



RAPPORT

Socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2022

Fastställt av socialnämnden
Framtagen av socialförvaltningen
Datum 2022-02-14
Gäller 2023301-20240228
Ärendenr SON 2023/105
Version [1.0]

Socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2022

Innehåll

Bakgrund	4
Sammanfattning	4
1. Övergripande mål och strategier	4
2. Organisation och ansvar	5
3. Samverkan för att förebygga vårdskador	6
3.1. Samverkan med andra förvaltningar	6
3.1.1 Överenskommelser	6
3.1.2 Hjälpmedelssamverkan	7
3.1.3 Samverkan på enhetsnivå	7
3.1.4 Samverkan MAS med nyckelfunktioner inom patientsäkerhet HSF	7
3.1.5 Samverkan förebygga fallskador	7
3.2 Samverkan inom förvaltningen	7
3.2.1 HSL-forum	7
3.2.2 Branschråd	7
3.2.3 HSL-råd	7
4. Patienter och närståendes delaktighet	7
5. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
6. Synpunkter i form av klagomål, beröm och förbättringsförslag	8
7. Egenkontroll	8
8. Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
8. 1. Planerade åtgärder utifrån resultat föregående år	9
8.1.1 Fortsatt arbete för att förhindra smittspridning av Covid-19 pandemin.	9
8.1.2 Vård i livets slut	9
8.1.3 Vård vid demenssjukdom	9
8.2 Åtgärder utifrån pandemin	9
8.2.1 Ordinationsrätt av vaccin för sjuksköterskor	9
8.2.2 Speciella åtgärder utifrån pandemin	9
8.3 Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
8.3.1 Läkemedelsautomater	10
9. Riskanalys	10
10. Utredning av händelser – allvarliga vårdskador	10
11 Informationssäkerhet	10
11.1. Digital journalföring	10
11.2 Loggkontroller	11
11.3 Arkivering av journalhandlingar	11
12 Resultat och analys	11
12.1 Egenkontroll	11
12.1.1 Trycksår	11
12.1.2 Hygienombud	12
12.1.3 Fölsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	13
12.1.3 Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	13
12.1.4 Journalgranskning HSL	13
12.1.5 Livsmedelshandtering och temperatur	14

12.2 Avvikelser	14
12.3 Händelser och vårdskador.....	15
12.4 Riskanalys - förebyggande arbete Senior alert.....	15
12.5 Vård i livets slut	16
12.6 Vård vid demenssjukdom- BPSD registret	16
13 Mål och strategier för kommande år	18
13.1 Införande av nytt journalsystem Hälsoärende.....	18
13.2 Utveckla förebyggande arbete Senior alert.....	18
13.3 Fortsatt arbete för att minska smittspridning Covid-19	18
13.4 God vård vid demenssjukdom	19
13.5 Utbildning av sjuksköterskor till ordinationsrätt av covid-19 vaccin.....	19

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att 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.

Sammanfattning

Några av 2022 års åtgärder för att öka patientsäkerheten var följande:

- Registrering i de nationella kvalitetsregistren
- Punktprevalensmätning av trycksår
- Punktprevalensmätningar av Basala hygien- och klädregler PPM-BHK
- Utbildning av hygienombud i verksamheterna
- Genomförda Branschråd med verksamheterna, samt HSL-råd med legitimerad personal
- Revidering av befintliga och nya rutiner för bl.a. användande av skyddsutrustning, provtagning och hantering av provtagningsmaterial, kohortvård har genomförts.
- Vaccination mot covid-19 influensa, dos 4 och dos 5 i särskilda boenden
- Ordinationsutbildning av sjuksköterskor inom egen regi

1. Övergripande mål och strategier

God kvalitet inom socialtjänsten och LSS-verksamheten samt den hälso- och sjukvård som bedrivs inom socialnämndens olika verksamheter innebär bland annat att tjänsterna bygger på rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt bemötande, delaktighet och att socialtjänstens insatser uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten. Insatserna ska vara kunskapsbaserade och effektivt utförda.

Socialnämnden beslutar genom strategier och övergripande mål i styrkort och fastställer ledningssystem, riktlinjer, uppdrag och kvalitetsdokument samt kvalitets- och värdighetsgarantier.

Kvalitetschef har övergripande ansvar för kvalitets- och utvecklingsarbete, kvalitetskrav och systematisk uppföljning. Utifrån uppföljning dokumenteras handlingsplaner som

äläggs utförare som inte uppfyller kraven. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Kvalitets och utvecklingsavdelningen sammanställer årligen samtliga enheter och avdelningars resultat under en så kallad analysvecka. Dessa presenteras i dokumentet Kvalitetsresultat. Syftet med veckan är att identifiera styrkor och förbättringsområden enheterna/avdelningarna. Utifrån resultaten planeras vilka uppföljningar och stödjande arbeten som ska göras under året. Plan för kvalitetsuppföljning beslutas av socialnämnden.

Under året genomförs branschråd vår och höst. Där verksamhetschefer och enhetschefer från verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar inom förvaltningen bjuds in. På branschråden presenteras resultat från analysveckan, styrkor och identifierade utvecklingsområden i verksamheterna.

Detta underlag med styrkor och utvecklingsområden, diskuteras med verksamheterna under Branschråden. De olika verksamhetsområdena delas upp i Daglig verksamhet lagen om särskilt stöd (LSS), Hemtjänst/Hemsjukvård, Särskilt boende (SÄBO) samt Boende med särskild service (BSS) för personer med psykisk funktionsnedsättning.

2. Organisation och ansvar

Socialdirektören har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, att utse verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna. MAS ansvarar för sammanställning och analys av vårdavvikelser, anmälningar enligt lex Maria och den förvaltningsövergripande patientsäkerhetsberättelsen.

Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för patientsäkerhet och att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Vidare ska verksamhetschefen löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Verksamhetschef enligt HSL ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Samtliga privata verksamheter har utsedda verksamhetschefer enligt HSL.

Enhetschef ansvarar för att bryta ned målen till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetare. Enhetschef ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschef ska även löpande bedöma om de finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och

avvikelser. Enhetschef har det samlade ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom enheten.

Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Medarbetare ska medverka risk- och avvikelsehantering, delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat samt visa engagemang utifrån styrkortets värderingar, omtanke, förtroende och delaktighet. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud.

Stödfunktioner inom patientsäkerhetsarbetet är förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning, MAS, Hygiensjuksköterska, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen HSF Chefläkare, enheterna Smittskydd/Vårdhygien HSF, BPSD teamet konsultteam, (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens), STRAMA-gruppen (samverkan mot antibiotikaresistens), Kliniskt träningscenter (KTC), praktisk läkemedelshantering (LÄPO) och Patientnämnden (PAN).

Stödfunktioner med extra insatser utifrån corona-19 pandemin

Under året har en Särskild sjukvårdsledning ledd av hälso- och sjukvårdsdirektören kontinuerligt träffats och där socialförvaltningens representant varit socialdirektören. Förvaltningen har under året utifrån det aktuella pandemiläget haft Covid-möten där ledningen, förstärkt med hygiensjuksköterska, MAS samt fackligt företrädande från Kommunal deltagit.

Hygiensjuksköterska har varit förvaltningens representant i HSFs Hygien-team för smittskydd. I uppgiften har ingått att stötta sjuksköterskor samt enhetschefer med hygienarbetet inom hela SOF, tillika utbildning av hygienombud och nätverksträffar för dessa.

3. Samverkan för att förebygga vårdskador

3.1. Samverkan med andra förvaltningar

På förvaltningsnivå sker samverkan främst med HSF. Ledningen för de båda förvaltningarna träffats i ett forum kallat Samverkansledning. I detta forum tas gemensamma frågor upp. Chefer från de båda förvaltningarna träffats i Operativt samverkansforum. I detta går man gå igenom gemensamma ärenden, där det uppstått oklarheter eller där behov av förbättringar identifierats.

3.1.1 Överenskommelser

Överenskommelser ska finnas inom specifika områden som nämnderna/förvaltningarna gemensamt beslutar. Nämnder beslutar om överenskommelser i de fall patienter/brukare berörs och direktörerna i de fall dessa inte direkt berörs. I dagsläget finns 20 upprättade och beslutade överenskommelse mellan Socialnämnden/-förvaltningen och Hälso- och sjukvårdsnämnden/-förvaltningen. Dessa hålls uppdaterade och revideras vid behov av överenskommelsegruppen med representanter från de bägge förvaltningarna. På grund av omorganisation inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har det inte skett några möten sedan sommaren 2022.

3.1.2 Hjälpmedelssamverkan

Hjälpmedelsfrågor behandlas återkommande i Regionens samverkansgrupp för hjälpmedelsfrågor, kallad Hjälpmedelssamverkan.

3.1.3 Samverkan på enhetsnivå

På verksamhetsnivå/enhetsnivå samverkar enheterna med HSF genom primärvården, trygghetspunkter, Visby lasarett och deras öppenvårdsmottagningar, Palliativa teamet, Äldresjukvårdsteamet samt sjukhusapoteket. Under året så har enheterna ofta haft ett nära samarbete med Smittskydd och vårdhygien.

3.1.4 Samverkan MAS med nyckelfunktioner inom patientsäkerhet HSF

MAS har haft regelbundna möten med HSF chefsläkare för patientsäkerhet. Gällande läkemedelsfrågor, sker samarbete med apotekare, klinisk farmaceut och läkarrepresentanter från läkemedelskommittén LÄPO. MAS ingår även i STRAMA-gruppen samverkan mot antibiotikaresistens. Samarbete pågår även med HSF urologterapeut samt ansvariga för kliniskt träningscentrum Visby lasarett och tandhygienister i uppsökande tandvård.

3.1.5 Samverkan förebygga fallskador

I syfte att öka kunskapen om hur fallskador kan förebyggas arrangeras årligen kampanjen Trill int ikull. Kampanjen är sedan flera år en samverkan med HSF och riktar sig till såväl medborgare som medarbetare i vård och omsorg. Kampanjen har en egen sida "Undvik fallolyckor - Trill int ikull" på gotland.se.

3.2 Samverkan inom förvaltningen

3.2.1 HSL-forum

Inom socialförvaltningen samverkar hälso- och sjukvårdsenheterna genom HSL-forum med MAS. Detta består av avdelningschefer från hemsjukvården, särskilt boende, samt omsorg om personer med funktionsnedsättning. Avdelningschefer och MAS träffar primärvårdschefen träffas i övergripande HSL-forum. Under året har då dessa möten hållits har det skett företrädelsevis digitalt.

3.2.2 Branschråd

Förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelningen håller två gånger per år branschråd, där verksamhetschefer, enhetschefer från samtliga enheter bjuds in.

3.2.3 HSL-råd

MAS bjuder två gånger per år in till HSL-råd för all legitimerad personal egen regi samt privata aktörer inom förvaltningen. Mötena har genomförts digitalt.

4. Patienter och närståendes delaktighet

Planering och utförande av insatser ska alltid ske i samråd med den enskilde. Samtliga verksamheter ska ge patient/närstående, under förutsättning att samtycke givits, möjlighet att vara delaktig i den vård som ges. Detta innebär bl.a. delaktighet i upprättande av genomförandeplan och vårdplaner. Boenderåd/trivselråd/anhörigmöten där brukarna/närstående har möjlighet att framföra sina åsikter finns på verksamheterna. Dialog med brukare och närstående för att höra vad de tycker och hur de upplever verksamheterna. Här har kontaktperson en viktig roll som en länk mellan patienten och vårdgivaren.

Patienterna har alltid en ansvarig sjuksköterska som kontinuerligt informerar patienten och närstående om förändringar i patientens hälsotillstånd och som medverkar till läkarkontakt om patient eller närstående så önskar.

5. Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Samtliga personalgrupper i vården ska följa rutinen att rapportera risker och händelser som medför eller riskerar att medföra fysisk och/eller psykisk skada eller sjukdom hos brukare. Information kring detta sker i olika forum exempelvis medarbetarsamtal, arbetsplatsträffar (APT), Kvalitetsråd, Team-möten, m.m. Vid nyanställningar ges information om skyldigheten och vikten av att rapportera. Information om rapporteringsskyldigheten återkommer i verksamheterna kontinuerligt.

Rapportering sker i verksamheternas olika avvikelssystem. Personal kan också rapportera till närmaste chef som kan vara behjälplig vid dokumentation och registrering av avvikelser, och direkt till annan överordnad, om avvikelserna innefattar närmaste chef. Rapporten ställs till ansvarig chef som ansvarar för att verksamhetschef blir informerad.

Utredning av inkommen rapport sker på avdelningsnivå/enhetsnivå där bedöms: Vad som inträffat, vilka direkta åtgärder som måste vidtagas, vilka åtgärder som krävs på sikt, samt återkoppling till berörda efter att utredningen är klar.

6. Synpunkter i form av klagomål, beröm och förbättringsförslag

Synpunkter så som klagomål, beröm och förbättringsförslag, kan komma från brukare, anhöriga, personal eller myndigheter (tex Socialstyrelsen) och föreningar, organisationer och andra intressenter. Klagomål och synpunkter ska hanteras utifrån Region Gotlands Riktlinjer för synpunktshantering. Inkomna handlingar registreras i ärendehanteringssystemet W3D3 och ett meddelande går ut till avsändaren att ärendet är mottaget. Svar på synpunkterna kommer att ges av ansvarig chef i ärendet. Ansvarig enhetschef kontaktar sedan vederbörande eller skriver ett svar på den inkomna handlingen inom två veckor. Enhetschef samtalar med boende och anhöriga och stämmer av och återkopplar. Inkomna synpunkter och klagomål sammanställs för året och utvalda förbättringsområden förs över i avdelningens aktivitetsplan.

Verksamheter i enskild regi har olika struktur och system för att ta emot klagomål och synpunkter. Dessa system och verksamheternas analyser, följs upp på kvalitetsuppföljningar, av förvaltningens Kvalitets- och utvecklingsavdelning Om klagomålet eller händelsen är av allvarligare art, skall MAS informeras och involveras i eventuella åtgärder. Ärendet registreras då i W3D3.

7. Egenkontroll

Verksamheterna har planerade egenkontroll inom bl.a. nedanstående områden. Resultat av egenkontroll presenteras under 12. Resultat och analys.

- Trycksår
- Basala hygienrutiner och klädregler

- Kontroll av narkotikaklassade läkemedel
- Journalgranskning HSL
- Livsmedelshantering och temperatur kontroller

8. Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten

8.1. Planerade åtgärder utifrån resultat föregående år

8.1.1 Fortsatt arbete för att förhindra smittspridning av Covid-19 pandemin.

Smittskydds-enhet, hygiensjuksköterska och MAS har under året skapat rutiner för smittskyddsåtgärder. Dessa har kontinuerligt uppdaterats och samlats i regionens dokument- och processhanteringsprogram Docpoint. Även de externa vårdgivarna, som arbetar för socialförvaltningen har tillgång till dessa. För personal som inte använder dator, har PDF filer lagts ut så att chefer kan samla informationen i papperspärmar på enheten.

Dos 4 och 5 organiserades och planerades i samråd med HSF för vaccination mot covid-19 av brukare på särskilda boende samt av Hemsjukvården för de patienter som inte kunde ta sig till en vaccinationsmottagning.

8.1.2 Vård i livets slut

Vid genomförande av kvalitetsuppföljningar under året har aktuell enhets resultat i Palliativ registret för vård i livets slut diskuterats och analyserats i förhållande till målvärde.

8.1.3 Vård vid demenssjukdom

Två medarbetare från BPSD-teamet, tillika Silviasystrar, har under hösten erbjudit utbildning till verksamheter som möter personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Innehållet har varit grundläggande kunskap om demenssjukdomar samt bemötande. Sex särskilda boende har under året tagit emot utbildning och ytterligare utbildningar har bokats in. Verksamheter har också erbjudits stöd i arbete med BPSD registret samt konsultationer från BPSD teamet har kunnat intensifieras utifrån de ökade resurserna.

Arbetet med att erbjuda BPSD administratörsutbildning har intensifierats och under året har tre utbildningar genomförts och totalt 11 medarbetare utbildats. Nätverksträff har genomförts för aktiva administratörer ca 80 st.

8.2 Åtgärder utifrån pandemin

8.2.1 Ordinationsrätt av vaccin för sjuksköterskor

För att man ska få en snabbare hantering av vaccineringsenheten, beslöt HSL smittskyddsläkare i att sjuksköterskor som inte redan har ordinationsrätt inom SOF, skulle efter en webbaserad utbildning samt en genomgång av HSF journalsystem TakeCare ordinationsmodul, få rätt att ordinera vaccin efter verksamhetschefers godkännande. Utbildningarna har fortsatt under året.

8.2.2 Speciella åtgärder utifrån pandemin

MAS har tillsammans med kvalitetschef och myndighetschef för SOF Myndighetsavdelning, under året bjudit in de privata vårdgivarna till digitala möten, utifrån det aktuella pandemiläget.

Under pandemin har hygiensjuksköterskan i stort sett haft daglig kontakt med smittskyddsenshetens smittskyddssjuksköterska/alternativt smittskyddsläkare. Hygiensköterskan har även haft ett stort ansvar i smittskyddsarbetet och bedömningar av smittspårning i våra verksamheter.

Regionens kommunikatörer har genom sitt arbete gett brukare/anhöriga/medborgarna kontinuerlig kunskap och information för att ge möjlighet till delaktighet och skapa trygghet. Information har löpande presenterats på regionens hemsida.

8.3 Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten

8.3.1 Läkemedelsautomater

Socialförvaltningen har under året avslutat ett pilotarbete där brukare/patienter inom hemsjukvården, hemtjänst och LSS har fått prova en läkemedelsautomat. Detta möjliggör att brukaren kan ta sitt läkemedel i rätt tid. Personalen larmas om brukaren/patienten inte tar sin medicin vid rätt tid. Då piloten slog väl ut görs ett breddinförande under 2023.

9. Riskanalys

Verksamheterna genomför riskanalyser inför förändringar i den fysiska, psykiska och organisatoriska miljön. Riskanalyser görs också vid inflyttning eller förändringar i beteendet hos patienten samt systematiskt i Senior alert.

Dessutom har riskanalys med uppföljningar gjorts, utifrån behov med skyddsombudet under året, med avseende på pandemin.

10. Utredning av händelser – allvarliga vårdskador

Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslagen, 2010:659, 1 kap. §5)

När en patient fått eller riskerat att få en allvarlig vårdskada ska MAS kontaktas för en gemensam utredning. Efter utredning fattar MAS beslut om en lex Maria anmäla skall göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

11 Informationssäkerhet

11.1. Digital journalföring

Den digitala hälso- och sjukvårdsdokumentationen sker i verksamhetssystemet Treserva som har CGI som leverantör. Där dokumenterar legitimerad personal sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i patientens journal. Även omvårdnadspersonal med delegering dokumenterar sina hälso- och sjukvårdsinsatser där.

Inom Region Gotland arbetar vi aktivt med informationssäkerhet. Vi använder oss av ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som är ett stöd för hur informationssäkerhetsarbetet styrs i verksamheter. Utifrån denna så har vi gjort en klassning och en risk- och sårbarhetsanalys av den information som finns i systemet och avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Informationsklassning är en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder som skyddar informationen. Genom att göra en klassning av den information som hanteras i ett system så faller det även ut ett revisionsplan. Alla aktiviteter i revisionsplanen skall gås igenom under en tre årsperiod (beroende på aktivitet så görs dessa med olika intervall under denna period). Revisionsplanen gås igenom en gång per år. Bl.a. så tar den upp frågor kring behörigheter, inloggningsmetoder, kryptering m.m. Dessa redovisas sedan i förvaltningsobjektets styrgrupp.

Genomförandeprojektet digital akt, för digital hantering av pappersdokumentation som var planerat att starta 2021 pausades i väntan på införande av en signeringsapp under 2022 för läkemedelsadministration. Införandet av signeringsapp blev även det pausat under 2022 pga. problem med personalens personnummer kopplat till digitala delegeringar för medarbetar i Treserva.

Med signeringsappen kan personalen signera direkt i mobilen när de gett läkemedel, därmed skapas inga fler analoga signeringslistor. De befintliga analoga signeringslistorna kommer tills vidare att skannas in till Treserva.

11.2 Loggkontroller

Enligt lag får endast den som deltar i vården av en patient ha tillgång till patientens journal. För att upptäcka om personalen läser journaler de inte behöver läsa för sin yrkesutövning, genomför systemförvaltaren under året, återkommande loggkontroller med slumpvisa urval. Loggkontrollerna sker vid två tillfällen, det första under mars-april månad och den andra september-november månad. Vid varje tillfälle har det slumpvist valts 3 dagar och 5 personer per dag, totalt 15 personer. Man har då kontrollerat att personen deltagit i vården av patienten. Eventuellt missbruk rapporteras till ansvarig chef för vidare hantering.

Två gånger per år sker en behörighetskontroll av användare av systemet. En lista sänds till närmsta chef med de användare som finns i systemet. Chefen ska godkänna fortsatt behörighet eller avsluta/justera om behov finns.

11.3 Arkivering av journalhandlingar

Förvaltningens arkiv ska senast en månad efter att en patient avlidit, emottagit rensade och kompletta hälso- och sjukvårdsdokumentationen, enligt rutin.

12 Resultat och analys

12.1 Egenkontroll

Redovisning av egenkontroller gjorda i verksamheterna samt övriga resultat med analyser.

12.1.1 Trycksår

Resultaten från den nationella punktprevalensmätning av trycksår som skedde i november visar att andel i särskilt boende ligger oförändrat från föregående år och över riket.

Korttidsenheten har ökat, men ligger under riket. Hemsjukvården har minskat och ligger något över riket.

Verksamhet	Andel trycksår 2020	Andel trycksår 2021	Andel trycksår 2022	Andel trycksår riket 2022
Särskilt boende	11 %	10 %	10 %	6 %
Korttidsenhet	8 %	0 %	4 %	9 %
Hemsjukvård	10 %	9 %	6 %	5 %

Analys av resultaten av de registrerade trycksåren visar att Gotland har en lägre andel allvarliga sår jämfört med riket och att mer än hälften av de registrerade trycksåren (57 procent) är så kallade kategori 1, dvs en hudrodnad till följd av tryck.

Kategori (1-4)	Andel Gotland 2020	Andel Gotland 2021	Andel Gotland 2022	Andel Riket 2022
1	50 %	45 %	57 %	45 %
2	35 %	36 %	26 %	30 %
3	8 %	13 %	14 %	15 %
4	7 %	6 %	3 %	10 %

1. Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.
2. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.
3. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår ned till men inte genom fascian.
4. Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

Analys av resultat från det förebyggande arbetet gällande trycksår visar en positiv trend med ett förbättrad förebyggande process genom en fortsatt ökad andel registrerade bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner, dock ser vi en nedgång i samt uppföljningar av planerade åtgärder.

Trycksår	2019	2020	2021	2022
Andel patienter risk för trycksår	32 %	32 %	33 %	34 %
Utförd analys av bakomliggande av orsaker till risk	75 %	88 %	90 %	90 %
Åtgärdsplan vid risk	85 %	93 %	94 %	95 %
Uppföljning av planerade åtgärder	63 %	72 %	82 %	74 %

12.1.2 Hygienombud

På grund av den pågående pandemin, har även detta år genomförts av dagliga hygienkontroller. Kontrollerna har till stort del utförts av hygienombud ute på enheterna, som i sitt uppdrag har en viktig roll i att iaktta följsamheten i de basala hygienrutiner och klädregler.

Under 2022 har 86 nya hygienombud inom SOF utbildats. Tre lokala nätverksträffar för hygienombud inom SOF har genomförts under året. Nätverksträffar är uppdelade vid två tillfällen per gång och uppdelade för hygienombud på särskilt och ordinärt boende.

12.1.3 Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) ska mätas inom SOF 4 ggr/år, varav en mätning är nationell och tre regionala. Mätningen utförs genom observationer alternativt via självskattning. Observationsmätning utförs av hygienombud genom iakttagelser av följsamhet till BHK av medarbetare vid vårdtagarnära arbete som omvårdnad, undersökning eller behandling.

Resultat PPM-BHK	2022 v. 11-12 Nationell	2022 v. 11-12 Regional	2022 v.37-38 Regional	2022 v.49-50 Regional
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 8 steg	61,6 %	45,4 %	48,9%	49,3%
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 4 hygiensteg	68,3 %	58,6 %	54,7%	58,8%
Andel med korrekt följsamhet i samtliga 4 klädregler	86,3 %	73%	87%	82,1%
Antal utförda observationer	401	152	548	296

Mätning via observation ska utföras i första hand, om observation inte går att utföra (t.ex. vid ensamarbete) ersätter mätning via självskattning. Vid självskattning värderar enskild arbetstagare sin egen följsamhet till BHK vid vårdtagarnära arbete.

Under 2022 utfördes tre stycken BHK-mätningar. Under våren 2022 infördes ett nytt inloggningsförfarande i ppm-databasen, så kallat säker inlogg. Det innebär att varje användare får personliga inloggningsuppgifter. Detta skedde i samband med junimätningen och det resulterade i att planerad mätning i juni uteblev. All registrering av mätvärden av basala hygienrutiner och klädregler (BHK) sker i SKR:s ppm-databas.

Resultat av följsamhetsmätning basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom SOF

Nationell mätning: Observationsmätning utförd av hygienombud. Mätning via självskattning inkluderas inte.

Regional mätning: Mätning både via observation/självskattning. De verksamheter som inte kan utföra observation deltar inte i den nationella mätningen utan deltar i regional mätning under samma tidsperiod.

Resultat: Lägre deltagande i BHK-mätning under vecka 49-50 på grund av hög sjukfrånvaro bland personal samt hög arbetsbelastning.

12.1.3 Kontroll av narkotikaklassade läkemedel

Om det på enheterna förvaras narkotikaklassade läkemedel så utses en person som varje månad kontrollräknar aktuella läkemedel, detta journalförs. Vid avvikelser informeras chef som gör en bedömning av allvarlighetsgrad och vid behov kontakter MAS, som tar ställning till eventuella vidare åtgärder.

Analys: Inga allvarliga avvikelser har noterats under året.

12.1.4 Journalgranskning HSL

All legitimerad personal har gått över till att dokumentera i journal Hälsoärende under året.

En journalgranskning inom hälso- och sjukvården gjordes under året. Den visade att generellt är vi bra på att fråga om samtycken som också i stor utsträckning registreras i samtyckesmodulen. Journalerna följer en röd tråd och det framgår varför vi träffar patienterna. De processer som finns i journalen är aktuella och de åtgärder som behöver fördelas till omvårdnadspersonalen är fördelad dit. Journalerna innehåller relevant information utifrån den vård som är aktuell för patienterna. Journalerna innehåller även information om Senior alert och skyddsåtgärder samt uppföljning av dessa.

Ett behov av förbättringsåtgärd är formuleringarna av relevanta och mätbara mål i vårdprocesserna.

Analys: Resultaten från dokumentationsgranskning visar att dokumentation är överlag god.

12.1.5 Livsmedelshantering och temperatur

I alla verksamheter som hanterar livsmedel till brukarna, kontrolleras temperaturen på maten med mätning av kylvaror, frysvaror och varm mat, utifrån rutin.

Analys: Kontroll av temperatur av livsmedel sker med regelbundenhet.

12.2 Avvikelser

Händelser som avvikit från planerade åtgärder är avvikelser. Samtliga avvikelser ska registreras i syfte att vara ett lärande och säkra att händelsen inte uppstår igen. På så sätt är avvikelser ett sätt att förbättra verksamheten och öka kvalitén.

Avvikelser ska hanteras utifrån uppgjorda rutiner. Dessa ska innehålla information om hur åtgärder vidtas utifrån avvikelserna samt hur dessa följs upp samt återkopplas till rapportören. Varje vårdgivare har sitt eget rapporteringssystem för avvikelshantering.

I socialförvaltningens egen regi används regionens interna avvikelssystem Flexite. Här registrerar all personal vårdavvikelser. Privata vårdgivare rapporterar avvikelser i egna system.

Vårdavvikelser kategoriseras i grupper i syfte att underlätta analys av händelserna och delas upp i fallavvikelser, läkemedelsavvikelser, avvikelser rörande informationsöverföring och avvikelser vid uppkommet trycksår. Avvikelser som inte faller under någon av dessa kategorier presenteras under annat.

Exempel på läkemedelsavvikelser kan vara från att patienten inte fått sin medicin i rätt tid, till att medicin givits till fel person. Fallavvikelser är en händelse då en person fallit oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett orsak eller om skada inträffat eller ej. Avvikelser under annat, kan exempelvis handla om handhavande av hjälpmedel, så som en luftmadrass som tömts på luft eller en dyna som placerats fel i en rullstol. Nedan presenteras avvikelser för 2020-2022.

Avvikelse SOF egen regi	2020	2021	2022
Fallskada	350	261	277
Läkemedel	1416	1476	1410
Informationsöverföring	126	113	98
Trycksår	17	14	9
Annat	411	442	393
Totalt antal	2320	2306	2197

Analys: Av rapporterade avvikelser under 2022 handlar flertalet om läkemedelsavvikelser och fallavvikelser. Även de privata vårdgivarna beskriver att inrapporterade avvikelser i huvudsak handlar om läkemedels- samt fallavvikelser. Generellt har avvikelserapporteringen sjunkit något under året. Arbetet med att informera personalen om skyldigheten att rapportera avvikelser måste fortsätta.

12.3 Händelser och vårdskador

Tre lex Maria anmälan till IVO har skett under året. Anmälningarna berodde på följande orsaker:

Händelsen var att man på grund av bristande organisation och ledning av HSL-arbetet, fick allvarliga brister i arbetssätt, kontinuitet och dokumentation. Detta ledde till att en patient som hade stort behov av frekvent observation och hälso- och sjukvårdsinsatser fick trycksår under vårdtiden.

En patient som var exceptionell övervåtskad med trycksår, som bedömdes lida svårt av smärta och ångest, till följd av ett underbehandlande medicinska tillstånd. Som enligt läkare hade kunnat undvikas.

Patient som får dubbel dos hjärtmedicin vid ett och samma tillfälle upplevde dödsångest på grund av händelsen.

I alla ärendena har IVO bedömt att vårdgivaren har fullföljt sina skyldigheter att utreda och anmäla händelsen och därmed avslutat ärendet.

12.4 Riskanalys - förebyggande arbete Senior alert

Senior alert kvalitetsregister används som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård. Inom områdena nutrition, trycksår, fall, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs riskbedömningar för att identifiera ökade risker och arbeta med insättande av individuella åtgärder och uppföljningar. Senior alert var en del av innehållet på vårens HSL-råd där fokus var förebyggande arbetssätt och personcentrering

Resultatet visar att riskbedömningar genomförs i hög utsträckning men att antalet har minskat från 2021. Andelen med risk inom något område ligger kvar på en fortsatt hög nivå. Individer med risk som har åtgärdsplan har ökat något, dock ser man en minskning i de individer som fått åtgärderna utförda.

Resultat förebyggande process	2020	2021	2022
Antal individer som erhållit riskbedömning-samtliga verksamheter	835	893	811
Andel riskbedömningar med identifierad risk inom något område	95 %	95%	94 %
Andel individer med risk med åtgärdsplaner	87 %	89%	92%
Andel individer med risk som fått planerade åtgärder utförda	69 %	73%	68 %

Antal genomförda riskbedömningar inom de olika verksamheterna. Riskbedömning blåsdysfunktion redovisas separat i egen tabell.

Riskbedömningar fall/ trycksår/ undernäring/munhälsa	2020	2021	2022
Särskilt boende	640	692	606
Korttidsenheten	149	136	77
Hemsjukvård	107	94	84
Bostad med särskild service LSS	1	0	2

Riskbedömningar Blåsdysfunktion	2020	2021	2022
Särskilt boende	142	197	217
Korttidsenheten	80	74	86
Hemsjukvård	12	1	5
Bostad med särskild service LSS	0	0	0

Analys: Resultat visar att antal utförda riskbedömningar sjunkit det senaste året i alla verksamheter. Utom riskbedömningar för blåsdysfunktion som ökat i samtliga verksamheter. Detta visar behov av ett intensifierat arbete för att patienter systematiskt ska erhålla riskbedömning och erbjudas förebyggande insatser vid behov. Utvecklingsarbete är att gemensamt med verksamheterna ta fram MAS regel för Senior alert inom LSS verksamheterna bostad med särskild service.

12.5 Vård i livets slut

Registrering i Svenska palliativregistret ger förutsättningar att följa och utveckla kvaliteten på den vård och omsorg som ges personer i livets slut. Samtliga dödsfall som sker inom någon av förvaltningens verksamheter ska registreras utifrån en samlad bedömning i det team av personal som medverkat i omvårdnaden i livets slut. Varje enhet har utifrån sina resultat möjlighet att arbeta med utvecklingsarbete utifrån analys av resultaten.

Nedan presenteras resultat för samtliga verksamheter baserat på 159 dödsfall under 2022.

Resultat	2020	2021	2022	Riket 2022	Mål Socialstyrelsen
Dokumenterad munhälsobedömning	47%	59 %	59%	54%	90%
Utförd validerad smärtskattning	49 %	63 %	62%	64%	100%
Dokumenterat brytpunktssamtal	68 %	81 %	79%	79%	98%
Ordinerad injektion av läkemedel mot ångest	80 %	92 %	88%	95%	98%

Resultaten visar en förbättring av samtliga indikatorer jämfört med tidigare år. Samtliga resultat är i nivå med riket, men under Socialstyrelsens uppsatta målnivåer. Utvecklingsområde för kommande år är att fortsatt öka andelen dokumenterade munhälsobedömningar och smärtskattningar.

12.6 Vård vid demenssjukdom- BPSD registret

Som stöd för ett strukturerat arbetssätt vid vård och omsorg av personer med demenssjukdom på särskilda boende används Register för beteendemässiga och psykisk symtom vid demens (BPSD). Utifrån en s.k. NPI skattning av individens beteendemässiga

och psykiska symtom planeras tvärprofessionella omvårdnadsåtgärder utifrån det individuella behovet.

Genom arbetssättet kan förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD symtom minska och livskvalité för individen öka. Kvalitetsregistret möjliggör också för verksamheten att arbeta strukturerat med utvecklingsarbete utifrån sina resultat på individ- och gruppnivå.

År	2020	2021	2022
Antal registreringar (NPI skattningar)	410	463	309

I samband med skattningar registreras uppgifter om bland annat individens läkemedel. Resultat visar att individer på Gotland erhåller en liknande eller lägre förskrivning av lugnande/ångestdämpande läkemedel i jämförelse med riket. Personer med Alzheimers sjukdom får i lägre grad symtomlindrande demensläkemedel i jämförelse med riket. Andelen har minskat något sedan föregående år. Andel personer som bedöms smärtfria är oförändrad sedan föregående år och i nivå med riket.

Andel registreringar där arbetet med skattning/planering/ uppföljning skett i tvärprofessionella team genom hela processen ligger över riket. Att samtliga yrkesprofessioner i teamet deltar i alla delar är ett förbättringsområde.

Kvalitetsindikatorer	2020	2021	2022	Riket 2022
Läkemedel				
Andel personer som har olämpliga läkemedel- Haloperidol (ex Haldol)	5%	3%	3%	2%
Andel personer som har olämpliga läkemedel- Risperidon (ex Risperdal)	21%	21%	16%	22%
Andel personer som har olämpliga läkemedel- Zopiklon (ex Zopiklon)	17%	14%	10%	20%
Andel personer som har olämpliga läkemedel- Hydroxizin (ex Atarax)	4%	3%	2%	1%
Andel personer som har olämpliga läkemedel- Oxazepam (ex Sobril)	25%	25%	18%	33%
Andel personer som har läkemedel- Paracetamol (ex Alvedon)	82%	82%	84%	73%
Symtomlindrande läkemedel				
Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel	42%	40%	35%	61%
Smärtfrihet				
Andel personer som verkar smärtfria	76 %	73%	73%	72%
Teamarbete				
Registreringar där arbetet skett i team	37%	35%	83%	69%

2021 års utvecklingsarbete med stöd av stimulansmedel inom området har fortsatt i syfte att öka kvalitén inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Två medarbetare från BPSD-teamet, tillika Silviasystrar, har under hösten erbjudit utbildning till verksamheter som möter personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Innehållet har varit grundläggande kunskap om demenssjukdomar samt bemötande. Verksamheter har också erbjudits stöd i arbete med BPSD registret samt konsultationer från BPSD teamet har kunnat intensifieras utifrån de ökade resurserna. Arbetet med att erbjuda BPSD administratörsutbildning har intensifierats och under året har flertalet utbildningar genomförts och ett stort antal medarbetare utbildats. Nätverksträffar har genomförts för aktiva administratörer.

Utvecklingsledare har tillsammans med avdelningschefer tagit fram en sammanhållande struktur för utvecklingsarbete för målgruppen personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Målet med strukturen är att personer med kognitiv svikt och demenssjukdom ska erbjudas tidiga förebyggande insatser och en personcentrerad och samordnad vård och omsorg och att det ska finnas en tydlig struktur för styrning och uppföljning i detta arbete.

13 Mål och strategier för kommande år

13.1 Införande av nytt journalsystem Hälsoärende

Hälsoärende är ett dokumentationsstöd för legitimerad personal i verksamhetssystemet Treserva som infördes under 2021.

Mål: Fortsatt arbete för legitimerad personal att utbilda/förkovra sig i Socialförvaltningens Treserva Hälsoärende, i syfte att få en patientsäker dokumentation.

Strategi: Att införa och utbilda i hälsoärende som dokumentationsstöd för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom socialförvaltningen i verksamhetssystemet Treserva.

13.2 Utveckla förebyggande arbete Senior alert

Senior alert används som stöd till ett förebyggande arbetssätt inom särskilda boende, bostad med särskild service, korttidsboende och hemsjukvård.

Mål: Ökat antal registrerade riskbedömningar inom samtliga områden och verksamheter i syfte att säkerställa systematik i det förebyggande arbetet.

Strategi: Genom utbildningssatsningar och uppföljning verka för ett ökat antal riskbedömningar. Rutiner för teambaserad riskbedömning, åtgärdsplanering och uppföljning av insatser ska finnas i alla verksamheter. Utvecklingsarbete är att gemensamt med verksamheterna ta fram MAS regel för Senior alert inom LSS verksamheterna bostad med särskild service.

13.3 Fortsatt arbete för att minska smittspridning Covid-19

Covid-19 pandemin ställer fortsatt krav på ett systematiskt arbete för att förhindra smittspridning.

Mål: Brukare inom förvaltningens verksamheter ska inte infekteras av covid-19. I det fall smittspridning sker ska smittspridningen begränsas. Att medarbetare vaccinerar sig i hög utsträckning.

Strategi: Att förhindra att brukare inom SOF smittas av covid-19, genom att följa de rekommendationer som gäller enligt smittskyddsmyndigheten och MAS rutiner. Att så snabbt som möjligt identifiera symtom hos brukare som kan vara tecken på en covid-19 infektion. Vid konstaterad infektion, i samverkan med smittskyddsmyndigheten och säkra att de smittskyddsrutiner som finns inom SOF följs.

Fortsatt vaccinering av brukare med påfyllnadsdoser enligt Folkhälsomyndighetens och smittskyddsmyndighetens direktiv.

13.4 God vård vid demenssjukdom

Personer med demenssjukdom ska erbjudas en god och jämlik vård.

Mål: Verksamheter som möter personer med demenssjukdom arbetar enligt BPSD registret. Patienter med BPSD symtom erhåller individuella omvårdnadsåtgärder i syfte att minska graden av symtom och öka livskvalité.

Strategi: En fortsatt utveckling av BPSD registret arbetssätt i särskilda boende, hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

13.5 Utbildning av sjuksköterskor till ordinationsrätt av covid-19 vaccin

Pandemin har medfört ett behov av att sjuksköterskor inom förvaltningen ska kunna ordinera vaccin.

Mål: Alla sjuksköterskor som in ta har ordinationsrätt inom förvaltningen ska ges möjlighet att genom utbildning erhålla ordinationsrätt till vaccinering.

Strategi: Utbildning ska erbjudas sjuksköterskor så att ordinationsrätt för vaccin finns inom förvaltningen.