



# Patientsäkerhetsberättelse för Örkelljunga kommun

2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-03-01

Sandra Olsson medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Cecilia Stewart verksamhetschef kommunal Hälsa-och sjukvård

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienter och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	8
Process-åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Risikanalys	14
Utredning av händelser-vårdskada	15
Informationssäkerhet	15
Resultat och analys- egenkontroll patientsäkerhetsberättelse 2020	15
Mål och strategier för kommande år	23

---

## Sammanfattning.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i vårdkontakten. Personal i hemsjukvård ska utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Under 2020 har arbetet med patientsäkerheten fortgått dock i annan regi än tidigare då pandemin tvingat fram mer digitala lösningar.

- Åtgärder för att patientsäkerheten ska stärkas, är rutiner för samverkan och samordning vård mellan samtliga huvudmän. Detta sker på ledningsnivå, team samt i det patientnära arbetet.

Örkelljunga kommun har gjort särskilda satsningar i kompetenshöjande åtgärder, i arbetet med basala hygienrutiner, smittförebyggande åtgärder och digitalisering. För att säkerställa den enskildes vård har kommunen fortsatt med arbetet en väg in, samt påbörjat implementering av näravårdskonceptet. Samverkan mellan professioner stärks i teamet och genom tydliga strukturer för dokumentation, rapportering och uppföljning.

Fortsatt har kommunens medarbetare arbetat med kvalitetsregister för att identifiera risker, planering, åtgärd och uppföljning.

Egenkontroller har utförts gällande avvikelser, basala hygienrutiner, rutiner, riktlinjer, anvisningar, logg och dokumentation. Brister har uppdagats och arbetats igenom.

Risker som identifierats har sitt ursprung från avvikelser och direktkontakt personal. Särskild struktur följs i utredning, åtgärd och uppföljning. Inga händelser har lett till anmälan IVO enligt Lex Maria utan stannat vid intern utredning och åtgärder i kommunen.

Det finns rutiner för hur dokumentation ska ske samt hur ofta loggkontroll ska utföras. Därefter granskas resultatet i syfte att säkerställa informationssäkerheten.

Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal känner till ansvar för att rapportera avvikelser samt tillvägagångssätt. Enhetschefer har fått i uppdrag att tillsammans med legitimerad personal arbeta med fördjupad utredning, uppföljning och utvärdering. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gjort stickkontroller och genomgång tillsammans med ansvariga enhetschefer.

Patientcentrerad vård uppnås genom att patientens mål är i fokus, och att dennes resurser identifieras. Omvårdnadspersonal och legitimerad personal inhämtar via patient och närstående det som är särskilt viktigt för den enskilde. När flera huvudmän är involverade i vården kring patienten ska en SIP framarbetas för förtydligande kring mål, önskemål, resurser och insatser, ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Kommunen har uppnått resultat gällande patientsäkerhetsarbetet, i breddad kunskap för omvårdnadspersonal. Fortsatt utbildningsbehov inom rapporteringsstöd, vitala parametrar som planerats för 2020 flyttas fram till 2021.

---

Likvärdig, sömlös vård, MVT oavsett huvudman har påbörjats tillsammans med regionala och privata vårdcentraler. Detta arbete fortskrider i flera nivåer med patienten i fokus.

De mål som identifierats 2020 kommer följa med till 2021 som en del av patient-säkerhetsarbete.

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 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.

Sedan 2011 finns Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som reglerar att det ska finnas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387), Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) samt PSL.

Enligt PSL ska vårdgivare som bedriver verksamhet enligt HSL årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. 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.

## Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i vårdkontakten. Personal i hemsjukvård ska utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet skapar förutsättningar för tydlighet i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks.

Mål med Socialnämndens patientsäkerhetsarbete är:

- att ge en god och säker vård enligt HSL upp till nivån legitimerad personal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt fysioterapeut via hemsjukvård i egna hemmet eller via korttidsboende samt vård- och omsorgsboende.
- att förebygga vårdskador.
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, regional/privat öppenvårdscentral, öppenfinansierade mottagningar vid utskrivningar från slutenvården och därmed minska återinläggningar.

I Örskelljunga kommun är knappt 427 patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Under december 2020 fanns det 1 078 fasta registrerade HSL-insatser. Omfattning, frekvens och tidsåtgång skiljer sig åt mellan de inskrivna patienterna.

I den kommunala hälso- och sjukvården ingår ansvaret för hälso- och sjukvård upp till legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut. All läkarvård och specialistsjukvård sker inom Region Skånes regi.

---

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret, som omfattar medicinsk omvårdnad, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, gäller för personer:

- som bor i vård- och omsorgsboende
- i bostad med särskild service
- i ordinärt boende som inte själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till någon av regionen finansierade öppenvårdsmottagningar (tröskelprincipen).
- som vistas på dagverksamhet som omfattas av 3 kap 6 §, SoL

Tröskelprincipen innebär att om patienten själv eller med hjälp av assistans eller ledsagare kan ta sig till en av regionen finansierad öppenvårdsmottagning, då har regionen vårdansvaret. Tröskelprincipen får aldrig utgöra ett hinder för god hälso- och sjukvård. Tröskelprincipen tar inte hänsyn till praktiska hinder.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård utifrån HSL upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### Socialchefs ansvar

Inom ramen för ledningssystemet ska Socialchefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård skall enligt HSL svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet.

### Medicinskt ansvariga sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschef upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet samt patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra och kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

### Verksamhetschef HS-enhetens ansvar

Verksamhetschefen som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Ansvarar för att riktlinjer och rutiner är kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

---

### **Hälso- och sjukvårdpersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdpersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och är enligt PSL skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Hälso- och sjukvårdpersonalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### **Enhetschef ansvar**

Enhetschef på enhet där hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av delegerad personal ansvarar för att det organisatoriskt kan genomföras hälso- och sjukvårdsinsatser på ett sådant sätt att vårdskador förebyggs.

Ansvarar för att medarbetare har den kompetens och utbildning som krävs för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på ett patientsäkert sätt. Ansvarar för att personal är väl förtrogen i skyldigheten att rapportera risk för vårdskada/vårdskada.

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

- Uppföljning enligt föreslagna mål/förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Egenkontroller
- Statistik från kvalitetsregistren

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Kommunen ansvarar för att ge hälso- och sjukvård upp till nivå av legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/ fysioterapeuter. För att kunna säkra en bra vård mellan de olika huvudmännen behövs samverkan mellan region och kommun. För patienten är samverkan oerhört viktig, för att säkra kontinuitet och kvalitet samt förebygga vårdskador. I samverkan är det viktigt att veta vem som ansvarar för vad.

Socialförvaltningen har tecknat lokala avtal med samtliga vårdcentraler inom kommunen. Utöver det finns avtal och överenskommelser som reglerar samverkan med samtliga huvudmän.

Den interna strukturen i kommunen för samverkan mellan de olika lagrummen där samordning av patientens vård sker finns och ska genomsyra arbetet.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

I PSL samt Patientlagen, PL (2014:821) stärks och tydliggörs patientens ställning samt ansvaret för hälso- och sjukvården att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Av PL 6 kap. 4 § framgår att för en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas.

SIP är en paraplyplan med syfte att tydliggöra ansvarsfördelning mellan olika parter inom HSL samt SoL. SIP ska innehålla mål formulerade av patienten samt delmål för att nå mål, olika aktiviteter ska vara kopplade till dessa mål

---

samt vem som ansvarar för dessa. Risker ska identifieras, åtgärdsplan ska göras. SIP ersätter inte medicinsk plan eller genomförandeplan. Patienten kan tacka nej till SIP. Hemsjukvård bygger på frivillighet och kan inte vara tvingande för patienten.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada via avvikelserapportering i journalsystemet.

Vid avvikelser gällande ex. narkotika, blodförtunnande läkemedel, händelser vilka skett i samverkan med externa enheter skickas avvikelserna för granskning av MAS.

Avvikelser av den karaktär att risk för svår vårdskada uppstår eller om vårdskada uppstått ska utredning genomföras. Utredning ska leda till om anmälan enl Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska ske.

## Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan lämnas in till kommunen på flera sätt: Via kommunens webbplats, e-post, brev, fax, telefonsamtal, blankett eller i det personliga mötet. Samtliga inkomna klagomål och synpunkter diarieförs.

## Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelse	1 gång per år	Protokoll
Logg	Enligt rutin	Protokoll
Dokumentation	1 gång per år	Protokoll
Rutiner, riktlinjer	Regelbundet fördelat under året	Lagar, författningar, förordningar och avtal

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

### Samarbete Hälsostaden Ängelholm

Hälso- och sjukvårdsavtalet, HS-avtalet, för Skåne skapar förutsättningar för att kunna implementera mobilt vårdteam i Örkelljunga kommun.

För de multisjuka patienterna har samverkan med Hälsostadens mobila vårdteam skapat möjlighet för inskrivning i teamet. Målet är att kunna tillgodose den avancerade hälso-och sjukvården utan att kräva slutenvård.

Kommunens sjuksköterska kan med stöd av Hälsostadens mobila vårdteam utföra behandlingar i bostaden, ex. att ge antibiotika intravenöst samt



---

blodtransfusioner som tidigare endast utförts i slutenvården eller som punktinsats via Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH. Riktlinjer har upprättats i samverkan med det Mobila teamet Hälsostaden Ängelholm gällande dessa behandlingar.

SIP upprättas när patient skrivs in, där risker identifieras och tydliga åtgärder punktats ner. Regelbundna träffar genomförs kring varje enskild patient med Mobila teamet för att identifierat tidiga försämringar samt arbeta proaktivt för att förebygga komplikationer.

*Målet med mobila teamet är att patienten erbjuds god och säker vård i hemmet/kortvård/ vård- och omsorgsboende samt att undvika sjukhusinläggningar.*

### **Mobilt vårdteam (MVT) samverkan kommun/regional/privat öppenvårdscentral**

HS-avtalet beskriver att varje kommun ska skapa och implementerar mobila vårdteam i samarbete med regional/privat öppenvårdscentral och att detta ska vara fullt utbyggt år 2020 med delmål på vägen. Delmål regleras vid samverkansmöten och upprättade avtal.

Dessa team har upprättats i samverkan för att samordna den gemensamma hälso-och sjukvården. Dock når vi ännu inte målet att samtliga som uppfyller kriterierna för inskrivning är inskrivna. Kommunens samarbetsparter har kommit olika långt i processen med inskrivning.

Vårdcentralen Örkelljunga använder sig av Hälsostadens mobila vårdteam för de patienterna med komplexa, avancerade diagnoser och vårdbehov. Sol-ljungahälsan ansvarar för samtliga sina patienter.

*Målet är att alla patienter som uppfyller kriterierna möjliggörs en inskrivning i MVT. Mätning av inskrivning sker kvartalsvis och jämförs en gång per år mot kommunens hälso-och sjukvårds inventering av patienter som uppfyller kriterierna.*

### **Samarbete Region Skåne**

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, SVU (2017:612), började gälla 2018-01-01. Stora delar av den tidigare planeringen skedde med personlig kontakt inne på slutenvårdsavdelningar vilket nu ska ske elektroniskt. 2019-01-01 kopplades psykiatrin på enligt regelverket. Rutiner har framarbetats regionalt och kommunen har efter detta skapat en struktur gällande SVU.

Vardagar samlas ett team bestående av handläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt ev. samordnare för verkställighet. De går igenom de patienter som ligger i planeringssystemet Mina Planer. Här möjliggörs snabba individuellt anpassade insatser baserat patientens bedömda behov och mål.

Detta görs genom korta kontaktvägar och en väg in. Detta arbete har intensifierats under 2020 då pandemin bidragit till korta beslutsvägar och tidiga hemgångar. Planering har näst intill varit helt digital. Detta arbetssätt har blivit standard i utskrivningsprocessen.

---

SIP kan ske inläggande eller i samband med utskrivning i bostaden. Denna planering syftar till tydlig ansvarsfördelning och identifierade risker. Inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård och kriterier för detta har tydliggjorts med utgångspunkt tröskelprincipen. Gränsdragningarna för när vem som ska göra vad är dokumenterade. Tillräckliga åtgärder och förberedelser inför utskrivningar är särskilt viktiga för de enskilda, inte minst med avseende på läkemedelshanteringen.

*Målet med en väl fungerande samverkan vid utskrivning från slutenvården är att skapa förutsättningar för god och säker hälso- och sjukvård i hemmet, undvika återinläggningar samt risker för vårdskador.*

### **En väg in**

Vården ska bedrivas sömlöst. Detta innebär förenklade kommunikationsvägar. Om patienten tar kontakt med någon i kommunen ska detta räcka för att nå samtliga som berörs i ärendet oavsett om det rör professioner i kommunen eller region. Kontaktvägar mellan professioner och samverkansparter har tydliggjorts för att göra möjligt snabba direkta kontakter. Detta arbete är under utveckling och ska hållas vid.

*Målet är att genom säkra korta kommunikationsvägar ge förutsättning för god samverkan och samordning för patienten.*

### **NäraVård**

Vården behöver komma närmare patienten och brukaren. Utvecklingen av NäraVård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Sveriges kommuner och regioner.

Örkellunga kommun står inför utmaningen att kunna möta omställningen av hela vårdkedjan för att kunna bedriva vård effektivt och med god kvalitet för att kunna möta framtiden och den demografiska utvecklingen. Den vård som tidigare varit förlagd inom slutenvården förväntas utföras på primärvårdsnivå, regionalt och kommunalt.

När behovet av kommunal hälso-och sjukvård bedöms föreligga ska NäraVård-konceptet vara en grundförutsättning. Vården ska bedrivas sömlöst. Patienten ska inte märka någon skillnad på vilken huvudman som ansvarar och utför vården. Lika vård för alla ska eftersträvas.

*Målet med Nära vård är att tillgodose patientens hälso- och sjukvård där den bäst är lämpad att utföras.*

### **Läkemedelsöversyn**

Läkemedelsöversyner används främst för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. Läkemedelsöversyn görs tillsammans med regional/privat öppenvårdscentralers läkare löpande vid rond för att identifiera läkemedelspåverkan som kan leda till fall och andra biverkningar. Tvärprofessionell läkemedelsöversyn med sjuksköterska, läkare och apotekare ska ske en gång per år för de patienter som uppfyller särskilda kriterier.

---

*Målet med tvärprofessionell läkemedelsöversyn samt översyner löpande vid rond är att förebygga vårdskador via fall, minskad aptit, apati och förvirring.*

### **ViSam**

ViSam är ett beslutsstöd för sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. När den enskilde insjuknar är det viktigt att bedömningen av patientens hälsotillstånd alltid sker på ett strukturerat sätt.

Genom beslutstödet ViSam ges förutsättningar för lika bedömning oavsett vilken sjuksköterska som träffar patienten. Beslutstödet rekommenderar vilken vård som bör sökas.

*Målet med ViSam är att ge rätt vård på rätt plats samt skapa en likabedömning. ViSam ger förutsättning att undvika onödig sjukhusvård samt ge indikationer för vilka kontakter som ska tas.*

### **Vård och omsorg om personer med demenssjukdom**

Örkelljunga kommun har en demenssjuksköterska som arbetar proaktivt med personer som erhållit eller utreds för en demensdiagnos. Demenssjuksköterskan har identifierat brister och planerar utföra en utökad utbildning för omvårdnadspersonal.

För samverkan med övriga huvudmän har kognitiva ronder införts för sömlös vård.

Omvårdnadspersonal och legitimerad personal arbetar utifrån BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens för att skapa trygg vardag för den med demenssjukdom. BPSD utgår från levnadsberättelsen och för att rikta omvårdnadsåtgärder och förebygga BPSD-symtom.

Arbete med Nollvision för en demensvård utan tvång och begränsningar fortsätter på särskilt boende. Nollvision handlar om att personalen alltid ska tänka på en demensvård utan tvång och begränsningar

*Målet är att registrera samtliga med BPSD-symtom i BPSD-registret.*

*Att verka för självbestämmande samt möjliggöra kvarboende.*

*Att genom struktur och tydliga genomförandeplaner undvika läkemedelsbehandling, tvångs- och begränsningsåtgärder.*

### **Psykiatrisk vård i Örkelljunga kommun**

För att möta behoven av psykiatrisk vård i kommunen verkar en specialistsjuksköterska, psykiatri. Sjuksköterskan samverkar mot specialistkliniker psykiatri och regional/privat öppenvårdscentral. Sjuksköterskan ansvarar för de som är inskrivna i den kommunala Hälso- och sjukvården och har en psykiatrisk diagnos eller psykisk ohälsa. Uppdraget är att handleda personal i den psykiatriska omvårdnaden samt möta somatiska problem hos patienten.

*Målet är att säkerställa vården kring patienter med psykiatrisk diagnos, psykisk ohälsa genom en väg in.*

*Att personalen utför trygg och säker omvårdnad i komplexa omvårdnadssituationer.*

---

## **Rehabilitering**

I Örskelljunga kommun finns legitimerad arbetsterapeut samt fysioterapeut i HS-enheten som ansvarar för den övergripande rehabilitering, för bibehållande av förmågor och funktion. De förskriver även hjälpmedel. De samverkar nära med omvårdnadspersonal för vardagsrehabilitering samt efter utskrivning för att uppnå bästa funktion vid skada, försämrat hälsotillstånd.

Örskelljunga kommun finns representerat i nätverksträffar för fallprevention, beslutsstöd och är delaktiga i "Senior Sport School", ett koncept som Skåneidrotten erbjuder, där äldre kan testa på olika aktiviteter/sporter som startade under våren 2018. Pandemin har tvingat fram nya arbetsätt och projekt har pausats under 2020.

Balansera mera – tips och råd för att förhindra fallolyckor i vardagen, är en nationell kampanj som genomförs årligen. Kampanjen har tre teman: mat, motion och medicin. Kampanjen uppmärksammar personer i åldern 55 år och uppåt om hur man själv kan minimera risken att falla. Balansera mera har genomförts under hösten 2018 och 2019 men inte 2020.

*Målet är att genom tidiga insatser, träning, riskbedömning bibehålla patienters funktion och möjliggöra självständighet.*

## **Säkra förflyttningar, fall och fallolyckor**

Fallskador är vanligt förekommande i samhället idag och det är oftast äldre personer som drabbas. Fallrisken ökar med stigande ålder. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Äldre som faller och skadar sig är ett växande problem.

Alla fallolyckor kan inte förebyggas men genom att skapa säkra miljöer med förbättrad kunskap kring säkra förflyttningar, rätt hjälpmedelshantering för omvårdnadspersonal kan svåra vårdskador undvikas.

För att förebygga fallolyckor pågår det en löpande uppföljning via teamträffar där olika professioner deltar för att samverka kring förebyggande åtgärder. I kvalitetsregistret Senior Alert görs riskbedömning, åtgärder samt uppföljning gällande fallolyckor.

Arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut har tagit fram underlag kring säker förflyttning. Detta har resulterat i att lyftlicens ska innehas av omvårdnadspersonal vid användande av hjälpmedel som ingår i lyftsortimentet. Utbildningar har genomförts gällande lyftteknik och manuella förflyttningar. Denna utbildning har komprimerats och anpassats för förutsättningar 2020.

*Målet är att undvika vårdskador med god grundkunskap där risken för fall minimeras med rätt insatser kring patienten.*

## **Dokumentation**

Socialförvaltningen ska ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens kvalitetsledningssystem finns dokumenterade riktlinjer och rutiner som säkrar dokumentationens tillgänglighet, riktighet, spårbarhet samt sekretess.

---

Patientjournal ska föras på de personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL.

Dokumentationsskyldigheten gäller alla verksamheter, båda verksamheter som bedrivs i kommunal och privat regi, som arbetar utifrån SoL och LSS. Skyldigheten gäller vid handläggning av ärenden samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamheten.

Granskning av dokumentation enligt HSL sker enligt särskilda anvisningar av legitimerad personal tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Legitimerad personal dokumenterar enligt utarbetad rutin.

*Målet är att med strukturerade dokumentation bidra till god kvalitet och säker vård.*

### **Kompetenshöjning av personal**

Det är viktigt att göra regelbundna kompetensinventeringar samt utnyttja de webbutbildningar som finns för att öka kunskapen för såväl omvårdnadspersonal som legitimerad personal.

Örkelljunga kommun säkerställer bredd av kompetensökning av omvårdnadspersonal årligen via Delegeringshuset. Grundutbildning genomförs i samband med nyanställning, samt när kunskapsbrister framkommit. Därefter genomförs en årlig vidareutbildning i samband med förnyelse av delegering för läkemedelsöverlämnande. Grundutbildningens innehåll är statisk och riktar sig mot grundläggande omvårdnad och läkemedelshantering. Vidareutbildningen byter tema årligen utefter identifierade behov och omvärldsbevakning. Det planerade programmet för 2020 har skjutits framåt på grund av de rådande omständigheterna och planeras startas upp 2021

Årliga utbildningar för legitimerad personal sker i samsyn med nationella riktlinjer, SKR och kommunförbundet Skånes identifierade riskområden.

Det åligger den legitimerade personalen att påtala behov av kompetenshöjning. 2020 har individuella utbildningar genomförts inom handledning, instruktörsutbildningar, specialistkompetens demens, funktionsnedsättning, sväljsvårigheter- nutrition, manuella förflyttningar, organisation och ledning inom äldreomsorg, palliativvård.

*Målet är att bibehålla kompetens på bred nivå samt att ha kunskap att möta de alltmer avancerade behoven hos patienten.*

*Att undanröja händelser som leder till avvikelser på grund av kompetensbrist.*

### **Delegering**

Medarbetare i Örkelljunga kommun ska vara delegeringsbara efter en god bredvidgång. Den hälso- och sjukvårdsinsats som är planerad och inte kräver sjuksköterskekompetens ska utföras av omvårdnadspersonal. Vid varje arbetspass ska minst 50 % av omvårdnadspersonalen ha delegering för att hälso- och sjukvårdsinsatser ska kunna utföras säkert. I medarbetares delegering ingår ansvaret för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, detta ansvar lyfts en gång om året vid förnyelse av delegering.

---

*Målet är att säkerställa den reella kunskapen hos omvårdnadspersonal för att kunna ge god och säker hälso- och sjukvård för att förebygga vårdskador.*

### **Basal hygien i vård och omsorg**

Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Vård- och omsorgsarbete ska alltid bedrivas på ett sådant sätt att smittspridning varken sker mellan patient till patient eller mellan personal och patient. Därför är det viktigt att arbeta enligt basala hygienrutiner.

Socialstyrelsens föreskrift 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg, ska tillämpas i verksamhet som omfattas av HSL, SoL, LSS.

Föreskriften är en bindande regel som ska tillämpas av alla som arbetar inom vård och omsorg, även de som är under utbildning, vid det direkta kroppsnära arbetet med en person och vid risk för kontakt med personens kroppsvätskor, kläder eller sängkläder.

Detta gäller oberoende av vårdgivare och vårdform och om det finns en känd smitta eller inte.

*Målet är att samtliga inom socialförvaltningen, Örskelljunga kommun ska känna sig väl förtrogna i hur Basal hygien säkerställs och arbetas efter, för att undvika risken för smittspridning och vårdskador.*

### **Strukturerat arbete för att ge en god och säker vård enligt HSL**

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer/ rekommendationer för olika sjukdomstillstånd. Dessa utgår ifrån forskning och beprövad erfarenhet. Detta har lett till att särskilda kvalitetsregister har arbetats fram.

Förvaltningen har på uppdrag av socialnämnden att arbeta med de nationella kvalitetsregistren som är: BPSD, Senior Alert och Palliativregistret.

*Målet är att säkerställa korrekt dokumentation enligt utarbetad struktur.*

*Att genom arbetet med kvalitetsregisters struktur, riskbedöma, följa upp och åtgärda innan vårdskada sker.*

*Att inhämta statistik för följsamhet och resultatet av arbetet med kvalitetsregister.*

### **Risikanalys**

Risikanalyser görs när nya problem eller förväntade problem identifieras för att bedöma risker föreligger. I risikanalysen vägs sannolikheten för att risken ska inträffa och mot vad den kan förväntas få för konsekvenser om den inträffar. Risikanalyser genomförs vid alla hjälpmedelsinsatser samt vid ex nya delegeringsinsatser.

När risker identifieras görs en riskanalys enligt särskilda dokument som finns publicerade på det gemensamma intranätet. Det finns en tydlig mall som efterföljs.

---

## Utredning av händelser - vårdskador

Lex Marias syfte är att genom en objektiv utredning om anledningen till en inträffad allvarlig skada/ sjukdom eller risk för sådan för därigenom på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden.

### Informationssäkerhet

Personal som har tilldelats behörighet med åtkomst till patientens dokumentation i journaler/akter får endast ta del av uppgifter som behövs för att kunna utföra sitt uppdrag och för att ge en god och säker hälso- och sjukvård samt omvårdnad. Den medarbetare som inte är inbegripen i en patients vård och behandling har inte rätt att ta del av dokumentationen i denna patients journal. Intern sekretess råder.

I kommunens uppdrag finns att säkerställa den att enskildes integritet hanteras på ett korrekt sätt enligt både lagstiftningskrav och önskemål. Tillgången till information är behovsreglerad med individuell behörighetsprövning och att den åtkomst som sker följs upp systematiskt och regelbundet via loggkontroller

Behörigheten till systemet styrs via användaridentiteten och användarens personliga lösenord. Detta möjliggör spårbarhet i systemet genom loggning som kan användas som underlag vid utredning av felaktig eller obehörig användning.

Egenkontroll har gjort som dokumentationsgranskning där förbättringsområden framkommit och kommer arbetas med 2021. Under 2020 upprättades dokument, ”Vägledning om sekretess, samtycke och menprövning inom socialförvaltningen”.

Loggkontroller har genomförts under 2020 enligt särskild rutin, inga avvikelser har identifierats.

I avvikelsearbetet har vid stickkontroller av dokumentation påvisat brister gällande otillräcklig information, utebliven information.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll Patientsäkerhetsberättelsen 2020 mål/förbättringsarbeten samt resultat.

*Målet med mobila teamet är att patienten erbjuds god och säker vård i hemmet/kortvård/ vård- och omsorgsboende samt att undvika sjukhusinläggningar.*

Under 2020 har i snitt på 5 patienter tillhörande Örskelljunga kommun varit inskrivna. Uppfattningen är att återinläggningar har minskat gällande dessa patienter men det finns inga siffror som bekräftar detta. Samtliga som skrivs in i mobila teamet erhåller SIP där vårdnivå, behandling, mål och observationer beskrivs. Avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs i hemmet, antibiotikabehandling, blodtransfusioner, avancerade vätskedrivande behandlingar samt palliativ vård. Teamet består av läkare, sjuksköterska från mobila teamet hälsostaden samt kommunens sjuksköterska. SoL-insatser kan via handläggare behöva sättas in för att kunna stödja vården i hemmet. Vid uppföljning uttrycker patienter och närstående nöjdhet med teamet och menar att det ger en ökad trygghet.

---

Under 2020 har Hälsostadens Mobila team varit aktiva i den covid-vård som bedrivits. I början av pandemin var det denna enhet som utförde provtagningar och startade upp behandlande åtgärder på samtliga patienter som var inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Efterhand som övriga vårdinrättningar upprättade rutiner och riktlinjer backade Hälsostades mobila team tillbaka till det ursprungliga avtalet, och ansvarade för dem patienter inskrivna i deras team.

*Målet är att alla patienter som uppfyller kriterierna möjliggörs en inskrivning i MVT. Mätning av inskrivning sker kvartalsvis och jämförs en gång per år mot kommunens hälso-och sjukvårds inventering av patienter som uppfyller kriterierna.*

De patienter som uppfyller kriterierna för inskrivning i för mobilt vårdteam (MVT) har inte samtliga erbjudits denna vårdform. Arbetet med dessa team har kommit olika långt och med olika upplägg.

Patienter som har behov av utökad vård får denna vård utan att de blir inskrivna i MVT. Risker föreligger då i att den vård som ska bedrivas i MVT skulle kunna utebli samt att jämlik vård är svårare att nå.

I samverkan framkommer det att primärvårdsenheterna kan ha svårigheter att fullfölja avtalet. Under året 2020 har detta uppmärksammats då mer avancerad vård skulle bedrivas i kommunen till följd av covid-19. Strukturer har omarbetats för att säkerställa vården. Under 2021 kommer arbetet fortskrida för att nå MVT fulla potential.

*Målet med en väl fungerande samverkan vid utskrivning från slutenvården är att skapa förutsättningar för god och säker hälso- och sjukvård i hemmet, undvika återinläggningar samt risker för vårdskador.*

Pandemin 2020 har ställt krav på snabba utskrivningar från slutenvården, de patienter som skrivits ut har i större utsträckning varit i behov av omfattande omvårdnadsinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. De brister som tidigare varit kända i SVU-processen har synliggjorts, bland annat bristande kartläggning av omvårdnadsbehov har genomsyrt planeringen. Det har upprepade tillfällen brustit i informationsöverföring och ställningstagande vilket resulterat i otrygga hemgångar.

Genom olika samverkansnätverk har ledning från olika huvudmän arbetat med att överbrygga denna problematik. Det har funnits och finns stora svårigheter att nå ut med dem överenskomna beslut som tagits till dem som är involverade i utskrivningarna. Dessa brister riskerar att drabba patienterna och den hälso- och sjukvård som bedrivs efter utskrivning. Korta avstämningar på fasta tider, veckovis har gjorts tillsammans med primärvårdsenheterna.

Under 2020 skrevs endast 2 externa avvikelser. Vilket inte speglar den problematik kring utskrivningar som varit. Erhållna svar visar på fortsatt okunskap i förfarandet av lag och rutin, tillsammans med vårdplatsbrist som gjort att felaktiga beslut fattats. Risken ökar för vårdskador, missförhållanden och återinläggning om inte samverkan slutförs.



---

*Målet är att genom säkra korta kommunikationsvägar ge förutsättning för god samverkan och samordning för patienten.*

En-väg-in för att säkra korta kommunikationsvägar i samverkan och samordning kring patienten har inte uppnåtts. Svårigheter i detta förändringsarbete är att förankra syfte och implementera det i hela verksamheten. Detta mål prioriteras under 2021 som ett delmål till NäraVård.

*Målet med Nära vård är att tillgodose patientens hälso- och sjukvård där den bäst är lämpad att utföras.*

I pandemin spår 2020 har kommunen tvingats in i digitala lösningar för att möta samordningen med och kring patienten. SIP har aktualiserats men inte slagit igenom i full kraft.

Patients mål har präglat den hälso- och sjukvård som bedrivits med större delaktighet.

Svårigheter har identifierats och kommer arbetas igenom tillsammans med legitimerad personal under 2021

*Målet med tvärprofessionell läkemedelsöversyn samt översyner löpande vid rond är att förebygga vårdskador via fall, minskad aptit, apati och förvirring.*

Under 2020 har inga tvärprofessionella läkemedelsöversyner genomförts. Anledningen att dessa inte genomförts är att avtal saknas med extern farmaceut och öppenvårdscentralen sedan hösten 2019. Detta kan inte kommunen påverka. Kommunal sjuksköterska och patientansvarig läkare gör läkemedelsöversyn vid förändringar av ordinationshandling.

*Målet med ViSam är att ge rätt vård på rätt plats samt skapa en likabedömning. ViSam ger förutsättning att undvika onödig sjukhusvård samt ge indikationer för vilka kontakter som ska tas.*

Användandet av ViSam har visat på en hållbar struktur vid bedömning av hälsotillståndet samt skapat trygghet för sjuksköterskan. Detta möjliggör för likabedömning om vart vården ska bedrivas. ViSam-bedömning efterfrågas i samverkan med samverkansparterna. Det har identifierats att strukturen som används för ViSam behöver implementeras hos omvårdnadspersonalen.

Ett ”rapporteringsstöd för baspersonal”, SBAR har tagits fram. Detta stöd skapar struktur för bedömning för omvårdnadspersonal i mötet med patienten med försämrat hälsotillstånd som i sin tur ger rätt information i kontakten med kommunens sjuksköterska. Ytterligare utbildning i detta kommer ske 2021 samt löpande.

---

*Målet är att registrera samtliga med BPSD-symtom i BPSD-registret.  
Att verka för självbestämmande samt möjliggöra kvarboende.  
Att genom struktur och tydliga genomförandeplaner undvika läkemedelsbehandling, tvångs- och begränsningsåtgärder.*

Demenssjuksköterskan i Örkelljunga kommun utbildar vårdpersonal i BPSD samt BPSD-registret. Utbildningar 2020 har inte genomförts på grund av rådande omständigheter gällande pandemin.Handledning kring enskilda patienter har genomförts. Örkelljunga arbetar aktivt med registreringar i BPSD. Trots detta kan arbetet med BPSD optimeras för att möta individen och ge en personcentrerad vård. Under 2021 startas projekt skyddsåtgärder upp.

*Målet är att säkerställa vården kring patienter med psykiatrisk diagnos, psykisk ohälsa genom en väg in.  
Att personalen utför trygg och säker omvårdnad i komplexa omvårdnadssituationer.*

För att möta lika vårdprincipen har en kommunal sjuksköterska ett riktat uppdrag och patientansvar för de patienter som är bedömda att erhålla kommunal hälso- och sjukvård med psykiatriska diagnoser och kognitiva funktionsnedsättningar. Tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut med samma inriktning ska god och säker hälso- och sjukvård bedrivas.

Svårigheter som uppmärksammats under året är olika tillgänglighet hos de olika huvudmännen. Behovet av en annan samverkan och samordning av vård har identifierats. Den interna kommunikationen och informationsöverföringen behöver optimeras för att lika vård ska kunna mötas. Komplexitet i dessa patientgrupper gör att strukturen blir extra viktig. Enhetscheferna och legitimerad personal har haft tät samverkan för att möta behovet. Den externa samverkan har brustit flertal gånger då okunskap gällande ansvarsområde, insatser som kan beviljas och utföras förväntats utföras av kommunens medarbetare. En SIP tydliggör ansvarsfördelningen, det råder delade meningar kring hur denna ska användas mellan huvudmännen. Detta problem är känt sedan tidigare men blivit mer tydligt efter förändringarna som gjorts.

*Målet är att genom tidiga insatser, träning, riskbedömning bibehålla patienters funktion och möjliggöra självständighet.*

Rehabenheten bestående av fysioterapeut, arbetsterapeut och undersköterska med särskild kompetens, resursteamet arbetar riktat mot patientens funktion och möjlighet till självständighet.

Rehab-enheten är delaktiga i utskrivningsprocessen och möter upp patienter i hemmet för en översyn av hemmiljö stödbehov och resurser. Detta arbete fortskrider och utvecklats tillsammans med omvårdnadspersonal och

---

sjuksköterskor via team samt handledning i patientens hem. Vardagsträning för att bibehålla funktioner samt rätt hjälpmedel till patienten är grunduppdraget för rehab-enheten  
Svårigheter har uppdragats i att bibehålla detta arbete utan nära samarbete med omvårdnadspersonalen.

*Målet är att undvika vårdskador med god grundkunskap där risken för fall minimeras med rätt insatser kring patienten.*

2019 rapporterades det in 834 fallavvikelser, 2020 rapporterades 855.  
Flest fall inträffar i ordinärt boende jämnt fördelat mellan de olika hemtjänstområdena. De fall som inträffar på vård och omsorgsboende är inte fördelat på samtliga patienter på boendet utan enstaka patienter faller i större omfattning.

Vid stickkontroller av fallavvikelser så är det ett fåtal som har resulterat i faktisk skada dock kvarstår det att fall är vanligt förekommande. Orsaken bakom fall skiftar och förklaringsorsaker kan skifta beroende på tidpunkt på dygnet och utifall om hjälpmedel använts. Få fall sker i samband med att personal finns närvarande. Studier visar på att det är viktigt med förebyggande utvärdering. Det är ett vedertaget problem att patienter saknar självkänedom om hur deras åldrande påverkar deras förmågor.

*Målet är att med strukturerade dokumentation bidra till god kvalitet och säker vård.*

Egenkontroll samt stickkontroll påvisar avsaknad av strukturerad dokumentation från samtliga professioner. Den röda tråden saknas och utebliven information kan resultera i felaktig eller utebliven vård. Enskilda samtal samt samtal i grupp har förts för att säkerställa dokumentation.

När det nya verksamhetssystemet implementeras i juni 2021 kommer ett omtag tas i dokumentation. Detta är ett prioriterat mål under 2021.

*Målet är att bibehålla kompetens på bred nivå samt att ha kunskap att möta de allt mer avancerade behoven hos patienten.*

*Att undanröja händelser som leder till avvikelser på grund av kompetensbrist.*

Året som gått har gjort att utbildningar kunnat göras digitalt medan utbildningar som kräver fysisk närvaro har fått ändrat upplägg eller ställas in. Örkelljunga kommun har fortsatt att hålla utbildningar i förflyttningsteknik samt i läkemedelshantering med fysisk närvaro. Även praktiska moment i basala hygienrutiner samt hur smittspridning förbyggs har gjorts. Dessa är utförts med olika restriktioner för att förebygga och minska risk för smittspridning.

Övrigt har externa utbildningar genomförts av legitimerad personal både digitalt och till viss del på plats.

---

*Målet är att säkerställa den reella kunskapen hos omvårdnadspersonal för att kunna ge god och säker hälso- och sjukvård för att förebygga vårdskador.*

Programmet för årets vidareutbildning via delegeringshuset har inte genomförts på grund av rådande situation. Basprogrammet har genomförts med mindre grupper. Delegeringshusets syfte med att höja nivån för omvårdnadspersonalen har delvis gett resultat.

För att säkerställa den reella kunskapen hos omvårdnadspersonal bör de vara delegeringsbara. Detta ställer krav på rekryteringsprocessen och bedömningen av anställningsbarhet.

Inför delegering ska kunskapen säkerställas via test och digital utbildning. Sjuksköterska har en personlig uppföljning av resultat inför delegering. Problem som under året har uppstått är, att medarbetare kommit till delegeringstillfällena dåligt förberedda eller inte kommit alls. Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut följer upp den reella kunskapen mellan delegeringstillfällen tillsammans med enhetschef med stickkontroller, via teammöte, återkommande avvikelser med liknade händelser. MAS följer upp via granskning av avvikelser.

*Målet är att samtliga inom socialförvaltningen, Örkelljunga kommun ska känna sig väl förtrogna i hur Basal hygien säkerställs och arbetas efter, för att undvika risken för smittspridning och vårdskador.*

Basala hygienrutiner och arbetet med att förebygga smittspridning tog ny fart under 2020. Tidigare identifierade brister under 2018 och 2019 tillsammans med arbetet kring bristerna gjorde att bristerna var välkända.

Socialstyrelsens utökade digitala utbildningar tillsammans med filmer om hur smittspridning förebyggs har genomarbetats av samtliga omvårdnadspersonal, legitimerad personal och ledning flera gånger under året. Uppföljningar har gjorts via egenkontroller samt enskilda uppföljningssamtal med ansvariga för enheten. Vid smittspårning har särskild optimering av basala hygienrutiner och förebyggande av smittspårning gjorts.

Rutiner och anvisningar har reviderats, dokument gällande inre säkerhet för att förebygga smittspridning har gjorts.

Basala hygienrutiner och förebyggande av smittspridning har följts upp noggrant via förvaltningsledning.

*Målet är att säkerställa korrekt dokumentation enligt utarbetad struktur.*

*Att genom arbetet med kvalitetsregisters struktur, riskbedöma, följa upp och åtgärda innan vårdskada sker.*

*Att inhämta statistik för följsamhet och resultatet av arbetet med kvalitetsregister.*

#### BPSD

Demenssjuksköterskan i Örkelljunga kommun utbildar vårdpersonal i BPSD samt BPSD- registret. Utbildningar 2020 har inte genomförts på grund av rådande omständigheter gällande pandemin. Handledning kring enskilda

---

patienter har genomförts. Örkelljunga arbetar aktivt med registreringar i BPSD. Trots detta kan arbetet med BPSD optimeras för att möta individen och ge en personcentrerad vård.

#### Senior Alert

Under 2020 var 110 patienter registrerade i Senior Alert av sammanlagt 427 inskrivna i den kommunal hälso- och sjukvården. För 88% av de som registrerats i Senior Alert har riskbedömningar gjorts som identifierar risk gällande något av följande: fall, munhälsa, trycksår, undernäring. I 87% finns det identifierad bakomliggande orsaker vid risk. 90% har åtgärdsplan vid risk. 84 % har utförda åtgärder vid risk.

Statistiken påvisar att färre får riskbedömningar där bakomliggande orsaker identifierats och plan upprättas av de som registreras. Detta kan tolkas som att i de fall patienter registreras i Senior Alert så arbetar teamet med identifiering av risk, behov och plan men att det syns en sjunkande trend. Samtliga enheter inom äldreomsorgen har arbetet med registrering i Senior alert och det är nu viktigt att detta inte blir ett pappersarbete utan kommer till gagn för patienten.

#### Palliativa registret

Det som framgår av det palliativa registret från 2020 är att patienten fortsatt har god smärtlindring samt ångestdämpning med hjälp av injektioner. Dock når inte Örkelljunga upp till målvärdet 98%, utan 92%. 20% smärtskattas smärtskattningsinstrument som stöd inför smärtlindring den sista levnadsveckan vilket är lågt, målvärdet på 100 % som ej nås.

Dokumentering av brytpunktsamtal är 68% men når inte målvärdet 98%. Ett brytpunktsamtals syfte är att skapa trygghet i det förväntade palliativa skeendet för både patient samt närstående. Brytpunktsamtal ska innefatta att vården nu inte är behandlande utan symtomlindrande, beslut fattas om huruvida livsuppehållande åtgärder ska påbörjas vid hjärtstillestånd eller stroke och läkemedel för lindrande vård ordinerar.

När pandemin bröt ut 2020, gjordes en genomlysning av samordnad individuell vårdplan för att identifiera patienternas önskemål gällande var de ville vårdas och vilken vårdnivå som de önskade. Denna genomlysning gjordes av primärvårdsenheternas läkare och kommunens sjuksköterska. Med ett brytpunktsamtal som grund för önskemål och förväntningar förbättras resultatet. Under 2021 ska detta arbete fortskrida.

#### Avvikelse

Avvikelse som skrivs i Örkelljunga kommun är främst HSL-insatser så som läkemedelsadministrering, och utebliven dos. Av de 427 patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, upprättades 1853 avvikelser 2020 avvikelser. Den framtagna statistiken utgår ifrån att varje enskild medarbetare kryssar i rätt lagrum. Det måste beaktas att felkällor kan uppstå utifrån

---

dessa förutsättningar. Vetskap finns att medarbetare inte kryssar i rätt lagrum vilket påvisats genom stickprovskontroller.

Trots felmarginaler kan händelser som leder till avvikelser i genomsnitt inträffa 4,3 gånger per patient under året. I dessa fall har den enskilde varit med om en händelse som inneburit en risk som kan leda till vårdskada. Utebliven dos kan innebära att behandling fördröjs, att symtom inte lindras eller att det uppstår ett onödigt lidande för patienten. Orsaken till att händelser har inträffat skiljer sig.

Vanliga förklaringar som ges i avvikelserna är glömska, tidsbrist, stress eller att patienten inte ville ha. Det är viktigt att avvikelser används som ett lärande och ett sätt att kvalitetsgranska vården. Det är också viktigt att använda avvikelser till att identifiera kunskapsbrister och de omkringliggande förutsättningar som kan innebära risk för att händelser inträffar.

Externa avvikelser görs främst när det uppstår brister i samverkan vid utskrivning från slutenvården. I störst utsträckning när ställningstagande inte är färdigt när patienten återgår till sin bostad, vilket riskerar att informationsöverföring blir bristfällig och patienten inte får rätt vård.

Rutin Avvikelse har reviderats, ansvarsfördelningen har förstärkts och struktur för utredning och uppföljning har skapats. Kvalitetssäkrande möten har införts. Implementering har skett som genomgång för legitimerad personal och samtliga chefer. Cheferna ska föra informationen ut i sina verksamheter.

### **Klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter som inkommit under 2020 har ökat och är av olika karaktär och inte specifikt riktat till Hälso- och sjukvård. Många klagomål gäller brister i utförande av SoL-insatser – att dessa inte är tillräckliga eller inte gjorda alls. Det är både anhöriga och patienter som lämnat in klagomål. Återkommande framförs att tillgängligheten inte är tillräcklig. Det finns också inlämnade synpunkter om en önskan att få framföra beröm kring hur insatser genomförts. Tillgängligheten för att lämna in klagomål och synpunkter underlättar för patienten och dennes närstående.

### **Händelser och vårdskador**

Händelser där risk för vårdskador inom lagrum för Lex Maria-anmälningar har gjorts. Utredningar har genomförts på samtliga enligt särskild ordning och frågeställning.

Ingen händelse har rapporterats vidare till IVO.

### **Risikanalys**

Risikanalys görs när nya problem eller förväntade problem identifieras för att bedöma om risk föreligger. I risikanalysen vägs sannolikheten för att risken ska inträffa och mot vad den kan förväntas få för konsekvenser om den inträffar. Riskanalyser genomförs vid alla hjälpmedelsinsatser samt vid ex nya delegeringsinsatser. Riskanalyser sker dagligen av den legitimerade personalen.

---

## Mål och strategier för kommande år

Den vård som bedrivs i den kommunala hälso- och sjukvården i Örskelljunga kommun är komplex med flera olika patientgrupper med olika behov som ska tillgodoses. Detta ställer krav på alla medarbetare gällande kompetens medicinskt, men även inom bemötande, helhetstänk, psykisk ohälsa och vårdbehov utifrån olika sjukdomstillstånd.

Mål med Socialnämndens patientsäkerhetsarbete under 2021 är fortsatt:

- att ge en god och säker vård enligt HSL upp till nivån legitimerad personal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt fysioterapeut via hemsjukvård i egna hemmet eller via korttidsboende samt vård- och omsorgsboende.
- att förebygga vårdskador.
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, regional/privat öppenvårdscentral, öppenfinansierade mottagningar vid utskrivningar från slutenvården och därmed minska återinläggningar.

Psykisk ohälsa ökar i samhället. Även denna vård flyttas ut från slutenvården och behandlingshemmen. Patienter med psykisk sjukdom ska inte vara isolerade utan inkluderade i samhället.

Vård i livets slut bedrivs av kommunal hälso- och sjukvård för alla över 18år. Utvecklingen inom Palliativ vård måste följas och bedrivs i hemmet.

Vikten av att arbeta strukturerat mot samma mål är tydligt. Därav måste arbetet med kvalitetsregistren var ett prioriterat område och de ska ses som ett arbetsredskap och inte en belastning.

Genom att fortsätta att satsa på kvalitetsregistren kan mätbara förändringar ske inom, nutrition/undernäring, demensvård, fallförebyggande, munhälsa, trycksår-förebyggande samt palliation. Särskilt fokus kommer läggas på smärtskattning-instrument i livets slut.

Örskelljunga kommun brottas med händelser som leder till avvikelser på en fortsatt hög nivå. Det är viktigt att arbete med avvikelser sker på alla nivåer och är ett naturligt arbetsmaterial i att söka efter och identifiera systembrister samt kunskapsbrister.

Delegeringar av HSL-insatser görs enligt särskild ordning, svårigheterna ligger i att behålla skärpan i delegering efter det att den erhållits då så mycket annat tar plats i arbetet kring patienten. Det är viktigt att fortsätta belysa innebörden av en delegering.

Det är viktigt under 2021 att fortsätta samverkan med slutenvård,

---

regional/privat öppenvårdscentral samt öppenfinansierade mottagningar för att identifiera patienter med behov av HSL-insatser av kommunen.

Satsning mot att möta NäraVård och dess utmaningar är ett prioriterat område.

I Örkelljunga kommun finns utmaningar för att ge god hälso- och sjukvård men med gemensamt arbete i alla professioner kan målen nås.