



Bromölla  
kommun

# Patientsäkerhetsberättelse för Bromölla kommun År 2022



Datum: 2023-03-01  
Ansvarig för innehållet: Carina Christensen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS  
Diarienummer: KS 2023/194

## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet.....	10
En god säkerhetskultur .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Patienten som medskapare .....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	15
Kvalitetsregister .....	15
Senior Alert .....	15
Palliativa registret.....	16
BPSD.....	17
Beslutade egenkontroller.....	18
Journalgranskning HSL.....	18
Loggkontroller.....	19
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet .....	20
Basala hygienrutiner och klädregler, BHK .....	21
Extern läkemedelsgranskning .....	22
Närförråd läkemedel.....	23
Sammanställning avvikelser gällande läkemedel och fall.....	23
Sammanställning trycksår .....	25
Måltidsmätning.....	26
HALT .....	27
Kompetens.....	28
Uppföljning av resterande mål från år 2022.....	29
Covid .....	29
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	31
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	32
Säker vård här och nu.....	32
Riskhantering .....	32
Stärka analys, lärande och utveckling .....	33
Avvikelser .....	33
Klagomål och synpunkter.....	33
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	34
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	35

## **SAMMANFATTNING**

Under året har det bedrivits systematiskt patientsäkerhets- och ett förebyggande arbete för att förhindra vårdskador i verksamheten. Fokus har varit att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. De uppsatta mål och strategier för år 2022 som fastställts har följts upp och utvärderats kontinuerligt.

Den Covid-19-pandemi som präglat samhället under de senaste tre åren har fortsatt att påverka verksamheten. I början av året var ett stort antal patienter och personal konstaterade med Covid. Dessa siffror minskade sedan för att i december öka lite igen. Siffrorna har hela tiden följt det som skett i samhället i sin helhet.

Ett stort fokus för verksamheterna har varit att arbeta med följsamhet till riktlinjer och rutiner gällande det smittförebyggande arbetet. Pandemin har haft påverkan på personalbemanning relaterat till fortsatt provtagning av personal vid symtom. Detta har inneburit att personal fått stanna hemma med lätta symtom och därmed påverkat förutsättningar till god samverkan både internt och externt i verksamheterna.

En trygg och säker vård i en växlande situation har varit det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet. Processen att återgå till det ”nya normala” allt eftersom restriktioner förändrats har skett fortlöpande under hela året. Verksamheterna har arbetat aktivt för att upprätthålla och utveckla god kvalitet och patientsäkerhet samt arbetat med uppsatta mål utifrån de förutsättningar som funnits.

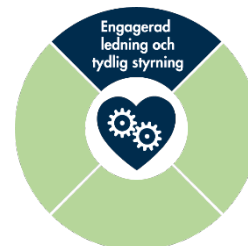
Relaterat till pandemin och verksamhetens förutsättningar så har inte alla mål för året kunnat uppnås. Den sammanlagda bedömningen är att patientsäkerheten varit god i verksamheterna.

Kvarstående mål presenteras i patientsäkerhetsberättelsen.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §, HSL 2017:30, SFS 2014:821*

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras.

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Patientlagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Målvärden som verksamheten arbetar för att uppnå:

Indikatorer	Beskrivning av målet	Målvärde
Basala hygienrutiner och kläder, BHK	Följsamhet till basal hygienrutin och kläder	100 %
Måltidsmätning	Antal timmar mellan måltider ska inte överskrida 11 timmar för patienter på säbo	<11 h
Palliativa registret:		
Dokumentera brytpunktssamtal	Patienten ska ha erbjudits ett brytpunktssamtal	98 %
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	Patienten ska ha ordination på starkt opioid vid smärtgenombrott	98 %
Ordination injektion ångestdämpande vid behov	Patienten ska ha ordination på ångestdämpande läkemedel vid behov	98 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	Smärtskattningsinstrument ex. Abbey Pain ska användas sista levnadsveckan	100 %
Dokumentera munhälsobedömning sista levnadsveckan	Munhälsobedömningsinstrument ex. ROAG ska användas sista levnadsveckan	90 %
Utan trycksår (kategori 2–4)	Andel avlidna utan trycksår, kategori 2–4	90 %

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	Andel avlidna med mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %
Senior Alert:		
Riskbedömning där risk konstaterats och teambaserad utredning av bakomliggande orsaker är utförd	Teambaserad utredning av bakomliggande orsaker gällande fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är utförd	75–100 %
Riskbedömning där risk konstaterats och åtgärd planerats	Åtgärd gällande fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är planerad	75–100 %
Riskbedömning där risk konstaterats och åtgärd utförts	Åtgärd gällande fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är utförd	75–100 %

### Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1, SFS 2017:80, PDL 2008:355, SFS 2017:30

Kommunstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet som ansvarig vårdgivare.

Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet fastställs, följs upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård

ansvarar för

- att säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen samt
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.

MAS ska även sörja för att instruktioner och riktlinjer är kända i verksamheten och fungera som stöd till verksamheten.

Om någon person i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av skada eller sjukdom ansvarar MAS för att utreda och anmäla risk för allvarlig vårdskada enligt Lex Maria, anmälan görs till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO.

#### Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Legitimerad arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för

- att utföra samma uppgifter som en medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för inom verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering.

Enhetschef för kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för

- patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde.
- att dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.
- ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

- har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.
- ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik.
- ska följa de riktlinjer och rutiner som beslutats.

Omvårdnadspersonal

- är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de rutiner och riktlinjer som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare.

Stödfunktioner – samverkan

IT- samordnare/systemförvaltare inom Stöd och omsorg

- kvalitets- och ledningssystem QPR för en samlad informationsbas gällande rutiner, riktlinjer och processer.
- verksamhetssystem Treserva för patientsäker dokumentation.

Primärvården

- läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården såväl i ordinärt som särskilt boende.

Vårdhygien, Skåne

- kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner. Regelbundna samverkansmöten tillsammans med Smittskydd Skåne och MAS i Skånes kommuner.

## Smittskydd, Skåne

- kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner. Regelbundna samverkansmöten tillsammans med Vårdhygien Skåne och MAS i Skånes kommuner.

## Patientnämnden

- inkomna synpunkter återförs till kommunen som kan analysera och åtgärda för ökad patientsäkerhet.

## *Samverkan för att förebygga vårdskador*

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Samverkan sker och rutiner för med mobilt vårdteam finns enligt HS-avtalet.
- Riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Kry vårdcentral Bromölla.
- Kontinuerliga lokala samverkansmöten tillsammans med vårdcentralerna i Bromölla.

## *Processer för samverkan*

### Ledningsgrupp kommunal hälso- och sjukvård

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård, enhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård samt MAS har regelbundna möten för planering och utveckling av kommunal hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen har även regelbundna möten med funktionschef för Omsorg funktionsnedsättning.

### Ledningsteam på kommunens enheter

Intern samverkan på enheten mellan legitimerad personal och enhetschef för att få en säker och trygg omvårdnad för patienten.

### Teamträffar på kommunens enheter

Intern samverkan på enheten mellan legitimerad personal, enhetschef och omvårdnadspersonal för att få en säker och trygg omvårdnad för patienten.

### ”Mina planer möten” i kommunen

Projekt med införande av mötesform ”Mina planer möten” där biståndshandläggare, legitimerad personal, samordnare för hemtjänsten samt enhetschef för hemtjänsten träffas digitalt för att planera för patienters hemgång från sjukhuset.



Samverkansmöten enligt HS-avtal

Representanter från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet), psykiatri, vårdcentralerna i Bromölla samt kommunen träffas regelbundet för att diskutera, planera och arbeta enligt överenskommelser i HS-avtalet samt arbetet med Nära Vård.

Lokala samverkansmöten med vårdcentralerna i Bromölla

MAS, verksamhetschef för vårdcentralerna och enhetschefer kommunal hälso- och sjukvård träffas regelbundet gällande rutiner, arbetssätt och följsamhet till HS-avtalet.

MAS Skåne nordost

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Skåne nordost har regelbundna möten för diskussioner, erfarenhetsutbyten och planering för patientsäkerhet i kommunerna.

Samverkansmöte vårdhygien/smittskydd Skåne med Skånes kommuner

Regelbundna träffar för information gällande riktlinjer vårdhygien och smittskydd.

Mobilt vårdteam

Samverkan med primärvård för fortsatt implementering av teambaserad vårdform för de mest sjuka patienterna i syfte att kunna ge vård i patientens hemmiljö.

Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård - Mina Planer

En digital planeringsprocess mellan region, primärvård och kommun som syftar till att patienten ska få en trygg hemgång med planerade insatser.

SIP, samordnad individuell plan

En individuell plan upprättas tillsammans med patienten vid behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård med syfte att utifrån patientens behov och önskemål skapa en helhetsbild och samordna patientens vård mellan verksamheterna. SIP främjar god och nära vård samt ökar patientens delaktighet.

RIVÖ, risker vid vårdens övergångar

Samverkansforum mellan regionen, primärvården och kommunen för hantering av patientnära verksamhetsfrågor. Huvudsaklig uppgift är att diskutera och hantera praktiska patientnära verksamhetsfrågor för att främja en säker trygg vård för patienten i vårdens övergångar mellan slutet vård, öppen vård och kommunal vård.

Beslutstöd VISAM

Ett verktyg för sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård som används när patienten försämras i sitt hälsotillstånd. Syftet med verktyget är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på rätt vårdnivå och informationsöverföring till nästa vårdgivare ska säkras.

HÖS, Hjälpmedelscentrum Östra Skåne

Samarbete mellan 11 skånska kommuner för stöd gällande kommunernas hjälpmedelshantering. I detta ingår funktioner som inköp, lagerhållning, teknisk service, rådgivning/utprovning, recirkulation, distribution, utbildning, utveckling, information, ekonomisk redovisning, IT-stöd samt sammankallande för sortimentgrupp. Ledningsgrupp träffas regelbundet.

### Nationell patientöversikt, NPÖ

Ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten då behörig personal efter samtycke från patienten kan ta del av en dennes journal hos annan vårdgivare.

### Uppsökande tandvård

Avgiftsfri munhälsobedömning till de patienter som kommunens hälso- och sjukvård har ansvar för i syfte att kvalitetssäkra patientens munhälsa.

### *Informationssäkerhet*

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt på olika sätt i verksamheten.

### HSA/SITHS-kort

HSA, hälso- och sjukvårdens adressregister, är en elektronisk katalogtjänst som innehåller kvalitetsgranskade uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg i Sverige. Registrering av personpost i HSA är grundförutsättningen för att kunna få ett SITHS-kort. SITHS är en elektronisk identitetshandling som används för inloggning, signering, säker åtkomst till och kommunikation mellan nationella vårdssystem och tjänster. SITHS-kort krävs bl.a. till Mina Planer, NPÖ, Pascal och Senior Alert.

### Tvåfaktorsinloggning

Används för att säkerställa att personen som loggar in är rätt person. En personlig säkerhetsnyckel, Feitian, används av omvårdnadspersonal för att få åtkomst till kommunens verksamhetssystem i en mobilapp. I mobilappen får omvårdnadspersonalen åtkomst till verkställighetsjournal, genomförandeplan, vårdplaner samt avvikelsem modul.

### Mina Planer

IT-stödet Mina Planer används för samverkan mellan slutenvård, öppenvård och kommun vid utskrivning och/eller samordnad individuell planering. Detta för att säkra patientens hemgång från sjukhuset. Patientens samtycke krävs.

### SIP, samordnad individuell plan

Legitimerad personal är delaktiga i SIP tillsammans med patienten samt annan berörd vårdgivare för att skapa och dokumentera en samlad beskrivning av patientens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser.

### Nationell patientöversikt, NPÖ

Legitimerad personal använder NPÖ för att få åtkomst till vårdinformation från andra vårdgivare i syfte att öka patientsäkerheten. Patientens samtycke krävs.

### KVÅ, klassifikation av vårdåtgärder

Legitimerad personal dokumenterar de vårdåtgärder de utför i patientens journal. Det är obligatorisk att rapportera till Socialstyrelsen för att ge underlag till en statistisk beskrivning av vårdens innehåll.

### Journalgranskning hälso- och sjukvård

En dokumentationsgrupp bestående av MAS, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut genomför journalgranskning gällande hälso- och sjukvård fyra gånger per år.

Journalgranskningen analyseras, dialog gällande dokumentation förs vid behov med berörd personal och resultat återkopplas till verksamheten.

#### Loggkontroller

Loggkontroller är en förebyggande åtgärd för att säkerhetsställa patientens integritet. Det är endast tillåtet att ta del av patientuppgifter som är nödvändiga för att utföra sin arbetsuppgift. Loggkontroller görs regelbundet enligt beslutad egenkontroll.

### En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. En god säkerhetskultur bygger på verksamhetens gemensamma värderingar relaterade till arbetsmiljö och säkerhet. En god säkerhetskultur innebär att samtliga anställda har kännedom om eventuella risker och arbetar aktivt för att förebygga dem. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



#### Kvalitets- och ledningssystem

All personal har tillgång till Stöd- och omsorgs kvalitets- och ledningssystem, QPR. Där finns rutiner, riktlinjer och processer samt länkar till andra informationssidor som behövs för god och säker vård.

#### Avvikelsehantering

Avvikelsehantering i verksamhetssystem är en grund där rapportör och utredare tillsammans har en viktig roll att rapportera avvikande händelser, analysera och åtgärda händelser på individ- och organisationsnivå. Vad har hänt och vad kan göras för att det inte ska hända igen.

#### Klagomål och synpunkter

Det finns en allmän synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från patientnämnden och Socialstyrelsen hanteras av verksamhetschef respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska. Dessa registreras, diarieförs och besvaras. På kommunens hemsida finns även en direkt hänvisning till hur klagomål kan lämnas till patientnämnden.

#### Verksamhetsmöten

I verksamheten hålls regelbundna möten för att planera vården inom verksamheten, säkra en god arbetsmiljön på arbetsplatsen och diskutera förbättringsåtgärder. Detta i struktur av ledningsteam, teamträffar samt arbetsplatsträffar.

Ledningsteamet ska gemensamt och på ett strukturerat sätt med en given agenda hantera, planera och följa upp behov och frågeställningar inom verksamhetsområdet. Teamträffar har syftet att utvärdera, samordna, ändra och avsluta insatser vid behov. Regelbundna arbetsplatsträffar hålls för att arbeta med verksamhetens mål och arbetsmiljön på arbetsplatsen.

#### Planeringsdagar

En grundförutsättning för en god säkerhetskultur är att ha gemensamma planeringsdagar där personalen på enheten kan inhämta kunskap, planera och utveckla sitt arbete samt dela med sig av erfarenheter till varandra. Det är viktigt att ha en gemensam dialog kring attityder,

värderingar och antaganden som har stor inverkan på det dagliga arbetet såväl som hanteringen av risker.

Kommunalt informationssystem om arbetsmiljö, KIA

KIA är ett IT-system för anmälan om tillbud och arbetsskador som används i kommunen för lättare överblick över tillbud, arbetsskador och incidenter gällande personalen och deras arbetsmiljö.

System för schemaläggning

Multi Access är ett datorbaserat schemalägningsprogram som används för planeringen av bemanning inom omsorgens verksamheter.

## **Adekvat kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Det bedrivs kompetensutbildning på alla nivåer.



Bemanningshandbok

Bemanningshandboken reglerar ramar och rutiner för planering och bemanning i Bromölla kommun. Den beskriver hur vi jobbar med kompetensförsörjning på kort och lång sikt. Nyckeln är att planera verksamheten utifrån medborgarnas behov.

Multi Access

I Multi Access lägger verksamheterna in uppgifter om vilka behov som finns gällande personalens kompetens så som delegering och körkort. I systemet lägger verksamheten även in en bemanningsgraf för att säkerhetsställa korrekt bemanning.

Äldreomsorgslyftet

Den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet har möjliggjort att omvårdnadspersonal kan utbilda sig till undersköterska och specialistundersköterska på arbetstid genom stadsbidrag. Sju personal påbörjade utbildning till undersköterska under år 2022 och fyra avslutade sin utbildning till undersköterska. Två undersköterskor avslutande sin utbildning till specialistundersköterska och ytterligare två går utbildningen.

Vård- och omsorgscollege

Förening för samarbete mellan arbetsgivare, utbildningsaktörer och fackliga organisationer inom den privata och offentliga vården och omsorgen som möjliggör en modern utbildning som leder till anställningsbarhet.

AST-tjänst

Akademisk specialisttjänstgöring, AST, är en modell för utbildningsanställning som sjuksköterska kan söka för vidareutbildning till specialistsjuksköterska. Det innebär att sjuksköterskan får lön enligt överenskommelse och omfattas av kollektivavtalet på arbetsplatsen under studietiden. I Bromölla kommun genomförde en sjuksköterska utbildning i diabetes under våren år 2022 och en sjuksköterska går vidareutbildning vård av äldre.

## Kommunutbildningar via Diploma

Personal inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård har under år 2022 haft tillgång till online-utbildningar i lågaffektivt bemötande och bemötande vid demenssjukdom via en digital lärportal. Efter genomgången utbildning har deltagarna fått diplom.

## Första hjälpen till psykisk hälsa, MHFA

En utbildning som ökar deltagarnas kunskaper om psykisk ohälsa och stärker beredskapen att möta personer med psykisk ohälsa. Det finns tre utbildare i Bromölla kommun som startade utbildningar för personal från olika verksamheter hösten år 2022.

## Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD-registret

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och genom detta arbete minska lidandet och öka livskvaliteten för patienten med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. I Bromölla kommun finns två certifierade utbildare som utbildar administratörer i användandet av kvalitetsregistret ute i verksamheten.

## Inför delegering

All personal går en webbutbildning inför ett fysiskt utbildningstillfälle som hålls av legitimerad sjuksköterska. Ordinarie personal går utbildningen vart annat år och vikarier går varje år. Efter utbildningen sker ett skriftligt kunskapstest och en praktisk genomgång med sjuksköterska innan personalen kan få sin delegering.

## Web-utbildningar

I stöd och omsorgs kvalitets- och ledningssystem, QPR, finns tillgång till webbutbildningar som ex. basal vårdhygien, social dokumentation, demens ABC.

## Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, OAS, informerar på enhet

OAS ansvarar för att informera personal på enheten enligt fastställt årshjul om läkemedel/palliativ vård, basal vårdhygien, senior Alert samt smittvägar/influensa.

## Verksamhetssystem Treserva

All personal inom stöd och omsorg har behörighet till verksamhetssystem Treserva för att kunna sköta dokumentation kring patienten. I samband med behörighet får man en genomgång och har sen till sin hjälp tillgång till digital utbildning, lathundar och manualer.

## Ombud

Inom stöd och omsorg finns det olika uppdrag för ombud för att kvalitetssäkra omvårdnaden inom olika områden t.ex. kost, hygien, inkontinens, demens, aktivitet och Senior Alert.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



### Samordnad individuell plan, SIP

För att få patienter delaktiga i vården ska SIP göras vid inflyttning till särskilt boende, inskrivning i mobilt vårdteam eller vid förändringar i vården. Patienterna är delaktiga i planeringen och närstående bjuds in att delta. Vid en SIP planeras vården för patienten på ett strukturerat sätt och det beslutas vem som ska göra vad vid eventuell förändring i hälsotillståndet.

### Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, OAS

Alla patienter som har kommunal hälso- och sjukvård har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska med ansvar för bedömning, planering och genomförande av den vård som beslutas. Kontinuitet är en viktig del i arbetet för att ge ökad trygghet och djupare kunskap om patienten.

### Kontaktmannaskap

Inom stöd och omsorg har alla patienter en kontaktman för att öka möjligheten att ta tillvara sina intressen och önskemål samt för att få en ökad livskvalitet och individualiserad vård. Patientens självbestämmande respekteras och kontaktmannen ska värna om en god relation med närstående, respektera närståendes delaktighet och ansvar för vissa uppgifter. Kontaktmannen ska representera kontinuitet och trygghet för patienten. Kontinuitet är en viktig del i arbetet för att ge ökad trygghet och djupare kunskap om patienten.

### Fast omsorgskontakt

Under år 2022 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt. Syftet med en fast omsorgskontakt är att tillgodose behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning för den patient som har hemtjänst. Verksamheten inväntar Socialstyrelsens vägledning på hur arbetet med den fasta omsorgskontakten bör planeras för att uppnå målen.

### Klagomål och synpunkter

Patienter och närstående kan framföra sina synpunkter och klagomål direkt till verksamheten. Om de inte vill framföra det direkt till verksamheten kan de göra det via kommunens allmänna synpunktshantering på kommunens hemsida. Inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas.

### Samtycke

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier och vårdgivare hämtas från patienten för att säkra vården, även samtycke för att informera närstående inhämtas. Patienten ger också samtycke till nationell patientöversikt, NPÖ och till användande av vårdpärm. Ett samtycke kan begränsas till viss information och till vem information får lämnas. Patienten har rätt att återkalla sitt samtycke helt eller delvis när helst patienten önskar.

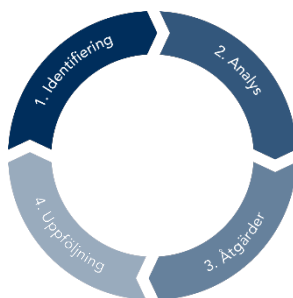
### Kommunala pensionärsrådet, KPR

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård träffar regelbundet KPR för att ge möjlighet till ett informations- och kunskapsutbyte mellan verksamheten och KPR.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



## Kvalitetsregister

### Senior Alert

#### 1. Identifiering

I det förebyggande arbetet används nationella kvalitetsregistret Senior Alert gällande riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Riskbedömningarna görs oftast under teamträffar. Arbetet bidrar till det preventiva arbetet och är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Angivna målvärden är 75–100%.

Tabellen nedan visar resultat av riskbedömningar över en tidsperiod:

Tidsperiod	Risk- bedömningar	varav risk	Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
			... teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts *	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%
2019	306	264	229	87	199	75	54	21
2020	253	229	208	91	181	79	50	34
2021	304	273	256	94	258	95	141	51
2022	385	355	283	80	317	89	175	60

Under året har andelen utförda riskbedömningar ökat. Resultatet visar att teambaserade utredningar och planerade åtgärder har minskat något jämfört med tidigare år, men resultatet ligger inom målvärde. Andelen utförda åtgärder har ökat, men når inte uppsatt målvärde.

#### 2. Analys

Fler utbildade Senior Alert ombud har gett resultat i att fler riskbedömningar utförts. Under år 2022 har pandemin haft fortsatt effekt på teamens förutsättningar för gemensamma möten för teambaserade utredningar och planerade åtgärder. En delorsak kan vara personalförändringar i teamen som gör att arbetet inte har fungerat optimalt.

### 3. Åtgärder

Kontinuerliga utbildningar till Senior Alertombud. Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheterna. Kontinuerlig strävan att teamen har optimala förutsättningar för arbetet med Senior Alert.

### 4. Uppföljning av åtgärd

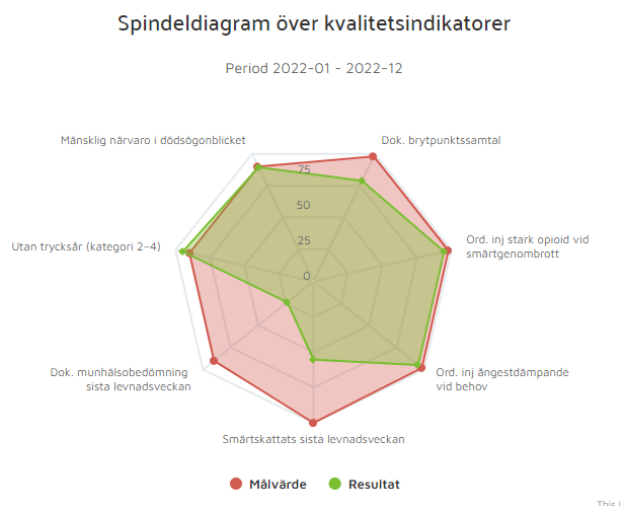
Målet för år 2022 var att alla enheter inom äldreomsorgen skulle ha implementerat arbetet med Senior Alert vilket har genomförts. Arbetet på teamträffarna fortsätter enligt den uppbyggda strukturen. Nya Senior Alertombud utbildas regelbundet och under kommande år fortsätter det påbörjade arbetet med att ha ett team för utbildning och stöd i arbetet med Senior Alert.

## Palliativa registret

### 1. Identifiering

Ett nationellt kvalitetsregister som används för att förbättra vården i livets slutskede oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos. Sjuksköterska registrerar hur patientens vård i livets slutskede varit.

Nedan spindeldiagram visar resultat från palliativa registret för år 2022:



Nedan tabell förtydligar resultatet för år 2022 i en jämförelse med år 2021 samt presenterar målvärdet för respektive kvalitetsindikator:

Kvalitetsindikatorer	Mål	Resultat 2021	Resultat 2022	
Dokumenterat brytpunktsamtal	98%	94,9%	78,9%	↓
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98%	100%	94,7%	↓
Ordination injektion ångestdämpande vid behov	98%	100%	94,7%	↓
Smärtskattats senaste veckan	100%	69,2%	55,3%	↓
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	48,7%	23,7%	↓
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	89,7%	94,7%	↑
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	97,4%	89,5%	↓

Statistiken visar överlag försämrade siffror. Det är användandet av bedömningsinstrument ROAG för munhälsobedömning och Abbey Pain för bedömning av smärta som sjuksköterskorna registrerat i registret.

### 2. Analys

I diskussion löpande under år 2022 har ingen information framkommit som visar på att vården i livets slutskede har försämrats. När det gäller smärtskattats senaste veckan och dok.



munhälsobedömning sista levnadsveckan är det troligen tolkningen om vad som ska registreras som har påverkat resultatet då dessa har registrerats baserat på om det har använts något bedömningsinstrument eller inte.

### 3. Åtgärder

Gemensam dialog om kvalitetsindikatorernas betydelse och hur de ska registreras. Kvalitetssäkra patientsäkerheten genom tydlig dokumentering om kvalitetsindikatorerna i patientens journal. Arbeta för en ökad användning av bedömningsinstrument för att kvalitetssäkra bedömningar gällande munhälsa och smärta. Genomföra dödsfallsenkäten gemensamt i teamet för att kvalitetssäkra vården i livets slut. Fortsatt implementering av nationell vårdplan för palliativ vård, NVP, för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra patientens vård i livets slut, strukturera arbetssättet samt ge tydligare underlag vid dokumentation. Sjuksköterskorna kommer på arbetsplatsträffar kontinuerligt att redovisa resultat av kvalitetsindikatorer och planera för hur arbetet ska gå framåt.

### 4. Uppföljning av åtgärd

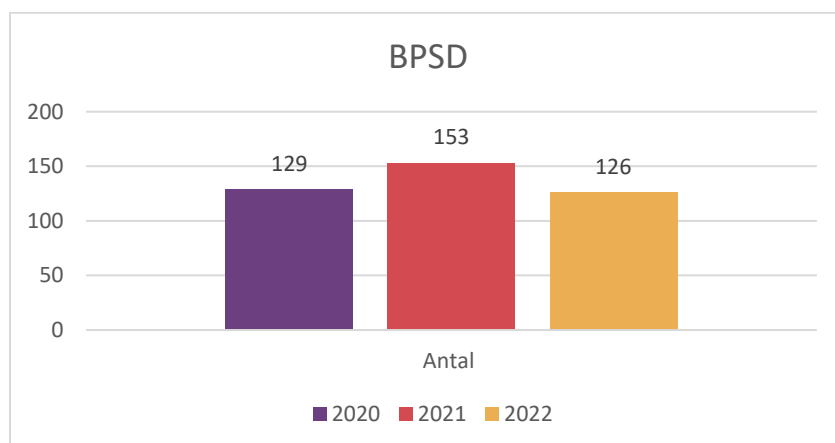
Målet för år 2022 var att fortsätta arbeta med målområdena för att uppnå Socialstyrelsens nationella mål samt ett förbättrat resultat inom målområdena smärtskattning och munhälsovårdsbedömning. Dessa mål har inte uppnåtts under året. Arbeta att uppnå dessa målen fortsätter år 2023.

Under år 2022 så har implementeringen av nationell vårdplan för palliativ vård, NVP, skett löpande och arbetet fortsätter under år 2023.

## BPSD

### 1. Identifiering

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte och mål är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) vid demenssjukdom och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Genom att identifiera och skatta patientens beteendemässiga och psykiska symtom vid demens med hjälp av ett skattningssinstrument (NPI-skattning) och sätta in åtgärder kan resultatet av de åtgärder som sätts in följas. Analysen visar att i de enskilda fallen ger ett personcentrerat förhållningssätt en ökad livskvalitet för den enskilde. Arbetssättet har fortgått under år 2022, men resultatet visar en minskning i antal utförda registreringar.



## 2. Analys

Resultatet visar att färre registreringar är gjorda, men övrig statistik gällande BPSD visar att kommunens siffror gällande NPI-poäng ligger lägre än i länet och landet. Detta kan innebära att behovet av uppföljningar inte behövs så ofta. Enligt fastställd rutin ska minst två NPI-skattningar göras varje år samt vid behov. En annan orsak till färre registreringar kan vara att det på vissa enheter har det saknats administratörer som kan utföra registreringar.

## 3. Åtgärder

Utbildningar har hållits för att öka antalet administratörer och därmed kunna arbeta aktivt med registret. Under hösten har de certifierade utbildarna haft ett möte med alla administratörer för att ge samsyn och ökad kunskap i arbetssättet med BPSD-registret. Dessa möten ska implementeras.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Målet för år 2022 var att fortsätta att implementera arbetet med BPSD registret med fokus på särskilt boende, vilket har genomförts. Bland annat genom fortsatt utbildning av administratörer och administratörsträffar.

## Beslutade egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning HSL	4 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Treserva - användare	3 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Treserva - händelselogg	1 gång per månad	Protokoll
Loggkontroller NPÖ	1 gång per månad	Protokoll
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet	2 gånger per år	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler, BHK	1 gång per år	PPM-databasen
Extern läkemedelsgranskning	1 gång per år	Apoex, Protokoll
Närförråd läkemedel	1 gång per år	Protokoll
Sammanställning avvikelser	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Sammanställning trycksår	1 gånger per år	Senior Alert
Måltidsmätning	2 gånger per år	Protokoll
HALT	1 gång per år	Senior Alert

## Journalgranskning HSL

### 1. Identifiering

En dokumentationsgrupp bestående av MAS, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut träffas fyra gånger per år för journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal. Journalgranskning är ett led i kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård för att fortlöpande

utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Journalgranskningen anpassas efter behov som framkommer i diskussioner i dokumentationsgruppen.

Under år 2022 har fokus varit på om det finns en sammanhållande röd tråd mellan digital dokumentation och den vårdpärm som finns hos patienten samt översyn vårdplaner.

Journalgranskningar under våren visade att det fanns en röd tråd mellan den information som finns i den digitala journalen och det som förvaras i patientens vårdpärm. I flera pärmar fanns inaktuell information som behövde rensas ut. Sammanställningen av höstens journalgranskningar visade på att det finns tydliga vårdplaner, men det fanns förbättringsområden gällande vårdplanerna. Det fanns vårdplaner som var inaktuella och behövde avslutas samt även långa vårdplaner som då blir otydliga. Där fanns också vårdplaner som var fördelade till fel enhet.

## 2. Analys

Journalgranskningen visar på ett behov av en ökad samsyn och kunskap gällande dokumentation av vårdplan samt fortsatt arbete gällande gallring av information i vårdpärmen.

## 3. Åtgärder

Åtgärder planeras och genomförs kontinuerligt efter journalgranskningen utförts.

Återkoppling till sjuksköterskor om behov att gallra inaktuell information i patients vårdpärm har skett. Information till berörd legitimerad personal att revidera vårdplaner samt återkoppling och utbildning till all legitimerad personal har genomförts på arbetsplatsträff. Fortsatta diskussioner regelbundet gällande dokumentation och vårdpärm. Fortsatt arbete för att säkerställa dokumentation i patientens journal.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Arbetet med journalgranskning fortsätter löpande för att utveckla och kvalitetssäkra dokumentationen.

## *Loggkontroller*

### 1. Identifiering

Syfte med den systematiska loggkontrollen är att granska att den enskildes integritet säkerställs (HSLF-FS 2016:40, SOSFS 2014:5, SOSFS 2011:9, SFS 2008:355). När loggkontroller utförs på förekommen anledning kan loggarna även granskas utifrån dokumentationsskyldighet enligt gällande författning och regelverk.

Loggkontroller i verksamhetssystemet görs tre gånger per år gällande användare och en gång per månad gällande händelselogg. Loggkontroller gällande användare syftar till att säkra att användarkonton som inte längre ska vara aktiva i verksamhetssystemet stängs ner/avaktiveras. Loggkontroller gällande händelselogg utförs för att granska att tillgång till journaluppgifter används enligt gällande författning och regelverk. Loggkontroll nationell patientöversikt, NPÖ, görs en gång per månad för att säkerhetsställa tillvägagångssättet för uttag som hämtas/tas fram från Ineras Säkerhetstjänst. Det som granskas är om det finns samtycke och aktuell vårdrelation registrerad i patientens journal.

Loggkontrollen ska utföras på ett systematiskt och regelbundet sätt samt utifrån uppkommen misstanke om otillbörlig eller utebliven användning av verksamhetssystemen samt säkerhetsställa att inga överträdelser gällande patientinformation förekommit.

Under år 2022 har loggkontroll i verksamhetssystemet utförts i mindre utsträckning än beslutad omfattning, detta dels på grund av att verksamhetssystemet haft systemfel som inte

visat korrekt uppgifter samt ett byte av systemförvaltare. Kontrollerna som utförts gällande händelselogg har varit utan anmärkning och kontrollen gällande användare visar att det förekommer att behörigheter i verksamhetssystemet inte är avslutade. Loggkontroller NPÖ har utförts varje månad med enstaka träffar där legitimerad personal läst i NPÖ utan aktuellt samtycke från patient. I dessa fall har samtycke tidigare funnits men ej förnyats i tid.

## 2. Analys

Loggkontrollerna i verksamhetssystemet har inte utförts enligt beslutad omfattning och detta är något som behövs ses över för att säkerställa den enskildes integritet. Loggkontroll NPÖ visar att legitimerad personal inte har kontrollerat att det finns ett aktuellt samtycke innan inloggning i NPÖ och har därmed tagit del av uppgifter om en patient utan samtycke till det.

## 3. Åtgärder

Systemförvaltare för verksamhetssystemet ser över utförandet av loggkontroller och säkrar så att dessa kan utföras och utförs enligt rutin.

Loggkontroll NPÖ presenteras för enhetschef som pratar med berörd legitimerad personal om överträdelsen. Legitimerad personal ska följa upp de samtycken som patienten gett och som dokumenterats i verksamhetsjournalen.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Åtgärder från tidigare loggkontroller har hanterats löpande och följts upp vid behov av ansvarig. Fortsatt arbete med att förtydliga och förenkla kring loggkontroller i verksamhetssystemet kvarstår eftersom de åtgärder som genomförts inte varit tillräckliga baserade på hur verksamhetssystemet kan ta ut loggkontroller.

### *Checklista för kvalitet och patientsäkerhet*

#### 1. Identifiering

Checklista för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utförs som en del i den kommungemensamma internkontroll som utförs årligen. Checklistan är en form av egenkontroll som respektive enhet fyller i och analyser görs i ledningsnivå för att kvalitetssäkra verksamheten. Checklistan utförs och analyseras i samverkan i teamet två gånger per år på enheten, därefter analyseras resultaten och åtgärdsplan tas fram på verksamhetsnivå samt i övergripande nivå inom Stöd och omsorg.

Under året har verksamheterna utfört checklistan enligt rutin. Resultaten presenteras i internkontrollen. Det som framkommit är att upplägget i QPR behöver bli mer strukturerat och användarvänligt för att användandet av QPR ska öka. En rutin för journalgranskning SoL/LSS behöver utarbetas för att verksamheterna ska kunna utföra journalgranskningar. Ledningsteamerna har haft många vakanser och därmed har arbetet i ledningsteamerna inte kunnat utföras optimalt. Flödet kring avvikelshanteringen behöver kontrolleras så att rätt verksamhet och profession får ta del av aktuella avvikelser. Arbetet med individens behov i centrum, IBIC behöver återupptas.

#### 2. Analys

Verksamheterna utför checklistan i samverkansforum för att på så vis kunna uppmärksamma områden inom verksamheten som behöver förbättras. För att kunna fånga upp olika förbättringsområden som finns på enhetsnivå inom en verksamhet så sammanställer ansvarig funktionschef resultat och analys för sin verksamhet för att i nästa steg göra en gemensam analys inom alla verksamheterna i Stöd och omsorg. Detta för att gemensamma kvalitetssatsningar ska kunna utföras över olika verksamhetsområden och verksamheterna ska

kunna få bättre förutsättningar till att utföra kvalitetshöjningar i sina enskilda enheter och verksamheter. Årets analyser har visat på områden där det gemensamt behöver utföras åtgärder för att kvalitetssäkra verksamheten.

### 3. Åtgärder

En grundläggande förutsättning för att arbeta med kvalitets- och patientsäkerheten är ett fortsatt arbete med egenkontroll via Checklista för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

För att öka nyttjandet av QPR har en arbetsgrupp skapats för att se över vad som behöver förändras och en dialog förs med leverantör gällande hur systemet kan göras mer användarvänligt för att på så sätt öka användandet. En arbetsgrupp ska utforma en rutin för hur verksamheterna ska utföra journalgranskning inom SoL/LSS. Ledningsteamerna ska återuppta och fortsätta arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. I verksamhetssystemet göra en översyn av registrering och fördelning av avvikelser så att avvikelserna fördelas korrekt till ansvarig profession samt undersöka hur arbetet med IBIC ska återupptas.

### 4. Uppföljning av åtgärd

Checklista för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har genomförts under år 2022.

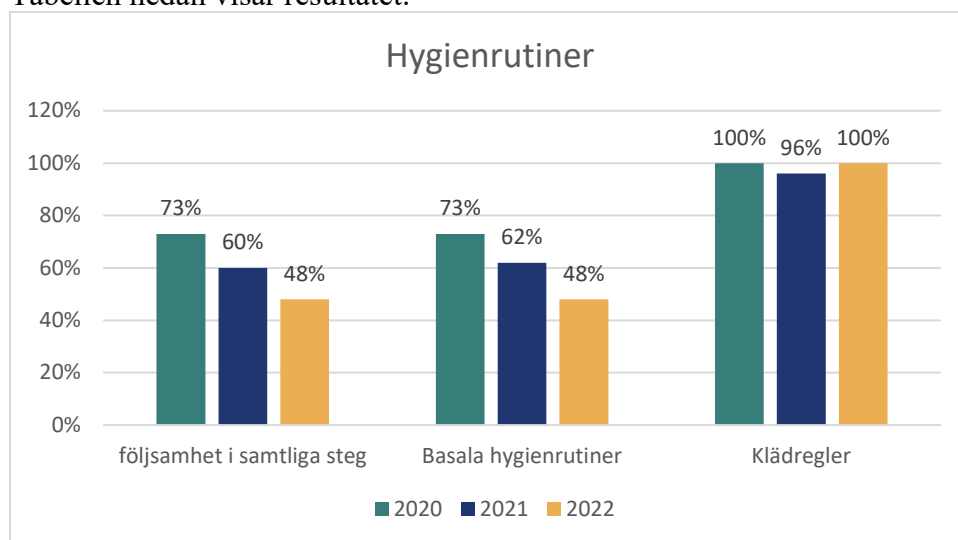
## *Basala hygienrutiner och klädregler, BHK*

### 1. Identifiering

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Observationsstudier görs av personal i arbetet med nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling.

Den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) för regioner och kommuner genomförs en gång om året. 158 av landets 290 kommuner deltog år 2022 när mätningen genomfördes vecka 11–12. Det gjordes i verksamheten totalt 25 observationer på tre av kommunens särskilda boende. Följsamheten till kläder uppnår 100 %, men följsamhet till basala hygienrutiner endast 48%.

Tabellen nedan visar resultatet:



## 2. Analys

Det är svårare att analysera resultatet relaterat till att så få observationer gjorts. Analysen av de observationer som gjort visar dock att följsamheten till att desinficera händerna före och efter omvårdnadsnära arbete inte görs enligt basala hygienrutiner. Analysen visar även en sämre följsamhet till användande av plastförkläde. Återgången till det normala efter alla restriktioner relaterat till pandemin kan ha påverkan hur man beter sig professionellt på arbetsplatsen gällande basal vårdhygien.

## 3. Åtgärder

Det årliga deltagandet i PPM-BHK behöver verksamheterna fortsätta med för att säkerställa följsamheten till basal vårdhygien.

Information kring basala hygienrutiner ska fortsatt informeras ut via mail, veckobrev, arbetsplatsträffar och utbildning. All ny personal ska gå en webbutbildning i basal vårdhygien enligt checklista nyanställd personal. OAS ska enligt fastställt årshjul ha regelbundna genomgångar i vårdhygien med omvårdnadspersonal.

Nytt arbetssätt gällande observationer ska implementeras. Tidigare har sjuksköterskan på enheten gjort observationerna och registrerat resultatet. Revidering av arbetet kring observationer och registrering har gjorts och planeringen är att hygienombuden på enheten ska ta över det uppdraget från år 2023. Implementeringen har påbörjats och tanken är att minst 10 observationer per enhet ska genomföras. Inför detta planeras utbildning för hygienombuden. Inom verksamheter där PPM inte utförs och som komplement till PPM kommer egenkontroll gällande basal vårdhygien att utformas och implementeras. Egenkontroll innebär att enskild personal gör en självskattning enligt en blankett.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Hygiendialoger på LSS-boende skulle genomförts tillsammans med vårdhygien Skåne, men har inte kunnat utföras då vårdhygien Skåne inte haft möjlighet till detta relaterat till pandemin och nu inte åtar sig det uppdraget längre.

### *Extern läkemedelsgranskning*

#### 1. Identifiering

Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år. I granskningen deltar apotekare, MAS, OAS, omvårdnadspersonal samt enhetschef på enheten. Granskningen resulterar i att enheten ska skriva en åtgärdsplan gällande de förbättringsområden som framkommer under granskningen. Åtgärdsplanen återkopplas till apotekare och MAS.

Under hösten år 2022 granskades hälften av kommunens enheter inom äldreomsorg och funktionsnedsättning. Det som framkom under granskningen var att åtgärder behövde genomföras kring bl.a. att ordinationer gällande läkemedel ska vara inlåsta, endast läkemedel får förekomma i läkemedelsskåpen samt att det saknades lokala rutiner för hållbarhetskontroll och städning av läkemedelsskåpet. Granskningen visade även att på någon enhet hade personal utan delegering åtkomst till nyckeln till läkemedelsskåpet, då läkemedelsskåpet även användes som förvaring till annat t.ex. nycklar.

## 2. Analys

Relaterat till pandemin utfördes läkemedelsgranskningen år 2021 via en enkät som enheterna själva fyllde i och lämnade in. Årets granskning har genomförts som fysiska besök och möten, vilket innebar att apotekare har kunnat kvalitetssäkra granskningen då apotekaren själv kontrollerat i läkemedelsskåp och läkemedelspärmar. Granskningen visade ett behov av att säkra upp så att det enbart är personal med delegering som har åtkomst till läkemedel, att läkemedelsskåpen inte används till annat än läkemedel och att hållbarhetskontroll och städning av läkemedelsskåpen genomförs.

## 3. Åtgärder

Rutin för läkemedelshantering har reviderats, informerats om och publicerats på QPR. Alla enheter ska skriva en lokal läkemedelshanteringsplan som beskriver hur enheten praktiskt ska arbeta med läkemedelshantering. Vårdpärm delas upp i två pärmar, en som gäller läkemedel och en med SoL och HSL information gällande patienten. I samband med förändringen av vårdpärm göra en översyn av olika signeringslistor där namnförtydligande införs på baksidan. Fortsatt implementeringen av läkemedelsskåp.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Under hösten år 2022 genomfördes en extern läkemedelsgranskning på hälften av kommunens enheter inom äldreomsorg och funktionsnedsättning, övriga kommer att granskas under våren 2023. Läkemedelsskåp med digital nyckelhantering har införts i ordinärt boende samt på ett särskilt boende. Implementeringen av läkemedelsskåpen planeras att fortsätta.

### *Närförråd läkemedel*

#### 1. Identifiering

Det finns lokala närförråd med läkemedel på de särskilda boendena Lagunen, Brogården och Öllerbacka. Utsedd sjuksköterska är ansvarig för skötsel av närförråd enligt riktlinjerna för ordination utifrån generella direktiv till hemsjukvården. Det finns även viss mängd läkemedel från basläkemedelsförrådet i närförrådet. Granskning av kommunens närförråd utförs årligen av MAS.

Granskningen som genomfördes under våren år 2022 visade inte på några brister som påverkar läkemedelshantering och därmed patientsäkerheten.

#### 2. Analys

Analysen av granskningen visar på att närförråden sköts enligt de rutiner som finns framtagna.

#### 3. Åtgärder

Fortsatt granskning enligt rutin en gång per år.

#### 4. Uppföljning av åtgärd

Granskning av närförråd genomfördes enligt rutin.

### *Sammanställning avvikelser gällande läkemedel och fall*

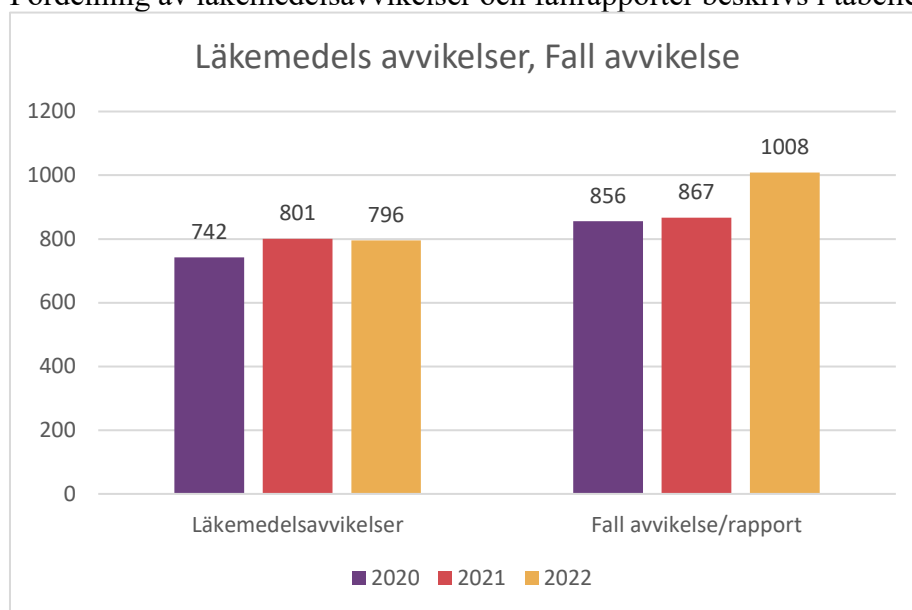
#### 1. Identifiering

Vårdgivaren är skyldig att säkerställa rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikelser samt uppkomna fel och brister i verksamheten. Vårdgivaren är även skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) samt socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (2017:40). All personal i verksamheten har ansvar och en skyldighet att

identifiera och rapportera avvikelser. För att lära av dessa händelser och finna vägar för att minska sannolikheten för upprepning och/eller minska konsekvenserna vid en upprepning krävs en systematisk uppföljning av konsekvenserna. Avvikelse registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Aktuella avvikelser analyseras i olika interna samverkansforum som teamträffar, i ledningsteam och ibland även på arbetsplatsträffar.

Övervägande delen av rapporterade risker och händelser gäller läkemedelshantering och fall. Det är de områden som förknippas med patientsäkerhet och därav är de områden som presenteras. Under året har ingen Lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ingen anmälning har lämnats in till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicinskteknisk produkt.

Fördelning av läkemedelsavvikelser och fallrapporter beskrivs i tabellen nedan.



Fallrapporterna inkluderar alla händelser där den enskilde är inblandad i någon form av fall, ex. urkasning från stol eller dylikt. Av totalt 1008 fall var 801 fall utan skada och 207 fall med någon form av skada. Det var 110 unika patienter som representerade fallen, av dessa var det ingen stor skillnad mellan man eller kvinna. Vissa enheter hade fler fallrapporter vilket kan bero på målgruppen. De flesta fallen sker inom äldreomsorgen. Avvikelse gällande fall har ökat.

Totalt var det 796 avvikelser registrerade gällande läkemedelshantering på 99 unika personer, av dessa var det ingen stor skillnad mellan man eller kvinna. De flesta registrerades inom äldreomsorgen på särskilt boende. Om man ser till förra året resultat har läkemedelsavvikelse minskat minimalt.

Redovisning av externa avvikelser:

Under året har 24 avvikelser skickats till externa vårdgivare gällande informationsöverföring, brister i bemötande, läkemedelshantering, brister i utförande av insatser samt brister i utrustning. Kommunen har mottagit 4 stycken från externa vårdgivare. Dessa har handlat om felhantering av medicinskteknisk produkt, misskötsel av patient, sårvård och bemötande.



## 2. Analys

Statistiken indikerar på att verksamheten arbetar aktivt med att all personal ska registrera avvikelser och det ger resultat. Det görs analyser av avvikelserna, men trots det minskar inte antalet avvikelser. Arbetet med analyserna behöver förändras för att leda till en förbättring. I verksamhetssystemet kan det endast utläsas antal registreringar och valt område gällande läkemedelshantering, man kan inte söka i detalj ex. glömt signera, otydlig signeringslista vilket gör att en detaljerad analys inte kan genomföras.

Flera fall är registrerade på enskild patient och statistiken visar att de flesta fall sker på enheter för patienter med demenssjukdom. Det kan förekomma att vissa fall registrerats även när det finns en utförd fallutredning som lett till en vårdplan som indikerar på att fall inte kan förhindras och att fallavvikelse vid dessa händelser inte ska skrivas.

Gällande de avvikelser som kommunen mottagit från externa vårdgivare har händelseanalyser genomförts med berörd personal och enhet. Det har inte framkommit några uppgifter i dessa analyser som visat på för allvarlig skada för patienten.

Händelseanalyserna visar att informationsöverföring mellan olika vårdgivare har varit bristande.

## 3. Åtgärder

Fortsatt arbete med analyser ska ske i verksamhetens olika samverkansforum. Enhetschefer och legitimerad personal ska fortsatt ha dialog kring avvikelser samt ha samtal med berörd personal vid behov.

Översyn och revidering av rutin för avvikelserregistrering och analys.

Det har pågått ett projekt gällande vårdpärm där ett syfte var att försöka minska avvikelser gällande läkemedelshantering. Projektet avslutades hösten år 2022. Beslutet som togs innebär att det ska vara två pärmar. En läkemedelspärm inlåst i patientens läkemedelsskåp med tydlig innehållsförteckning samt ny blankett för signeringslista. En SoL/HSL pärm med övrig dokumentation gällande patientens vård. Förändringen genomförs första månaderna år 2023. Systemförvaltare ta fram och lägga in nya avvikelseområden i verksamhetssystemet för tydligare registrering och därmed underlättande av analys och åtgärder.

Kvarstående förbättringsområde för att säkra läkemedelshanteringen ytterligare är att införa digital signering som en åtgärd vid överlämnande av läkemedel.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Under året har arbetet med det nya utbildningsförfarandet inför delegering fortsatt och i nuläget har de flesta ordinarie personal genomfört utbildningen och vikarier går efterhand de anställs.

Åtgärden att införa digital signering för att minska läkemedelsavvikelser har inte kunnat genomföras på grund av tekniska och verksamhetsanknutna förutsättningar. Åtgärden kvarstår.

## **Sammanställning trycksår**

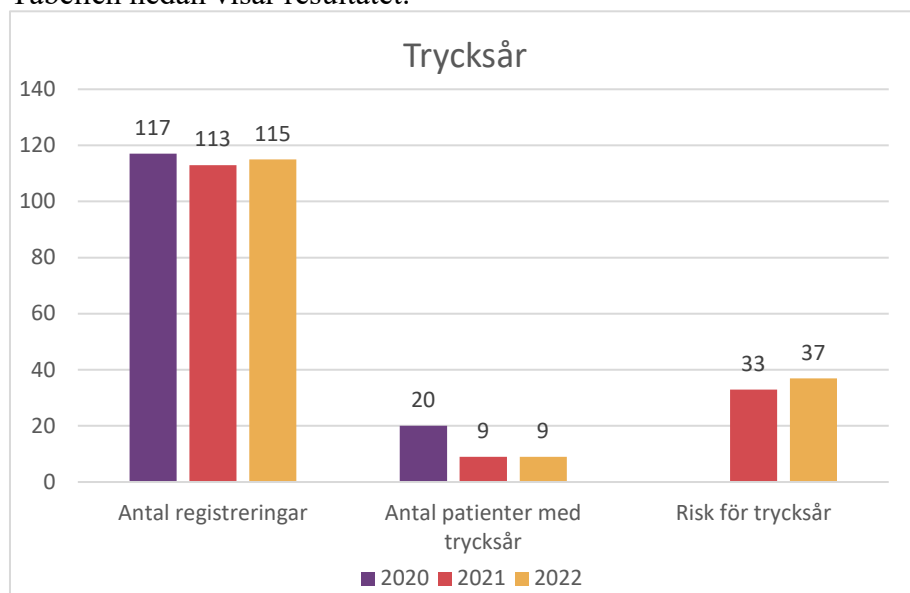
### 1. Identifiering

Punktprevalensmätningen, (PPM) avseende trycksår sker en gång om året. Syftet är att kartlägga risk för och förekomst av trycksår hos patienter och resultatet ska användas för förbättringsarbete beträffande riskbedömning, åtgärder och dokumentation. Mätningen genomförs genom att en hudbedömning görs och registreras på alla patienter som bor på särskilt boende och där det finns en registrering i Senior Alert. Mätningen innebär att Senior Alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna patienter på enheten på ett angivet

datum. Datauttaget görs på riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår. Såren mäts i kategori 1–4, från lättare skador som rodnad i huden till mer djupare sår.

PPM-mätningen genomfördes den 17 nov år 2022. Resultatet visade på att 115 registreringar gjorts, varav var 72 kvinnor och 43 män. Antal patienter med trycksår var 9 och det fanns 37 patienter med risk för trycksår.

Tabellen nedan visar resultatet:



## 2. Analys

Resultatet visar att antalet registreringar varit på samma nivå de senaste åren vilket indikerar att bedömningar genomförs på de patienter som bor på våra särskilda boende som fått en registrering i Senior Alert. Resultatet visar att det finns patienter med trycksår, men antalet har inte ökat sedan föregående år. Det är svårt att utläsa något annat än att förebyggande arbete pågår och kan vara en bidragande faktor till att inte fler patienter utvecklat trycksår. Andelen med risk för trycksår har ökat något, men det går inte att utläsa om det beror på att verksamheten blivit bättre på att uppmärksamma risk för trycksår eller om verksamheten har blivit bättre på att registrera i Senior Alert då de riskbedömningarna har ökat och det är därifrån statistiken för risk för trycksår registreras.

## 3. Åtgärder

Verksamheten ska fortsätta att arbeta preventivt genom fortsatt deltagande i PPM trycksår för att kunna analysera och använda resultaten till fortsatta förbättringsarbeten gällande trycksår.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Medverkande i punktprevalensmätningen trycksår år 2022 har genomförts.

## Måltidsmätning

### 1. Identifiering

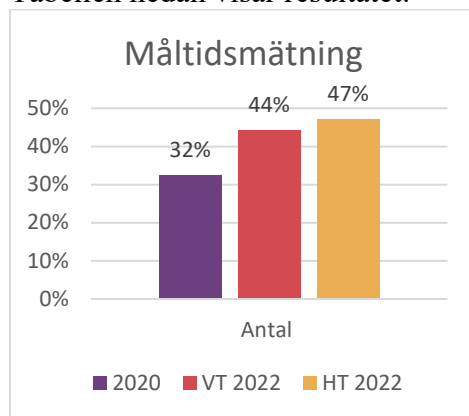
Måltidsmätning genomförs med en enkätundersökning för att undersöka fasteperiodens varighet för att få en övergripande bild på kvalitén i nutritionsarbetet ute i verksamheterna. Socialstyrelsen och Livsmedelsverkets råd och rekommendationer är att nattfastan ska vara längre än 11 timmar för patienter som bor på särskilt boende. En längre fasteperiod gör det

svårt för patienten att hinna tillgodose sitt energi- och näringsbehov och riskerar till följd av det undernäring. Fasteperioden kan även beskrivas som dygnsfasta med den längsta tid mellan två måltider.

Vid mätningen våren år 2022 uppnådde 53 av 118 patienter (44%) en fasteperiod på maximalt 11 timmar på kommunens särskilda boende. 14 personer exkluderades ur mätningen, exkludering sker när patienten bryter nattfastan själv med egen mat eller dryck, om patienten har enteral nutrition (sondnäring) och vid vård i livets slut. Majoriteten av deltagarna hade fortsatt en fasteperiod på över 11 timmar samtidigt som kommunen totalt sett haft en procentuell förbättring på +39 % från senaste mätningen.

Vid mätningen hösten år 2022 uppnådde 62 av 132 patienter (47%) en nattfasta på maximalt 11 timmar. Detta visar på en förbättring med 3 % mellan våren och hösten.

Tabellen nedan visar resultatet:



## 2. Analys

Granskningen visar att fler patienter har lägre fasteperiod än 11 timmar mellan vårens och höstens mätning. År 2021 genomfördes det inte någon måltidsmätning så den senaste måltidsmätningen utfördes sommaren år 2020. Vid den mätningen uppnådde 34 av 105 patienter en nattfasta på maximalt 11 timmar på samtliga boenden vilket motsvarar 32 %. Andelen patienter med fasteperiod på mer än 11 timmar har minskat mellan år 2020 och år 2022. Den utbildningsinsats som genomförts för att öka kunskapen kring nutrition för omvårdnadspersonalen kan ha bidragit till förbättrade siffror.

## 3. Åtgärder

Dietist har reviderat den digitala enkäten för att få fram statistik på avdelningsnivå så att verksamheten själv ska kunna analysera och använda resultaten från måltidsmätningen för att på så vis arbeta aktivt för att minska fasteperioden. Informationsunderlaget till enkäten har reviderats för att förtydliga syftet med mätningen och därmed få ett mer tillförlitligt resultat. Fortsatta utbildningar för omvårdnadspersonal för kunskap kring nutrition och fasteperiod.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Arbetet med måltidsmätningar har återupptagits under året och utbildningar till omvårdnadspersonal av dietist och sjuksköterska har ägt rum.

## HALT

### 1. Identifiering

Svenska HALT är en punktprevalensmätning gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning hos patienter. Riskfaktorer som avses är bl.a.

urinkateter, kärlkateter, andra sår och trycksår. Arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) och minska spridning och uppkomst av antibiotikaresistenta bakterier anses både nationellt och internationellt som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.

En stickprovsundersökning görs på en förutbestämd dag på särskilt boende. Det särskilda boendet behöver vara en registrerande enhet i Senior Alert. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och Nationella Strama med syfte att stödja och stimulera kvalitetsarbete kring vårdrelaterade infektioner. Mätningen utfördes under hösten år 2022 på kommunens samtliga äldreboenden och totalt bedömdes 127 patienter. Resultatet visade att en patient hade antibiotika i profylaktiskt syfte. Det innebär antibiotika som förskrivits för att förebygga uppkomsten av infektion och att patienten inte visade symtom på en infektion när behandlingen förskrevs.

## 2. Analys

Ett bra resultat som visar på att antibiotika sätts in när behov föreligger. Fler utförda bedömningar visar att arbetet med att använda HALT har förbättrats sedan år 2021. Mätningen utfördes på ett stort antal patienter på särskilt boende som ger ett bra underlag för analys och bedömning.

## 3. Åtgärder

Fortsatt medverkande i punktprevalensmätningen HALT för att öka medvetenheten inom området VRI, identifiera riskfaktorer och därmed utveckla patientsäkerheten inom särskilt boende.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Medverkande i punktprevalensmätningen HALT år 2022 har genomförts.

## *Kompetens*

### 1. Identifiering

Under mål för år 2022 fanns olika kompetenshöjande områden, dessa har identifierats och samlats i en kategori som innebär kompetenshöjning inför år 2023. De kompetensområden som sedan tidigare var identifierade var munhälsa och munvård och ett arbetssätt inom rehab med fokus på preventivt arbete som ständigt utvecklas, förändras och därmed leder till behov av kompetenshöjning. Det fanns även ett identifierat behov av att se över möjligheterna till användning av kompetenskort. Kompetenskort innebär utbildning i olika områden och nivåer, som i sin tur leder till olika förutsättningar för delegering.

Under året har psykiatrijuksköterskan haft utbildningstillfällen i lågaffektivt bemötande. Omvårdnadspersonal har även haft tillgång till webbutbildningar i lågaffektivt bemötande och bemötande vid demenssjukdom.

### 2. Analys

Genom att samla de olika kompetenshöjande behoven som har blivit identifierade så ges förutsättningar till ett samlat grepp för kompetenshöjning i verksamheterna.

### 3. Åtgärder

Utbildningsinsatser inom identifierade områden kommer att ske på olika vis baserat på områdets karaktär och verksamhetens behov.

### 4. Uppföljning av åtgärd

Målen med att införa digital utbildning i munhälsa och munvård, fortsatt utveckling av nya arbetssätt med fokus på preventivt arbete inom rehab samt att införa kompetenskort har inte

uppnåtts, målen kvarstår till år 2023.

## **Uppföljning av resterande mål från år 2022**

Inom området sammanhållen vård och omsorg har det varit fortsatt samverkan med primärvården med fokus på SIP och inskrivning i mobilt vårdteam. SIP och inskrivning i mobilt vårdteam registreras i verksamhetssystemet. Uttagen statistik visar att antalet registrerade SIP har ökat från 16 stycken år 2021 till 55 stycken år 2022. Antal registrerade i mobilt vårdteam har ökat från 4 stycken år 2021 till 49 stycken år 2022. Statistik visar att samverkan gällande fokusområdet har gett bra resultat och målet anses vara uppnått. Fortsatt samverkan sker bl.a. enligt hälso- och sjukvårdsavtalet.

I ett led att arbeta med en nolltolerans för undernäring genomförs riskbedömningar i Senior Alert och måltidsmätningar. Kommunens dietist har i sitt uppdrag att utföra nutritionsutredningar och ordinera nutritionsbehandling. Det förebyggande arbetet för nolltolerans för undernäring fortsätter inom ramen för arbete med kvalitetsregister Senior Alert och måltidsmätning, därmed anses målet uppnått.

Under år 2022 arbetades det med läkemedelsgenomgångar enligt rutin som är gemensamt framtagen av kommun och primärvård, därmed anses målet uppnått. Fortsatt samverkan sker bl.a. enligt hälso- och sjukvårdsavtalet.

Projekt med åtgärdsyn för hemsjukvården utfördes under år 2022 för att patientsäkra utförande av insatser inom hemsjukvården. Åtgärdsyn är en elektronisk almanacka i verksamhetssystemet. Projektet avslutades under införandes då det inte upplevdes som underlättande för personal och inte kvalitetshöjande för patientens vård.

Målet med att fortsätta planeringen och starta upp hemgångsteam har pågått under året. Inledningsvis under våren var fokus trygg hemgång, men det har förändrats under året. Genom vidare omvärldsbevakning samt införande av Vanguard har tankarna på vilket arbetssätt som skulle kunna fungera bäst i verksamheten omprovats. Vanguard är en ledningsfilosofi som fokuserar på att organisera verksamheten utifrån kunskap om hur de enskilda delarna av verksamheten påverkar varandra för att antingen hjälpa eller stjälpa arbetet i relation till att skapa den bästa upplevelsen för medborgaren. Uppstart av hemgångsteam är således inte aktuellt i verksamhet i nuläget.

Det är genomfört under år 2022 att psykiatrisjuksköterskan kan arbeta med råd och stöd, handledning och utbildning inom verksamheten samt till patienter, därmed anses målet uppnått.

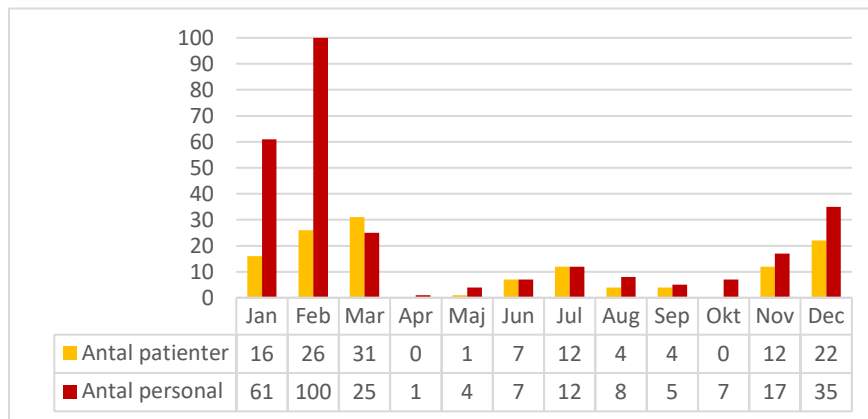
## **Covid**

### **1. Identifiering**

Pandemin har även under år 2022 haft påverkan för verksamheten. Ett högt antal patienter och personal konstaterade med Covid i början av året, men minskade därefter. Arbetet med att säkerställa att vårdhygiensrutinerna för att skydda riskgrupper efterföljs har pågått och uppdatering samt information av rutiner har skett kontinuerligt allt eftersom rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skåne förändrats. Samverkansmöte med Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skåne för en

patientsäker vård har skett kontinuerligt under året. I samverkan med primärvården har verksamheten deltagit i vaccinationsarbetet. Under året förändrades tillvägagångssättet gällande provtagning för personal så resultatet visar endast positiva svar inte hur många prover som tagits. Totalt har 756 prover tagits på patienter. Totalt konstaterades 135 patienter och 282 personal med Covid.

Tabellen nedan visar resultatet:



## 2. Analys

Jämförelse med resultat från år 2021 har fler konstaterats med Covid. Totalt år 2021 hade 19 patienter och 41 personal Covid. Samhällsspridningen av Covid under år 2022 har visat på liknade trend som resultatet för verksamheten, så ökningen följer den samhällspåverkan som Covid har haft. Pandemin har påverkat verksamheterna genom att många normala aktiviteter inom verksamheterna begränsats och/eller fått ställas in. Stort fokus har fortsatt varit personalbemanning samt att säkerställa följsamhet till vårdhygiensrutinerna.

## 3. Åtgärder

Fortsatt följsamhet till rutiner och riktlinjer gällande basal vårdhygien samt rutiner gällande smittförebyggande åtgärder.

## 4. Uppföljning av åtgärd

Arbete kring rutiner och riktlinjer gällande basal vårdhygien samt rutiner gällande smittförebyggande åtgärder har pågått under året.



## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Har vården varit säker

MAS använder sig av en händelseanalys för att få fram en helhetsbild av avvikelser. Händelseanalysen genomförs genom att beskriva händelseförloppet, göra bedömning enligt riskmatris, undersöka konsekvenser, gå igenom aktuella rutiner samt beskriva bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen.

För varje del i händelseanalysen ställs frågan ”Varför hände det?” och besvaras med ett ”Därför att”. För varje fråga och svar ställs ett nytt varför till ämnet är uttömt. På detta sätt skapas en orsakskedja som leder fram till de bakomliggande orsakerna.

När händelseanalysen är avslutad ska den leda till att relevanta åtgärder utförs. Om händelsen har lett till eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada så ska en Lex Maria anmälan skickas in till IVO.

Under året har två händelseanalyser genomförts, en utifrån en intern avvikelse och en utifrån en extern, av dessa har ingen bedömts som allvarlig vårdskada. Ingen Lex Maria har anmälts till IVO. Ingen anmälan har lämnats in till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicinskteknisk produkt.

Riskområden identifieras via de avvikelser som registreras inom verksamheten samt de som kommer från annan vårdgivare, men även via resultat från egenkontroller, kvalitetsregister och ppm-mätningar. Det är utifrån de resultat som framkommer som arbete med förbättringar planeras.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



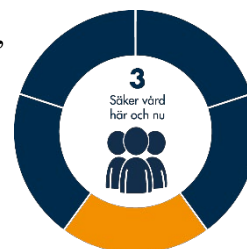
### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Verksamheten använder sig av bl.a. kvalitetsregister i syfte att identifiera risker hos patienter. Identifierade områden i verksamheten uppmärksammas även genom den egenkontroll som utförs inom olika områden och åtgärder för att förbättra dessa sker ständigt på olika sätt. Det kan vara genom nya rutiner, utbildning etc.

I QPR finns åtkomst till rutiner och processer som verksamheten behöver för att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Gemensamma rutiner är viktiga förutsättningar för att arbeta enhetligt och efter individens och verksamhetens behov samt ge god vård och omvårdnad till patienten.

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### Är vården säker idag

Bemanning är ett identifierat område inom alla personalkategorier som skulle kunna innebära en risk om det inte finns den bemanning som behövs för att ge god och säker vård. För att ge god och säker vård krävs också personal med rätt kompetens vilket ibland kan vara svårt att rekrytera och kan innebära att man får ta hjälp av inhyrd personal. Vid nyanställning finns alltid en inlärningsperiod innan personal får kännedom om de aktuella rutiner och processer som finns. Det förekommer också risker i samband med att verksamheten kan ha personal med språksvårigheter vilket kan innebära svårigheter att förmedla och ta till sig information för att kunna utföra sitt arbete korrekt.

En bra samverkan med patienten, internt och externt är en viktig förutsättning för att kunna ge patienten en god och säker vård. Det är viktigt med ett bra informationsflöde mellan olika aktörer för att på så sätt möta patientens behov på bästa möjliga sätt.

Digitala och tekniska förutsättningar behövs för att kunna möta framtiden som blir allt mer digitaliserad. Ett gemensamt verksamhetssystem gör att de olika professionerna kan ha en säker informationsöverföring i ett slutet system. För viktig informationsöverföring mellan vårdgivare används Mina Planer och NPÖ. För att säkra läkemedelshanteringen för patienten har digitala läkemedelsskåp införts.

## Riskhantering

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

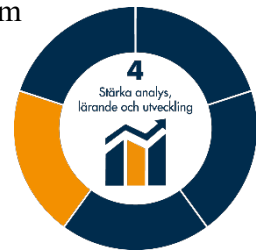
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.



Risicanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Risicanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder för patientens säkerhet och trygghet, innan något har inträffat. Risicanalys ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som kan inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut. Risicanalyserna innebär att sannolikheten och allvarlighetsgraden för att en händelse ska inträffa uppskattas. I en risicanalys ingår att identifiera orsakerna till varje risk. Det är viktigt att identifiera de bakomliggande orsakerna. När orsaken har identifierats och riskvärderats förs den i en checklista/handlingsplan tillsammans med åtgärder. Det ska tydliggöras vem som är ansvarig för åtgärden, när det ska vara klart och följas upp. Risicanalys görs kontinuerligt i verksamheterna.

### **Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



### **I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information**

Genom att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete där analyser, åtgärder samt uppföljning görs vid ex. avvikelshantering, Lex Maria, Lex Sara, resultat från egenkontroller, nationella register samt olika kvalitetsmätningar säkerhetsställs det att verksamheten är en lärande organisation. Systematiskt kvalitetsarbete syftar till aktivt arbete för att öka kvalitét och patientsäkerhet.

### **Avvikelse**

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

När en händelse avviker från förväntat vård- och omsorgsförlopp så registreras detta som en avvikelse i verksamhetssystemet av den personal som uppmärksammar händelsen. Avvikelsen skickas automatiskt till den enhetschef som ansvarar för enheten där avvikelsen inträffat, enhetschef har huvudansvar för att analysera och fördela avvikelsen vidare för analys till de professioner som är berörda av avvikelsen. Alla som är berörda av avvikelsen har ansvar för att delta i analysen utifrån sitt område. Om det är en avvikelse som bedöms som allvarligare ska enhetschef konsultera berörd utredare enligt den riskmatris som används vid avvikelleanalys.

För att verksamheten ska få ett aktivt lärande utifrån de avvikelser som inträffar ska enhetschefen regelbundet ta upp dessa, exempelvis på teamträffar och arbetsplatsträffar.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter utreds på samma sätt som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via möte, telefon, brev eller mail. Det finns även en allmän klagomål- och synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från Patientnämnden och IVO

hanteras av verksamhetschef respektive MAS. Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna avvikelserna. Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten i det systematiska kvalitetsarbetet.

Under år 2022 har inga ärenden inkommit till IVO som skickats vidare till kommunen för analys och åtgärd.

Patientnämnden har tagit emot ett ärende där en anhörig haft synpunkter på bristande munvård samt vård av försämrat hälsotillstånd. Den anhörige informerades om Patientnämndens uppdrag, registrering och återrapportering. Den anhörige hänvisades att ta kontakt med verksamheten, MAS samt ansvarig läkare. Ingen återkontakt med Patientnämnden varav ärendet avslutades. Verksamheten, MAS och ansvarig läkare har haft kontakt med den anhörige i ärendet.

### **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



### **Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden**

Verksamheten kommer fortsatt att arbeta för patientsäkerhet genom personalförsörjning med rätt kompetens, rätt arbetsförutsättningar och som med stöd av ökad digitalisering kommer att fortsätta arbeta patientsäkert. Genom att eftersträva god kompetens hos personal erbjuds utbildning på olika sätt och inom olika områden för en ökad kunskap och därmed en ökad patientsäkerhet.

Det krävs samverkan på olika plan, både internt och externt för att kunna säkra för en god informationsöverföring. Samverkan behövs även för planering av individuell vård som ska utföras på samma villkor för alla patienter inom våra verksamheter.

För att arbeta systematiskt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är det viktigt att det finns en korrekt och tydlig information dokumenterad om patienten.

All omvårdnadspersonal inom hemtjänsten har fått personliga hygienväskor för att själva ta ansvar för att alltid ha skyddsutrustning tillgänglig under sina arbetspass. Ingen skyddsutrustning förvaras hemma hos patienten.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Fokusområde	Mål och Åtgärd
Senior Alert	<p>Kvalitetssäkra det förebyggande arbetet för patienten.</p> <p>Kontinuerliga utbildningar till Senior Alertombud.</p> <p>Kontinuerlig strävan att teamen har optimala förutsättningar för arbetet med Senior Alert.</p>
Palliativa registret	<p>God vård i livets slutskede.</p> <p>Gemensam dialog om kvalitetsindikatorernas betydelse och hur de registreras. Tydlig dokumentering om kvalitetsindikatorerna i patientens journal.</p> <p>Ökad användning av bedömningsinstrument gällande munhälsa och smärta. Genomföra dödsfallsenkäten gemensamt i teamet.</p> <p>Fortsatt implementering av NVP.</p> <p>Kontinuerlig redovisning resultat kvalitetsindikatorer.</p>
Sammanställning avvikelser gällande läkemedel och fall	<p>Minska avvikelser.</p> <p>Arbeta med analyser i olika samverkansforum.</p> <p>Översyn och revidering av rutin för avvikelserregistrering och analys.</p> <p>Implementering av två vårdpärmar, en för läkemedel och en för SoL/HSL.</p> <p>Förändringsarbete kring avvikelsområden.</p> <p>Införa digital signering.</p>
Journalgranskning HSL	<p>Kvalitetssäkrad dokumentation.</p> <p>Åtgärder planeras och genomförs kontinuerligt efter journalgranskning.</p> <p>Fortsatta diskussioner regelbundet gällande dokumentation och vårdpärm. Fortsatt arbete för att säkerställa dokumentation i patientens journal.</p>
Loggkontroller	<p>Säkerhetsställa att patientens integritet upprätthålls.</p> <p>Översyn loggkontroll för verksamhetssystem.</p> <p>Kontinuerlig diskussion om vikten att kontroll av samtycken från patient innan informationshämtning sker.</p>
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet	<p>Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet- och patientsäkerhet.</p> <p>Fortsätta med egenkontroller.</p> <p>Översyn kvalitets- och ledningssystem.</p> <p>Utforma en rutin för journalgranskning inom SoL/LSS.</p> <p>Översyn avvikelshantering.</p> <p>Återuppta arbetet med IBIC.</p>
Basala hygienrutiner och klädregler, BHK	<p>Säkerställa basal vårdhygien.</p> <p>Fortsatt deltagande samt implementera nytt arbetssätt för registrering</p>

	<p>PPM-BHK. Fortsatt kompetensutveckling gällande basal vårdhygien på olika sätt.</p>
HALT	<p>Förhindra vårdrelaterade infektioner.</p> <p>Fortsatt medverkande i punktprevalensmätningen HALT.</p>
Extern läkemedelsgranskning	<p>Säkerställa läkemedelshantering.</p> <p>Fortsatt extern läkemedelsgranskning årligen. Lokal läkemedelshanteringsplan utförs på alla enheter. Implementering av två vårdpärmar, en för läkemedel och en för SoL/HSL. Sammanslagning av signeringslistor och namnförtydligandelistor. Fortsatt implementering av läkemedelskåp.</p>
Närförråd läkemedel	<p>Säkerställa läkemedelshantering.</p> <p>Fortsatt granskning enligt rutin en gång per år.</p>
Sammanställning trycksår	<p>Minska förekomst av trycksår.</p> <p>Arbeta preventivt genom fortsatt deltagande i PPM trycksår.</p>
Måltidsmätning	<p>Förebygga undernäring.</p> <p>Fortsatt arbete med måltidsmätning. Kontinuerlig utbildning för omvårdnadspersonal kring nutrition och fasteperiod.</p>
BPSD	<p>Minska BPSD genom samverkan.</p> <p>Fortsätta arbetet med kvalitetsregistret BPSD. Implementera regelbundna träffar för BPSD-administratörer.</p>
Kompetens	<p>Bibehålla och öka kompetens hos personal.</p> <p>Fortsatta utbildningssatsningar.</p>