



**Hässelholms  
kommun**

Diarienummer

Datum  
2019-03-01

# Patientsäkerhetsberättelse År 2018

**Omsorgsförvaltningen**  
**Hässelholms kommun**  
Redovisad för omsorgsnämnden 2019-03-26

Upprättad av: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Lotta Tyrberg

**Omsorgsförvaltningen / Stab**

---

**Postadress:** Stadshuset 281 80 Hässelholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlundsväg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00  
**E-post:** [omsorgsnamnden@hasselholm.se](mailto:omsorgsnamnden@hasselholm.se) **Bankgiro:** 866-3494 **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** [www.hasselholm.se](http://www.hasselholm.se)

## Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars årligen, upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I omsorgsförvaltningen upprättas patientsäkerhetsberättelsen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

I berättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen utvecklas fortlöpande och målet är att integrera skrivelsen med omsorgsförvaltningens övriga styrdokument.

Det systematiska kvalitetsarbetet har sin grund i att verksamheten ska kunna leverera god kvalitet till den enskilde. Under 2018 har förvaltningen arbetat med olika delar kopplat till det systematiska förbättringsarbetet. Arbetet med kvalitetsledningssystem och processer har inte fortskridit som planerat då det fortlöpande har funnits vakanser på strategiska tjänster. De systematiska egenkontrollerna har kommit igång under året men kan konstateras att svarsfrekvensen är högst varierande. Verksamhetsförlagda uppföljningar har under året genomförts, vilka påvisar ett stort engagemang för det vård- och omsorgsarbete som bedrivs i teamen nära patienten.

Legitimerad personal har arbetat med att utveckla och förbättra verksamhetssystemet för dokumentation samt att koppla KVÅ-koder vilket förväntas öka kvaliteten av vården som utförs då dokumentationen är uppbyggd och följer omvårdnads- och rehabprocessen.

Kvalitetsarbetet behöver förankras för att inte bli beroende av enskilda personer så att arbetet avstannar vid eventuella vakanser. Den vård som bedrivs behöver på ett bättre sätt synliggöras, följas upp och presenteras för att bli en naturlig del av förvaltningens arbete oberoende av vakanser.

Glädjande är att det ute i verksamheterna finns engagerade medarbetare som gör sitt bästa för att den enskilde ska få god vård av kvalitet.

Hässleholm den 1 mars 2019

Lotta Tyrberg

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	2
Förkortningar .....	6
1. Inledning .....	8
2. Övergripande mål och strategier .....	8
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	9
3.1 Verksamhetschefens ansvar.....	9
3.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar.....	9
3.3 Enhetschefernas ansvar .....	10
3.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	10
3.5 Resultat och analys.....	11
4. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
4.1 Intern samverkan .....	11
4.2 Extern samverkan .....	11
4.2.1 Fou nätverk Skåne nordost.....	11
4.2.2 Hälso- och sjukvårdsavtalet .....	12
4.2.3 Gränslös vård Hässleholm, Osby, Perstorp .....	12
4.2.4 RIVÖ .....	12
4.3 Lokal samverkan .....	12
4.4 Övriga samverkans forum .....	12
4.5 Resultat och analys.....	13
4.6 Läkemedelsgenomgångar.....	13
4.7 Extern granskning av läkemedelshantering.....	13
4.8 Utredning och analys.....	13
4.9 SVPL IT- Mina planer.....	14
4.10 Utredning och analys.....	14
4.11 Informationsöverföring .....	14
4.11.1 Resultat och analys.....	14
4.12 Läkarmedverkan.....	15
4.13 Patienter och närståendes delaktighet.....	16
4.13.1 Resultat och analys.....	16
5. Systematiskt kvalitetsarbete.....	17
5.1 Resultat och analys.....	17

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

6.	Risکانالyser .....	17
6.1	Resultat och analys.....	18
7.	Rapporteringskyldighet och utredning av händelser.....	18
7.1	Resultat och analys.....	19
7.2	Utredning av allvarliga vårdskador (Lex Maria) .....	20
7.2.1	Resultat och analys .....	20
8.	Synpunkter och klagomål .....	20
8.1	Resultat och analys.....	21
9.	Egenkontroll.....	21
9.1	Resultat och analys.....	23
10.	Verksamhetsuppföljningar .....	23
10.1	Resultat och analys.....	23
11.	Informationssäkerhet.....	24
11.1	Resultat och analys.....	24
12.	Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	25
12.1	Instruktörsutbildning VISAM beslutsstöd.....	25
12.2	Kvalitetsarbete dokumentation.....	25
12.3	Rutin för systematiskt kvalitetsarbete .....	25
12.4	APPVA.....	25
12.5	TENA identifi .....	26
12.6	Medicinskåp med loggar .....	26
12.7	Kvalitetsmöten .....	26
13.	Övriga resultat och analys .....	26
13.1	Grundstatus .....	26
13.2	Resultat och analys.....	27
13.3	Förebygga fall, trycksår, undernäring samt bibehålla god munhälsa .....	27
13.4	Resultat och analys.....	27
13.5	Uppmärksamma eventuell smärta genom smärtskattning.....	27
13.5.1	Resultat och analys.....	28
13.6	Demensvård av hög kvalitet.....	28
13.7	Resultat och analys.....	28
13.8	God vård i livets slut .....	28
13.8.1	Resultat och analys.....	28

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

13.9 Minska risk för smittspridning.....	29
13.9.1 Resultat och analys.....	29
13.10 Nutrition .....	31
13.10.1 Analys och resultat.....	31
14. Övriga kvalitetsarbeten inom hälso- och sjukvården .....	31
14.1 Delegering.....	31
14.1.1 Analys och resultat.....	31
14.2 Rehabilitering.....	32
14.2.1 Analys och resultat.....	32
15. Mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivs under 2019 .....	33

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

## Förkortningar

Abbey Pain Scale	Ett skattningsverktyg för smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner som inte kan uttrycks smärta verbalt
AC	Avdelningschef för administration och utveckling
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
CM	Case Management- en insats som samordnar vården för personer med psykiska funktionsnedsättningar för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt
EC	Enhetschef
FC	Förvaltningschef
FSS	Funktionsnedsättning stöd och service
HSLF-FS	Gemensam författningssamling för socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård, läkemedel, folkhälsa
IVO	Inspektionen för Vård och Omsorg
KVÅ	Klassificering av vårdåtgärd
LG	Ledningsgrupp
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MC	Myndighetschef
OF	Omsorgsförvaltningen
PPM	Punktprevalensmätning
RIVÖ	Risker i Vårdens Övergångar
SIP	Samordnad individuell plan
SoL	Socialtjänstlag
Ssk	Sjuksköterska
Säbo	Särskilt boende
VC	Verksamhetschef

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

VC resurs	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård, kostenhet, förebyggande verksamhet, specialister
VP	Verksamhetsplan

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

---

## 1. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ([2010:659](#)) ska vårdgivaren senast den 1 mars årligen, upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som har uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen utvecklas fortlöpande och målet är att integrera skrivelserna med omsorgsförvaltningens övriga styrdokument.

## 2. Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom omsorgsnämnden ska ytterst ta sin utgångspunkt i medborgarens behov. Detta gör att allt arbete inom hälso- och sjukvården ska präglas av en gemensamma värdegrund **”Medborgaren i fokus, med respekt för individen och med kvalitet som syns”**

Omsorgsnämndens vision **”Hässleholms kommun erbjuder Sveriges bästa vård och omsorg, utförd av de stoltaste medarbetarna”** ska motivera till att patientsäkerhetsfrågorna utvecklas till en naturlig del i det dagliga arbetet.

För att sträva efter detta finns rutiner strukturerade i handböcker vilka ska ge personalen möjlighet att arbeta lika, evidensbaserat och strukturerat. Handböckerna behöver kompletteras med tydliga processer i ett kvalitetsledningssystem där arbetet tappat fart på grund av diskussion om IT-stöd och otydlighet kring vilka personer som ska vara drivande i arbetet.

Det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs bland annat genom att:

- Arbeta efter gällande hygienrutiner
- Samtliga anställda har kunskap kring rapporteringsskyldigheten
- I dokumentation tillse att omvårdnads- och rehabprocessens alla delar finns beskrivet kring den enskilde
- Säkerställa ett preventivt arbetssätt där riskbedömningar utförs i början av en vårdrelation samt då behov uppstår
- Säkerställa att evidensbaserade mätinstrument används då de finns att tillgå
- Säkerställa att samtliga patienter med bedömd risk har en upprättad vårdplan som följs upp och uppdateras kontinuerligt
- Arbeta för såväl intern som extern samverkan för en patientsäker vårdprocess

### Omsorgsförvaltningen/ Stab



- Upprätta samordnade individuella planer där behov finns
- Arbeta för säkra och tydliga processer genom en tydlig introduktion av nyanställda och fortlöpande implementering av rutiner och andra styrdokument

### 3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omsorgsnämnden har tillsammans med omsorgschefen det yttersta ansvaret för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård samt efter kommunfullmäktiges övergripande mål.

#### 3.1 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret och är representant för vårdgivaren.

Verksamhetschef ansvarar för att inom ramen för kvalitetsledningssystem, styrande dokument och rutiner medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Tillse att rutin för systematiskt kvalitetsarbete efterföljs och för att handlingsplaner efter resultat i egenkontroll och verksamhetsuppföljningar efterföljs och presenteras i ledningsgrupp.

Verksamhetschefen ansvarar för att rapportera och planera och följa upp åtgärder tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för att säkerställa hög patientsäkerhet.

Vidare ansvarar verksamhetschef för att tillsammans med MAS ha minst två kvalitetsmöte/termin för legitimerad personal där kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna är i fokus.

Samtliga verksamhetschefer oavsett lagrum ansvarar för att implementera de kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor samt rutiner som lyfts i ledningsgrupp vilka berör hälso- och sjukvården och det systematiska kvalitetsarbetet under deras ansvarsområde.

#### 3.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS upprättar och utvärderar kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården i verksamheten. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för att rapportera planera och följa upp åtgärder tillsammans med verksamhetschefen för att säkerställa hög patientsäkerhet.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

Inom ramen för ledningssystemet är det verksamhetsutvecklare och MAS som i OF tar fram rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. MAS ansvarar även för att introducera rutinerna i ledningsgrupp samt tillse att dessa publiceras i avsedd handbok. Vidare ansvarar verksamhetsutvecklare och MAS för att framtagandet av egenkontrollfrågor som berör kvalitets- och patientsäkerheten samt för att utföra verksamhetsuppföljningar.

MAS ansvarar för att tillsammans med verksamhetschef ha minst två kvalitetsmöte/termin för legitimerad personal där kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna är i fokus.

I MAS uppdrag ingår även att enligt [HSLF-FS 2017:41](#) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **3.3 Enhetschefernas ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att ha god kännedom om styrande dokument, rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS fastställt. Vidare ansvarar enhetschef för att styrande dokument, rutiner och riktlinjerna är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett för patienten säkert sätt. Enhetschefen ansvarar även för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens.

Vidare ansvarar enhetschef för att inom ramen för verksamhetens ledningssystem, styrande dokument och rutiner medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Detta bland annat genom att fullgöra egenkontroller och verksamhetsuppföljningar samt att ta fram handlings- och tidsplan för eventuella förbättringsområden och att presentera dessa för verksamhetschef.

Enhetschef har även i sitt uppdrag skyldighet att rapportera eventuella brister och risker till verksamhetschef och MAS för bedömning och uppföljning av insatta åtgärder för att öka patientsäkerheten.

### **3.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem, styrande dokument och rutiner medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar tillsammans med enhetschef för att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS fastställt är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten.

---

## **Omsorgsförvaltningen/ Stab**

Utöver de ansvarsområden som olika professioner har enligt gällande lagstiftning framgår i verksamhetsplan vilken person som ansvarar för de olika delarna i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet enligt uppsatta mål.

Tydlig ansvarsbeskrivning finns i omsorgsförvaltningens rutin för systematiskt kvalitetsarbete.

### 3.5 Resultat och analys

För fortsatt utveckling i patientsäkerhetsarbetet behövs en tydlig arbetsbeskrivning där ansvaret mellan verksamhetschef för hälso- och sjukvården och MAS beskrivs då rollerna idag går in i vartannat och ger en otydlig bild över ansvarsområdena. Likaså behövs arbetsbeskrivning för enhetschefer där ansvaret för patientsäkerhetsarbetet finns beskrivet.

En tydlighet behövs i målarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet. De av omsorgsnämndens nedbrutna mål saknar mätvärden och indikatorer. Måluppfyllelsen blir där med en subjektiv tolkning.

## 4. Samverkan för att förebygga vårdskador

### 4.1 Intern samverkan

Internt sker samverkan framförallt i teamarbetet kring den enskilde. Utmaningen är att hitta arbetssätt där legitimerade har möjlighet att närvara på teamträffar via tekniska lösningar då vakanta tjänster gör att flera team måste täckas av få legitimerade. Speciellt märkbart är detta för rehabenheten. Rutin för teammöte finns och är nyligen uppdaterad.

Övriga samverkansforum för att förebygga vårdskador är:

- Kvalitetsmöte med legitimerad personal, Verksamhetschef, MAS
- HSL-möte enhetschefer HSL, verksamhetschef, MAS

### 4.2 Extern samverkan

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Målet är att patienten ska uppleva en obruten vårdprocess oavsett huvudman.

#### 4.2.1 Fou nätverk Skåne nordost

FoU nätverk är ett viktigt led i utvecklingen av närsjukvård samverkan och gemensam utveckling i Nordöstra Skåne, mellan Regionens sjukhus, primärvård och ASIH, de sex kommunerna och Högskolan i Kristianstad. Sedan 2002 finns det nätverk inom en rad olika områden, exempelvis näring och ätande, läkemedel och äldre samt palliativ vård, med förgreningar i både slutenvård, öppen- kommunal vård

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

och omsorg samt Högskolan Kristianstad. Varje nätverk har en samordnare som sammankallar och leder nätverkets arbete. Nätverkens har representanter eller ombud. Det är önskvärt att det nätverksansvariga ombudet skapar nätverk på ”hemmaplan” med lokala nätverksombud

#### 4.2.2 Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

#### 4.2.3 Gränslös vård Hässleholm, Osby, Perstorp

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

#### 4.2.4 RIVÖ

Samverkan för att förebygga Risker I Vårdens Övergångar (RIVÖ) – en samverkansgrupp med representanter som arbetar patientnära. Denna lokala grupp har representanter från tre kommuner, slutenvård, ASIH och primärvård. Gruppen tar med sig oönskade händelser, bearbetar dessa tillsammans för att komma med konkreta lösningar som sedan återkopplas i egen verksamhet i ett lärande syfte.

#### 4.3 Lokal samverkan

- Regelbundna möten med verksamhetscheferna för vårdcentralerna i Hässleholm.
- Regelbundna möten mellan sjuksköterskor, enhetschefer och vårdcentraler
- Regelbundna möten med ASIH

#### 4.4 Övriga samverkans forum

Hässleholms kommun deltar aktivt i Forskningsplattformen, Högskolan Kristianstad.

### Omsorgsförvaltningen/ Stab

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

#### 4.5 Resultat och analys

De olika mötes forumen behöver beskrivas i kvalitetsledningssystemet där det även framgår vilken profession som ska delta. Även i vilka forum återkoppling till verksamheterna ska ske behöver beskrivas så att aktuell information som framkommer i samverkan når ut i verksamheterna.

#### 4.6 Läkemedelsgenomgångar

Samarbetet med primärvården gällande läkemedelsgenomgång pågår. Under 2018 genomfördes enligt dokumentation i verksamhetssystemet 171 läkemedelsgenomgångar på personer som fyllt 65 år. En blygsam ökning från föregående års som var 148. Genomgångarna är fördelade på samtliga sju offentliga vårdcentraler som omsorgsförvaltningen samarbetar med samt Capio Göingekliniken. Av genomgångarna har merparten utförts till personer i särskilt boende medan vissa vårdcentraler även involverat patienter med kommunal hemsjukvård.

Uppgifterna kan inte bekräftas då statistik från vårdcentralerna inte nått undertecknad.

#### 4.7 Extern granskning av läkemedelshantering

Granskningarna av 25 enheter utfördes av extern apotekare med utgångspunkt från förvaltningens rutin för läkemedelshantering samt gällande lagstiftning. Vid utförda granskningarna deltog berörda sjuksköterskor enhetschefer samt vårdpersonal. Såväl SÄBO som ordinärt boende och gruppboende inom FSS har granskats. Vid avsteg från rutin upprättades handlings- och tidsplaner som sedan redovisades till ansvarig enhetschef som ansvarar för att planerade åtgärder utförs. MAS ansvarar för att vid behov uppdatera rutin och andra styrande dokument gällande läkemedelshantering.

#### 4.8 Utredning och analys

Samtliga rapporter skickas av apotekare till undertecknad för kännedom. Däremot skickas inte alla handlingsplaner till undertecknad. I 2019 års kvalitetsarbete kommer återkoppling av handlingsplaner läggas in som en del i egenkontrollen vilket inte funnits tidigare. Inkomna rapporter och samtal med apotekare påvisar att arbetet utifrån de årliga rapporterna efterhand har höjt kvaliteten och följsamheten till gällande rutin för läkemedelshantering vilket är glädjande.

### Omsorgsförvaltningen/ Stab

#### 4.9 SVPL IT- Mina planer

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

#### 4.10 Utredning och analys

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

Två workshops i samverkan mellan kommun, slutenvård och primärvård har genomförts under året med fokus på rutin vid utskrivning från slutenvård. Fallbeskrivningar från autentiska inrapporterade händelser användes.

Tvårprofessionell arbetsgrupp för mina planer finns. Kunskap och samsyn kring lagstiftningen på ledningsnivå har behövt förbättras. Därav har representanter från ledningsgrupp sammanstrålat i en styrgrupp för mina planer. Arbetet har under året ändå tappat fart och uppdatering av rutiner har inte blivit klart då ingen person är utsedd som sammankallande till gruppen. Omtag för 2019 behövs.

#### 4.11 Informationsöverföring

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas rapporter då det av någon anledning brutit i rutinerna vid informationsöverföringen mellan vårdgivare.

10 januari, 2019 gick IT-verktyget ”mina planer” igång samtidigt som den nya lagen samverkan vid utskrivning från slutenvård började gälla. Nya arbets sätt och rutiner började gälla. För att säkerställa inrapportering vid brister togs en särskild blankett i bruk för att i en redan pressad situation underlätta rapportering. Därav har inte statistik i befintligt avvikelssystem gällande informationsöverföringen gått att följa.

##### 4.11.1 Resultat och analys

Fortsatt arbete behövs för att minska riskerna i vårdens övergångar. Gruppen RIVÖ har visat sig vara ett bra sätt då antalet avvikelser till Hässleholms sjukhus har minskat i takt med att gruppens medlemmar börjar förstå varandras verksamheter. Även CSK tillsammans med närliggande kommuner ska starta upp en liknande arbetsgrupp för att hantera avvikelser. Analys av rapportering till andra vård-

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

givare samt till egen verksamhet är fortsatt de samma. Brister i kartläggning av patient, brister i informationsöverföring, brister i att skicka med överenskommet material till nästa vårdgivare är fortsatt de vanligaste bristerna.

Registrerade avvikelser mellan ambulans och kommun har varit då sjuksköterska efter kontakt med primärvårdsläkare eller Falckläkare blivit ombedd att skicka patient till slutenvård och ambulanspersonal med sin ansvariga läkare gör bedömningen att patienten kan stanna kvar i boendet. Frågeställningen som blir då är vem som har det medicinska ansvaret.

Under 2019 kommer avvikelsemodul att göras om för att förenkla rapportering av risker och brister i vårdens övergångar. Då kommer även statistik gå att följa på ett mer tillförlitligt sätt.

#### 4.12 Läkarmedverkan

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

Under 2018 har regelbundna träffar med verksamhetschefer för vårdcentralerna utförts. Lokala möten hålls av vårdcentraler för de sjuksköterskor som på särskilt boende och hemsjukvård har samarbete med enheten tillsammans med berörda enhetschefer. Möten sker även på verksamhetschefsnivå då behoven finns, då tillsammans med MAS.

Upplevelsen är att de planerade hembesöken fungerar tillfredsställande men att akuta läkarbesök är svåra för primärvården att efterleva då de parallellt har en verksamhet på vårdcentralen som ska skötas.

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

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

Vårdformen innebär att man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö med läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunal vård som bas i teamet. Läkarstödet ska successivt utformas så att

#### Omsorgsförvaltningen/ Stab

en inställetid vid icke planerade hembesök kan ske inom 2 timmar dygnet runt veckans alla dagar och vid planerade hembesök inom 5 arbetsdagar. Sjuksköterskan från kommunen ska delta i dessa hembesök.

Idag ansvarar vårdformen för patienten 08.00- 18:00 vardagar. Jourtid är det Falck läkarbilar. Enstaka vårdcentraler har kommit längre och har avsedd läkare till detta ändamål och fler vill komma igång. Utmaningen blir för egna verksamheten att medverka i de olika teamen eftersom varje vårdcentral som idag är åtta till antalet planerar var för sig. De vårdcentraler som har läkarbrist har stundtals svårt att följa avtalen om läkarmedverkan.

Under våren 2019 kommer verksamhetschefer från samtliga vårdcentraler, verksamhetschef från kommunal hälso- och sjukvård samt MAS träffas och upprätta handlingsplaner för att nå målen i de olika samverkansavtalen.

#### **4.13 Patienter och närståendes delaktighet**

Patienter och närstående ska göras delaktiga i vården och behandlingen av den enskilde genom information om vård och behandling. Delaktighet ska ges genom att vid varje ny insats be den enskilde lämna sitt samtycke till vården.

Vidare ska legitimerad personal vid varje ny vårdrelation, samt vid behov lämna ut broschyren ”hjälp oss att bli bättre”. Samtlig personal ska även ha god kännedom om att kunna ta emot synpunkter och klagomål såväl muntligt som skriftligt.

Patienter och närstående ska även göras delaktiga vid utredning av vårdskador eller risk för vårdskador där de ska ges möjlighet att lämna sitt yttrande till den oönskade händelsen.

##### **4.13.1 Resultat och analys**

Vid dokumentationsgranskningar som genomförts under året framgår att samtycke inhämtas vid start av vårdrelation. Detta utförs av sjuksköterskorna. Här har rehab enheten ett förbättringsarbete att göra. Däremot framgår patientens delaktighet i rehabenhetens löpande dokumentation av olika insatser. Detta behöver sjuksköterskorna förbättra.

Verksamhetsuppföljningarna påvisar att broschyren ”Hjälp oss att bli bättre” inte är känd bland legitimerade och där med inte delas ut även om det varit ett mål i verksamhetsplanen. Broschyren lämnas ut av vårdpersonalen i stor utsträckning, såväl i särskilda boendeformer som i hemtjänst. Broschyren har bytt namn och heter numera ”Synpunkter och klagomål” vilket är en fördel då detta begrepp används mer frekvent inom vård och omsorg.

Obligatoriska rubriker vid händelseutredning kommer bidra till att patient och närståendes medverkan i utredning av vårdskador kommer till stånd. Idag involveras de vid synpunkter och klagomål samt utredning av allvarliga vårdskador.

## **Omsorgsförvaltningen/ Stab**



## 5. Systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ([SOSFS 2011:9](#)) tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen ([1982:763](#)), lagen ([1993:387](#)) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt socialtjänstlagen ([2001:453](#)).

I rutin finns beskrivet processer, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas i omsorgsförvaltningen. Rutinen gäller utifrån den vård och omsorg som bedrivs gentemot enskild brukare/patient. Arbetsmiljöarbete för personal beskrivs i andra rutiner.

### 5.1 Resultat och analys

Rutinen har funnits sedan länge men inte varit tillfredsställande implementerad i verksamheterna. Därav är kunskapen kring det systematiska kvalitetsarbetet ojämn. En arbetsgrupp har tillsammans med verksamhetsutvecklare och MAS uppdaterat rutinen för att tydliggöra arbetet. Rutinen presenterades och godkändes i ledningsgrupp november 2018.

Sjuksköterskor fick under höstens kvalitetsmöte genomgång av rutin samt arbeta med fallbeskrivningar från autentiska avvikelser för att komma in i det nya arbetssättet. MAS och verksamhetsutvecklare kommer fortsatt implementera rutinen till samtliga legitimerade och till chefer i verksamheterna. Varje chef oavsett verksamhet ansvarar för att sätta sig in i rutinen för god följsamhet.

För att tydliggöra vikten av detta arbete behöver resultat efterfrågas. Förslagsvis kan detta göras som fasta rubriker i del- och helårsbokslut. Under året kommer verksamhetsutvecklare och MAS följa upp tidigare års verksamhetsuppföljningar, presentera statistik gällande systematiskt kvalitetsarbete och lägga mer tid till att handleda i kvalitetsarbetet.

## 6. Riskanalyser

Riskanalyser utförs för att skador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård och omsorg. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

Innan beslut tas om ny organisation, ny teknik, nya metoder, ny arbetsprocess eller nya rutiner ska iakttagelser göras om arbetet på något sätt kan utgöra en risk för vårdskada. Det är inte arbetsmiljön som ska bedömas i detta moment. Även personalens, närståendes eller en enskild patients upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld ska bedömas.

Systematiska riskbedömningar på individnivå ska utföras av legitimerad personal vid kontakt med ny patient samt då behov uppstår. Då det finns standardiserade

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

bedömningsinstrument ska dessa användas. Övriga riskbedömningar beskrivs i löpande text. Vid eventuella risker upprättas vårdplan i Procapita.

### 6.1 Resultat och analys

Riskanalyser vid organisationsförändringar har inte utförts. Mest sannolikt på grund av okunskap. Blankett har tagits fram för att vid verksamhetsförändring kunna utföra riskanalys av vårdskada samtidigt som arbetsmiljön för personalen riskbedöms. Ombyggnad av avvikelssystemet har påbörjats för att vid registrering kunna få fram statistik och tydliggöra när det rör sig om en risk för vårdskada alternativt vårdskada

Arbetsättet att införa riskbedömningar på individnivå har inte nått någon större framgång. Arbetet har varit pågående under ett par år. Dels genom arbetet genom senior alert som introducerades 2010 dels vid genomgång på kvalitetsmöte, enhetschefer har haft det i målarbetet för året, checklista för bedömning av ny patient finns till hjälp med vägledning och tillvägagångssätt. Ett krafttag behöver göras under 2019 för att komma tillrätta med bristerna.

## 7. Rapporteringsskyldighet och utredning av händelser

Rapportering av händelser är ett redskap för att skapa säkrare rutiner och arbetsätt för att kunna ge en god och säker vård och omsorg, men även för att förhindra upprepningar av avvikande händelser eller risk för avvikande händelser.

Om en patient i samband med vård och behandling utsatts för en risk att drabbas av vårdskada, eller drabbas av vårdskada ska detta snarast rapporteras av den medarbetare som upptäcker risken/bristen/händelsen.

I de händelser där enskild patient är involverad utförs utredning i Procapita avvikelsemodul. Fastställda rubriker ska följas. Även de synpunkter och klagomål som inkommer där enskild patient är involverad ska registreras i Procapita. Sammanställning av utredningen läggs sedan i diariet där synpunkterna inkommit.

Fokus på att förbättringsarbete inte ska vara på det personliga planet för att hitta ”syndabocker”. Organisation, strukturer, ledning, teknik, riktlinjer och rutiner ska vara i fokus.

### Omsorgsförvaltningen/ Stab

Tabell 1. Statistik avvikelsem modul Procapita 2011-2018

Avvikelse	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016	År 2017	År 2018
Fallrapporter	2 373	2 767	2 705	2 616	2 418	2 435	2 790	2 767
Läkemedelshan- tering	877	1094	1136	1412	1407	1850	1833	1841
Medicinsk tek- nisk produkt	12	19	24	31	22	29	23	24
Speciell omvårdnad	12	17	22	26	19	36	25	17
Träning/be- handling rehab	42	7	12	8	22	16	35	21
Fel och brist	223	399	313	360	433	761	542	373

## 7.1 Resultat och analys

Oönskade händelser rapporteras i verksamhetssystemet Procapita. Fortfarande anses registreringen vara onödigt svårhanterlig. Verksamhetsuppföljningarna bekräftar att innebörden av rapporteringsskyldigheten och utredningsförfarandet är av ojämn kvalitet över verksamheterna. Detta bekräftas då analys av inrapporterade händelser som är ohanterade utförts. Vissa områden har inga outredda händelser medan andra har många. Även tiden för påbörjande av utredning behöver förkortas då detta arbete idag prioriteras bort till förmån för annat.

MAS utför händelseanalyser vid samtliga Lex Maria utredningar samt vid risk för vårdskador/vårdskador av mer allvarlig karaktär eller då många professioner är involverade i en oönskad händelse. Även enhetschefer för hälso- och sjukvården utför händelseanalyser då de utreder risk för vårdskador/vårdskador som inte är av den allvarlighetsgraden att de ska vidare till MAS. Kvaliteten på dessa utredningar har under 2018 förbättrats avsevärt.

Det har visat sig vara en utmaning att förtydliga vad som menas med risk för vårdskada respektive vårdskada i verksamheterna då detta registreras och utreds på samma sätt i avvikelssystemet i dag. För att komma till rätta med detta har rutinen förtydligats när det gäller begreppen.

Bättre återkoppling och analys av inrapporterade händelser kommer utföras under 2019 av teamen samt av verksamhetsutvecklare och MAS. Större fokus har lagts på att beskriva utredningsförfarandet med fasta rubriker. Analys av händelser kommer att läggas på verksamheterna och teamen i det patientnära arbetet. Arbetet med att

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

underlätta inrapportering i systemet kommer slutföras under 2019 års första kvartal. Statistik påvisar att inrapportering av läkemedelsavvikelser och fallrapporter är väl implementerat i de flesta verksamheter.

## 7.2 Utredning av allvarliga vårdskador (Lex Maria)

Enligt [HSLF-FS 2017:41](#) *anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)* framgår att vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligen ökat vårdbehov eller avlidit. Lex Maria som rapporteras till IVO redovisas till omsorgsnämnd, ledningsgrupp samt till berörda verksamheter.

Vårdskada som inte rapporteras vidare till IVO utreds, åtgärdas och återkopplas enligt det systematiska kvalitetsarbetet i berörda verksamheter. Under 2018 skickades en anmälning enligt Lex Maria till IVO.

Tabell 2. Antal Lex Maria anmälningar till IVO 2011-2018.

Anmälningar	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016	År 2017	År 2018
Lex Maria	0	1	2	7	2	1	0	1

### 7.2.1 Resultat och analys

Behov finns att involvera verksamheterna på ett bättre sätt i utredningar för att få patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del i det dagliga arbetet. Fortfarande upplevs återkoppling av utredningarna som utlämnande för de personer som på något vis varit inblandade. Även vid de risker/vårdskador som utretts av enhetschefer kommer framöver att återkopplas på kvalitetsmöte för en lärande organisation som lagstiftaren kräver. Inrapportering av oönskade händelser behöver öka från egen verksamhet då många fortfarande inkommer som synpunkter och klagomål från anhöriga och inte från egen verksamhet.

## 8. Synpunkter och klagomål

Medarbetare på alla nivåer ska kunna ta emot synpunkter och klagomål. Synpunkterna kan komma från patienter, anhöriga, närstående, personal eller andra intressenter och kan inkomma via telefon, brev, e-post eller personligen. Synpunkter och klagomål kan ge viktig information som talar om vilka delar inom verksamheten som kan behöva utvecklas och förbättras. Synpunkter och klagomål möjliggör för patienter och anhöriga att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

Omsorgsförvaltningens broschyr ”Hjälp oss att bli bättre” samt Hässleholms kommuns internetsida ”Tyck till” ska vara kända av samtliga anställda och vid behov kunna hänvisas till. Interna brister som inte berör en enskild patient ska hanteras i systemet för synpunkter och klagomål ”Tyck till” via internet. Brister som berör enskild patient rapporteras och hanteras i avsett verksamhetssystem.

Respektive enhetschef/verksamhetschef ansvarar för att åtgärder genomförs och följs upp i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.

### 8.1 Resultat och analys

Medeltal på återkoppling som ges på inkomna synpunkter och klagomål har under året sjunkit från 9,88 till 7,5 dagar. Samtidigt finns 38 obesvarade synpunkter i avsett verksamhetssystem. Detta påvisar att det fortfarande råder bristande kunskap om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Troligt är att de flesta synpunkter är besvarade ute i verksamheterna men att skriftligt svar inte registrerats i verksamhetssystemet. För att komma till rätta med detta behöver uppdaterad rutin för systematiskt kvalitetsarbete implementeras i samtliga verksamheter på alla nivåer.

Resultat behöver efterfrågas. Uppföljning av inkomna och utredda synpunkter och klagomål behöver rapporteras av varje enskild verksamhet i del- och helårsbokslut.

## 9. Egenkontroll

Egenkontrollerna beslutas enligt rutin av verksamhetsutvecklare och MAS i samråd med verksamhetschefer när handlingsplanerna för måluppfyllelse i verksamhetsplanerna är framtagna. Analyser av inrapporterade händelser, Lex Sarah och Lex Maria-utredningar, synpunkter och klagomål samt resultat från föregående års verksamhetsuppföljningar vägs in. Egenkontrollerna skickas ut i webbenkäter där även frågor till internkontroll tas med.

Egen kontrollen går ut sex gånger per år; mars, april, maj, september, oktober samt november

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

Tabell 3. Egenkontroll enkäter 2018

<b>Egenkontroll enkäter 2018</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
<b>Dokumentationsgranskning</b>	1 gång/månad	Procapita efter fastställd mall
1. EC SoL/LSS 2. Biståndshandläggare/MC 3. Leg SSK. EC ssk 4. Leg rehab, EC rehab		
<b>Systematiskt kvalitetsarbete</b>	2 gånger/år Maj/oktober	Förvaltningshandbok
1. Samtliga EC 2. Samtliga VC 3. MC		1. Rutin känd 2. Hantering avvikelser 3. Risker 4. Lex Sarah/Lex Maria
<b>Handlingsplaner enligt mål i verksamhetsplan</b>	1 gång/år Maj	Mall för handlingsplan
1. Samtliga EC 2. Samtliga VC 3. MC		
<b>Dokumentationsrutin</b>	2 gånger/år Maj/oktober	Verkställighetshandbok
1. Samtliga EC		1. Tyst rapport
<b>Läkemedelsrutin</b>	2 gånger/år Maj/oktober	Hälso- och sjukvårdshandbok
1. EC ssk 2. Ssk		1. Läkemedelsskåp 2. Kontrollräkning narkotika
<b>Basala hygienrutiner</b>	1 gång/år Maj	PPM resultat 2017
1. Samtliga EC		1. Minska felaktig användning av handskar 2. Påbyggnadsnaglar/ringar/klocka
<b>Brandskydd</b>	1 gång/år Oktober	Brandskyddsrutin
		1. Följsamhet
<b>Delegering</b>	2 gånger/år Maj/oktober	Rutin för delegering
1. Legitimerade EC		1. Antal delegeringar/legitimerad

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

## 9.1 Resultat och analys

Under 2018 kom de webbaserade enkäterna för egenkontroll igång efter ett tags uppehåll på grund av vakanta tjänster. Svarsfrekvensen har i vissa verksamhetsområden varit långt ifrån tillfredsställande. En av anledningen till detta är att resultat inte efterfrågas. Arbetsordningen vid egenkontroller och hur svaren som skickats ut ska bearbetas och hanteras är inte tydligt och känt i verksamheterna. Det har inte heller varit enkelt för verksamhetsutvecklare som skickar ut enkäterna att få uppdaterade maillistor vilket i sig påverkar svarsfrekvensen då mail gått ut till personer som inte längre är kvar i tjänst.

Åtgärder som krävs är implementering av rutin för systematiskt kvalitetsarbete i samtliga verksamheter. Redovisning från samtliga verksamhetsområde utförs enligt gällande rutin. Inrätta fasta punkter för återkoppling i ledningsgruppens dagordning samt i del- och helårsbokslut.

## 10. Verksamhetsuppföljningar

Som ett led i egenkontrollen utförs systematiska verksamhetsuppföljningar. Sammantaget utförs tolv planerade uppföljningar under mars, april maj, juni, september, oktober och november. Om önskad händelser i verksamheterna inträffar utförs vid behov oplanerade verksamhetsuppföljningar.

Under januari – februari utfärdar verksamhetsutvecklare/MAS en mall för uppföljningarna som sammanfaller med egenkontrollerna. Datum och vilka verksamheter som valts ut publiceras på intranätet samt meddelas via mail. Enhetschef för berörd verksamhet ansvarar för att kalla teamet i god tid inför verksamhetsuppföljningen efter instruktion i bifogat mail.

Efter utförd verksamhetsuppföljning upprättas en rapport av verksamhetsutvecklare/MAS med sammantagen bedömning samt förbättringsförslag. Färdigställd rapport skickas via mail till berörda enhetschefer och verksamhetschefer. Samtliga berörda enhetschefer upprättar handlings- och tidsplan efter inkomna förbättringsförslag senast en månad efter rapporten är presenterad. Rapporten skickas till berörd verksamhetschef som redovisar ärendet i förvaltningens ledningsgrupp.

### 10.1 Resultat och analys

Målet för året är inte uppföljt då 10 av 12 systematiska verksamhetsuppföljningar har utförts. I två fall har följsamhet till bokningsinstruktion brustit trots påminnelse. I övrigt har uppföljningarna varit positiva. De har utförts i teamen där samtliga professioner varit delaktiga. Upplevelsen är att det finns väl fungerande team som har fokus på brukare/patienter och ett stort engagemang för den vård och omsorg som bedrivs. Även om rehab inte sitter fysiskt ute i områden har upplevelsen varit att teamträffar prioriteras och att rehab ändå är lätta att nå.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

Uppföljningarna har setts som forum för lärande och utveckling. Verksamheterna har efter verksamhetsuppföljningarna fått feedback samt förslag på förbättringsåtgärder. Utifrån dessa har verksamheten själva haft ansvar för att upprätta handlingsplaner som ska redovisas till verksamhetschef. Uppföljningarna ska sedan redovisas som kännedomärende till ledningsgrupp via berörd verksamhetschef. Ledningsgruppen har även under 2018 saknat återkoppling på verksamhetsuppföljningarna från hälso- och sjukvårdsorganisationen i samtliga uppföljningar.

Redovisning från samtliga verksamhetsområde ska utföras enligt gällande rutin. Fasta punkter för återkoppling i ledningsgruppens dagordning behöver upprättas, Handlingsplaner behöver tas fram tillsammans i teamet för att få en helhet mot idag då hälso- och sjukvården och SoL/LSS upprättar handlingsplaner var för sig.

Verksamhetsuppföljningar under 2019 blir ett uppföljningsår för tillse att handlingsplaner och tidsplaner från tidigare år har åtgärdats enligt plan.

## 11. Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs.

Rutin finns för datainträng och loggkontroller där även ansvarsområden och tilldelning av behörigheter beskrivs.

Behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen ([EU 2016,679, GDPR](#)) följs och en arbetsgrupp finns för regelbunden uppdatering.

Rutin för dokumentation finns. Dokumentationsgranskning enligt fastställd mall utgår månatligen i egenkontroll till legitimerad personal samt berörda enhetschefer. Utöver dessa utför MAS dokumentationsgranskning vid behov, vid utredning av händelser samt inför verksamhetsuppföljningar.

### 11.1 Resultat och analys

Loggkontroller har under året utförts enligt rutin. Inget avvikande har kommit till undertecknads kännedom. Arbetsgrupp för GDPR har sammankallats för fortsatt arbete under 2019.

Dokumentationsgranskning som utförts under året påvisar varierande kvalitet. Rehabiliteringen som på sina professionsmöten under lång tid har diskuterat dokumentation håller en hög och jämn kvalitet. Det som saknas är användandet av evidensbaserade riskbedömningsinstrument speciellt gällande fall och smärta. Även samtycke vid inledande vård och behandling är ett förbättringsområde. Utöver detta är dokumentationen tydlig och patientens delaktighet går ofta att följa i dokumentationen.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab



Sjuksköterskornas dokumentation är av mer varierande kvalitet. Det är tydligt att verksamhetssystemet tillåter många varianter till dokumentation vilket gör det ytterst svårt att få en helhet om den vård och behandling som bedrivs. Antalet utförda riskbedömningar har i vissa områden ökat, men arbetssättet att ha tydliga vårdplaner vid risk har inte nått fram.

Under året har en arbetsgrupp gjort ett strålande arbete för att framöver få en dokumentation av kvalitet. Representation från rehabenheten och sjuksköterskorna tillsammans med enhetschefer för korttiden och personer från system och teknik har utformat en ny patientjournal. Denna följer omvårdnads- och rehab processens olika delar. Lagstiftarens krav på KVÅ-koder är knutna till insatser i journalen.. Superusers är utbildade och samtliga legitimerade har i skrivande stund fått utbildning. Utbildning kommer även att finnas i introduktion till nyanställda. Journalen kommer att tas i bruk under februari månad 2019. Ett omfattande arbete ligger framför de legitimerade att föra över relevant information i de nya journalerna.

Arbetet förväntas medföra en ökad patientsäkerhet. Rutinen för dokumentation är i behov av uppdatering och kommer utföras under första kvartalet 2019. Systematiska journalgranskningar återupptas i grupp under hösten 2019 samt fortsatt enligt fastställd mall under våren.

## **12. Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten**

### **12.1 Instruktörsutbildning VISAM beslutsstöd**

Fyra sjuksköterskor genomgick under året utbildning till instruktörer i VISAM beslutsstöd. Instruktörerna har även tagit fram utbildningsmaterial för fortsatt utbildning av förvaltningens sjuksköterskor.

### **12.2 Kvalitetsarbete dokumentation**

Arbetsgrupp i dokumentation med representation från rehab och sjuksköterskor har under året gjort ett kvalitetsarbete gällande dokumentation. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt struktur som följer omvårdnads- och rehab processen.

### **12.3 Rutin för systematiskt kvalitetsarbete**

Arbetsgrupp har tillsammans med verksamhetsutvecklare och MAS uppdaterat rutinen för systematiskt kvalitetsarbete. Utbildning med hjälp av fallbeskrivningar har påbörjats.

### **12.4 APPVA**

Projekt med digital signering har genomförts och utvärderats. Projektet påvisar ökad kvalitet i läkemedelshanteringen samt minskat antal avvikelser gällande framför allt överlämnande av läkemedel i form av glömda doser samt ordinerad träning som prioriteras bort med hänvisning till tidsbrist. Beslut för plan och breddinförande finns.

## **Omsorgsförvaltningen/ Stab**

### 12.5 TENA identifi

Projekt som stödjer faktabaserade inkontinensutredningar för god individuell inkontinensvård. Utredningarna stödjer kontinens och planer upprättas för toalett assistans. Projektet påvisa kvalitet för den enskilde och besparingar på ekonomi och miljö. Beslut om breddinförande finns inte på grund av resursbrist.

### 12.6 Medicinskåp med loggar

För att minska läkemedelsstöder av narkotiska preparat påbörjades införande av medicinskåp med loggfunktion. Breddinförande kommer ske med start i särskilda boenden och gruppboendestäder.

### 12.7 Kvalitetsmöten

Protokollförda kvalitetsmöten hålls med legitimerad personal vår och höst. Innehållet är varierat med inslag av utbildning och föreläsningar.

- Återkoppling av utredda vårdskador/risk för vårdskador samt fallbeskrivningar med koppling till önskade händelser och styrande dokument
- Genomgång av hälso- och sjukvårdshandboken, nya eller uppdaterade rutiner
- Regelbunden återkoppling från samverkansmöten och nyheter från HS avtalet utförs
- Genomgång av de obligatoriska egenkontrollerna
- Dietist informerar om olika områden gällande näring och ätande samt rutiner kopplade till detta
- Genomgång av omvårdnadsprocessens olika delar, genomgång av handhygien och test med handsprit och handcheck
- Genomgång av utförande och dokumentation av vårdplaner
- Föreläsning av logoped och geriatriker har genomförts

## 13. Övriga resultat och analys

### 13.1 Grundstatus

Målet under 2018 har varit att samtliga patienter ska ha en uppdaterad grundstatus i hälso- och sjukvårdsjournalen. Syftet med detta arbete är att öka kvaliteten och säkerheten kring vården genom att patientens status och behov tydliggörs.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

### 13.2 Resultat och analys

Medelvärdet för 2017 var 62%, siffran har för 2018 stigit till 96%. Journalgranskningar påvisar att många grundstatus håller bra kvalitet. Andra kan utvecklas ytterligare. Arbetet under året kommer att fokusera på kvaliteten samt på att status uppdateras enligt gällande rutin.

### 13.3 Förebygga fall, trycksår, undernäring samt bibehålla god munhälsa

Målsättningen är att alla brukare i särskilt boende och brukare med hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende skall erbjudas riskbedömning och åtgärder i dokumenterad plan vid eventuell risk. Nytt arbetssätt är framtaget som innebär att legitimerade har ansvaret för att riskbedömningarna utförs och dokumenteras i patientjournalen. Legitimerade ansvarar även för att upprätta vårdplaner då risk föreligger och de har teamet till hjälp för att planera och utföra eventuella ordinerade åtgärder/insatser.

### 13.4 Resultat och analys

Journalgranskning påvisar skiftande kvalitet gällande riskbedömningar och vårdplaner vid eventuell risk. Antalet riskbedömningar ökar. Samtidigt framgår att det kan saknas vårdplaner för de patienter som bedöms ha risker. Andra patienter är riskbedömda vilket framgår i löpande text speciellt märks detta i rehabpersonalens dokumentation. Sjuksköterskor kan skriva ordinationer och åtgärder för olika risker men det saknas bedömningar.

Ansvariga chefer behöver arbeta mer aktivt för att implementera nytt arbetssätt och upprätta tillförlitligare mätmetoder för att följa resultat. Tidigare arbetssätt med kvalitetsregistret senior alert har visat sig försvåra teamarbetet som i vissa delar visat sig fokusera enbart på registrets riskbedömningar och inte på patienten som en hel individ. Vissa av de riskbedömningsinstrument som kvalitetsregistret senior alert rekommenderar passar inte för alla professioner.

Ledningsgrupp har fattat beslut om att inte fortsätta registrera i kvalitetsregistret senior alert utan fokusera på teamarbete samt utformning och implementering av riskbedömningar anpassade efter professionerna i stället. Arbetsterapeuterna har fått i uppdrag att ta fram ett instrument som passar för deras verksamhet. Arbetsgrupp som arbetat fallförebyggande med balansera mera – socialstyrelsens kampanj för att förhindra fallolyckor kommer utökas med sjuksköterskor för att utveckla fallpreventionsarbetet i förvaltningen.

### 13.5 Uppmärksamma eventuell smärta genom smärtskattning

Smärtskattning med evidensbaserat instrument ska utföras på patienter med kognitiv svikt, patienter i livet slut, vid smärtproblematik eller till patienter som smärt behandlas. Patienterna ska även ha en upprättad vårdplan för hantering av instrument och eventuell behandling. Arbetssättet ska användas av samtliga legitimerade.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

### 13.5.1 Resultat och analys

Dokumentationsgranskning påvisar att arbetssätt med smärtskattning långt ifrån är implementerat i verksamheterna. Ansvariga chefer behöver arbeta mer aktivt för att implementera arbetssättet och upprätta handlingsplaner med mätbara mål för måluppfyllelse.

### 13.6 Demensvård av hög kvalitet

Of registrerar i BPSD-registret. Syfte med detta är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Genom registrering ökar livskvalitén för personen med demenssjukdom. I samband med att BPSD-registret uppdaterades efter att Nationella riktlinjer kom i ny version blev det obligatoriskt att skriva en bemötandeplan. Under året upprättade demenssjukköterska en utvecklingsplan för vården vid demenssjukdom för Hässleholms kommun.

Arbetet med att registrera personer i BPSD-registret är väl implementerat i verksamheterna. Fokus kan nu läggas på kvaliteten i arbetet. Det som framkommer i verksamhetsuppföljningarna är att arbetet med BPSD inte utförs på teamträffar.

### 13.7 Resultat och analys

Registreringar har under året minskat något från 256 under år 2017 till 220 under år 2018. Orsaken till detta är att registret under våren uppdaterats för att anpassas efter de nationella riktlinjerna för demensvård. Att bemötandeplaner måste upprättas då en registrering i registret utförs kommer höja kvaliteten på vården. Verksamhetschef HSL ska lyfta utvecklingsplanen i ledningsgrupp under mars månad 2019 så att denna under 2019 kan implementeras i berörda verksamheter.

### 13.8 God vård i livets slut

Of registrerar i Svenska palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP, är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/ stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet.

#### 13.8.1 Resultat och analys

Statistik från palliativregistret som visar antal registreringar 2018 januari-juli visar att åtta särskilda boende har registrerat. Berörda chefer behöver säkerställa att implementering av arbetet med registrering i Palliativregistret finns med i introduktion till nyanställda. Utsedda sjuksköterskor som är med i samverkans forum FoU-nätverk för palliativ vård, behöver få tydliga uppdrag för återkoppling i verksamheterna

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

samt vilka delar i vården de ska driva. MAS kommer sammankalla till detta. Statistik från palliativregistret behöver tas fram och ges till verksamheterna för analys och utifrån resultat vid behov upprättas handlingsplaner för att öka kvaliteten på vården i livets slut. Introducera nationell vårdplan för palliativ vård.

Under året påbörjades ett samarbete med ASIH, slutenvård och primärvård för att börja använda nationell vårdplan för palliativ vård. Målet är att detta ska implementeras under 2019 för att få en bättre kvalitet på vården och i tid upptäcka de patienter som kan behöva denna form av vård.

### **13.9 Minska risk för smittspridning**

Basala hygienrutiner och klädregler är den viktigaste åtgärden för att förebygga och förhindra smittspridning samt för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Hygienrutinerna skall därför tillämpas i alla vårdsituationer där det finns risk för överföring av smittämnen, oavsett profession och oberoende av om det finns en känd smitta eller inte.

#### **13.9.1 Resultat och analys**

Följsamhet till hygienkraven är inte längre en hälso- och sjukvårdsangelägenhet utan samtliga verksamhetsområden måste arbeta för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner.

Resultatet är fortsatt lågt och samtidigt ett något försämrat resultat 2018 än 2017, förutom marginell förbättring gällande korrekt användning av handskar. Det behövs ett krafttag för att få bättre följsamhet. Resultatet har återkopplats på ledningsnivå för vidare spridning ut till verksamheterna.

Område FSS efterfrågar svar på enhetsnivå för att kunna använda resultatet vilket de inte fått tidigare då FSS mätts som en verksamhet. Förhoppningen är att årets mätning 2019 kunna tillgodose önskemålet.

Målet är att verksamheterna utifrån resultatet i de årliga PPM mätningarna upprättar handlingsplaner för följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Ansvaret för detta ligger på respektive chef.

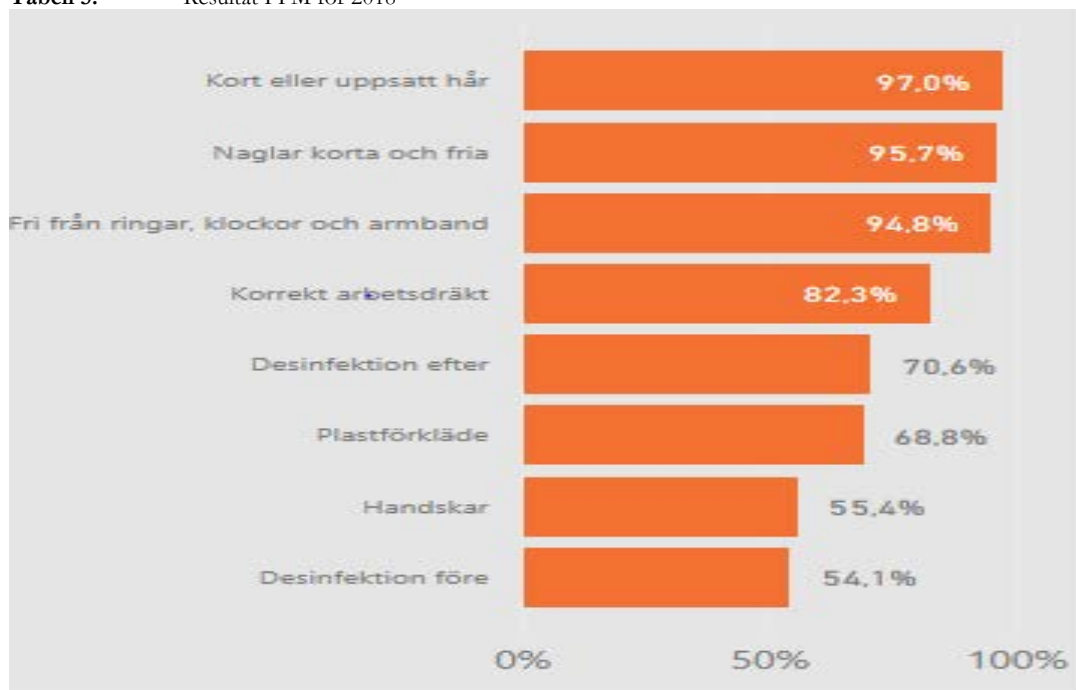
---

## **Omsorgsförvaltningen/ Stab**

Tabell 4. Resultat PPM för 2017



Tabell 5. Resultat PPM för 2018



## Omsorgsförvaltningen/ Stab

### 13.10 Nutrition

Förvaltningens dietist arbetar med patientsäkerheten i fokus. Kontinuerligt genomförs förbättringsarbete och kompetensutveckling för att säkra kvaliteten inom området nutrition, mat, måltider och hälsa. Dietisten ansvarar även för de årliga mätningarna i nattfasta.

#### 13.10.1 Analys och resultat

Årets mätning av nattfasta påvisade ytterligare förbättringar. Målet att 45% av patienternas nattfasta ska vara 11 timmar eller kortare har uppnåtts. Även patienter med mer än 13 timmars nattfasta har minskat. Antalet som ligger över 13 timmar är de lägsta sedan mätningarna påbörjades 2013 vilket är positivt. Fortsatt arbete för att minska nattfastan ytterligare behövs. Dietist har under året anordnat föreläsning av logoped för legitimerade, tagit fram rutin för specialkost, tagit fram en uppdragsbeskrivning för nutritionssjuksköterskor som i huvudsak kommer ha till uppgift att stödja verksamheternas sjuksköterskor i nutritionsarbetet. Under året kommer dietist tillsammans med MAS arbeta med riskbedömningar och arbetssätt med vårdplaner för nutritionsområdet.

## 14. Övriga kvalitetsarbeten inom hälso- och sjukvården

### 14.1 Delegering

#### 14.1.1 Analys och resultat

Under året återinfördes de lärarledda utbildningarna för nya delegeringar. Tillgängliga webbaserade utbildningarna är inte tillräckligt kvalitetssäkrade. Legitimerade har under året påtalat att upplevelsen av att delegera är mer osäker då antalet personal som har en utmaning i det svenska språket har ökat. Checklistorna anses fortsatt vara för omfattande. Omsättning på antalet sjuksköterskor är en utmaning då ersättare oftast inte är på plats då någon slutar. I egenkontroll utgick fråga till enhetschefer att, enligt gällande rutin för delegering rapportera antalet delegeringar/legitimerad. Inga svar inkom. MAS har under året fått en del frågor om vilka arbetsuppgifter som får delegeras, vilket påvisar att rutin för delegering med tillhörande beskrivning om vilka arbetsuppgifter som får delegeras, inte är implementerad i verksamheterna.

Mas kommer att uppdatera checklistor med hjälp av de sjuksköterskor som håller delegeringsutbildning. Enhetschefer kommer att få i uppdrag att följa upp antalen delegeringar per legitimerad i egenkontroll för jämnare fördelning. Implementera rutin för delegering i verksamheterna.

## Omsorgsförvaltningen/ Stab

## 14.2 Rehabilitering

### 14.2.1 Analys och resultat

Rehabenheten har under året arbetat med olika områden för att nå måluppfyllelse i verksamhetsplan. För att ge lika vård har de arbetat fram och diskuterat prioriteringsområden för att få samsyn. Arbetet med att införa smärtskattningsinstrument har påbörjats men inte nått måluppfyllelse och kommer att fortsätta under 2019.

Under året har ett arbetssätt att erbjuda metoden 24-timmars positionering utvecklats. Detta innebär bland annat positionering av personer med milda, moderata och svåra funktionsnedsättningar, kunskaper i deformiteter och felställningar, hur dessa utvecklas och hur sedan dessa kan bedömas och korrigeras. Internutbildning har genomförts samt en plan för fortsatt utbildning har tagits fram.

Vidare har gruppen arbetat för kostnadseffektiv och patientsäker förskrivning av hjälpmedel genom att en arbetsgrupp med förskrivare träffats regelbundet och kvalitetssäkrat förskrivningarna. Utifrån detta arbete kommer rutiner för förskrivning uppdateras under 2019.

För att förebygga antal fall hos målgruppen äldre arbetar en tvärprofessionell arbetsgrupp fallförebyggande med Balansera mera – socialstyrelsens kampanj för att förhindra falloolyckor.

Ett fallförebyggande arbete har påbörjats där fem patienter per fysioterapeut ska plockas ut för att instruera och lämna ut träningsprogram för att träna balans och minska fallrisk. Arbetet är påbörjat och kommer att utvärderas under 2019.

Under 2017 är målsättningen att kunna erbjuda höftbyxa till personer med benägenhet att falla. Detta sker i samarbete med kommunens säkerhetschef. Arbetet pågår fortfarande och kommer slutföras under 2019.

Rehabenheten tog under 2016 fram en webbutbildning i vardagsrehabiliterande förhållningssätt med plan att implementeras under 2017. Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg innebär att se och ta tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att man som personal har ett stödjande förhållningssätt för att uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande så långt det är möjligt. Tekniska utmaningar har gjort att filmen fortfarande inte har implementerats. Detta behöver lösas.

Utsedd sjukgymnast har fortsatt under 2018 utbildat vårdpersonal i ergonomi och lyftteknik. På grund av vakanta tjänster är det inte säkert att förvaltningen kan fortsätta dessa utbildningar i egen regi.

---

## Omsorgsförvaltningen/ Stab



## 15. Mål och strategier för hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas under 2019

En fortsatt utmaning under 2019 kommer vara den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ([2017:612](#)). I samverkan med andra vårdgivare behövs fortsatt implementering av arbetsätt och tankesätt för att patienten inte ska uppleva brister i vårdens övergångar eller skillnader mellan huvudmän. I detta arbete ingår även att samtliga aktörer lär sig hur IT-verktyget ”mina planer” ska användas för ett optimalt omhändertagande av patienten.

Fortsatt utveckling och samarbete med berörda vårdgivare behöver ske för att mobil vårdteam ska utvecklas. Detta kräver även mer utbildning i hur en samordnad individuell plan (SIP) ska utformas. Utmaningen kommer fortsatt att vara samsyn på begreppen och de nya arbetsätten utan att diskussion kring ekonomi och resurser ska styra där diskussionerna lätt hamnar idag.

Vidare utmaningen för året består i att rekrytera samtliga professioner inom vård och omsorgsyrkena, men även för att kunna fortbilda och kompetens höja den personal för att möta framtida behov då allt fler svårt sjuka kommer välja att få vården i hemmet. För att omsorgsförvaltningen ska nå uppsatta kvalitetsmål krävs fortsatt att medarbetaren har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Rätt kompetens är en strategisk fråga och en långsiktig investering. En arbetsgrupp har tagit fram en utbildningsplan som är fastställd av ledningsgruppen. Syftet med utbildningsplanen är att säkerställa att förvaltningen kan erbjuda de utbildningar som medarbetarna behöver för att säkerställa en god kvalitet i verksamheterna. Fortbildningsplanen är även en del av Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ([SOSFS 2011:9](#)). Fortbildningsplanen kommer att följas upp och revideras kontinuerligt.

Arbetet med nyckeltal avseende vårdtyngd och bemanning som medför att alla Hässleholms invånare får samma förutsättningar till rehabilitering och hälso- och sjukvård har under det gångna året fortsatt genom ett projekt tillsammans med sju kommuner. Metoden ska ge möjlighet att analysera och följa upp verksamhetens omfattning, förändring och effektivitet inom kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet behöver fortsätta även på hemmaplan för att få nyckeltal med vårdtyngd så att bemanningen på ett enklare sätt kan flyttas där vårdtyngden är hög istället som idag där en mer oflexibel metod används.

Fortsatt har rehab enheten står inför stora utmaningar gällande bemanning. Om inte vakanta tjänster kan rekryteras finns behov att under året se över arbetsätten som finns idag. Även sjuksköterskeorganisationen har stor omsättning på sjuksköterskor vilket leder till vakanta tjänster och svårighet att bedriva kvalitetsarbete.

Under året kommer verksamhetsutvecklare och Mas lägga ner ett betydligt större engagemang i att driva kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna i och med implementering av uppdaterad rutin. Vilket förhoppningsvis på olika sätt ska avspeglas i vården och omsorgen som bedrivs i förvaltningen.

### Omsorgsförvaltningen/ Stab