlingsplaner för fokusområdena är beroende av hur läkarstödet kommer att vara ombyggt och flera frågor står därför fortfarande kvar att besvara och väntar på vilka beslut
 - fokusområdena kommer att vara aktuella också under 2021 till följd av att mycket av arbetet pausades till följd av hög arbetsbelastning pga covid-19 för alla inom vård och omsorg.

Gränslös vård Hässleholm, Osby och Perstorp

Samverkansforum, där kommuner, slutenvård, primärvård och ASIH träffas regelbundet för att gemensamt hitta samverkan och arbetssätt över vårdgivargränserna.

RIVÖ

Samverkan för att förebygga risker i vårdens övergångar (RIVÖ) – en samverkansgrupp med representanter som arbetar patientnära. Denna lokala grupp har representanter från tre kommuner, slutenvård (sjukhuset i Hässleholm), ASIH och primärvård. Gruppen tar med sig avvikelser (oönskade händelser). Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att komma fram till konkreta lösningar som sedan återkopplas i egen verksamhet i ett lärande syfte.

Resultat

RIVÖ är ett uppskattat samverkansforum. Deltagarna diskuterar tillsammans uppkomna aktuella avvikande händelser. Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att undvika att avvikelser uppstår och ett lärande sker. Dialogerna möjliggör en bättre förståelse för de olika organisationernas förutsättningar. Förutom diskussion kring uppkomna avvikelser, strävas det efter en samsyn kring tolkningen av regelverket och att kunskapsnivån ska bli mer jämn.

Lokal samverkan

- Regelbundna möten med verksamhetscheferna för vårdcentralerna i Osby.

-
- Regelbundna möten mellan sjuksköterskor, enhetschefer och vårdcentraler
 - Regelbundna möten med ASIH

Övrig samverkan

Osby kommun deltar aktivt i Forskningsplattformen, Högskolan Kristianstad.

- Samverkan Hjälpmedelscentrum östra Skåne (HÖS)
- Samverkan MASAR nordost
- Samverkan Högskolan Kristianstad

MAS har även representerat nordöstra Skåne i MAS/MAR-samråd med Skånes kommuner samt i olika arbetsgrupper.

SVPL IT- Mina planer

Multisjuka äldre med komplexa sjukdomar och stora omvårdnadsinsatser har idag kortare vårdtider och mer av den specialiserade vården sköts utanför slutenvårdens inrättningar. Detta ställer höga krav på planeringen och samordningen av vården. Ett webbaserat system för samordnad vårdplanering – SVPL-IT ”mina planer” finns mellan primärvården, sjukhusen och kommunerna i Skåne. Systemet är tänkt att förbättra informationsöverföringen mellan vårdgivarna och därmed stärka patientsäkerheten.

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ska ge en samlad beskrivning av individens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP gäller för patienter i alla åldrar och med alla olika vård- och omsorgsbehov. En SIP ska upprättas när behov finns. SIP kan ibland behöva upprättas innan utskrivning från sjukhus, då det finns ett behov av samordning av insatser och behov. En SIP ska ge en begriplig och hanterbar helhet för patienten, närstående och personal.

Resultat och analys

Dokumentationen i mina planer behöver förbättras. Flera avvikelser mellan huvudmännen hade kunnat undvikas om IT-verktyget hade använts optimalt. Det som brister är kunskapen om regelverk och svårigheten att hålla personal uppdaterad då omsättningen på nyanställda är stor oavsett huvudman.

I Osby kommun sker mycket få SIPar under tiden patienterna är inlagda på sjukhus, de genomförs istället när patienterna kommit hem.

IHOPA

Under 2020 har ett projekt genomförts i samarbete mellan sjukhuset i Hässleholm, ASIH samt kommunerna Osby, Hässleholm och Perstorp som kallas IHOPA. Syftet har varit att samordna insatserna inför att vårdtagaren skrivs ut från sjukhus och förbättra kommunikationen mellan vårdgivarna och resultatet har fallit mycket väl ut. Alla deltagare i projektet uppfattar att kommunikationen har förbättrats och övergången mellan vårdgivarna har blivit bättre.

Läkarmedverkan

Lokala avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Osby kommun finns upprättade.

Lokala samverkansmöten sker tillsammans med företrädare från kommunen, vårdcentralerna samt ASIH. Även sjukhusen och psykiatrin medverkar.

I och med införandet av HS-avtalet finns ett så kallat Mobilt vårdteam. Patienter som uppfyller fyra av nedanstående fastställda kriterier kan erbjudas och skrivas in i detta team. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas tillsammans med kommunen inför/vid inskrivning.

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste 12 månaderna
- Sex eller fler stående läkemedel (exkl. ögondroppar, salvor etc)
- Patienten klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- Erhåller hemsjukvård

Vårdformen innebär att man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö med läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunal vård som bas i teamet. Läkarestödet fortsätter att successivt utformas men påverkas av läkarbrist i nordöstra Skåne. Att vårdcentralerna har lyckats rekrytera läkare som stannar under längre tid påverkar vården mycket positivt.

Resultat:

Under 2020 har implementeringsarbetet avstannat något till följd av hög arbetsbelastning samt att ny personal börjat i verksamheten. I samband med det har inte introduktionen kunnat ske på optimalt sätt då resurserna har prioriterats till covid-19. Avtal finns mellan vårdcentralen och läkarbilen som utgår från Hässleholms sjukhus. Samarbetet mellan vårdcentralerna och kommunens hälso- och

sjukvård är mycket gott och fungerar väl.

Region Skåne har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal finns mellan hälsa – och välfärd i Osby kommun och Helsa AB respektive Vårdcentralen Osby. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos listad patient, kan mobila teamet från Hässleholms sjukhus alternativt Falck Ambulans AB kontaktas. De läkarbemannade hembesöksbilarna har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.

Det finns ett mobilt läkarstöd, en bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset i Hässleholm. Det mobila läkarstödet fungerar främst som sjukhusets förlängda arm och kan följa upp patienter som annars skulle behövt ligga kvar längre på sjukhuset. Bilen kan också kallas ut av primärvården om deras läkare inte har möjlighet att bedöma patienten. Bilen har varit i drift parallellt med Falcks hembesöksbilar. Vi har endast haft bilen ute vid enstaka tillfällen. De gånger den varit ute har det fungerat väl.

Fokus på SIP är starkt uttalat i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, SIP är ett krav för att bli inskriven i den nya vårdformen. Dock finns det fortfarande förbättringspotential, främst gällande kvaliteten inom Osby kommun. En gemensam handlingsplan finns upprättad tillsammans med vårdcentralerna för att få ett flöde i arbetet med SIP. Att arbeta med SIP är nu etablerat som arbetsform men kvaliteten i SIP behöver utvecklas ytterligare.

FoU nätverk Skåne nordost

FoU (Forskning och utveckling) nätverk är ett viktigt led i den gemensamma utvecklingen av vård och omsorg. Syftet med nätverken är att utbyta erfarenheter, ge inspiration och att samverka kring gemensamma utmaningar och mål. Osby kommun har haft representation i nätverken.

Patienters och närståendes delaktighet

Patientlag 2014:821

Patienter och i förekommande fall närstående ska göras delaktiga i vården. Det kan ske genom att:

- medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- medverka vid upprättande av SIP – Samordnad Individuell Plan

-
- bli informerade om när nationella studier genomförs
 - bli informerade vid utredning av vårdskador
 - bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Socialstyrelsens öppna jämförelser

Socialstyrelsen gör årligen en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende.

Här finns undersökningen i sin helhet:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, mervetare, veteranerna etc.

Verksamheten arbetar mycket med att vara synliga på sociala medier och att bjuda in närstående vid aktiviteter. Under 2020 har närstående inte kunnat bjudas in som tidigare till följd av covid-19.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rapporteringsskyldighet

All personal har skyldighet att rapportera vid risk för vårdskada eller vid händelser som kunnat medföra en vårdskada. All personal inom vård- och omsorg får information om rapporteringsskyldigheten, dels vid nyanställning och därefter fortlöpande. Det gäller för såväl avvikelserapportering, lex Sarah och lex Maria.

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen. Under 2020 har ingen anmälan gjorts enligt lex Maria och 6 rapporter enligt lex Sarah har gjorts men ingen har skickats till IVO. 3 medicinska avvikelser har inrapporterats.

Synpunkter och klagomål

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

Klagomål och synpunkter som skickas eller lämnas in till förvaltningen sam-

manställs i diariet samt hanteras av ansvarig chef som skyndsamt ska utreda synpunkten eller klagomålet samt lämna ett svar till den som lämnat synpunkten.

Patientsäkerhetsarbete under året med Covid19

Året 2020 blev ett speciellt år där så många resurser har fått prioriteras om för att hantera den pandemi som spreds över världen. WHO deklarerade den 11 mars att 114 länder hittat sjukdomsfall av covid19. Länderna uppmanades att förbereda sig och vidta åtgärder för att förhindra samhällsspridning och att upprätta strategier för att skydda äldre personer samt personer med risk för att drabbas av sjukdomen. I takt med olika myndighetsåtgärder, förberedde Osby kommun sig för pandemin. Osby kommun hade till skillnad mot många andra ett litet pandemiförråd som hjälpte oss i början då det var väldigt svårt att få tag i skyddsutrustning, handsprit och ytdesinfektion. Lokala företag ställde upp och prioriterade att leverera handsprit och ytdesinfektion till kommunen. Kommunens näringslivsutvecklare hjälpte till med detta arbete. Personalen på alla nivåer har gjort ett helt fantastiskt arbete under pandemin. Samtliga har varit mycket belastade men trots det agerat föredömligt.

- Kommunövergripande krisledningsstab sammankallades i mars månad med möten tre gånger/veckan vilket sedan har justerats utifrån behov och rådande läge. Representation från Hälsa och välfärd via förvaltningschef. MAS ingick i kommunens operativa krisledningsgrupp.
- Kommunövergripande och lokal pandemiplan uppdaterades.
- Omvärldsbevakning och upprättande av lokala rutiner och checklistor skedde fortlöpande efter myndigheternas rekommendationer. Listor för statistik upprättades.
- De som kunde skulle jobba hemifrån.
- Förrådsansvarig utsågs för att ha bästa möjliga kontroll för hantering, rapportering, beställning och skötsel av förråd för skyddsutrustning.
- Sjuksköterskeorganisationen var behjälpliga med att smittspåra samt att vaccinera.
- Chef i beredskap samt smittspårningsteam under jourtid utsågs där ledningsorganisationen ingick.
- MAS tillsammans med denhetschefer har samordnat personalvaccinering och aktuella reservlistor för vaccinering.

Covidrelaterad samverkan

För att omvärldsbevaka och följa med i det ständigt föränderliga flödet av information, har kommunen på olika sätt deltagit i nationella, reg-

ionala och lokala samverkansforum. Samtliga forum har varit digitala.

- Veckomöten via WIS, Länsstyrelsens webbaserade informationssystem, med syfte att samordna statlig verksamhet. Representation på mötena var aktörer som på olika nivåer har ansvar för samhällsnydd och beredskap.
- Veckomöten med primärvårdscluster, där tre kommuner samt tillhörande offentliga och privata primärvårdsenheter träffats för uppdatering av Covidläget samt för information och erfarenhetsutbyte.
- Covidavstämning på lokal nivå där kommun, privata vårdgivare tillsammans med ASIH samt privat och offentlig vårdcentral i Östra Göinge träffats. Veckomöten med uppdatering av covidläget samt för att samverka kring covidrelaterade arbetsuppgifter som inventeringar, smittspårningar, vaccinering och läget för skyddsutrustning. Lokala rutiner som upprättades delades mellan samtliga deltagare för samsyn och för att underlätta informationsspridningen i verksamheterna.
- Samverkansmöten covid19 och rehabilitering med representation av enhetschefer, rehab chefer, rehab enheter MAS och MAR från nordostkommunerna, Hässleholms sjukhus, Centralsjukhuset Kristianstad samt primärvård.
- Månadsmöten med Smittskydd och vårdhygien Skåne för information och möjlighet att ställa frågor för förtydligande gällande smittskydd och hygienfrågor/rutiner.
- Veckomöten med kommunförbundet och Region Skåne gällande vaccineringsfrågor.
- Veckomöten med vaccinationssamordnare CSK och tre kommuner för att optimera vaccinering av personal i kommunerna. Samverkan skedde för att se till att kommunerna kunnat hålla samma faser i vaccinationsordningen genom att frikostigt samverka med antalet tider i vaccinationsspåret.
- Regelbundna möten med MAS-nätverk nordost. För kunskaps och erfarenhetsutbyte relaterat till Covid19.

Resultat och analys

I en tid av snabba beslut och där förutsättningarna ständigt har ändrats, med kort framförhållning, har samverkan under året satts på prov. Såväl intern som extern samverkan har fungerat föredömligt. Vårdpersonal har förhållit sig till omprioriteringar och att arbeta i full skyddsutrustning under lång tid för att förhindra smittspridning. Samtliga chefer och annan personal på ledningsnivå har gjort sitt yttersta för att möjliggöra arbetet efter de förutsättningar som funnits. Arbetet upplevs ha haft god effekt då smittspridning inom verksamheterna varit låg.

Trots många smittspårningar med många personer involverade, konsta-

terades få patienter positiva. Få har avlidit i covid-19 i särskilt boende under året.

Samtliga involverade har tagit stort ansvar och arbetat utanför annars givna ramar för att på olika sätt hantera uppkomna situationer. Sjuksköterskorna har tagit ett stort ansvar i att ställa om för att kunna vara behjälpliga vid smittspårningar och vaccineringsfaser. Legitimerad personal och chefer har hjälpt vårdcentraler och andra vårdgivare med inventeringar för olika vaccinationsspår och vaccineringsfaser.

Under 2020 insjuknade 16 personer i covid-19 inom hälsa- och välfärds verksamhetsområde.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång per år	HALT- Senior alert, ej under 2019 eller 2020
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Senior Alert – PPM Separat egenkontroll
Hygienronder	1 gång per år Hanterats specifikt utifrån covid-19	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger - RIVÖ	8 gång per år	Protokoll
Avvikelse	Kontinuerligt	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Nattfasta	1 gång per år	Nattfastemätning

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Risikanalyser

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

Risikanalyser genomförs för att skador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård och omsorg. Risikanalyser genomförs alltid i samband med verksamhetsförändringar och där beaktas även patientperspektivet.

De risker som vårdgivaren ser är främst risker i samband med vårdens övergångar, främst mellan olika vårdgivare. För att jobba med dessa finns en samverkansgrupp där representanter finns från kommun, primärvård och Hässleholms sjukhus. MAS samt vårdplanerare eller sjuksköterska från korttiden ingår i denna grupp.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Beskriver händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut till obehöriga, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs. Rutin finns för informationssäkerhet och behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen (EU 2016,679, GDPR) följs och en GDPR ansvarig finns i kommunen som är behjälplig för samtliga förvaltningar i dessa frågor.

Resultat

Loggkontroller har utförts under året enligt gällande rutin och inget avvikande har upptäckts.

Förvaltningen har i dagsläget inte möjlighet att rapportera vårdåtgärder enligt KVÅ-koder vilket är en brist, då det är obligatoriskt att rapportera till Socialstyrelsen. Anledningen är att vi har ett gammalt journalsystem som inte kan utföra denna åtgärd. Under 2019 har ett nytt verksamhetssystem upphandlats där kravet att rapportera enligt KVÅ finns med. Implementering av det nya verksamhetssystemet har påbörjats under 2020 och kommer att fortsätta under 2021.

Samverkan vid utskrivning – SVU

Från 1 januari 2018 började den nya lagen om samverkan vid utskrivning att gälla. Det innebär att processen med att ta emot personer som skrivs ut från slutenvården förändrades till att bli digital och att kommunerna skulle ta emot patienter inom 3 kalenderdagar efter utskrivning.

Att avvikelserna minskat under 2020 förmodas bero på covid-19.

Vården på alla nivåer har varit otroligt ansträngd och möjligheten att

arbeta med avvikelser förmodas vara mindre än normalt. Trots det har avvikelser inkommit och arbetet fortlöpt.

Avvikelse till	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Psykiatri, Kristianstad	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Ambulans, Hässleholm	0	1	1	0	0	0	1	0	1
ASIH	0	0	0	0	0 (2)	0	0	1 (2)	1
Centralsjukhuset, Kristianstad	6	6	6	5	7	6	17	19	6
Sjukhuset, Hässleholm	2	6	6	4	7	5	2	1	2
Primärvård	0	0	0	0	2	1	1	1	0
Interna, IT mfl								2	3
Skånetrafiken									1
Totalt	8	13	14	9	18	13	21	26	14

MASarna i Hässleholm, Osby och Perstorp har tagit initiativ till en samverkansgrupp kring avvikelser där vårdplanerare och sjuksköterskor från kommunen träffar berörd personal från regionen och tillsammans går igenom aktuella avvikelser, gruppen kallas RIVÖ – risker i vårdens övergångar. Syftet med detta är att det fungerar som ett lärandetillfälle där personal kan utbyta erfarenheter och få förståelse för vilka konsekvenser olika händelser får så att de ska kunna förebyggas. Denna grupp är verksam i samverkan Hässleholms sjukhus sedan flera år och vi ser där en tydlig minskning i antalet avvikelser. Osby kommun har drivit frågan regionalt att få igång RIVÖ i samverkan även med CSK. Under 2020 har en RIVÖ grupp startats i Kristianstadsområdet.

Även IHOPA-projektet tillsammans med Hässleholms sjukhus har pågått under 2020.

Förbättringsförslag 2021:

Fortsätta arbetet med RIVÖ samt medverka i olika samverkansforum för att påverka förbättringar av rutinen. Fortsatt deltagande i IHOPA-projektet tillsammans med Hässleholms sjukhus.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Undvika undernäring	Undvika nattfasta längre än 11 timmar	Nattfastemätning	56% av boende på SÄBO har en ofrivillig nattfasta kortare än 11 timmar	Fortfarande kan resultatet bli bättre. Skillnader mellan enheterna. Använda kollegialt lärande.
Undvika betalningsansvarsdagar i slutenvården	Färre än 2,8 dagar enligt genomsnittsmodellen	Bevaka kvartalsrapporten	Genomsnitt 1,25 dagar	Förvaltningen har ett väl genomarbetat system för att ta emot patienter på ett effektivt sätt efter utskrivning.
Förebygga trycksår, undernäring och fall	Arbeta strukturerat med Senior Alert	Genomföra åtgärder vid risk	90% utförda åtgärder vid risk	En hög andel av åtgärderna genomförs

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende som idag är ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter samt långverkande lugnande medel och sömnmedel. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

Läkemedelsgenomgångar har inte genomförts under året till följd av hög arbetsbelastning relaterat till covid-19.

Planeringen är att fortsätta arbetet med läkemedelsgenomgångar när läget till följd av covid-19 lugnat ner sig och läget är mer normaliserat.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. För att motverka undernäring inom vård och omsorg i Osby kommun har nämnden antagit en nutritionspolicy.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör

följas. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med teamet runt patienten ansvarar för att en riskbedömning sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan. Kommunens dietisttjänst på 50% är inte återbesatt efter att dietisten slutat sin anställning och därför är det primärvårdens dietist som kopplas in vid behov av dietistkompetens.

Nattfasta

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

	Nattfasta < 11 t	Nattfasta 11,1-13 t	Nattfasta över 13 t
Vecka 45 2019	56%	25%	19%
Vecka 40 2018	54%	25%	21%
Vecka 40 2017	70%	17%	13%
Vecka 40 2016	72%	16%	13%
Vecka 47 2015	37%	33%	30%
Vecka 22 2015	31%	51%	18%
Vecka 9 2015	39%	45%	15%
Vecka 40 2014	44%	30%	27%
Vecka 17 2014	49%	35%	16%
Vecka 40 2012	45%	40%	15%
Vecka 12 2011	39%	44%	17%

Resultatet från nattfastemätningen visar att två av SÄBO-enheterna i kommunen lyckas bra med nattfastan. På övriga två SÄBO-enheter är inte resultatet lika bra, vilket drar ner helhetsresultatet. Det visar sig dock att ett idogt och envist arbete med nattfastan gör nytta. En enhet i kommunen har ett perfekt resultat vid nattfastemätningen, 100% har en ofrivillig nattfasta under 11 timmar.

Under 2020 har nattfasta inte genomförts på grund av hög arbetsbelastning till följd av covid-19. Det planeras därför för mätning under våren 2022 istället.

Förbättringsförslag 2021

Enhetschefen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har en viktig uppgift med att driva nutritionsfrågorna på respektive enhet. För att

komma till rätta med följsamheten till rutinen för nattfastan bör mätningar ske oftare under 2022. Utbildningsinsatser har genomförts men arbetet bör följas upp ännu tydligare för att komma åt problemet.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring, trycksår och fallolyckor. Arbetet har inriktats mot teamarbete. Verksamheterna har lyckats väl med att genomföra arbetet trots det ansträngda läget.

Förbättringsförslag 2021

Inför 2022 är det viktigt att verksamheterna följer upp åtgärderna som initieras vid riskbedömningen för att säkerställa att de blir genomförda.

Enhet	Andel utförda åtgärder vid risk i %				Andel riskbedömningar med risk			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Lindhem	81%	98%	99%	97%	93%	96%	95%	92%
Rönnebacken	81%	92%	95%	88%	98%	92%	93%	93%
Bergfast	33%	98%	94%	87%	98%	91%	89%	94%
Soldalen	76%	95%	87%	86%	98%	88%	82%	94%
HTJ/HSV Osby	61%	79%	92%	79%	78%	74%	80%	74%
HTJ/HSV Lönsboda	68%	74%	81%	90%	93%	63%	80%	80%
Korttid/TH Osby	100%	85%	93%	92%	85%	100%	100%	100%
Korttid/TH Lönsboda	89%	100%	0%	0% (endast en person)	100%	50%	50%	100%
Totalt	67%	90%	80%	78%	93%	88%	84%	91%

Fall och fallolyckor

Fall är farligare än vad folk i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95% av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25 procent. Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. En höftfraktur föregås ofta av flera fall.

Under 2020 föll 171 personer 737 gånger. Konsekvenserna av fallen ledde till följande:

Inga konsekvenser:	561
Mjukdelsskada:	86
Sårskada:	63
Annan skada:	22
Fraktur höft/lår:	9
Fraktur arm:	4
Förlängd vårdtid:	2
Skallskada:	1
Ryggkotskada:	1
Fraktur fot/underben:	1

Att byta miljö samt demenssjukdom utgör en särskild risk för fall, det pekar på att det fallförebyggande arbetet bör intensifieras på Spången samt demensenheter.

Förbättringsförslag 2021:

Fortsätta arbeta med handlingsprogrammet för fallförebyggande insatser inom samtliga enheter med tonvikt på Spången och demensenheter.

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid den årliga munhälsobedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas. Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med Region Skåne om samarbete vid munhälsobedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Region Skåne har upphandlat munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av tandvårdsföretaget Oral Care AB.

I senior alert registreras munhälsobedömningar. Det finns fortfarande förbättringspotential avseende antalet registreringar. Vissa enheter är flitigare än andra. I tabellen nedan redovisas alla de bedömningar som gjorts där vårdtagaren hade någon typ av munproblem enligt grad 2 ROAG, dvs avvikelser i munhälsan som med insatser kan åtgärdas av vårdpersonalen. I alla dessa fall ser vi alltså att problem fanns som lätt kan avhjälpas. Om ingen bedömning skett är risken stor att problemen

växt sig större och lett till såväl ökat lidande för individen som ökade kostnader för individ och samhälle. Det är således viktigt att alla fortsätter att arbeta med bedömningarna för att ytterligare förbättra munhälsan framöver.

Under 2020 utfördes 326 riskbedömningar av munhälsa, 319 utfördes med hjälp av ROAG bedömning, i 7 fall gick det inte att genomföra en fullständig bedömning men risk fanns och i 94 fall bedömdes inte munhälsan.

Förbättringsförslag 2021

Munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av vårdplaner. Arbeta kontinuerligt med munhälsobedömningar samt utbilda ROAG-ombud. Fortsatt arbete med munhälsa i senior alert.

BPSD

BPSD innebär beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och drabbar ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. BPSD-registret innebär ett strukturerat arbetssätt att arbeta tvärprofessionellt med vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

Totalt antal BPSD registreringar

År	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	130	158	160	186	217	190	152

Källa: BPSD-registret

Antal registreringar på respektive enhet

Enhet	2017	2018	2019	2020
Rönnebacken	57	53	46	20
Bergfast	11	18	21	11
Osby hemtjänst	3	1	5	2
Lindhem	76	75	72	74
Soldalen	39	70	46	45

Resultat:

Samtliga verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret, dock med varierande frekvens. Fortfarande är antalet registreringar lågt i hemtjänsten vilket

bör förbättras ytterligare. En handlingsplan finns för hur arbetet med BPSD ska ske i samtliga verksamheter.

En försämring har skett från 2019 till 2020 som delvis kan förklaras av covid-19. Dock är de verksamheterna som tidigare varit bra på att jobba med BPSD fortsatt bra medan övriga enheter inte vidtagit tillräckligt med åtgärder för förbättringsarbetet.

Arbetet inom demensvården har omstrukturerats och det är viktigt att följa upp så att arbetet med BPSD fortskrider.

De synpunkter som har lämnats från ansvariga för BPSD-registret är att arbetet ska ske i teamarbete, det kan inte utföras av en enskild person. Alla aspekter är viktiga att väva in. Kvaliteten behöver förbättras genom att alltid ange korrekta uppgifter. De uppgifter som matas in ska stämma med vad som är journalfört. Viktigt att uppgifterna är välgrundade, tex genom viktkontroll mm så att det inte grundar sig på tyckanden.

Kommunen har tre BPSD-koordinatorer som ger stöd till verksamheterna och utbildar fler användare.

Förbättringsförslag 2021:

Registrera i BPSD-registret i samtliga verksamheter med fokus på implementering i hemtjänsten och dagverksamheterna.

Demenssjuksköterskan bör driva detta arbete övergripande tillsammans med enhetscheferna.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Värde i procent %

Indikatorer i palliativa registret – år:	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brytpunktssamtal patient	76	61	70	98	87	37
Brytpunktssamtal närstående	-	-	-	-	-	72
Utfört smärtskattning med validerat instrument	70	73	80	100	80	61
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	97	97	95	98	92	96
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	84	85	88	98	93	96
Förekomst av trycksår vid dödsfallet	10	15	15	10	7	13
Någon närvarande i samband med dödsfallet		82	84	90	89	80
Erbjudande om eftersamtal till närstående		89	95	100	-	85

Munhälsobedömning		83	81	90	75	72
-------------------	--	----	----	----	----	----

Källa: Palliativa registret

Gällande brytpunktssamtal så redovisas de annorlunda 2020, uppdelat på närstående och patient. Här finns förbättringspotential. Gällande erbjudande till patient är oftast orsaken att de är för dåliga att medverka. Smärtskattning utförs inte i tillräcklig omfattning och måste förbättras. Det är glädjande att konstatera att en hög andel erbjuds läkemedel mot smärta och oro.

Förbättringsförslag 2021

Implementera NVP, Nationell Vårdplan Palliativ vård. Driva arbetet med det palliativa nätverket, dels genom sjuksköterskenärvaro på FoU-nätverket, dels genom att bibehålla och utveckla det lokala palliativa nätverket. Det är viktigt att såväl hälso- och sjukvårdspersonal som omvårdnadspersonal har kunskap om palliativ vård.

Arbete med nationella punktprevalensmätningar

Under året har i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting SKL genomförts nationella punktprevalensmätningar.

Nationell punktprevalensstudie av trycksår

På uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har en punktprevalensstudie genomförts för att visa på förekomst av trycksador/trycksår. I Osby kommun genomfördes mätningen av sjuksköterskor och kontaktpersoner hos 240 vårdtagare inom vård och omsorg. En hudbedömning genomfördes på alla vårdtagare för att mäta förekomst av trycksador och vilken kategori de tillhörde. Samtliga äldreboenden gör riskbedömning i Senior Alert.

Resultat 2009 – 2020:

År	Antal Vårdtagare	Andel i %	Trycksår Kat.1	Trycksår Kat. 2	Trycksår Kat. 3	Trycksår Kat. 4
2009	180	10	9	7	1	1
2010	167	8	8	3	1	1
2011	165	5	8	3	0	0
2012	162	9	6	6	1	1
2013	152	4	2	4	1	1
2014	147	4	3	1	1	1
2015	148	4	4	0	0	2
2016	153	7	6	5	2	1
2017	228	5	8	7	1	2
2018	145	16	21	11	4	4

2019	260	18	22	16	4	6
2020	244	7	11	11	3	2

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår 2009-2020

2020-års mätning visade följande:

Antalet trycksår har sjunkit vilket är mycket glädjande. Fortfarande finns ett behov av att fortsätta arbetet för att sänka andelen trycksår ytterligare.

Förbättringsförslag 2021

Fortsätta det strukturerade arbetet med senior alert. Varje vårdtagare med risk för trycksår ska ha en vårdplan med åtgärder för att undvika att tryck utvecklas. Säkerställa att all personal har tillräcklig kunskap om trycksårsprevalens.

Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler

Bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom äldreomsorgen kan ge svåra följder främst genom spridning av antibiotikaresistenta bakterier och smittsamma sjukdomar till äldre personer med nedsatt motståndskraft.

På uppdrag av SKL har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10).

Metoden grundar sig på observationsstudier och genomförs genom att en sjuksköterska med specifikt intresse och kunskap för hygienfrågor gör 10 observationer per enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

I kommunen har observationer utförts i samtliga fyra äldreboende samt i hemtjänst/hemsjukvård Lönsboda respektive Osby. Totalt 6 enheter med totalt 60 observationer.

Särskilt boende:**Ordinärt boende**

År	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete	%	%	%	%	%	%	%	%
Korrekt desinfektion av händerna före	88	75	70	70	75	65	74	67
Korrekt desinfektion av händerna efter	93	98	90	95	75	95	87	86
Korrekt användning av handskar	100	90	88	95	90	100	74	86
Korrekt användning av plastförkläde	93	63	70	55	90	75	77	71
Korrekt arbetsdräkt	95	95	98	60	90	100	87	87
Avsaknad av ringar, armband, klocka	98	95	95	80	95	85	97	89
Kort eller uppsatt hår	93	100	100	100	90	90	92	97
Korta naglar, ej konstgjort material	90	100	100	80	95	95	97	92

Källa: Nationell punkt prevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler – SKR

Denna mätning skedde under våren, precis i början när covid-19 drog igång. Förvaltningen införde genast efter mätningen obligatorisk hygienutbildning till all personal samt vidtog arbetsrättsliga åtgärder vid bristande följsamhet. Alla chefer följde noggrant upp hur rutinerna efterlevdes.

Under hösten genomfördes egenkontroller av följsamhet till hygienrutinerna med mycket gott resultat, följsamheten var ca 96% och nästan all personal kände sig trygga med hygienrutinerna. Arbetet som gjorts under året avseende hygien har haft mycket gott resultat.

HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistenta bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Istället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer.

Ingen HALT-mätning har genomförts i Sverige under 2019. Osby kommun valde att avstå HALT-mätning under 2020 för att skona personalen då arbetsbelastningen var mycket hög och alla resurser behövdes i arbetet med covid-19.

Resultat

Indikator	Osby 2016	Osby 2017	Osby 2018	Riket 2016	Riket 2017	Riket 2018

Totalt antal vårdtagare i HALT-mätningen	137	157	97	12090	24846	14077
Antal vårdtagare med korttidsvård	13	11	1	153	694	108
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	2	2	0	212	368	195
Antal vårdtagare med antibiotika	8	1	2	406	730	422
Antal vårdtagare med profylax	4	1	0	109	138	82
Andel vårdtagare med antibiotika (prevalens)	5%	1%	2%	3%	2%	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	1	2	426	827	469

Avvikelser

Uppföljningar genom egenkontroll

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

Extern läkemedelsgranskning

I december 2018 utfördes en extern läkemedelsgranskning av representant från Apoteket AB. Protokoll upprättades med åtgärdsförslag och läkemedelsrutin har uppdaterats under 2019 med utgångspunkt från granskningsprotokollet.

Avvikelser angående läkemedelshandling

Avvikelserna registreras i ett digitalt program för läkemedelshandling.

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rönnebacken	54	117	154	94	84	65
Bergfast	27	33	64	25	10	6
Lindhem	26	29	12	17	9	48
Soldalen	22	29	42	25	15	16
Omsorgen	0	0	10	2	0	2
HSV Osby	6	24	45	22	40	22
HSV Lönsboda	63	70	48	38	118	42

Totalt	198	302	375	223	276	201
--------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Inrapporterade avvikelser har minskat på de flesta enheter från föregående år. Det är positivt att antalet avvikelser minskar men samtidigt väcks en oro över att alla avvikelser inte rapporteras in.

Hemsjukvården har lyft problematiken kring läkemedelsförvaringen i ordinärt boende. Många vårdtagare har svårt att själv ordna med inköp av låsbart skåp för läkemedelsförvaring.

Förbättringsförslag 2021:

Fortsätta att utbilda all tillsvidareanställd personal i samband med delegation. Förslagsvis vid APT en gång per år samt webutbildning. E-signering ska användas i samtliga verksamheter.

Verksamheten köper in läkemedelsskåp och tillhandahåller dessa mot en avgift. På så sätt blir förvaringen likvärdig och säker och den underlättar för den enskilde.

Dokumentation

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

Journalgranskning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört slumpmässiga journalkontroller inom samtliga verksamheter. Resultatet är överlag bra men aktuell vårdstatus lämnar fortfarande mer att önska. Till viss del beror det på att status är lite svårarbetat i journalsystemet.

För närvarande klarar inte vårt nuvarande journalsystem att leverera uppgifter enligt KVÅ vilket vi är skyldiga att göra. Implementering av nytt verksamhetssystem pågår men det är ett omfattande, krävande och tidsödande arbete.

Delegation

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig,

personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade personalen att regelbundet följa upp sina delegationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte kan delegera katetersättning om man själv inte praktiserar detta. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1982:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning.

Delegeringsmöjligheten ska användas i undantagsfall. På grund av rekryteringssvårigheter i samband med främst semesterperioden har vissa reellt kompetenta undersköterskor fått en utökad delegation. Det har fungerat väl men det är önskvärt att kunna anställa legitimerad personal i sådan omfattning att denna åtgärd blir överflödigt.

Troligen kommer fortfarande inte alla kopior av delegationer in till MAS då antalet delegationer är lägre än förväntat. Behov finns av ett digitalt delegationssystem.

Förbättringsförslag 2021

Säkerställa att delegationsrutinen är välkänd och uppdateras utifrån de problem som identifierats, bland annat avseende att det råder otydlighet gällande chefsskapet för de personer som är vikarier. Arbetet för att förbättra denna rutin påbörjas i början av 2021.

Strukturerad delegationsutbildning för tillsvidareanställd personal.

Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål hanteras av företrädesvis berörd chef eller i vissa fall MAS och svar skickas till den klagande. Synpunkten eller klagomålet lyfts sedan upp i verksamheten vid ett APT eller ledningsmöte för att delge all personal vad som inträffat och diskutera hur en liknande händelse kan undvikas i framtiden.

Händelser och vårdskador

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen.

Följande har rapporterats in:

<i>Typ av rapport</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>IVO 18</i>	<i>IVO19</i>	<i>IVO 20</i>
Lex Sarah	16	12	6	3	0	0
Lex Maria	0	0	0	0	0	0
Anmälan till läkemedelsverket	4	5	3	0	0	0

Ingen lex Sarah har bedömts som allvarlig och skickats vidare till IVO under året. Samtliga rapporter lyfts vid ledningsträffar för spridning på systemnivå samt delges nämnden.

Medicinteknik

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdningsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner. De kommunala riktlinjerna för Medicintekniska produkter finns tillgängliga på såväl intranät som kommunens hemsida.

Medicinteknisk avvikelse

3 avvikelser har anmälts vidare till Läkemedelsverket.

Periodiskt underhåll

En sjuksköterska i Osby har som sitt ansvarsområde att se över alla rutiner samt ansvara för att alla kontroller blir utförda. Viktigt att detta ansvarsområde ses över kontinuerligt om personal byter befattning eller arbete.

Rehabilitering

Under året var 94 vårdtagare inskrivna i Trygg hemgång. 68 i Osby och 26 i Lönsboda.

Av dessa gjordes "Måltavlan" på 36 vårdtagare.

"Måltavlan" är ett instrument som tagits fram av rehabgruppen i Osby kommun. Instrumentet är inte validerat eller reliabelt och kan inte användas som något säkert utvärderingsinstrument.

Dock anser vi att måltavlan tydliggör tendenser som stämmer med vad vi upplever i verkligheten och att "Måltavlan" utgör ett bra arbetsmaterial i diskussion kring rehabilitering och mål med vårdtagare, anhöriga och personal.

Instrumentet är uppdelat i två delar P-ADL (skötsel av person, maxpoäng 60) och I-ADL (skötsel av hushåll, maxpoäng 32). Hög poäng är lika med stort hjälpbehov.

"Måltavlan" är ej gjord på resterande vårdtagare då de varit ovilliga eller ej haft ork att delta, ej haft rehabiliteringsbehov, fått återinläggas på sjukhus/garantiplats på Spången eller ej hunnits med.

Tid i Trygg Hemgång:

Vårdtagarna var inskrivna i Trygg hemgång med rehabiliteringsinsatser mellan 3-42 dagar. Den genomsnittliga inskrivningstiden var ca 15 dagar (527 dagar/35 vt). En vårdtagare stack ut och var inskriven 149 dagar (för rehab insatser, ej med övriga insatser från TH), räknas denna med blir genomsnittliga inskrivningstiden 18,7 dagar.

Inskrivningstiden här kan skilja sig från själva inskrivningstiden i Trygg Hemgång då några vårdtagare har haft insatser med fortsatt rehabilitering efter att Trygg hemgång har avslutats. Måltavlan har då gjorts när rehabiliteringen avslutats/mål uppnåtts.

Resultat:

I P-ADL har 20 vårdtagare förbättrat sina poäng och 16 har oförändrat resultat. 10 vårdtagare var helt självständiga (0-1 poäng) vid utskrivning.

I I-ADL har 9 vårdtagare förbättrat sina poäng och 27 har oförändrat resultat. 3 vårdtagare var helt självständiga (0-2 poäng) vid utskrivning och ytterligare några hade endast små insatser kvar.

Då vi i Måltavlan även kartlägger hur läget varit tidigare (dvs precis innan skada/sjukdom som lett till att man fått Trygg hemgång) kan vi konstatera att många redan tidigare haft stöttning av anhöriga eller hemtjänst med I-ADL.

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 0-28 poäng i P-ADL och 0-32 poäng i I-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-19 resp 0-32 poäng.

Ingen vårdtagare har försämrat resultat på någon av delarna.

Genomsnittspoäng:

P-ADL: inskrivning 9,25 poäng (333/36)

Utskrivning 6,3 poäng (230/36)

I-ADL: inskrivning 23,2 poäng (812/35)

Utskrivning 21,08 poäng (738/35)

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 0-28 poäng i P-ADL och 0-32 poäng i I-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-19 resp 0-32 poäng.

Spången

Antal:

Måltavlan har gjorts på 16 vårdtagare på Spången under 2020. Endast delen för P-ADL har använts här då många av aktiviteterna i I-ADL inte blir tillämpbara här.

Tid på Spången:

Vårdtagarna har haft en vårdtid på Spången på mellan 15-189 dagar.

Genomsnittstiden (1032dagar/16 vt) är 64,5 dagar.

Resultat:

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 9-51 poäng i P-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-30 poäng.

Samtliga vårdtagare visar förbättrade poäng vid utskrivning.

Genomsnittspoäng:

P-ADL: inskrivning 32,4 poäng (518/16)

Utskrivning 13 poäng (209/16)

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 9-51 poäng i P-

ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-30 poäng.

Det är tydligt att rehabiliteringsinsatserna är mycket viktiga för att den enskilde ska uppnå självständighet och en ökad livskvalitet.

Vid behov av rehabilitering skall en rehabplan upprättas, företrädesvis tillsammans med en vårdplan. Önskvärt är att upprättandet av vård- och rehabplan sker i teamsamverkan. Patient som har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk träning skall erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av behörig personal. Vid behov skall ett ADL- eller funktionsstatus upprättas.

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende och i ordinärt boende enligt gällande avtal med region Skåne, s.k. hemrehabilitering. Kommunen har också team i såväl Osby som Lönsboda som arbetar med Trygg hemgång, i samband med hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse. Det arbetet är framgångsrikt då många vårdtagare skrivs ut från Trygg hemgång med inga eller få insatser från hemtjänst. Den enskilde får bättre förutsättningar för ett självständigt liv.

Teamarbetet gällande Senior Alert fortskrider på ett mycket framgångsrikt sätt. Rehabpersonalen har drivit detta arbete på ett utmärkt sätt och arbetet med senior alert är nu verkligen teambaserat och implementerat i våra verksamheter. Rehabpersonalen genomför även förflyttningsutbildning för all personal. Rehabpersonalen är drivande i olika typer av utvecklingsarbete samt ingår i olika team inom hälsa- och välfärdsnämndens verksamhetsområde. Allt detta utförs på ett mycket förtjänstfullt sätt. Utvecklingsarbetet i denna grupp fungerar mycket väl.

Vi har nu inte längre någon dietist anställd i kommunen. Det vore önskvärt att på sikt ha denna resurs i kommunen igen.

Fysioterapeutens insatser

Sjukgymnasten/fysioterapeuten ansvarar för funktionsbedömningar, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till omvårdnadspersonal eller rehabassistenter.

Arbetsterapeutens insatser

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

Arbetsterapeut vid biståndsbedömning

I samband med att invånare i behov av hjälp ansöker om insatser hos biståndsbedömarna så kopplas även arbetsterapeuten in.

Arbetsterapeuten kan då göra en bedömning av om personen som

ansökt om hjälp kan bli självständig med hjälp av träning, hjälpmedel eller bostadsanpassning. Detta arbete påbörjades 2017 och fungerar väldigt väl. Ett fantastiskt arbetssätt som verkligen hjälper individen att vara självständig så länge som möjligt. Ett sådant förebyggande arbetssätt visar på vilken styrka det är med teamarbete samt vilken stor nytta hälso- och sjukvårdspersonal gör i det förebyggande arbetet.

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I Osby kommun beräknas ca 200-250 personer ha någon form av demenssjukdom.

Verksamheter

I kommunen finns 48 lägenheter som räknas som gruppboende för personer med demenssjukdom. Det finns dagverksamhet i Osby och Lönsboda som erbjuder aktiviteter, promenader och utflykter. Under året har denna verksamhet reducerats till följd av covid-19. Istället för att vårdtagarna träffas på dagverksamheten har personalen gett extra stöd till den enskilde i dennes hem. Under hösten startade dagverksamheten upp igen i anpassad form. Den planerade flytten gick inte heller att genomföra som planerat då lokalerna fick tas i bruk till covidenheter.

Ett antal undersköterskor har utbildat sig till specialistundersköterskor inom demensvård och de har haft ett antal träffar under året med utgångspunkt i utvecklingsarbete som de bedriver tillsammans med enhetschef. Ett så kallat hemstödsteam i Osby har ansvar för hemtjänstinsatser till personer med demenssjukdom. Teamet arbetar med hög kontinuitet för att underlätta för vårdtagarna. I Lönsboda finns ett mindre demensteam som arbetar på liknande sätt.

Vid särskilt svåra omvårdnadssituationer finns handledning att tillgå från erfaren och specialistutbildad personal inom kommunen.

I slutet av 2019 stängde dagverksamheten i Lönsboda, samtals skedde individuellt med samtliga deltagare och alla valde att flytta med till Osby.

Växelvård för personer med demenssjukdom upplevs inte alltid som det bästa alternativet för den enskilde. Behov finns av att utveckla alternativa möjligheter till avlastning för att möta behovet hos vårdtagare och närstående.

Förbättringsförslag 2021

Utveckla dagverksamheten till att även omfatta växelvård och flexibel avlastning.

Utbilda all personal i endagsutbildning kring BPSD.

eHälsa och välfärdsteknik

Olika typer av välfärdsteknik samt e-hälsotjänster underlättar såväl insamling av information till hälsodata- och kvalitetsregister, som en snabbare återkoppling till personal, huvudmän, myndigheter och invånare. Vidare skapar detta helt nya förutsättningar för forskningen om utfall och effekt av olika insatser. Användarvänliga och ändamålsenliga dokumentations- och beslutsstöd krävs för att personalen ska kunna samverka för att möta individens behov av koordinerade insatser och för att vid behov kunna dela relevant information med andra personalgrupper i en behandlingsprocess. Under hösten anställdes en utvecklare inom HSL för att arbeta vidare med e-hälsa och implementering av system i verksamheterna. Under denna tid infördes digital signering av läkemedel till hela äldreomsorgen. I samma app testade även några av verksamheterna att registrera status på läkemedel ute på enheterna så att sjuksköterskorna kan beställa nya läkemedel i rätt tid. Fler verksamheter kommer att jobba vidare med detta.

Socialstyrelsen kräver från 2020 att HSL-uppgifter ska lämnas in enligt struktur för ICF och KVÅ. I kommunens befintliga verksamhetssystem är detta inte möjligt. Utvecklaren arbetade därför tillsammans med utsedda superanvändare i verksamheten att sätta sig in i nya förutsättningar för nytt verksamhetssystem samt att konfigurera koder för ICF och KVÅ i nytt system.

E-hälsolösning för vårdtagare med dosdispenserade läkemedel som har överlämning av medicin har testats via digitalt verktyg. Utvecklaren har arbetat med företaget för att skapa förutsättningar att använda inköpt produkt. Tyvärr fungerar inte produkten till fullo. Förbättringar utförs för att implementering ska kunna ske.

Utvecklaren har även arbetat med journalgranskning för att kartlägga dokumentation kring palliativ vård. Verksamheten kommer att gå in i arbete som rör strukturerad form digitalt via NVP för att kvalitetssäkra den palliativa vården. Fortsatt arbete kommer att ske inom detta område.

Nationell patientöversikt – NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. I nytt verksamhetssystem ska det vara möjligt att producera anteckningar från kommunens system till region Skånes system.

Funktion för digitala trygghetslarm är upphandlat för ordinärt boende 2020 i nuläget är 70-80 nya larm utsatta hos vårdtagare.

Under 2020 har arbetet med digitalt läkarstöd i samarbete med Innovation Skåne avstannat. Utfallet har inte blivit vad vi hoppades då juridik och teknik ännu inte har utvecklats på ett sådant sätt att det fungerar i praktiken. Olika utrustning som uppfyller de juridiska kraven har testats men de tekniska kraven har inte uppfyllts. Vi avvaktar nytt projekt eller annan lösning från Regionen.

eHälsa - planering för 2021

- Den elektroniska utvecklingen fortsätter inom vård och omsorg med bl.a.:
- Implementering av nytt verksamhetssystem.
- Fortsatt arbete med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå.

Uppsökande verksamhet

Under 2020 har besök skett via telefon eller reducerats till följd av covid-19.

Vård och omsorg har sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. Från och med 2018 sker besöken istället till de som är 77 år och äldre, i ett projekt tillsammans med Högskolan Kristianstad. De allra flesta tackar ja till besöken. Vid besöket tas i regel följande ämnen upp till diskussion och information:

- sociala aktiviteter
- hälsa, syn och hörsel
- boendesituation
- aktuella läkemedel ev. olämpliga
- riskbedömningar och förebyggande åtgärder för
 - fallolycka
 - felnäring
 - kognitiva besvär
 - benskörhet

Bokningarna sköts numera av assistenter för att använda allas kompetens på bästa sätt. Detta arbetssätt har fallit väl ut och måluppfyllelsen är god.

Screena för förmaksflimmer

Sedan några år erbjuder man att ta ett tum-EKG för möjligheten att finna tidigare upptäckta och obehandlade förmaksflimmer. Många personer känner inte själva att de har ett förmaksflimmer. Obehandlade förmaksflimmer är en stor riskfaktor för att drabbas av stroke. Statistiskt sett kommer ca 20 % av personer med obehandlade förmaksflimmer att drabbas av stroke. Personer som drabbas av stroke pga obehandlat förmaksflimmer får oftast en mycket omfattande stroke, som kan leda till att patienten avlider eller får omfattande skador på hjärnan. Detta innebär stort personligt lidande och mycket höga

samhällskostnader.

Sedan starten har den uppsökande verksamheten funnit strax över 20 nyupptäckta förmaksflimmer. Dessa personer har fått förebyggande antikoagulantibehandling.

Av detta kan man dra slutsatsen att enbart upptäckten av personer med förmaksflimmer och att de kommer till behandling, ger en årlig besparing motsvarande nästan hela kostnaden för den uppsökande verksamheten. Dessutom förhindras ett stort lidande.

Förbättringsförslag för 2021

- Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser när covid-19 läget tillåter

Mål och strategier för kommande år

För att möta den demografiska utvecklingen och de ökade kraven på kommunen som hälso- och sjukvårdsavtalet samt lagen om samverkan vid utskrivning medför är det viktigt att arbeta förebyggande. Den största effektiviseringen samt vinsten för varje individ är att undvika ohälsa. Osby kommun har en lång tradition av att arbeta förebyggande på olika plan för att undvika att ohälsa uppstår.

Målet är att öka patientsäkerheten.

Trygg hemgång

93 personer har varit inskrivna i Trygg hemgång under 2020.

Hälsa- och välfärdsnämnden har som ett mål att Trygg hemgång ska vara ett förstahandsalternativ efter vistelse på sjukhus och att andelen som vårdas i Trygg hemgång ska öka. Vård och rehabilitering i den enskildes hem har ofta mycket god effekt och vårdtagarna är oftast mycket nöjda med den vård som ges. När någon vårdas i Trygg hemgång finns alltid en garantiplats på något av kommunens korttidsboenden tillgänglig för att garantera trygghet för den enskilde. Det är sällan platsen utnyttjas.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård som trädde i kraft 1 januari 2018 har påverkat såväl Trygg hemgång som korttidsvården med ett snabbare flöde vilket ställt ökade krav på all personal att möta behovet och anpassa verksamheten.

Läkarmedverkan

Fortfarande finns en tröghet gällande inskrivning i mobil vårdform och detta arbete behöver utvecklas ytterligare. En svårighet är tillgången på läkare och ett sätt att möta behovet kan vara att ha visst läkarstöd digitalt. Arbetet med att lyfta frågan, såväl på tjänstemannanivå som på politisk nivå är viktigt. I Osby kommun står vi inför andra utmaningar än vad som är fallet i södra Skåne och nordostperspektivet behöver belysas i samtliga samverkansformer för att vi ska komma vidare. Ett ihärdigt arbete med att lyfta frågorna och att verka för att det ska komma till stånd krävs även framöver.

Arbetsterapeut och biståndshandläggare samarbetar vid biståndsbedömning

Under 2017 påbörjades ett utvecklingsarbete där arbetsterapeut medverkar vid biståndshandläggningen i nära samarbete med biståndshandläggare. När den enskilde ansöker om trygghetslarm eller utökning av insatser gör arbetsterapeuten ett hembesök. Syftet är att kartlägga om någon träning eller något hjälpmedel kan sättas in istället för att en insats från hemtjänsten beviljas. Arbetet har mottagits positivt från såväl vårdtagare, biståndshandläggare som arbetsterapeut. I flera fall har träning eller hjälpmedel kunnat vara till hjälp medan det i andra fall gjort att en bedömning skett att den enskilde behöver mer insatser än han eller hon ansökt om. Arbetet är nu etablerat och kommer att fortsätta.

Framtidstrategier

En del av framtidsstrategierna för 2020 finns kvar att arbeta med under 2021 då de inte kunnat fullföljas som tänkt till följd av covid-19.

Förbättringsområde	Ansvarig	Följs upp
Ofrivillig nattfasta ska inte överstiga 11 timmar för boende på SÄBO, dvs alla som så önskar ska erbjudas mat eller dryck som bryter nattfastan.	EC	Vid nattfastemätning
Antalet fall ska fortsätta minska, samtliga enheter ska arbeta fallförebyggande enligt handlingsplanen för fallprevention	EC	Kontinuerligt i senior alert samt i PSB
Implementera teamarbete i hemtjänst/hemsjukvård	EC, OC	Delårsbokslut
BPSD-registreringar på samtliga enheter	EC, demenssjuksköterska	Kontinuerligt i BPSD-registret samt i PSB

Minska förekomsten av trycksår	EC, OAS, AT, SG	PPM-mätning, PSB
Ta fram en utbildningsplan för samtlig personal i trycksårsprofylax	EC, MAS, OC	2021
Gå med i Rikssår	MAS, OC	2022
Implementera nytt verksamhetssystem	OC, MAS, EC	2021
Implementera en standardiserad process för introduktion av personal	OC, EC, MAS	PSB
Införa Nationell Vårdplan Palliativ vård NVP	MAS; EC	2022
Införa nationell handlingsplan för patientsäkerhet	MAS, OC	Påbörja arbetet hösten 2021
Införa ett processverktyg kopplat till stratsys för att underlätta för nyanställda samt vid uppföljning.	MAS, OC	Påbörja arbetet hösten 2021
Säkerställa bemanning av HSL-personal.	OC, EC	Delårsbokslut
Inköp av läkemedelsskåp i ordinärt boende	EC, MAS	PSB