



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

210301

Annika Atterlid Ohlsson

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)

Annelie Elofsson

MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Bokslut 2020 Covid-19:

Leona Stehn

SAS (Socialt ansvarig socionom)

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
Inledning .....	3
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet .....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	10
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll, Resultat och Analys.....	11
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten samt resultat och analys....</b>	<b>17</b>
Riskanalys och resultat.....	29
Utredning av händelser – vårdskador, resultat och analys .....	30
Informationssäkerhet.....	32
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>33</b>
Avvikelser .....	33
Klagomål och synpunkter.....	35
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>37</b>
<b>Framtid.....</b>	<b>39</b>
<b>Bilaga</b>	<b>Bokslut 2020 Covid-19</b>

---

## Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten i Höörs kommun under 2020 varit god i våra verksamheter. Den har i hög grad upprätthållits och till och med skärpts upp inom vissa delar trots pandemin. Pandemin har inneburit ett ökat fokus och en förflyttning i synen på vårdens kärnverksamhet. Hälso- och sjukvårdens portalparagraf; att vården ska prioritera de med störst behov, har ställts till sin spets. Vårdinsatser för de mest kritiskt sjuka har prioriterats där mindre akuta och förebyggande insatser har fått vänta. Beslutsvägar har kortats ner, situationen har krävt och medgett flexibilitet vilket har lett till effektivare möten och mer kärnfulla agendor i mångt och mycket. Teamarbetet har varit A-O. Patientsäkerheten har hela tiden varit i fokus där upprättande och revidering av rutiner genomstrukturerat hela året för att förhindra smitta och smittspridning i våra verksamheter, vilket vi fram till dagsdatum lyckats väl med. Detta arbete kommer fortsätta under 2021 eftersom vi fortfarande har en pågående pandemi i vårt samhälle. Justering av övriga rutiner inom hälso- och sjukvård är ett ständigt pågående arbete som pga pandemin fått stå tillbaka. Vaccinationerna är nu igång vilket inger hopp. 2020 har framförallt genomstrukturerats av Covid-19 och har i stort präglats allt vi gjort. Därav har vi valt att göra ett Covid-bokslut. Bokslutet finns med som bilaga till årets Patientsäkerhetsberättelse.

Avvikelse har registrerats, utretts och åtgärdats i vanlig ordning. Fler avvikelser har registrerats 2020 mot 2019 något vi befarade kunde bli tvärtom pga pandemin, att avvikelserrapportering skulle prioriteras bort med anledning av tidsbrist mm. Men här blev det tvärtom vilket innebär att vi har god följsamhet till rutiner. Den vanligaste avvikelserna är ej givna läkemedel. Synpunkter, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i vårt systematiska kvalitetsarbete, det medför att brister i verksamheten identifieras och åtgärdas vilket leder till att patientsäkerheten förbättras. Antalet avvikelser har som sagt ökat något mot föregående år men det har varit färre av allvarlig karaktär. Inga lex Maria anmälningar har gjorts.

Social sektors medarbetare besitter verkligen kreativitet och förändringsbenägenhet. Vi kan på allvar ställa om snabbt när det gäller. Teamsamverkan och laganda utifrån ett starkt medborgarfokus är ledord. Vi har hela tiden justerat och optimerat, varit innovativa och proaktiva, snabbt utvecklat andra arbetsätt och mötesformer. Digitalisering och innovation har verkligen tagit fart. Fortsatta satsningar på välfärdsteknik har gjorts inom social sektors alla verksamheter.

Implementeringen och utvecklingen av Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner har fortsatt och är nu helt förankrat. Ett arbete som kommer att vidareutvecklas i takt med reformskiftet ”Nära vård”. Svensk sjukvård står inför ett stort organisatoriskt systemskifte där den traditionella sjukhusvården kommer ”flytta ut” från institutionerna till medborgarens närmiljö. Samverkan och innovativa lösningar på alla nivåer kommer bli ledord. Införandet av mobilt vårdteam har varit en framgångsfaktor. Denna vårdform kommer vi garanterat se mer av inom i svensk sjukvård.

---

## Inledning

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

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

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Hälso- och sjukvårdens arbete i Höörs kommun utgår från Kommunfullmäktiges fyra övergripande mål för 2020-2023. De fyra övergripande målen gäller kommunens alla verksamheter. De är en del av vår verksamhetsstyrning och ska vara just styrande och vägledande

1. Medborgarna och företagarna är en resurs i Höörs samhällsutveckling och ska tas tillvara på ett positivt och lösningsfokuserat sätt
2. God livsmiljö och bra boende för alla
3. Förskole- och skolverksamhet med hög kvalitet och god lärmiljö
4. Långsiktig och hållbar ekonomi och miljö.

Utifrån dessa övergripande mål har de olika nämnderna i uppdrag att formulera fokusområde för den egna verksamheten. Social sektor arbetar med nedanstående fokusområden:

1. Samhällskontraktet: Gemensamt mantra: ”Efter mötet med mig ska du vara mer självständig.
2. Folkhälsa: Ta tillvara medborgarens egna resurser, arbeta funktionsstödjande. Utveckla mötesplatser för social samvaro.
4. Digitalisering (Långsiktigt hållbar ekonomi och miljö): Använda varandras kompetenser, Strategisk kompetensförsörjning. E-learning.

Sektorn har gemensamt brutit ner dessa i aktiviteter som verksamheterna arbetar vidare med.

### Vision för Höörs kommun

Höörs kommun är en mötesplats som tar vara på och utvecklar individens kreativitet, där idén om en hållbar utveckling drivits långt och där naturens möjligheter tas tillvara för boende, fritid och företagande.

*Ledord i vårt arbete*

Vi söker kreativa lösningar för alla livssituationer.

---

Vårt agerande bygger på samarbete och präglas av ansvar, trygghet, öppenhet och respekt.

#### *Strategier för att nå visionen*

- Kommunikationer som förenklar livet
- Attraktiv boendeort mitt i regionen
- Agera för hållbar utveckling
- Höör ska vara en del av kunskapsregionen
- Kreativt möteslandskap
- Stärka vår position genom kommunikation

#### **Nya arbetssätt ska möta framtida behov**

Vi vill vara en intressant boendekommun som klarar att leva upp till de förändringar och utmaningar vi står inför. Därför behöver service och tjänster förändras. Nya arbetssätt behövs för att möta framtida behov och skapa en trygg, välkomnande och integrerad kommun. Vi vill sätta ökat fokus på yrkeskunnighet och bra bemötande.

#### **Kvalitet och utvecklingsarbete**

Vi följer upp vår verksamhet på flera olika sätt och arbetar med ständig utveckling av våra verksamheter. Vi deltar regelbundet i de nationella kvalitetsmätningarna Kommunens kvalitet i korthet (KKiK), kvalitetsregister (tex Senior Alert) och Medborgarundersökningen och medarbetarundersökningar.

I vår interna uppföljning kontrollerar vi årligen resultatet mot våra egna mål. Resultatet presenteras i kommunens årsredovisning. Utöver det gör verksamheterna egna enkäter, mätningar och utvärderingar.

All uppföljning och kvalitetsmätning är ett viktigt underlag för kommunens fortsatta planering och utveckling. Undersökningarna utgör bland annat underlag för politiska beslut om verksamhet och budget.

#### **Socialnämndens kvalitetspolicy:**

Vi arbetar förebyggande, funktionsstödjande, rehabiliterande, målstyrt och rättssäkert.

Genom att våra möten med medborgarna vilar på begreppen meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet möjliggör vi en känsla av sammanhang (KASAM).

Medarbetare och ledare inom social sektor arbetar ständigt för att utveckla det hälsofrämjande (salutogena) förhållningssättet.

Vi följer upp/utvärderar kontinuerligt.

Vi mäter effektmålen för att säkerställa att vi följer kvalitetspolicyen.

#### **Organisation och ansvar**

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

#### **Socialnämnden**

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Socialnämnden är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till

---

att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med de befintliga system för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och det ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patient-säkerhet.

### **Socialchef**

Socialchefen är verksamhetsansvarig/verksamhetschef för den kommunala Hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom socialtjänsten. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Ytterligare information finns i Hälso- och sjukvårdslagen.

### **Verksamhetschef**

Verksamhetscheferna är länk mellan socialchef och enhetschefer. I Social sektor finns tre verksamhetschefer en inom HS (hälso- och sjukvården), en inom ÄO (äldreomsorgen) och en inom IFO (individ och familjeomsorgen) och OF (omsorgen om personer med funktionsnedsättning). Verksamhetschefen ska stödja och handleda enhetscheferna, representera verksamheterna i sektorns ledningsgrupp. Informera om ledningsgruppens beslut och säkerställa att dessa genomförs. De ska i sin tur förse socialchefen med underlag och information om verksamheterna och driva utvecklingsarbetet inom verksamheterna utifrån ett årsperspektiv.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

I varje kommun finns en Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetsansvarig/verksamhetschef för Hälso- och sjukvården ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Det är även MAS som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerats medföra vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår det också att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAS ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

### **Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

From 2018 har Höörs kommun även en Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). I uppdraget ingår att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla inom området rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel. Har anmälningsplikt till läkemedelsverket och leverantörer vid produktfel på medicintekniska hjälpmedel. Utreder och följer avvikelser vid fallolyckor och utebliven rehabilitering. Ansvarar för omvärldsbevakning inom området. Det är även MAR som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerats medföra vårdskada inom ovan områden anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår det också att se till så

---

författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAR ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

### **Enhetschef**

Enhetschefer har ansvaret att implementera patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna och att se till att gällande rutiner och riktlinjer följs i det dagliga arbetet samt att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal i hemtjänst och särskilt boende såväl som inom OF (omsorgen om funktionshindrade) som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### **Stödfunktioner**

Det finns en rad olika stödfunktioner i patientsäkerhetsarbetet som vi samverkar och samarbetar med. För att nämna några; Vårdhygien och Smittskydd som vi under 2020 haft extra mycket samarbete och dialog med, pga pandemin (gemensamma hygiendialoger, smittspårning mm), Strama (nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling), Regionens Chefläkare samt Patientnämnden och IVO.

Internt samverkar och samarbetar MAS, MAR med SAS (socialt ansvarig socionom). Det är SAS som sammanställt och skrivit Covid-bokslutet (se bilaga) och varit den som tillsammans med MAS organiserat, kommunicerat och löpande planerat arbetet med Covid inom Social sektor med fokus på ÄO, HS och OF.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering mellan skånska kommuner och Region Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med

- 
- psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
  - Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
  - Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.
  - Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten i Skånes kommuner och Region Skåne.
  - Lokal samverkansgrupp för hälso- och sjukvårdavtalet. Lokalt avtal mellan primärvården i Höör och Höörs kommun.
  - Samverkan mobilt vårdteam, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.
  - MAS och MAR nätverk
  - Samverkan region och kommun för att komma åt problemen vid vårdens övergångar. Det är inte ovanligt att kommunen får hem personer för snabbt, personer som inte är medicinskt färdigbehandlade. Dessutom saknas ofta aktuella medicinlistor och annan relevant information från slutenvården, vilket leder till merarbete för kommunens sjuksköterskor samt risk för vårdskador och bristande patientsäkerhet. Med anledning av detta har kommunerna i mellanskåne under hösten 2019 inlett arbete med regionen (SUS) för att komma åt ovanstående problematik. Arbetsnamnet är "Säkra utskrivningar". Åtgärdsprogram för att komma åt och förebygga dessa brister har regionen presenterat under 2020. En ny uppföljande mätning ska göras hösten 2021 där bla Höör ingår. Vi ser en förbättring och ett bättre flöde och även antalet avvikelser i vårdens övergångar har minskat.

Samverkan sker både intern och externt på olika plan, i olika former och strukturer och i diverse forum och möteskonstellationer där bland annat patientsäkerhetsarbetet diskuteras.

- APT/yrkesträffar/gruppträffar sker kontinuerligt. En gång/vecka har fysioterapeuter och arbetsterapeuter yrkesträffar. Samtlig legitimerad personal har APT minst fyra ggr/år.
- Varannan vecka har ledningsgruppen för hälso- och sjukvård möte.
- Under året har hälso- och sjukvårdens chefer medverkat på ÄO och OF:s ledningsgrupp vid behov dels utifrån frågor som berört patientsäkerhetsarbetet.
- Veckomöten med samtliga enhetschefer inom HS, ÄO, OF har verksamhetschef för ÄO/OF och HS (SAS och MAS) haft enbart utifrån Covid-19 perspektivet.
- Aktualiseringsträffar (med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare) sker per miniteam en gång/vecka. Till dessa träffar kan verkställigheten ansluta på initiativ av dem själva eller av miniteamet. Legitimerad personal har även vid behov medverkat ute på verksamheternas APT. För att diskutera och samverka kring patientsäkerhetsfrågor bland annat. Något som tyvärr inte blivit av under 2020.
- Kvalitetsmöten med all legitimerad personal en ggr/termin. MAS och MAR ansvarar för kvalitetsmötena. Dessa möten har ej genomförts under pandemin.
- När rutiner och riktlinjer revideras eller införs informeras alltid personalen av enhetscheferna i respektive verksamhet på APT.



- 
- Sammanhållen individuell plan (SIP) upprättas mellan region och kommun, fokus på SIP och inskrivningar i den nya vårdformen MVT (mobilt vårdteam)
  - Kommunen och primärvården har kontinuerliga träffar. Enhetschef för sjuksköterskorna samt MAR/enhetschef för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, MAS/Verksamhetschef samt vårdcentralens verksamhetschef träffas i den lokala samarbetsgruppen minst 8 ggr/år under året.
  - MAS och vårdcentralens chef har haft telefonmöten en till tre gånger i veckan under pandemin för att säkerställa patientsäkerhet och för att optimera, organisera och stötta varandra.
  - Förebyggande kontroller av medicintekniska produkter har genomförts enligt rutin.
  - Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vård-sängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal. Avvikelse skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftselesinspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår.
  - MAS samverkar med Vårdhygien och Skånes läkemedelsråd i frågor som rör patientsäkerhetsarbetet dels för att förhindra och förebygga smitta samt för att optimera läkemedelshanteringen.
  - Under pandemin har MAS haft möten ungefär varannan vecka med Vårdhygien och Smittskydd.
  - Samverkan i 10 gruppen /Sodexo för hjälpmedelsansvarig. Denna samverkan sker regelbundet för att säkerställa rutiner, leveranser mm.
  - Samverkan i MAR och MAS nätverk Skåne sker några ggr/termin där kvalitetsfrågor/rutiner diskuteras.
  - Årligen sker samverkan med CSK för att diskutera höftprocessen med berörda kommuner, inställt 2020.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Kontakt med närstående sker kontinuerligt och efter behov.

- I samband med vårdplanering i hemmet bjuds närstående in i samråd med den enskilde.
- Anhörigträffar på särskilda boenden och hemtjänst. Här ges tillfälle att informera om verksamheten och lyssna in synpunkter från de anhöriga.
- Legitimerad personal brukar medverka på dialogmöten och anhörigträffar på särskilt boende och i hemtjänst. Tyvärr har samtliga möten blivit inställda 2020 pga pandemin.
- Vid upprättandet av SIP (samordnad individuell plan) är anhöriga en viktig del utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.
- Vid större avvikelser och synpunkter kontaktas anhöriga för att ges information men även för att verksamheten ska få ta del av deras upplevelser.
- Senior träffar i grupp erbjuds till personer som fyller 80 år, inställt sedan mars pga pandemin.
- Trygghetslarm, erbjuder fallförebyggande rådgivning i samband med att trygghetslarm beviljas.

---

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

- All personal inom social sektor och ska rapportera negativa händelser, avvikelser som rör hälso- och sjukvård samt fallrapporter som sker i verksamheten. Samtlig omvårdnadspersonal registrerar avvikelser direkt i verksamhetssystemet Procapita vilket ger en snabbare och säkrare handläggning då avvikelserna går till alla berörda på en gång dvs enhetschef, legitimerad personal och alltid till MAS/MAR.
- Vid behov träffas Socialchef, MAS, MAR och SAS för att gå igenom och diskutera avvikelser/synpunkter. Vid dessa möten tas också ställning till vidare utredning som kan leda till anmälningar enligt lex Maria eller lex Sarah.
- På arbetsplatsträffar diskuteras de händelser som får till följd att man behöver se över rutiner. Enhetschefen samtalar med den/de medarbetare som varit inblandade i händelsen. Om nödvändiga åtgärder är vidtagna avslutas respektive avvikelse.
- På de avvikelser som är av sådan art att en lex Maria anmälan är aktuell görs en händelseanalys av MAS/MAR samt anmälan till IVO. Samtliga anmälningar till IVO informeras vidare till socialnämnden.
- Om nödvändiga åtgärder är vidtagna avslutas respektive avvikelse. Samtliga avvikelser går igenom och avslutas av MAS/MAR när den enskilde har hälso- och sjukvårdsinsatser.

## Klagomål och synpunkter

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

- Klagomål och synpunkter som inkommer externt t ex från medborgaren eller anhöriga besvaras omgående med information om att det inkomna klagomålet/synpunkten är av stort värde för organisationen och att en utredning av händelsen har påbörjats. Respektive enhetschef ansvarar för att utredningen genomförs och medborgaren får en återkoppling efter utredningen. Medborgaren/närstående är välkommen att höra av sig igen om svaret inte är tillfyllest annars avslutas ärendet. MAS, MAR och SAS tar del av utredningar och bedömer om det skall gå vidare som en lex Maria alt lex Sarah, nämnden informeras.
- Samtliga synpunkter diarieförs/handläggs och följs upp i W3D3.
- MAS och MAR är kontaktperson till Patientnämnden och IVO gällande Hälso- och sjukvård och ansvarar för genomförande av utredning och återkoppling. Inga ärenden har inkommit från patientnämnden eller IVO under 2020.
- Verksamheterna har stor nytta av synpunktshanteringen i utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.
- Under 2020 har 15 synpunkter skickats till externa vårdgivare; olika avdelningar inom regionen, apoteket och primärvård/vårdcentral. Två synpunkter har inkommit externt från sjukhuset och fem synpunkter har inkommit från anhörig eller patient som erhåller stöd från den kommunala Hälso- och sjukvården. Dessa har främst handlat om bristande informationsöverföring i samband med hemgångar från sjukhuset, återkoppling-

---

från legitimerad personal till omvårdnadspersonal och läkemedelshantering. Åtgärder som vidtagits har dels varit enskilda samtal, utbildning och information.

## Egenkontroll, Resultat och Analys

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

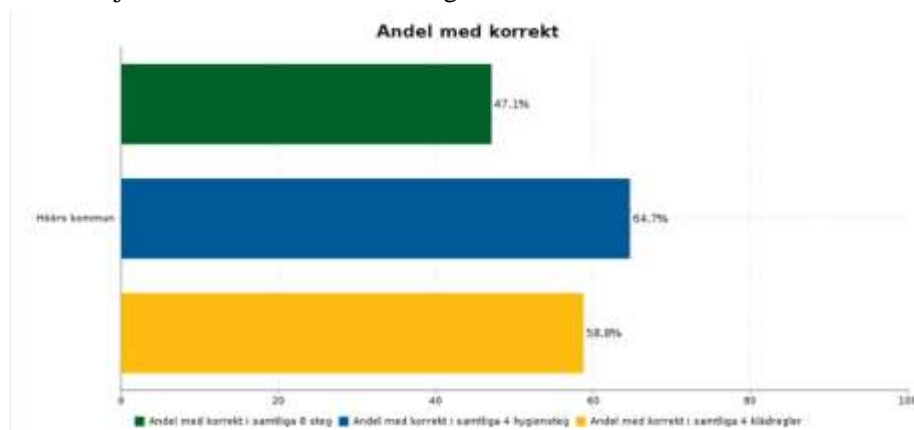
### Vårdhygien

Hygienutbildning; har vi haft i många år där sjuksköterska hållit i utbildningen till omvårdnadspersonal för att höja kompetensen inom basal vårdhygien. Hygienutbildningarna har getts kontinuerligt till nyanställda och ordinarie personal ett par gånger per termin. Under 2020 har vi avvecklat dessa fysiska utbildningstillfällen och istället infört en webbutbildning i basala hygienrutiner (framtagen av Vårdhygien i Stockholm) som publicerades i vårt e-learningssystem. Denna utbildning blev klar strax innan sommaren 2020 och samtliga semestervikarier fick därmed utbildning i basala hygienrutiner. Under hösten har all personal inom ÄO, HS och OF gått utbildningen och den har reviderats och förbättrats. Denna utbildning ska samtlig personal gå en ggr/år och ska alltid göras vid nyanställningar. Under 2020 har alla verksamheter utsett hygienombud som i sin tur fått extra utbildning av ansvarig sjuksköterska inom hygienområdet, kontinuerliga träffar med SSK och hygienombud sker nu löpande.

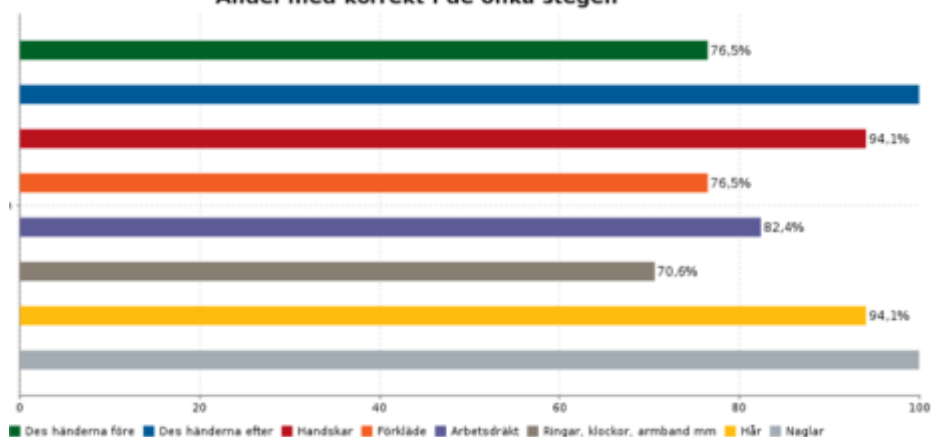
### Sveriges kommuner och regioner (SKR)

#### PPM mätning av basala hygienrutiner

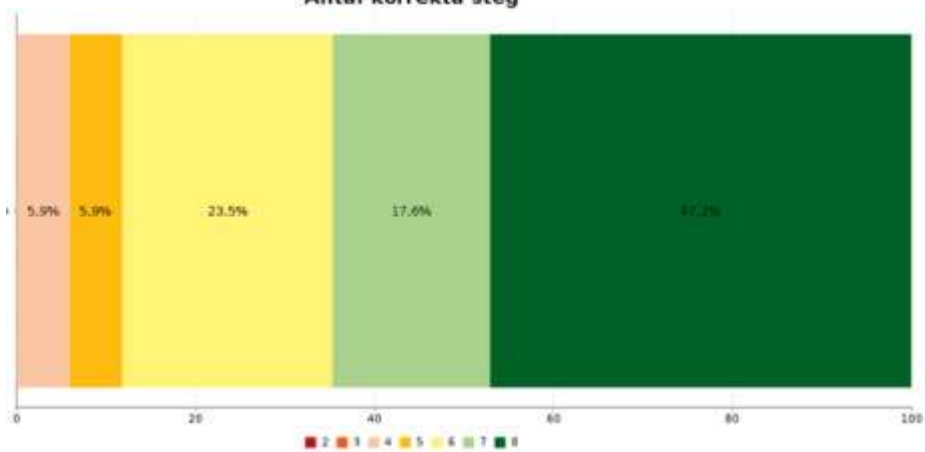
PPM; punktprevalensmätning i basala hygienrutiner gjordes för första gången i Hörs kommun, i oktober, i två av våra verksamheter. Dels inom hälso- och sjukvården dvs legitimerad personal samt på Åtorps särskilda boende. Till våren är planen att dessa observationer/mätningar ska göras i samtliga verksamheter. Resultatet visade att vi på dessa två enheter hade total följsamhet i mätningens samtliga åtta steg på 47 %. 67% följsamhet till samtliga fyra hygiensteg och 58% till samtliga fyra klädregler som ska följas. Det vi ser brister utifrån PPM mätningens resultat är att alla klädregler inte följs tex att inte arbetsbyxor används. Använder klocka, armband och ringar. Inte tar på förkläde i situationer som kräver detta. Ej spritar händerna innan man sätter på handskar. Nationellt är följsamheten till samtliga åtta steg 64% vi behöver få till bättre följsamhet. Nästa PPM mätning sker under våren 2021.



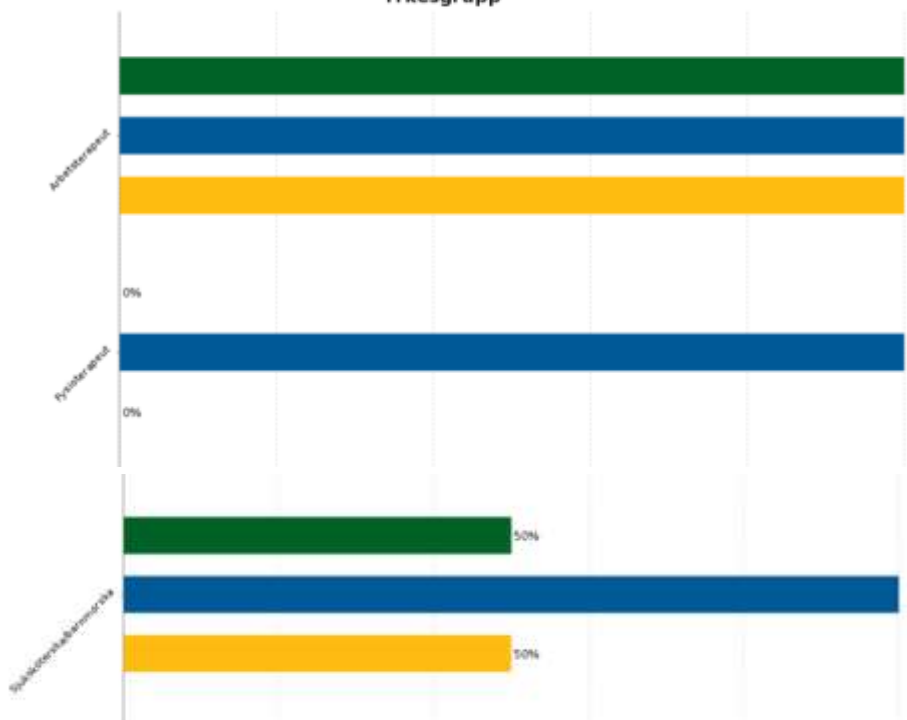
Andel med korrekt i de olika stegen

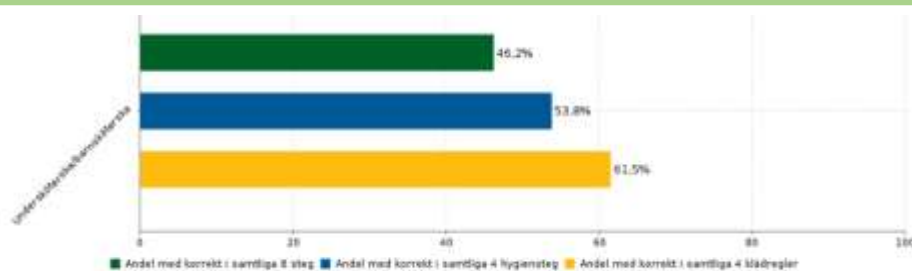


Antal korrekta steg



Yrkesgrupp





Metadata

Ettst	Antal observationer	Hygiensteg					Klädregler				
		Des. Htt	Des. efter	Handskar	Förkläde	Korrekt hygien	Desinf.	Rätt	Naglar	Htt	Korrekt klädregler
Tjänst - legitimerad personal - Tjänst, legitimerad personal	8	8	8	8	8	8	4	4	8	8	3
Åtorp - Båstadsvet - Åtorp / Båstadsvet	3	2	3	3	4	2	3	4	3	4	-4
Åtorp - Östra - Åtorp / Östra	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Åtorp - Råhult - Åtorp / Råhult	4	3	4	3	3	1	3	2	4	4	1
<b>Totalt</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>10</b>

### Kommunernas PPM resultat nationellt

Antalet kommuner som medverkade i mätningen var 162, jämfört med 71 kommuner i vårens mätning. Antal observationer var 19 760 jämfört med mätningen i vecka 11-12 som hade 7 800 observationer. Resultaten visar att följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler ligger på 64 procent jämfört med 59,2 procent i vecka 11-12, 2020.

Resultaten visar att följsamhet till samtliga fyra steg för basala hygienrutiner har ökat från 65,5 procent till 69,3 procent.

Användning av handskar och plastförkläde vid risk för kontakt med kroppsvätskor samt desinfektion av händer direkt efter patientnära arbete, ligger på närmare 90 procent eller över 90 procent. Däremot är följsamheten till desinfektion före patientnära arbete betydligt lägre 76,9 procent vilket drar ned det totala resultatet för följsamheten till basala hygienrutiner.

Resultatet visar att följsamheten till samtliga fyra steg för klädregler har ökat något från 86,3 procent till 89,3 procent. Varje steg var för sig ligger på över 95 procent följsamhet.

Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Framgångsfaktorer i några av de kommuner som har förbättrat sina resultat har till exempel varit förutom utbildningsinsatser, regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och stöd från ledningen.

MAS samverkar i nätverk med Vårdhygien Skåne sedan länge. Under pandemin har detta samarbete blivit väldigt intensivt, dels har vi haft kontinuerliga möten, ungefär varannan vecka med samtliga MASar i Skåne. I samband med smittspårningar har MAS och kontaktperson haft veckoavstämningar. I början av året genomfördes hygienronder på Åtorp och Björken tillsammans med enhetschef, sjuksköterska, hygienombud och Vårdhygien. Strax därefter var pandemin ett faktum och därmed blev hygienronden inställd på Skogsglantan. Resultaten av hygienronderna var bra och enbart mindre förbättringar lyftes fram. Vi har haft hygienronder med Vårdhygien vid flera tillfällen och det har lett till förbättringar inom hygienområdet och personalen är väl medvetna om

---

gällande rutiner, lagar och regler.

Vårdhygien hade föredrag/dialog med samtliga enhetschefer inom ÄO, OF och HS hösten 2019, vilket verkligen gjordes i rätt tid med tanke på vad som sedan hände 2020.

Rutiner har tydliggjorts gällande basala hygienrutiner med fokus på klädregler dvs arbetskläder utifrån hygienaspekt även inom OF. Under 2020 har alla verksamheter god tillgång till arbetskläder både ovan delar och byxor. Eventuellt ska cirkulationstvätt upphandlas under 2021.

## **Kvalitetsregister**

### *Svenska Palliativregistret*

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat den avlidne besvarar ett trettiotal frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Under 2019 har Höörs kommun enbart registrerat åtta avlidna i det palliativa registret. Det har fördubblats 2020 till 16 men det är oavsett en mycket låg siffra även om det är positivt att den ökat vilket registreringarna inte gjort på flera år. Planen för 2020 var att införa NVP (nationell vårdplan för palliativ vård) där bla registrering i palliativregistret ingår som en del. Främst införs NVP för att kvalitetssäkra och förbättra det palliativa arbetet generellt inom den kommunala hemsjukvården. Tyvärr blev det inte av pga pandemin. Däremot har det påbörjats om än i liten skala och sjuksköterska med specialistutbildning är utsedd att ansvara för och hålla i detta arbete och denna implementering som vi hoppas kommer starta hösten 2021.

### *BPSD*

Syftet med BPSD – registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet. I registret sker kartläggning av frekvens och allvarlighetsgrad av symtom, aktuell läkemedelsbehandling, checklista för att identifiera situationer och orsaker som utlöser vissa beteenden, oro osv. Efter denna skattning och analys utformas en bemötandeplan och individanpassade åtgärder sätts in.

BPSD används med gott resultat och nästan samtliga medborgare på Björken och Björklövet med demensdiagnos har plan utifrån BPSD. De har sedan flertalet år arbetat med bemötandeplaner utifrån BPSD. Bemötandeplaner utifrån BPSD görs och går igenom 2 ggr/år. På Björken är 27 st registreringar gjorda under 2020 vilket ska förbättras enligt enhetschefen, en anledning är att det varit stort fokus på Covid-19. En av grupperna har gjort ett strålande arbete och samtliga registreringar (2 ggr/år/medborgare) är utförda. På Björklövet är 8 BPSD registrerade och 2 till inom kort.

### *Senior Alert*

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som i första hand vänder sig till äldre personer. Det övergripande målet med Senior Alert är vårdprevention, alltså att förebygga skador och främja hälsan hos äldre personer. Riskbedömningar, planerade och vidtagna åtgärder som rör fall, undernäring, trycksår och

munhälsa registreras. From mars 2019 har Höör gått med i Senior Alert på särskilt boende med intentionen att implementera detta verktyg via strukturerade tvärprofessionella teamträffar. På Åtorp och Skogsglántan har arbetet i tvärgrupperna och registreringarna i Senior Alert fungerat väl se redovisning nedan. Vi behöver däremot bli bättre på att registrera utförda åtgärder vid risk. Arbetet med Senior Alert på Björken har tyvärr avstannat pga en längre tids vakant sjukskötersketjänst under 2019, SSK finns nu på plats och planen var att komma igång under våren 2020 vilket tyvärr inte blivit av pga pandemin.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Åtorp	2 2 av 2	100% ↕	100% ↕	100% ↕	0% ↕
Plan 1 Björkövet	2 2 av 2	100% ↕	100% ↕	100% ↕	0% ↕
Målvärden		75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %	
		25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %	
		0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %	

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Skogsglántan	4 4 av 5	80% ↕	75% ↕	75% ↕	100% ↕
Plan 1	3 3 av 4	75% ↕	67% ↕	67% ↕	0% ↕
Plan 2	1 1 av 1	100% ↕	100% ↕	100% ↕	100% ↕
Målvärden		75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %	
		25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %	
		0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %	

## Journalgranskning

Enligt patientdatalagen (PDL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera uppgifter som kan ha betydelse för vården av den enskilde. Även de som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering, ordination eller instruktion ska dokumentera iakttagelser av vikt som de gör i samband med utförandet av de delegerade, ordinerade eller instruerade arbetsuppgifterna.

Patientjournal ska föras på de personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 18 § 1982:763.

Syftet med granskningen är att tillgodose den enskildes behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det innebär att kontrollera att dokumentation förs i enlighet med gällande författningar och rutiner och genom att granska att informationen förs in rätt i dokumentationssystemet, Procapita.

Gemensam journalgranskning för legitimerad personal dvs arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor infördes av MAS/MAR 2019. Enligt rutin ska journalgranskningen göras en gång per år i syfte att kvalitetsutveckla dokumentationen efter en framtagna mall, tyvärr blev denna inte av under 2020 pga pågående pandemi. Journalgranskning har i viss mån skett i ärendediskussioner vid respektive sjuksköterske- arbetsterapeut- och fysioterapeut träffar/APT. Kvalitetsutvecklande journalgranskning blir åter aktuell när Lifecare HSL införs under 2021 då ny mall och rutin för journalgranskning

måste tas fram i och med att ett nytt verksamhetssystem införs.

Slumpmässig loggkontroll på legitimerad personal har gjorts men måste förbättras då enbart två loggkontroller av fyra är gjorda.

### Hälsodiagnoser /Mål/Måluppfyllelse

Antal dokumenterade hälsodiagnoser har ökat från 583 st år 2019 till 690 st år 2020. Arbete med att mer frekvent använda hälsodiagnoser i journal har pågått under 2020.

Antal dokumenterade *mål och måluppfyllelse* har minskat från 2019 till 2020. Tyvärr kan mål och måluppfyllelse dokumenteras på olika ställen i journalen därför blir inte statistiken korrekt. Vid införande av Lifecare HSL 2021 kommer mål och måluppfyllelse uppmärksammas och jobbas vidare med.

### Bedömningsmodulen

Användning av bedömningsmodulen har ökat från totalt 261 bedömningar år 2019 till 343st år 2020.

I denna modul ingår gruppen riskbedömningsinstrument. Ökning har skett vid riskbedömning nutrition, trycksår. Användande av fallriskinstrument är ungefär samma som 2019. Riskbedömningar är ett led i det förebyggande patient-säkerhetsarbetet och arbete med att använda riskbedömningsinstrument pågår kontinuerligt.

Antal ADL bedömningar har också ökat 2020. Eftersom det går att dokumentera ADL bedömningar på andra ställen i journalen är siffran högre än statistiken visar.

	Hälsodiagnoser	MÅL	MÅLUPPFYLLELSE	Fall	Antal personer som faller	Bedömningsmodul	ADL	ADL	MAR	MAR	NORTON	NUTRITION	CAN	EPH	Läggning	Hemskötsel
<b>111-1111-1111</b>																
Antal sänder perstaden	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Totalt för året	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>111-1111-1111</b>																
Antal sänder perstaden	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Totalt för året	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>111-1111-1111</b>																
Antal sänder perstaden	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Totalt för året	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>111-1111-1111</b>																
Antal sänder perstaden	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Totalt för året	100	11	1	100	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

### Avvikelse och fallrapportering

Avvikelse- och fallrapportering sker via avvikelsemodul i Procapita, vilket medför säkrare handhavande utifrån sekretess samt leder till tydligare och snabbare handläggning, analys, återkoppling och lärande till berörda verksamheter och enskilda.

2020 års avvikelser har jämförts i förhållande till tidigare års avvikelser och resultatet har analyserats. Uppföljning av avvikelser och riktade åtgärder för att förhindra att avvikelser inträffar igen sker i varje verksamhet. Ansvar för detta ligger på enhetschefen i samråd med legitimerad personal, enhetschef inom Hälso- och sjukvård samt MAS och MAR.

### Patientens klagomål och synpunkter

Sker en löpande analys under året av inkomna synpunkter för att snabbt kunna ställa om och arbeta mer patientsäkert.



---

## Patientsäkerhetsdialoger

Sker kontinuerligt på APT i våra verksamheter utifrån avvikelser och synpunkter som kommer oss tillhanda. Dialoger förs på alla nivåer i organisationen; allt från ledningsgrupper till anhörigträffar.

## Värdegrund

Diskussioner kring värdegrunden ska föras i alla sammanhang bland annat vid aktualiseringsträffar, ledningsgrupper och APT. Eftersträvar ett salutogent och funktionsstödjande förhållningssätt vilket ständigt behöver uppdateras. Vi ser att det funktionsstödjande arbetet inte fullt ut är förankrat i alla verksamheter och det behöver upp på ”agendan igen” och finns nu med i våra fokusområden.

# PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten samt resultat och analys

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Nedan kapitel är uppdelat utifrån verksamhet; först information om samarbetet mellan primärvård/vårdcentral som är en central del i hälso- och sjukvårdsarbetet. Därefter presenterar/redogör varje verksamhet inom HS, ÄO och OF för patientsäkerhetsarbetet inom enheten.

## *Samarbete Vårdcentral-Kommun*

- Hälso- och sjukvårdsavtalet medför ett nära och kontinuerligt samarbete mellan framförallt primärvård och kommun men även region. Nya kommunikationsrutiner har upprättats under året och under åren som HS-avtalet implementerats och reviderats för att nå bättre patientsäkerhet. Rutinerna förändras och utvärderas kontinuerligt då vi arbetar i föränderliga organisationer. Under 2020 har verksamhetschef på Vårdcentralen och MAS/Verksamhetschef HS haft telefonmöten entre ggr per vecka ibland mer och ibland mindre, en samverkan som präglas av ett öppet klimat utifrån patientfokus och personcentrerat förhållningssätt.
- Under året har ca 35 medborgare skrivits in i MVT (mobilt vårdteam). För att bli inskriven i MVT krävs att medborgaren uppfyller vissa kriterier samt att SIP upprättas. Vi har ungefär 80-90 personer inskrivna i MVT, några faller ifrån och några tillkommer.
- SIP (samordnade individuella planer) görs tillsammans med medborgare, anhöriga, leg personal och med läkare. Fokus på tydliga SIP har genomsyrat 2020. Vi har bla haft gemensam SIP utbildning, primärvård/VC, kommunens legitimerade personal och biståndshandläggare.
- Läkemedelsgenomgångar med farmaceut, sjuksköterska och läkare har gjorts 7 ggr under 2020. Vilket minskat mot föregående år då det gjordes 16 st och året innan dvs 2018 gjordes 51 st läkemedelsgenomgångar. Anledning till detta är flera; medborgare uppfyller inte kriterierna för läkemedelsgenomgång, medborgare avböjer läkemedelsgenomgång och i år har vi haft fokus på läkemedelsgenomgångar i ordnärt boende där det inte är lika stort underlag med tanke på kriterierna för att erhålla en läkemedelsgenomgång. Pandemin kan också vara en

---

anledning till årets resultat.

- Läkemedelsgenomgångar planeras till hösten 2021 och i år blir det fokus på särskilt boende.
- Valfungerande samarbete med äldresjuksköterska på VC kring Mina planer i samband med inskrivning, kartläggning och utskrivningsprocessen.

### ***Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal***

- 348 medborgare i snitt under året har varit beviljade hemsjukvård. Ungefär samma antal som det brukar vara. Förra året var snittet 346.
- Under 2020 gjordes 690 hälsodiagnoser och 94 mål upprättades i bedömningsmodulen, 2019 gjordes 583 hälsodiagnoser och 126 mål. Måluppfyllelsen var 2019 55 st och under 2020 41 st. Hälsodiagnoser och mål samt måluppfyllelse är av vikt för en tydlig vårdplan. Mål och dokumentation måluppfyllelse har minskat mot föregående år vilket vi tror beror på att legitimerad personal även sätter mål i varje enskild ordination (arbetsterapeuter och fysioterapeuter). Arbetet med att beskriva mål och måluppfyllelse fortsätter 2021 i nya verksamhetssystemet HSL Lifecare.
- Riskbedömningsinstrument gällande fall, nutrition, trycksår, smärta används och vi ser ett ökat antal riskbedömningar gällande nutrition och trycksår. Totalt 261 riskbedömningar gjordes 2019 medan det i år gjorts 343. Antal riskbedömningar gällande fall och smärta är ungefär samma som 2019. Ett arbete som vi fortsätter arbeta med 2021.
- Tvärprofessionella teamträffar utifrån Senior Alert har införts från den 1/3-2019 på särskilt boende. Det har gett goda effekter och kommer fortsätta under 2021. Läs mer om Senior Alert under rubriken Kvalitetsregister sidan 14.
- 2020 har en POOL-sjuksköterska anställts, POOL-sjuksköterska arbetar överallt inom HS:s samtliga verksamheter, hen täcker upp vakanta turer vid sjukdom, vab osv. Arbetar både natt, dag, kväll och helg. Denna tjänst leder till ökad kontinuitet och i sin tur ökad patientsäkerhet. Denna typ av tjänst är en förutsättning idag då vi knappt har några timanställda sjuksköterskor att tillgå och därmed sällan kan täcka vakanser. POOL-tjänsten leder även till att behovet av att anlita bemanningsföretag minskat under året.
- Innan en medborgare får hemsjukvård ska remiss från öppenvården komma till den kommunala hemsjukvården. I kvalitetsledningssystemet belyses bland annat dessa risker; att våra medborgare antingen får för mycket eller för lite hemsjukvård. Vi värnar om autonomi och egenansvar och att rätt insatser bedöms och utförs.
- 7 läkemedelsgenomgångar har genomförts 2020 enbart i ordinärt boende. 2019 gjordes 16 st både i ordinärt och särskilt boende. 2018 gjordes 51 läkemedelsgenomgångar, se ovan förklaring.
- Delegeringsgrupp, bestående av sjuksköterskor, har hållit delegeringsutbildningar till nyanställda på alla enheter kontinuerligt fram till april 2020. From april har denna utbildning ersatts med webbutbildning via e-learning. En direkt effekt av pandemin. Delegering och kunskapsprov gör omvårdnadspersonalen efter utbildningen hos den sjuksköterska där personalen har sin huvudplacering.
- I år har samtliga hemtjänstgrupper, med anledning av allvarlig

---

läkemedelsavvikelse i slutet av 2019, gjort om delegeringsutbildningen och gjort kunskapsprov efteråt.

- Förebyggande kontroller av medicinsktekniska produkter klass ett dvs blodtrycksmanschetter mm genomfördes under våren 2020.
- Genomgång/revidering av befintliga hälso- och sjukvårdsrutiner har gjorts 2020 men inte enligt plan. Enbart rutiner som krävt revidering pga ändrade förutsättningar har justerats övrig revidering har fått stå tillbaka pga pandemin.
- Innovationsarbete har genomförts under hela året i syfte att säkra medborgarperspektivet samt att ge medarbetarna möjlighet till att påverka omsorgen. Bland annat har innovationsarbetet haft fokus på GPS larm vilka nu är implementerade i verksamheterna.
- Fortlöpande kollegiala granskningar av HSL-journaler har ej genomförts som planerat pga pandemi. Granskning påbörjas igen när Lifecare HSL införs.
- Samordnade individuella planer (SIP) har gjorts under året både med ASIH och primärvården samt inom psykiatrin. Finns inget bra/lätt sätt att få fram statistik på hur många SIP som upprättas och revideras därmed har vi inga siffror att presentera. Däremot är arbetet med SIP förankrat i verksamheterna och ett viktigt verktyg för alla för att forma en tydlig och personcentrerad vård med tydliga mål och planer.
- Antalet samordnade vårdplaner så kallade SVPL/SVU som görs efter utskrivning från sjukhuset har under 2020 varit i snitt 30-35 per månad, ungefär samma siffra som förra året och året innan dess.
- Extern läkemedelsgranskning (görs av farmaceut från Apoteket) gjordes 2020 på Vinkelgatans gruppboende och Björkens särskilda boende. Handlingsplaner har upprättats och rutiner har justerats och införts efter detta. Uppföljning är gjord och allt löper på enligt plan. Ny extern läkemedelsgranskning kommer ske 2021. Externa läkemedelsgranskningar görs varje år.
- Avvikelserutinerna har följts fortlöpande.
- Kontinuerliga munhälsobedömningar har genomförts i ordinärt och särskilt boende om den enskilde så önskat. Dessa utförs av Oral Care. Däremot blev det inga under våren och sommaren pga pandemin.
- Hygienutbildning har utförts av samtlig personal under 2020. Under 2020 implementeras hygienombud i alla verksamheter.
- Loggkontroller ska göras enligt rutin inom samtliga verksamheter. Syftet är att garantera att patientjournalssäkerheten följs. Under 2020 har loggkontroller gjorts två av fyra gånger. Samtliga utan anmärkning.
- Väletablerat hemtagningssteam som hanterar utskrivningar från sjukhuset på ett föredömligt och effektivt sätt präglad av hög flexibilitet. Inget betalningsansvar 2020.
- Seniorträffar för 80 åringar har varit vilande sedan mars 2020 pga pandemin.
- Lyft/förflytningsutbildning erbjuds alla nyanställda inkl sommarvikarier. Lyftutbildningen är obligatorisk för att få lyftlicens som krävs vid användande av personlyft. Uppföljning av lyftlicens ska göras inom 2 år innan lyftlicens upphör. Utbildningen har inte kunnat genomföras som planerat pga pandemin. Anpassningar i miljö och antal deltagare har gjorts för att förebygga smittspridning. Skyddsutrustning har använts enligt rutiner.

---

Endast 141 personer har genomgått lyft/förflyttningsutbildningen under 2020.

- Låsbara digitala läkemedelsskåp har under hösten 2019 införts i ordinärt boende. Under 2020 har digitala läkemedelsskåp införts på samtliga särskilda boende inom ÄO. Det innebär en kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen. Läkemedelsskåpen har ett digitalt lås, vilket innebär att endast personal som är behörig kan öppna skåpet. När personal öppnar skåpet sker en digital loggning, vilket innebär att en spårbarhet finns, det går att få fram vem som öppnat skåpet och vid vilken tidpunkt. Läkemedelsskåpet är en förutsättning för att framöver få hjälp med läkemedelshantering annars kan hemsjukvården inte ansvara för en säker läkemedelsadministration. Under 2021 är planen att LSS-gruppbestäder, personlig assistans och socialpsykiatri kommer erhålla läkemedelsskåp.

### ***Hjälpmedel***

#### *Sodexo*

Vår hjälpmedelshantering sker via ett avtal mellan hjälpmedelsföretaget Sodexo och numera nio kommuner sedan ett antal år tillbaka. Senaste förlängningsavtal upprättades med Sodexo 1/10 2018. Sodexo ansvarar för logistiken mellan kommun, och hjälpmedelsleverantörer. De ansvarar också för rekonstruktion, förebyggande underhåll, besiktningar, leveranser till och från kommunerna.

De har också ansvar för hjälpmedelspoolen som ägs gemensamt av de nio kommunerna

- Antal utprovningar av tekniska hjälpmedel är i snitt 450/kvartal. Är något fler än 2019.

#### *Struktur*

Styrgruppen innehåller representanter (socialchefer) från respektive kommun i 10 gruppen. Styrgruppen har beslutsrätt vid löpande frågor. De träffas någon gång/termin. Under hösten har ett styrgruppsmöte ersatts av rehabchefsmöte där istället enhetschefer representerar kommunen. Detta upplägg fortsätter 2021.

Operativ grupp består av två samordnare (kommunrepresentanter) distriktschef Sodexo och platschef Sodexo träffas någon gång/termin)

10 grupp: hjälpmedelsansvariga från respektive kommun: De träffas ca 1 g/månad.

Samtliga möten under 2020 har skett digitalt.

#### *Hjälpmedelspool*

Poolen består av begagnade hjälpmedel: rullstolar, vårdängar, sängryggstöd, liftar, gåbord, överflyttningsplattor, tyngdtäcken och mobila duschstolar. Sodexo har enligt avtal skyldighet att ombesörja att poolhjälpmedlen snabbt blir tillgängliga igen efter inleverans. Tillgängliga hjälpmedel i poolen skiftar pga antal inkomna hjälpmedel och efterfrågan.

För att få ett snabbare flöde av de mer vanliga hjälpmedlen och samtidigt minska kostnaderna har en prioriteringsordning gjorts för att förbättra både en kostnadseffektivitet och ett snabbare flöde på de mest efterfrågade hjälpmedlen. Avvikelserna mot Sodexo har

---

minskat från 2019 enligt statistik, vilket beror på att bla leveranstiden har förbättrats efter flertalet påtryckningar från samtliga kommuner.

#### *Besiktning/Förebyggande underhåll*

Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdsängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal med Sodexo. Avvikelser skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftsels inspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår.

#### *Klarlogg*

Den operativa gruppen består av två hjälpmedelssamordnare från 10- gruppen samt distriktschef och enhetschef från Sodexo. Operativa gruppen har som ansvar att samverka och fatta beslut som för verksamheten framåt, verka för bibehållen eller förbättrad kvalitet gentemot patient och förskrivare. Alla beslut dokumenteras i en klarlogg. Syftet är att se över så att besluten är rätt och att rutiner följs.

#### **Rehabilitering**

- Antalet rehabiliteringsdiagnoser under året var totalt 428 st mot 226 st 2019. Rehabiliteringsdiagnos används både vid ordination hjälpmedel och/eller träningsinsatser. Antal diagnoser som lett till åtgärd rehabilitering var 132 st. 296 st ledde till åtgärd hjälpmedel.
- Målet är att träningsnivåer till största del ska utföras av fysioterapeut/arbetsterapeut när det är möjligt och vid komplexa ärenden för att öka kvaliteten på träningen och därmed förbättra och ge snabbare rehabiliteringsresultat.
- Rehabiliteringsrutiner uppdaterades/justerades 2019. Insatsen ska vara målinriktad och tidsbegränsad. Detta är ett pågående arbete som även gällde 2020.

#### **Bostadsanpassningar**

- 76 bostadsanpassningar har gjorts under året (förra året gjordes 97).

#### **Fall**

- Registrerade fall; 2020 inträffade 605 st fall hos medborgare som erhåller hemsjukvård (2019 634 st), 143 personer har fallit under 2020, 2019 föll 151 personer. Färre fall på färre antal patienter. Fallriskbedömningar enligt bedömningsinstrumentet Downton (DFRI) har ökat från 48 st 2019 till 90 st 2020. En markant förbättring. Sammanlagt har 854 fall registrerats 2020 mot 821 fall 2019, 224 personer har fallit. Denna siffra inkluderar även de fall som inträffar hos medborgare som inte har hemsjukvård men tex larm.

I statistiken kan vi se att ett antal medborgare faller mycket frekvent upp till 50 ggr/år. Arbetet med tydliga fallutredningar, riskbedömningar och åtgärder av tvärprofessionella teamet fortsätter 2021 för att förebygga och minska antal fall.

---

### **Hemtjänstorganisationen**

- Hemtjänsten har infört tillsyn via kamera för att undvika fysiska tillsyner som kan störa medborgarna.
- Projektet för GPS tillsyn har under året permanentats för att öka individens autonomi.
- Digitala lås är under införande för att underlätta nyckelhanteringen hos medborgarna.
- Samtliga medborgare som har hjälp med läkemedelsadministrering har nu digitala läkemedelsskåp.
- Utbildningar i hygienrutiner har genomförts under året
- Hemtjänsten har utbildat fem handledare steg 1 – 2 genom digital undervisning.
- Synpunkter och klagomål samt avvikelser har hanterats enligt riktlinjer.
- En ny personlyft är införskaffad som underlättar hantering av fall i hemmen.

#### *Konsekvens av Covid 19:*

- APT värdegrund har ej kunnat hållas fullt ut under året, under hösten blev det helt inställt.
- Anhörigmöten har ej kunnat hållas.
- Personliftsutbildningen har inte kunnat genomföras.
- Anhörigombudsträffar har ej genomförts
- Dialogträffar/Aktualiseringsträffar har även drabbats av Corona restriktioner.

### **Bemanningsenheten**

Har genomfört en APT med timanställda och fyra APT och en Värdegrundsträff för fasta Poolen. Därefter ställdes fortsatta gemensamma träffar in för att minska smittspridningen.

Personliftsutbildningar och läkemedelsutbildningar hanteras fortlöpande för samtlig personal. Personlyftsutbildningarna anpassades till en Corona säker utbildning med färre deltagare.

Läkemedelsutbildningen och hygienutbildningen erhålls numera digitalt.

Synpunkter, klagomål och avvikelser hanteras kontinuerligt.

Introduktion ges till all nyanställda i bemanningen, där de får tydlig information om våra system och vad man har för skyldigheter & rättigheter då man får en anställning i Höörs kommun.

Personal arbetar i begränsade antal verksamheter för att minska smittspridningen.

Tidigt under hösten gavs information att munskydd skulle bäras vid kontakt med medborgaren och sedan också visir samt skyddskläder. MAS skickar kontinuerligt ut information om aktuella riktlinjer

Corona träffar varje vecka då aktuell ny information och smittspridning diskuteras

---

Alla anställda får erbjudande om Corona vaccination.

Ökad grundbemanning i många verksamheter, där utlåning av bemanningspersonal medverkar till att minska personalomsättningen.

Nya riktlinjer uppdateras kontinuerligt för både administrationen på bemaningen och anställda ute för att minska smittspridning.

#### ***Särskilt boende och korttiden:***

Följande åtgärder har särskilt boende gjort för att förbättra patientsäkerheten:

- Hygienombud är infört- hygienrond 2020 är utförd, självsättning, hygienutbildning via webb.
- Utbildning inom basala hygienrutiner och skyddsutrustningar är utförda
- Digitala läkemedelsskåp
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen är utförd på Björken
- Pågående arbete för att minska läkemedelsavvikelser
- Pågående arbete gällande riskanalys sensorlarm
- Lyftutbildning

#### ***OF (omsorgen om personer med funktionsnedsättning)***

##### ***Daglig verksamhet /Korttids och fritids***

##### *Övergripande mål och strategier*

Övergripande mål om att bygga verksamheterna på att vi ska arbeta tydliggörande utifrån teacch-metoden samt arbeta med ett lågaffektivt bemötande. Kontinuerlig metodhandledning på APT var fjärde vecka.

Personal som arbetar med HSL utbildas och delegeras av SSK

Lyftutbildning till samtlig personal som ska arbeta med lift. Arbetsterapeut är ansvarig

##### *Patienters och närståendes delaktighet*

På korttids har utbildning i pekprat getts för att ge personalen ökade möjligheter att kommunicera med medborgarna.

De medarbetare som inte utbildats i tydliggörande pedagogik blev det under 2020.

Enkätfabrikens nationella brukarundersökning genomförd under året.

Medborgarmöten genomförs månatligen i båda verksamheterna.

##### *Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet*

Avvikelsehanteringen utvecklats då den flyttats över till Lifecare vilket medförde utbildning.

##### *Egenkontroll*

Loggkontroller utförs kontinuerligt av enhetschef.

##### *Risikanalyser*

Ny mall för riskanalyser för medborgarna har tagits fram och implementerats. Kopplat till denna har inom OF även tagits fram en ny rutin och mall för skyddsåtgärder.

---

### *Avvikelser*

Ett par HSL och fallrapporter

En avvikelse som lett till lex Sarah-anmälan

### *Klagomål och synpunkter*

Begränsat

### *Risikanalyser*

Genomförda riskanalyser har lett till tydligare rutiner för arbetet med medborgarna i situationer som kan vara riskfyllda. Exempelvis i trafik eller på natten om medborgaren har svårt att tillkalla personal vid behov.

### *Anpassningar Covid 19*

Arbete med skyddsutrustning enligt aktuella riktlinjer.

Utejobb där man vistas med allmänheten har ersatts med arbete i den egna verksamheten.

Planeringen av hur vi sitter vid måltider har setts över för att kunna hålla avstånd.

Planeringen har setts över så att medborgarna i så hög utsträckning som möjligt träffar samma kollegor och personal varje dag.

Under en period har det varit besöksförbud i verksamheten.

Anpassat informationsmaterial har tagits fram för att informera medborgarna om Covid 19.

Slingor enligt delaktighetsmodellen har inte genomförts för att minska antalet människor i verksamheten.

Anhörigträffar har inte kunnat genomföras.

### ***Gruppböende; Vinkelgatan, Norrevärn, Personlig assistans***

#### *Övergripande mål och strategier*

Övergripande mål för verksamheterna är att de ska bygga på att vi arbetar utifrån den enskildes genomförandeplan med ett tydliggörande arbetssätt och med ett lågaffektivt bemötande.

På boendeenheterna har stödpedagoger anställts för att implementera ett individuellt anpassat pedagogiskt bemötande och arbetssätt. Kontinuerlig metodhandledning på APT var fjärde vecka erbjuds på boendeenheterna samt inom assistansgrupperna vid behov.

#### *Organisation och ansvar*

Personal som arbetar med HSL utbildas och delegeras av sjuksköterska.

Lyftutbildning till samtlig personal som ska arbeta med lift. Arbetsterapeut är ansvarig.

#### *Patienters och närståendes delaktighet*

Personal på boendeenheter och inom assistansen har en kontinuerlig kontakt med anhöriga/god man.

De medarbetare som inte utbildats i tydliggörande pedagogik blev det under 2020.

Enkätfabrikens nationella brukarundersökning är genomförd under året.



---

Medborgarmöten genomförs månatligen på båda boendeenheterna eller utifrån önskemål från medborgarna på enheten.

*Avvikelsehanteringen har utvecklats* avseende SoL och LSS samt synpunkter externt och internt då den flyttats över till Lifecare vilket medförde utbildning för personalen

*Klagomål och synpunkter*

Ev klagomål och synpunkter hanteras i Lifecare.

En dialog förs med berörd personal/personalgrupp och den/de som lämnat synpunkt/klagomål.

*Egenkontroll*

Loggkontroller utförs kontinuerligt av enhetschef.

*Riskanalys*

Ny mall för riskanalyser för medborgarna har tagits fram och implementerats. Kopplat till denna har inom OF även tagits fram en ny rutin och mall för skyddsåtgärder.

*Avvikelser*

Ett par HSL-avvikelser och fallrapporter.

En avvikelse som lett till lex Sarah-anmälan.

*Riskanalys*

Genomförda riskanalyser har lett till tydligare rutiner för arbetet med medborgarna i situationer som kan vara riskfyllda. Exempelvis i trafik eller på natten om medborgaren har svårt att tillkalla personal vid behov.

*Anpassningar Covid 19*

Arbete med skyddsutrustning enligt aktuella riktlinjer.

Planeringen av hur vi sitter vid de tillfälle som man haft gemensamma måltider har setts över och dessa har begränsats i antal för att kunna hålla avstånd.

Anpassat informationsmaterial har tagits fram på Dagligverksamhet och har använts även inom boende och assistans för att informera medborgarna om Covid19.

Slingor enligt delaktighetsmodellen har inte genomförts för att minska antalet möte i verksamheterna.

Anhörigträffar har inte kunnat genomföras.

*Mål och strategier för kommande år*

Under 2020 har ny personal anställts men på grund av Covid-19 har de ej haft möjlighet att få de interna utbildningar som övrig personal fått.

Stödpedagogerna har anställts under senare delen av 2020 och har bara påbörjat arbetet med att implementera ett individuellt pedagogiskt arbetssätt vilket måste utvecklas vidare under 2021.

Handledning kring och utbildning om demens är ett mål för 2021 på båda boendeenheterna då medborgarna blir äldre och utvecklar åldersrelaterade funktionsnedsättningar vilket personalgrupperna behöver stöd i att hantera.

Mobilt stöd i särskilt boende ska införas på Vinkelgatan under tidig vår för att sedan utvecklas och användas även i andra verksamheter, både boende och assistans.

Utbildning kring IBIC planeras för all personal, skulle varit genomförd under

---

hösten 2020 men pga Pandemin har denna fått skjutas på framtiden.

### *Socialpsykiatri / Personlig assistans*

Mycket under det gångna året har handlat om covid-19 och att minimera risken för smittspridning i våra verksamheter. Beslut och rekommendationer har kommunicerats ut både nationellt, regionalt och kommunalt och den stora utmaningen har varit att anpassa dessa efter respektive verksamhet. Många riktlinjer har tagits fram utifrån äldreomsorgen och har behövt anpassas för att kunna appliceras på socialpsykiatri och LSS. Hur vi har arbetat i respektive verksamhet beskrivs under respektive avsnitt nedan.

#### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

God samverkan inom kommunen genom regelbundna teamträffar hålls både inom LSS och socialpsykiatri där både HSL, myndighet och verkställighet finns representerade.

#### *Patienters och närståendes delaktighet*

Medborgarna är delaktiga efter förmåga i de riskbedömningar som görs. Eventuella skyddsåtgärder kräver samtycke från medborgaren för att aktualiseras. En tydligare rutin med mall för handlingsplan och uppföljning för att på sikt arbeta bort skyddsåtgärden har skapats inom OF.

#### *Covid-19 anpassningar*

Individuella riskbedömningar har gjorts specifikt utifrån covid-19. Medborgaren har tillsammans med personal upprättat dessa vilka har lett till åtgärder i form av anpassade fritidsaktiviteter, anpassad eller inställd sysselsättning, nya rutiner gällande inköp och social samvaro etc. etc. Dessa har reviderats efter behov allt eftersom nya direktiv kommer. Medborgarna har delgetts information både muntligen, skriftligen och med bildstöd.

*Vårdskador eller risker för vårdskador* rapporteras i kommunens ärendehanteringssystem av medarbetarna. En utbildning i dokumentation och avvikelshantering är framtaget av OFs pedagogiska samordnare och var planerad under 2020. Utbildningen ställdes dessvärre in pga. covid-19 och omarbetas nu för att istället kunna ges digitalt under 2021.

Avvikelserna utreds av ansvarig HSL-personal och ansvarig enhetschef enligt Rutin för synpunkt och avvikelshantering HSL, SoL och LSS.

*Egenkontroll* Loggkontroller har genomförts kvartalsvis.

#### *Åtgärder för att öka patientsäkerheten*

Parallellt med arbetet utifrån covid-19 så har även ordinarie kvalitetsarbete sakta med säkert rullat på.

Kommunens pedagogiska samordnare arbetar aktivt med att implementera teori och metod i omsorgen om personer med funktionsnedsättnings alla verksamheter. Detta genom:

- Utbildning i tydliggörande pedagogik
- Ärendehandledning
- Praktiskt stöd vid framtagande av tydliggörande material
- Ta fram en dokumentationsutbildning
- Skapa digitala kortutbildningar i ex. riskanalys, sekretess,
- Arbeta med tydliga genomförandeplaner enligt IBIC
- Planering av delaktighetsslingor – slingorna har dessvärre inte gått att genomföra pga. covid-19
- Omvärldsbevaka inom området

---

### *Socialpsykiatrin*

- Digitala medicinskåp har införts både i boendestödet och på psykiatriboende.
- Socialpsykiatrin har gjort utbildningssatsningar i form av MI (Motiverande samtal) och ESL (ett självständigt liv). Utbildningarna följs nu upp genom regelbunden handledning.
- Gruppledare som arbetar dagtid finns i verksamheten vilket ger en kontinuitet för både för medborgare och personal och utgör en viktig investering för patientsäkerheten.
- Samtlig personal har gått kommunens webbaserade hygienutbildning.
- Hygien ombud har utsetts i verksamheten.
- Delegationsutbildning gällande läkemedel genomförs kontinuerligt.
- Lyftutbildning personlyft/taklyft genomförs för all berörd personal.
- Regelbunden kontroll av dokumentation i LifeCare genomförs av enhetschef.
- Pictostat brukarundersökning är genomförd med hög svarsfrekvens och goda resultat.
- Boenderåd hålls en gång i månaden på psykiatriboendet. Medborgarnas synpunkter lyfts sedan på personalmöte innan återkoppling ges till medborgarna på nästkommande boenderåd.

### *Personlig assistans*

- Avvikelser och fallrapporter ligger som en återkommande punkt på APT.
- Samtlig personal har genomgått kommunens webbaserade hygienutbildning.
- Personal har gått Webb-utbildning gällande att åldras med intellektuell funktionsnedsättning.
- Delar av personalen har gått utbildning i dokumentation och avvikelshantering
- Aktuella hälso- och sjukvårdsriktlinjer lyfts kontinuerligt på APT-möten.

### *Covid-anpassningar*

- Individuella riskanalyser kring medborgarna har genomförts.
- Anpassningar har gjorts i boendet, i de allmänna ytorna har sittplatser ~~har~~ tagits bort eller markerats som icke användbara.
- Sittplatser i personalytorna har reducerats.
- Livsmedel hanteras enbart av personal med skyddsutrustning.
- Livsmedelstillredning på boendet har minimerats.
- Arbetskläder har uppdaterats in och används frekvent.
- Tvättrutiner för tvätt av arbetskläder är upprättade.
- Skyddsutrustning i form av förkläde, handskar, munskydd och visir finns att tillgå.
- Information kring användning av skyddsutrustning finns tillgänglig.
- Information kring handtvätt med illustrationer är framtagen och uppsatt som hjälp för medborgarna.
- Förhållningsregler för medborgarna i matsituationer samt social samvaro i gemensamhetsutrymmen finns.

- 
- Munskydd och visir används i allt vårdnära arbete inom 1 meter.
  - Rutiner kring provtagning av både personal och medborgare finns samt förhållningsregler i väntan på provsvar.
  - Aktuell covid-19 information kommuniceras löpande per mail men även månatligen på APT.
  
  - Smittspårningar genomförs vid bekräftad smitta.
  - Personal och vikarier arbetar i så få verksamheter som möjligt.
  - Ökad grundbemanning har införts i viss verksamhet för att minska belastningen vid sjukfrånvaro.

### *Risikanalyser*

En förtydligad rutin samt mall för riskanalyser har tagits fram inom OF.

### **Utbildningar under 2020**

Samtliga utbildningar som personal går på redovisas antingen på APT eller yrkesträffar för att alla ska få del av ny information och nya rön.

- Utbildning i liftanvändning och fått användarlicens för personlyft.
- Samtlig legitimerad personal har deltagit i färre antal utbildningar. I år har alla utbildningar varit digitala men det har inte varit fokus på utbildningar i samma omfattning som tidigare år. Fokus har varit på det dagliga arbetet och allt merarbete som tillkommit pga pandemin (provtagning, smittspår mm.)
- Inom HS-organisationen skulle vi 2020 satsa på att införa, utbilda och arbeta i NVP (nationell vårdplan palliativ vård) vilket tyvärr inte blev av pga rådande omständigheter.
- Förskrivarutbildning-inkontinens har tre sjuksköterskor genomfört.
- Förskrivarutbildning läkemedel har en sjuksköterska genomfört.
- En satsning utifrån HS-avtalet, var att 2018 utbilda samtliga sjuksköterskor i VISAM som är ett standardiserat beslutstöd, en checklista som sjuksköterskan använder i samband med bedömning när en medborgare försämrats i sitt allmäntillstånd. Två sjuksköterskor har utbildats till instruktörer som i sin tur utbildat samtliga kollegor. Snabbt implementerades beslutstödet med gott resultat. Instruktörerna utbildar och informerar löpande nya sjuksköterskor och sjuksköterskegruppen i VISAM beslutstöd.
- Samtliga sjuksköterskor har gått HLR utbildning. Årlig utbildning. Även arbetsterapeuter och fysioterapeuter har gått denna utbildning
- Arbetsterapeut har deltagit digitalt på Vitalis mässan; teknik och framtid.
- Anpassade produktvisningar av nya upphandlade hjälpmedel.
- För att ordinatorer ska kunna göra utprovningar, ordinera, instruera samt göra uppföljningar behövs fördjupande kunskaper om hjälpmedel. 10 - gruppen samverkar med Sodexo för att anordna utbildningar. Dessa har under 2020 ställts in /anpassats pga pandemin.
- Efter varje ny upphandling av hjälpmedel ska berörd ordinator gå på produktvisning. Syftet med produktvisningar är att ha kunskap om vilka hjälpmedel som är upphandlade, hur de ska användas, vilka tillbehör som finns samt vilka restriktioner som kan vara aktuella.
- Skånes kommuners föreläsningar har ej genomförts under året pga pandemin.

- 
- Nya förskrivare arbetsterapeuter/fysioterapeuter/sjukgymnaster genomgår förskrivarutbildning löpande.
  - Kompetenshöjande interna åtgärder: Lyftutbildning. Hygienutbildning. Delegeringsutbildning.
  - Diverse webbutbildningar har genomförts inom de olika verksamheterna.

### **Rutiner och riktlinjer inom Hälso- och sjukvård**

Rutiner och riktlinjer har reviderats under 2020. Planen 2020 var att gå igenom samtliga (ca120) rutiner för att revidera, eventuellt avveckla eller utveckla och uppdatera samtliga av rutinerna. Ett arbete som inte blivit av däremot har löpande revideringar gjorts vartefter nya förordningar, lagar och organisationer tillkommer eller förändras.

Mer eller mindre konstant sedan mars 2020 har rutiner kopplade till Covid-19 reviderats. Informationsflödet har varit enormt och mycket har förändrats från en dag till en annan. MAS har förmedlat nya rutiner, förhållningssätt till enhetscheferna som i sin tur informerat och implementerat det ut i verksamheterna.

Hjälpmiddelsriktlinjer justeras kontinuerligt vid förändring.

Kommunövergripande samarbete pågår framför allt inom mellersta MAS-nätverket för att ta del av varandras rutiner. Vad gäller rutiner och riktlinjer inom vård, hälso- och sjukvård samt omsorg bör först och främst den nationella Vårdhandboken användas och utöver den ska lokala riktlinjer upprättas vid behov.

MAR nätverket träffas någon gång /termin och MAS nätverket träffas varje månad. Här delger vi varandra aktuella rutiner och frågeställningar för att öka kvalitet inom området. Under 2020 har dessa skett digitalt.

Under 2019 vilket fortsatt under 2020 har Höör, Hörby och Burlöv inlett samarbete i att upprätta rutiner tillsammans, bland annat pågår ett arbete med att ta fram en gemensam rutin gällande samtycke, tyvärr har arbetet blivit försenat.

### **Risakanalys och resultat**

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

- Fallriskbedömningar (efter fall) har gjorts både i särskilt och ordinärt boende genom att använda bedömningsinstrumentet Downton/DFRI. 48 st gjordes under 2019. År 2020 har 90 Downton/DFRI bedömningar gjorts. Här syns tydligt att arbetet med att använda riskbedömningsinstrument gett resultat. Fallprevention är ett viktigt område och detta förebyggande arbete med fallutredningar/planer och kopplade åtgärder är ett pågående arbete som gäller även för 2021.
- Hösten 2019 anordnade MAS/MAR för första gången kvalitetsträff med legitimerad personal. Vid denna träff diskuterades bla journalgranskning, arbetssätt vid fallavvikelse samt skydds- och begränsningsåtgärder. Vilket kan vara en anledning till att antalet Downton bedömningar ökat markant under 2020.
- Vid tillbud, avvikelser och händelser görs analyser. Rutiner och riktlinjer revideras när behov bedöms föreligga. Åtgärder sätts in.
- Det kontinuerliga arbetet i ledningssystemet för kvalitet görs riskanalyser fortlöpande kontinuerligt och vid behov.

- 
- 2017 började vi ta fram olika nyckeltal inom social sektor vilket vi fortsatt arbeta med. Nyckeltalen har justerats inför varje år. De följs upp kontinuerligt under året och redovisas löpande till nämnden ur bla ett kvalitetsperspektiv.
  - För att förhindra att trycksår uppkommer har 76 st bedömningar enligt Norton gjorts (67st 2019). Inga avvikelser har inkommit avseende trycksår, vi arbetar löpande med förebyggande åtgärder. Generellt har vi liten förekomst av sår i kommunen. Antal bedömningar har ökat men fler bedömningar bör göras i utredande syfte för att förebygga trycksår.
  - För att förebygga malnutrition har totalt 116 st nutritionsbedömningar gjorts 2020 (86 st 2019). I dessa bedömningar ingår dels MNA 41st (55 st 2019) och dels nutritionsscreening 69 st (31 st 2019). Antal bedömningar har ökat, nutrition är viktigt att arbeta med i förebyggande syfte. Arbetet med detta är ett pågående arbete som fortsätter även 2021.
  - Vid smärtproblematik har endast 3 bedömningar enligt VAS skalan gjorts vilket minskat med hälften. 2019 gjordes 7 bedömningar enligt detta instrument. Anledning är oklar. God smärtlindring eftersträvas alltid men tyvärr används inte bedömningar utifrån VAS. Arbete med att använda VAS skala vid bedömningar fortsätter.
  - Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar dvs genomgångar av den enskildes läkemedel utförs av apotekare, läkare, SSK och ev anhöriga i samråd med medborgaren efter ett standardiserat protokoll, 51 läkemedelsgenomgångar gjordes 2018. 2019 har vi gjort 16 genomgångar. 2020 har 7 genomgångar gjorts. Minskat rejält de två senaste åren. 2020 har vi haft en pandemi som präglat allt vårt arbete. Vi hade fokus på ordinärt boende och en hel del medborgare tackade nej till läkemedelsgenomgång. Och flera medborgare uppfyller inte kriterierna för läkemedelsgenomgång. Lä-kemedelsgenomgångar är planerade till hösten för 2021 på säbo.
  - Kontinuerliga munhälsobedömningar genomförs i ordinärt och särskilt boende av Oral Cares tandhygienister och tandläkare, tyvärr blev de inställda under ett par månader pga pandemin.
  - Funktionskontroll innan utlämning av hjälpmedel.
  - Vid hjälpmedelsförskrivning görs en riskbedömning innan insats genomförs. Bedömningen dokumenteras i journalsystemet Procapita.

## Utredning av händelser – vårdskador, resultat och analys

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

Under året har ett par händelser varit av mer allvarlig karaktär där omfattande händelseanalyser och utredning gjorts. Inga har anmälts enligt lex Maria till IVO då de inte bedömts omfattas av anmälningsskyldigheten. De allvarligaste händelserna under 2020 har handlat om narkotikasvinn. I maj tog vi in en extern utredare/MAS för utredning och analys av samtliga händelser. Anledningen till att en extern utredare togs in var att ordinarie MAS till 100% arbetade med pandemifrågor. Utredningarna ledde inte till någon lex Maria eller lex Sarah. Det var ett par allvarliga händelser där medborgare/patienter drabbades av vårdskada eller risk för vårdskada. Däremot inte för *allvarlig* vårdskada eller *risk för allvarlig* vårdskada därmed blev det ingen anmälan vidare till IVO då det enbart är allvarliga vårdskador eller risker som ska anmälas.

---

Händelserna inträffade på Skogsgläntans säbo och uppe på sjuksköterskornas läkemedelsrum.

Personal på Skogsgläntan upptäckte att vissa mediciner var utbytta hos några medborgare (narkotikaklassade läkemedel). Det handlade om vid behovsmedicin; där kapslar vars innehåll var utbytt eller borta, blisterförpackningar var fint utskurna och tabletter utbytta och till och med målade för att se likadana ut som originaltabletterna. Dospåsar var uppklippta mycket fint, knappt märkbart och medicin utbytt. Utredaren intervjuade personal och chefer. Anhöriga och patienter informerades och samtliga händelser polisanmälades. Flera åtgärder och kontroller sattes in vilket ledde till mycket merarbete för samtlig personal. En personal ertappades kort efter att händelserna uppdagades och är inte kvar i vår verksamhet. I höstas installerades digitala läkemedelsskåp på Skogsgläntan (finns idag på alla våra särskilda boenden) vilket leder till spårbarhet och säkrare läkemedelshantering.

I samma ”veva” som händelserna på Skogsgläntan uppdagades upptäcktes svinn av narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsrummet i sjuksköterskeorganisationen. Ingen medborgare/patient drabbades av detta, ren stöld. Även här gjordes utredning av den externa utredaren och polisanmälningar. Tyvärr har dessa händelser inte fått någon förklaring eller gärningsman som ertappats eller erkänt. Idag har sjuksköterskornas läkemedelsrum digitala lås på dörrarna vilket ger viss spårbarhet. Rutiner har stramats upp. Sedan i maj har det inte försvunnit mer läkemedel fram till årsskiftet då det uppdagas att det återigen saknas ett paket med narkotika klassade läkemedel. Extra kontroller har åter införts och nästa åtgärd är att samtliga medborgares mediciner (som förvaras centralt) ska låsas in i digitala läkemedelsskåp (var för sig) för att på så sätt få till bättre spårbarhet. Med denna uppstramande åtgärd så möjliggörs en mer direkt spårning. Basläkemedelsförrådet kommer inom kort låsas in i ett rum för sig.

2020 har det förekommit ett par avvikelser i samband med insulingivning. Medborgare har inte fått sitt insulin vid ett enstaka tillfälle eller så har det getts vid fel tidpunkt; ordinationerna har inte följts. I dessa fall har delegeringar dragits in alternativt mer utbildning getts. Ingen medborgare har drabbats av vårdskada. Anledningen har varit slarv och stress.

I slutet av år 2019 upptäcktes frekventa avvikelser hemtjänstens område främst på Söder detta ledde till att samtlig personal inom hemtjänsten fick gå om delegeringsutbildning under våren 2020. Rutiner för överlämnade sågs över och optimerades med gott resultat. I samtliga händelser identifierades brister i verksamheten vilket medfört åtgärder som förbättrat verksamheterna och ökat patientsäkerheten framöver.

Avvikelser i vårdens övergångar har kontinuerligt tagits upp. Dels i den lokala arbetsgruppen och på MAS och MAR nätverk för att komma tillrätta med det övergripande och de organisatoriska problemen. Det handlar främst om informationsöverföring som inte stämmer och felaktiga läkemedelsordinationer. Det är inte ovanligt att kommunen får hem personer för snabbt, personer som inte är medicinskt färdigbehandlade. Dessutom saknas ofta aktuella medicinlistor och annan relevant information från slutenvården, vilket leder till brister i patientsäkerheten och till merarbete för kommunens sjuksköterskor. Samverkan mellan region och kommun för att komma åt problemen vid vårdens övergångar inleddes 2019.

---

Regionen har under 2020 satt in diverse åtgärder och utbildningsåtgärder under 2020. Till hösten 2021 ska en ny mätning göras för att se om åtgärderna som vidtagits gett resultat. Hela denna satsning går under arbetsnamnet ”Säkra utskrivningar” och uppfattningen bland kommunens personal är att utskrivningarna förbättrats 2020.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

För efterlevnad av lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrift 2016:40 pågår ett kontinuerligt arbete kring informationssäkerhet. Informationssäkerhet innebär att skydda information så:

- att den alltid finns när vi behöver den (tillgänglighet)
- att vi kan lita på att den är korrekt och inte manipulerad eller förstörd (riktighet)
- att endast behöriga personer får ta del av den (konfidentialitet)
- att det går att följa hur och när information har hanterats och kommunicerats (spårbarhet)

## **SITHS kort inloggning**

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet, såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister samt utfärdande av tandvårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i befintligt journalsystem samt i olika kvalitetsregister.

## **NPÖ Nationell patientöversikt**

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

I Hörs kommun syns nyttan av sammanhållen journalföring i olika sammanhang. Fler nerslag görs idag mot tidigare år, vi ser ett ökat användarbehov. Hörs kommun är en av ett fåtal av Skånes 33 kommuner som även är producerer i NPÖ vilket innebär att andra vårdgivare tex primärvård och slutenvård kan läsa delar av våra journaler. Planen är att medborgarna inom en snar framtid ska kunna ta del av den kommunala journalen via 1177.

## **Loggkontroller**

Loggkontroller ska genomföras minst 4 ggr/år i samtliga verksamheter samt kontroller av användare i NPÖ (nationell patientöversikt). Granskningen sker genom att tex slumpmässig personal väljs ut en gång per kvartal i respektive verksamhet och sedan granskas loggarna av enhetschef och medarbetare. 2019 kunde vi se en låg följsamheten till denna rutin då antalet loggkontroller minskat. En intern kontroll utfördes i april 2020 som bekräftade att detta stämde, brister uppdagades och åtgärder sattes in. Den interna kontrollen som gjordes i april 2020 visade att enbart tre enheter (Skogsgläntan, Åtorp och IFO) hade följt rutinen och gjort loggkontroller varje kvartal. Övriga har inte följt rutinen. När vi ser till höstens resultat har det förbättrats avsevärt trots pandemin men det brister fortfarande. Av vikt att det finns med i verksamheternas årshjul så det inte faller bort i det dagliga arbetet.



---

### **Övrig informationsöverföring**

Informationsöverföringen mellan vårdcentral och kommun har under året diskuterats och allt mer övergått till direkta möten alternativt telefonsamtal för att minska fax och mejlkonversationer.

Säker digital kommunikation (SDK), ett nationellt arbete som pågår och förväntas vara klart inom de närmsta året/åren. SDK ska förhoppningsvis leda till att vi inom kort kan avveckla faxen och kommunicera på säkrare sätt med externa vårdgivare. I väntan på SDK inför vi inom den kommunala hälso- och sjukvården 2021 e-fax, vilket är ett säkrare informationsöverföringssystem.

### **Digitala läkemedelsskåp**

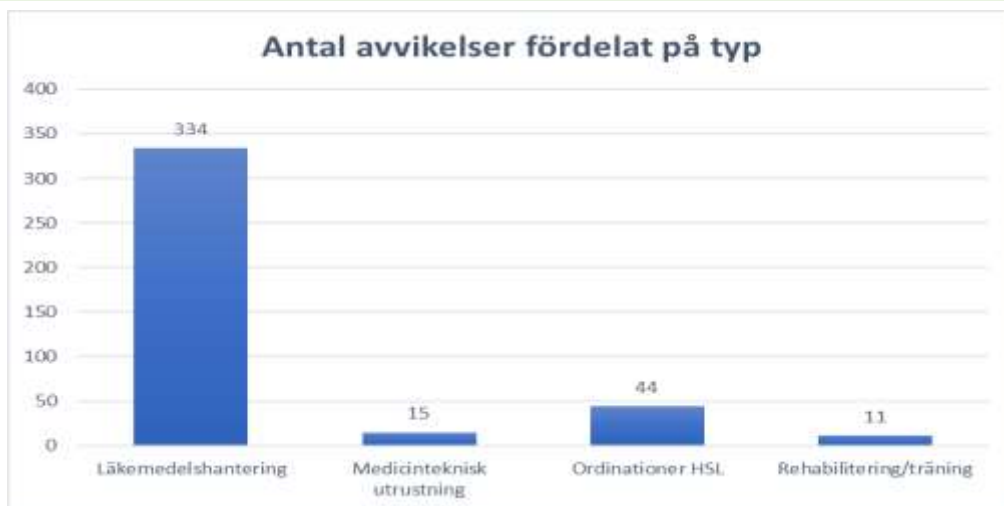
Låsbara digitala läkemedelsskåp infördes 2019 i ordinärt boende. Under 2020 har samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen erhållit digitala läkemedelsskåp. 2021 fortsätter utrollningen av skåp till samtliga LSS-boende, personlig assistans därmed kommer alla verksamheter ha digitala skåp 2021. Det innebär en kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen. Läkemedelsskåpen har ett digitalt lås, vilket innebär att endast personal som är behörig kan öppna skåpet. När personal öppnar skåpet sker en digital loggning, vilket innebär att en spårbarhet finns, det går att få fram vem som öppnat skåpet och vid vilken tidpunkt. Läkemedelsskåpet är en förutsättning för att framöver få hjälp med läkemedelshantering annars kan hemsjukvården inte ansvara för en säker läkemedelsadministrering.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **Avvikelser**

Antalet rapporterade avvikelser inom HSL var under 2020 404st, jämfört med 258st 2019 och 366st 2018. Antalet inrapporterade avvikelser har ökat i antal inom samtliga områden det är 100 fler läkemedelsavvikelser skrivna, antalet avvikelser inom medicinteknisk utrustning har gått från 2 st till 15st och avvikelser avseende ordinationer HSL har fördubblats och inom rehabilitering/träning har avvikelserna ökat med 10 st från föregående år. Antalet rapporterade fallolyckor (samtliga inte bara medborgare med hemsjukvård) var under 2020 854 fall, jämfört med 821 fall 2019. Att skriva avvikelse när ordination rehabilitering/ordination inte är utförd diskuteras ständigt i fysioterapeut/arbetsterapeutgruppen, vikten av att avvikelser skrivs och är fortfarande ett förbättringsområde även om antal avvikelser på ej utförda rehabiliteringsinsatser ökat 2020.



Sammanlagt har 404 avvikelser inom HSL registrerats under 2020. Antal avvikelser under 2019 var 258. Vad beror då denna generella ökning på?

I början av 2020 genomfördes utbildningssatsningar i delegering inom hemtjänsten. I utbildningen påtalas vikten av att skriva avvikelser när man upptäcker att något blivit fel, tex missat att ge läkemedel enligt ordination som avvikelserna inom HSL främst handlar om. Detta kan vara en anledning till att avvikelser inkommit i ökat antal under året. Det kan generellt handla om att personalen blivit bättre på att dokumentera avvikelser eller att fler avvikelser skett.

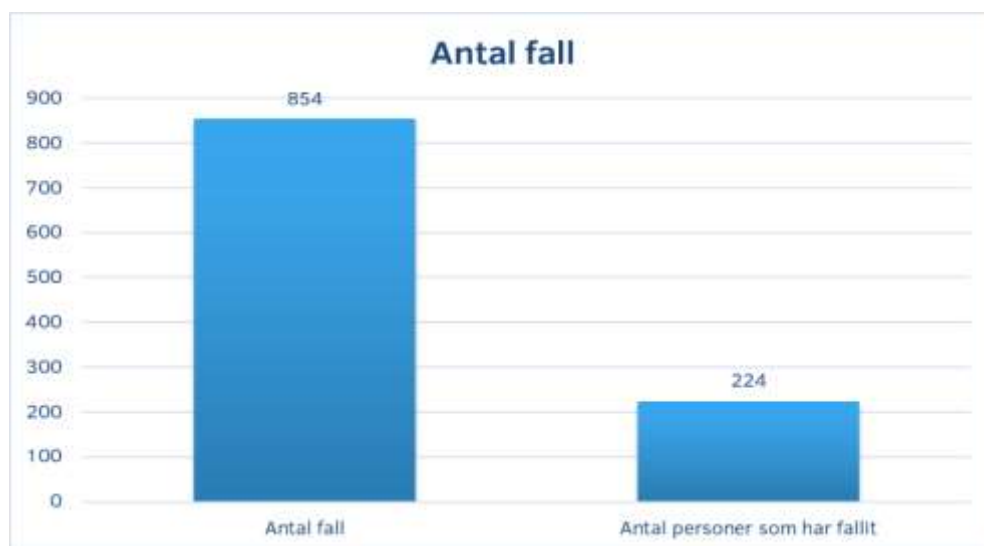
Avvikelseerna har ökat inom samtliga verksamheter mot tidigare år och inom samtliga områden. Däremot sticker hemtjänsten och Skogsgläntan ut lite grann, här har avvikelserna ökat mest. Under våren upptäcktes svinn av narkotika klassade läkemedel på Skogsgläntan vilket ledde till frekventa kontroller av läkemedelshanteringen och flera avvikelser skrevs. Extern granskning och utredning utfördes. Detta kan vara en av anledningarna till att avvikelserna ökat i antal. Då det även upptäcktes svinn av narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsrummen som finns i SSK-organisationen utfördes kontinuerliga vecko-kontroller i alla verksamheter, i och med detta kanske fler avvikelser upptäcktes, registrerades och inrapporterades i högre utsträckning. (Läs mer om

ovanstående händelser på sid 30-31 Utredning av händelser – vårdskador, resultat och analys)

Samtliga verksamheter har läkemedelshantering som stående punkt på APT för att diskutera och förbättra organisatoriskt så fel förebyggs.

Avvikelse inom HSL handlar, som sagt, främst om läkemedelsavvikelse i samband med överlämnandet. Under en dag överlämnas läkemedel (grovt räknat) 1000 ggr, vilket innebär att lite mindre än en promille delas ut felaktigt. Mest frekvent är att en dos uteblivit. Främst handlar det om slarv (följer inte riktlinjer), stress och missförstånd. Övriga avvikelser handlar om träning som inte genomförts, signeringslistor som inte är ifyllda, ordinationer tex såromläggningar, stödstrumpor, viktkontroller som inte blivit gjorda. Nedan ser ni fördelningen mellan verksamheterna. Utav dessa har ett 40-tal avvikelser handlat om att legitimerad personal brutit vilket främst också varit inom läkemedelshantering tex feldelade dosetter, otydliga HSL-uppdrag etc.

2019 registrerades 234 läkemedelsavvikelse 2020 ökade antalet till 334.



Ovan visar samtliga fall som registrerats under året inom hela ÄO och OF.

---

Totala antal fall var 854 (siffran visar även personer som inte har hemsjukvård). Siffran för 2019 var totalt 821 fall. Alla ska arbeta utifrån ett antaget fallflödesschema för att med olika åtgärder förebygga ytterligare fall (gäller för personer med hemsjukvård).

Totalt 224 personer har fallit 2020. 2019 föll 217 personer. Flest fall inträffar inom hemtjänsten. Pandemin kan ha påverkat fallstatistiken på säbo. Man har vistats på sitt rum i karantän vid misstänkt smitta eller efter sjukhusvistelse. Vi har ett antal medborgare som har fallit väldigt ofta, någon upp till 50 fall. Personer med kognitiv svikt glömmer ibland att använda gånghjälpmedel eller saknar insikt om gångförmåga. Det kan vara svårt att förebygga vissa fall även om miljön är anpassad. Några av de mest fallbenägna har utrustats med höftbyxa och hjälm för att förebygga skador. Det fallförebyggande arbetet fortgår och är en viktig del inom hälso- och sjukvårdsarbetet. Genom Senior Alert ökar det tvärprofessionella arbetet på särskilt boende.

Personer i ordinärt boende som beviljats larm har erbjudits besök av fysioterapeut i förebyggande syfte. Få personer har tackat ja till erbjudandet vilket kan bero på pandemin.

Trots vidtagna åtgärder kan inte alltid fall förhindras vilket leder till att fallstatistiken därmed inte förbättras. Däremot är det av vikt att riskbedömningar görs och att det finns tvärprofessionella fallplaner med åtgärder som är tydliga. Här ser vi att det måste till en bättring och arbetas vidare med under 2021. Många åtgärder vidtas och dokumenteras men det är inte tydligt att det är utifrån ett fallpreventivt perspektiv vilket måste framkomma. Även Downton (DFRI fallrisk bedömning) måste göras även om det är ett instrument som är omdiskuterat.

## **Klagomål och synpunkter**

### **Externa/interna synpunkter inom Hälso- och sjukvården**

Under 2020 har 15 synpunkter skickats till externa vårdgivare; olika avdelningar inom regionen, apoteket samt till primärvården. Här handlar det främst om brister i informationsöverföring, provsvar har dröjt samt otydliga ordinationer. Två synpunkter har inkommit externt från sjukhuset som rört Hälso- och sjukvården där den ena har handlat om dialyshanteringerna hemma hos en medborgare och i den andra synpunkten har sjukhuset ifrågasatt varför en medborgare inte skickades till sjukhuset tidigare efter ett fall. Fem synpunkter har inkommit från anhöriga och medborgare/patienter där det bland annat handlat om att läkemedel inte givits i rätt tid, vidbehovs medicin inte funnits hemma hos medborgaren när hen behövde den samt bemötande och upplevelse vid kateterisering. En omfattande synpunkt har utretts av MAS och SAS (socialt ansvarig socionom) med anledning av att den innehåller flera olika frågeställningar. Journalkopior lämnades inte ut till berörd släkting pga otydligheter gällande samtycke och sekretess. Det ledde i sin tur till att ärendet prövades i kammarrätten. Samtycke- och sekretessrutiner kommer förtydligas då det är av vikt att det är känt och tydligt dokumenterat ute i verksamheterna och i journalen.

I samtliga ärenden/synpunkter har interna utredningar gjorts och det har lett till diverse förbättringsåtgärder och förklaringar vilka har kommit vårdgivare, medborgare och anhöriga tillhanda. Åtgärder som vidtagits har dels varit enskilda samtal, revidering av rutiner, utbildning och information.

---

## Avvikelser gällande hjälpmedelshanteringen

Antal avvikelser:

2017	35
2018	101
2019	58
2020	22

Avvikelserna har ytterligare minskat under 2020 mot tidigare år. Flest avvikelser gäller leveranserna. Förskrivare skriver inte alltid avvikelser även om det finns anledning pga att det ej upplevs att det sker någon förbättring. Aktuella förbättringsområden och brister lyfts kontinuerligt både i styrgrupp och på 10 grupp. Långa leveranstider påverkar både medborgare och hemtjänst när det finns behov av t ex vårsäng och denna dröjer. Det blir då även ett arbetsmiljöproblem för verksamheter ute.

## Mål och strategier för kommande år

### *Mål och strategier 2021*

Med tanke på pandemin blev det mesta som var inplanerat 2020 inte av. Vi hoppas att vi kommer kunna starta upp en del av det som blivit "lagt på vänt" till hösten 2021 men allt beror på hur pandemin utvecklar sig. Hälso- och sjukvårdens portalparagraf, att vården ska prioritera de med störst behov, har under 2020 ställts till sin spets. Det mest akuta har prioriterats dvs allt kring Covid för att förhindra smittspridning bland våra mest sköra äldre. Det har i sin tur fått konsekvenser att mindre akuta och förebyggande insatser fått vänta. Där befinner vi oss fortfarande. Våra medborgare/patienter i Höör har trots rådande pandemi erhållit en god och säker vård. Vi har inte fått några utbrott av Covid bland våra äldre, ingen smittspridning på Säbo (ta del av hela vårt arbete i bifogat Covid-bokslut). Däremot har vissa satsningar fått skjutas på framtiden (tex NVP nationell palliativ vård) medan annat har optimerats under pandemin (webbutbildningar avseende basala hygienrutiner och delegeringsutbildningen).

- Fortsatt stort fokus och arbete med att utveckla Hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtal) som nu är färdigförankrat och implementerat under 2020. Under 2021 kommer hjälpmedel och rehabilitering få mer utrymme i HS-avtalets vidare utformning. Detta sker i samverkan med Skånes kommuner ett arbete som startade 2020 men pandemin gjorde att det har försinkats litegrann.
- Rigga för införandet av "Nära vård". Ett reformskifte som kommer leda till något helt annat; "sjukhuset flyttar ut till hemmet".
- Fortsätta implementera och hitta hållbara/förankrade rutiner i samband med utskrivningar från sjukhuset ett pågående arbete som hela tiden behöver ses över och optimeras utifrån rådande förutsättningar.
- Funktionsstödjande förhållningssätt är ett aktuellt fokusmål som kvarstår 2021. Pga pandemin kunde vi inte komma igång med detta 2020
- Implementering av mål och rehabiliteringsplaner fortsätter under 2021.

- 
- Systematisk journalgranskning kommer inte att bli av 2021 heller då fokus kommer ligga på att implementera det nya verksamhetssystemet Lifecare HSL.
  - Lyft/förflytningsutbildningar (både grund och uppföljningsutbildningar) till omvårdnadspersonal fortsätter. Anpassas utifrån riktlinjer pga pandemin.
  - PPM mätning avseende basala hygienrutiner i samtliga verksamheter görs under våren 2021.
  - Uppdatera den digitala hygienutbildningen under våren.
  - Läkemedelsgenomgångar på särskilt boende.
  - Extern läkemedelsgranskning på två verksamheter.
  - Hälsosamtalen i Studiecirkelform hoppas vi kan komma igång igen till hösten, dvs våra så kallade Senior träffar.
  - Fortsatt samverkan med externa vårdgivare.
  - Revidera och upprätta rutiner och riktlinjer vid behov, samtliga HS-rutiner behöver uppdateras.
  - Omvärldsbevakning, teknikutveckling och innovativa lösningar.
  - Införa digitala läkemedelsskåp på LSS-gruppboende, läkemedelsrummen hos sjuksköterskorna och personlig assistans.
  - E-signering: Digital signering är ett system som underlättar arbetet för vårdpersonal och ökar patientsäkerheten. När ordination är utförd signeras den direkt digitalt. Uteblir behandling/signering får berörda en påminnelse att insats ej är utförd. E-signering planeras att införas 2021 när nytt verksamhetssystem införs.
  - Omvärldsbevaka lösningar för så optimal mobil dokumentation inom hälso- och sjukvårdsområdet.
  - Fokus på fallförebyggande arbete och upprättande av tydliga fallplaner.
  - Erbjuder medborgare ett fallförebyggande besök vid ansökan om larm
  - Loggkontroller ska utföras enligt rutin.
  - Hygienombud inom alla verksamheter för att öka medvetenheten om goda basala hygienrutiner för att förhindra smittspridning.
  - Utbilda och införa NVP (nationell vårdplan för palliativ vård) satsning för samtlig legitimerad personal och utsedd omvårdnadspersonal i alla verksamheter inom social sektor tillsammans med vårdcentralen. Förhoppningen är att NVP kan påbörjas hösten 2021.
  - Införa Lifecare HSL (nytt verksamhetssystem under 2020) samt Lifecare avvikelser samt förhoppningsvis digitalsignering.
  - Innovativa lösningar.
  - SAS (socialt ansvarig socionom) MAS och MAR ska se över hur vi framöver ska arbeta med egenkontroller, eventuella kvalitetsråd samt hur vi ska arbeta med intern kontroll och intern revision.
  - Ny MDR lag i maj som gäller medicintekniska hjälpmedel. Denna lag kommer bli att öka krav på spårbarhet, dokumentation och rekonditionering, vilket ställer högre krav på hanteringen av hjälpmedel.
  - Utföra riskbedömningar och rehabilitering med fokus på tvärprofessionellt teamarbete, skapa rutiner vid rehabilitering efter Covid 19.
  - Utveckla instrumentet Housing enabler för att öka kvalitet vid bedömning bostadsanpassningar.
  - Nytt, uppdaterat och användarvänligt kvalitetsledningssystem införs maj 2021.

*Förbättringsområden 2021; öka antalet läkemedelsgenomgångar, tvärprofess-*

---

ionellt fallförebyggande arbete, rehabiliteringsplaner. Öka användningen av kvalitativa bedömnings och riskbedömningsinstrument. Införa egenkontroller och kvalitetsråd/observationsstudier och revidera hälso- och sjukvårdsrutiner.

## Framtid

Enligt Sveriges kommuner och regioner står landets kommuner inför stora utmaningar som bland annat beror på att antalet barn och äldre ökar i befolkningen, och med det behovet av olika välfärdstjänster. Samtidigt visar prognoserna att skatteunderlaget inte kommer att öka i motsvarande takt. Färre personer ska helt enkelt försörja fler. Genom nedskärningar på statlig och regional nivå ökar kommunernas ansvar och kostnader.

För att möta det ökande antalet äldres behov av stöd krävs stora investeringar i olika boendeformer under de kommande åren. Allt fler kommer att kräva avancerad sjukvård i hemmet.

Redan idag är det svårt att rekrytera och behålla personal, något som kommer att öka. Pensionsavgångarna är stora de kommande åren. Att vara en attraktiv arbetsgivare kommer att bli avgörande för personalförsörjningen framöver.

Allt fler medborgare/patienter får vård i det egna hemmet vilket är eftersträvanvärt av flera skäl, dels utifrån ekonomisk aspekt men framförallt utifrån den enskildes livskvalitet. Nära vård kommer bli ett ledord framöver. Den största förändring inom svenska sjukvård står för dörren. Samverkan och teamarbete är förutsättningar för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt.

Den stora utmaningen är att få ihop ekvationen vad gäller patientsäkerhet i en ekonomiskt komplex situation kantad av rekryteringssvårigheter och pensionsavgångar. En ekvation som vi enbart kan hantera tillsammans, utifrån innovativa lösningar, förändrade arbetssätt och fokus på vårt uppdrag och allas egen ansvar.

Ser inga ändringar i ovan framtidsanalys som skrevs förra året. Därför får den var kvar även i år. Däremot måste vi nu addera en del till ovanstående dvs allt som nu ska hanteras i "kölvattnet" efter pandemin tex Coronakommissionens och IVOs utredningar.

Det finns också en oro för en "vårdtrötthet". Personalen inom vårdens alla led har slitit hårt i över ett år. Det kan få följder som vi idag inte vet konsekvenserna av men en viss oro finns för ökade sjuktal mm.

Pandemin har samtidigt förenat oss. Vi har hittat snabba lösningar, ställt om för att snabbt ställa om igen. Ledord har varit samverkan och samarbete över gränserna. Vi har blivit proffs på digitala lösningar och webbutbildningar. Vilket är en förutsättning för framtiden, det är positivt!