



KLIPPANS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	4
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.1.1 Övergripande mål och strategier	5
3.1.2 Organisation och ansvar	6
3.2 En god säkerhetskultur	8
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	9
3.4 Patienten som medskapare.....	10
4 Agera för säker vård	11
4.1 Egenkontroll	11
4.1.1 Egenkontroll basala hygienrutiner och avvikelser.....	12
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer	15
4.4 Säker vård här och nu	16
4.4.1 Riskhantering.....	17
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling	17
4.5.1 Avvikelser	18
4.5.2 Klagomål och synpunkter	19
4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	21
5.1 Processer - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 2024	21

1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 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”

2 Sammanfattning

Mål med Socialnämndens patientsäkerhetsarbete är:

- att ge en god och säker vård upp till nivån legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- att förebygga vårdskador
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, regional primärvård, öppenvårdsmottagningar samt vid utskrivningar från slutenvården

Varje patient ska känna sig trygg och säker i vårdkontakten. Personal i kommunal primärvård ska utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Under 2023 har arbetet för att öka patientsäkerheten för Klippans kommuninvånare fortlöpt. För identifierade förbättringsområden palliativ vård, dokumentation, rapportering och nutrition har handlingsplaner tagits fram och arbetet är pågående. Klippans kommun har satsat på kompetenshöjande åtgärder och tydligare systematik.

Kommunens medarbetare arbetar med nationella kvalitetsregister för att identifiera risker, planering, åtgärd och uppföljning. Ett särskilt omtag gällande kvalitetsregister Senior Alert har gjorts gemensamt med projektledare för att öka kvalitet samt antal registreringar.

Under 2023 har organisatoriska risker och brister identifierats, via såväl egenkontroller som avvikelser. Egenkontroller har utförts gällande avvikelser, basala hygienrutiner, rutiner, riktlinjer, logg och dokumentation. Identifierade brister har bidragit till kollektivt lärande och förändringar i arbetssätt. Arbeta för att minska risker och öka kvaliteten fortskrider under 2024.

Under 2023 har fyra rapporterade händelser lett till att anmälan upprättats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Under året har det utretts flera händelser enligt Lex Maria, där bedömning gjorts att inte anmäla vidare till IVO.

För att säkerställa den enskildes vård har arbete fortskridit i omställningen mot Nära Vård. Särskilt fokus har legat på personcentrerad vård, medskapande, proaktivitet och hälsofrämjande vård. Olika samverkansstrukturer har arbetats fram gemensamt med regionala och privata vårdcentraler.

Patientsäkerhetsarbetet som bedrivits 2023 har lett fram till planer för framtagande och/eller utvecklandet av flera åtgärder: Mobilt Team Närsjukvård, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kompetensutveckling för personal, kvalitetsregister, dokumentation, Nära Vård, tvärprofessionellt förhållningssätt, minska antal timanställda och utvecklande introduktionsprocessen.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



Under 2023 har patientsäkerhetsarbetets struktur och systematik tydliggjorts ytterligare. Processer knutna till lagstöd har tagits fram. En bred genomgång av riktlinjer och rutiner har genomförts. Förtydligande gällande ansvar och roller har gjorts. Strukturen för kvalitetsledningsarbetet har reviderats där särskilt fokus har ägnats uppföljning.

Implementering av de fyra vårdprocesserna som togs fram 2021 har pågått under 2023 och arbetet fortskrider under 2024, med särskild riktning mot Nationella Vårdplaner i Palliativ vård (NVP).

Uppföljning enligt särskild struktur av avtal görs med externa utförare en gång per år. Samverkan sker enligt Vårdsamverkan Skånes överenskomna struktur.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i vårdkontakten. Personal i kommunal primärvård ska utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet skapar förutsättningar för tydlighet i verksamheten i syfte att kvalitet uppnås och att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser i så stor utsträckning som möjligt ska kunna undvikas.

Mål med Socialnämndens patientsäkerhetsarbete är:

- att ge en god och säker vård upp till nivån legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- att förebygga vårdskador
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, regional primärvård, öppenvårdsmottagningar samt vid utskrivningar från slutenvården

I Klippans kommun har 1178 medborgare en hälso- och sjukvårdsinsats av dessa är 349 patienter inskrivna i kommunal primärvård med insatser av kommunsjuksköterska. Övriga har insatser ordinerade av arbetsterapeut eller fysioterapeut. Det finns flertalet av patienter med hälso- och sjukvårdsinsatser som har insatser av samtliga legitimerade professioner. Antal inskrivna under året varierar. Inskrivning i kommunal primärvård kan vara hel eller partiell. Omfattning och frekvens baseras på individuell bedömning. Läkarnärvaro tillgodoses av den regionala primärvården.

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret, som är ett delat primärvårdsuppdrag med

regionen, omfattar omvårdnad, medicinska behandlingar, rehabilitering, habilitering, hjälpmedel, gäller för personer:

- som bor i vård- och omsorgsboende 4 kap. 1§ Socialtjänstlagen (2001:453)
- i bostad med särskild service 9§ 9pt LSS (1993:387)
- i ordinärt boende som inte själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till någon av regionen finansierade öppenmottagningar (tröskelprincipen)
- som vistas på dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6§ Socialtjänstlagen (2001:453)

Klippans kommun arbetar med patientsäkerhet utifrån individ och organisationsperspektiv. Målsättningen är att hälso- och sjukvårdsorganisationen ska verka för personcentrerad vård. Detta görs på olika nivåer, genom exempelvis upprättande av styrdokument och förändrad organisationsstruktur.

3.1.2 Organisation och ansvar

Socialnämndens ansvar: Socialnämnden ska utifrån hälso- och sjukvårdslag (2017:30) leda, planera och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård uppfylls. Nämnden ska fastställa Socialförvaltningens riktlinjer, övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Förvaltningschefens ansvar: Inom ramen för ledningssystemet ska socialchefen ta fram, fastställa och dokumentera processer och rutiner för patientsäkerhetsarbetet. Vidare ansvarar socialchefen för att det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs.

Verksamhetschef HS ansvar: Verksamhetschef ska tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet samt patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen är den som har det organisatoriskt övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vidare ansvarar verksamhetschefen hälso- och sjukvård för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar: Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschef upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet samt patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Ansvaret innefattar att upprätta riktlinjer, rutiner för tillräckliga direktiv samt instruktioner för verksamheten.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för den enskildes patientsäkerhet. Denne ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunal primärvård görs enligt hälso- och sjukvårdslagen, författningar och förordningar, tillsammans med riktlinjer, rutiner, anvisningar upprättade kommunalt och regionalt.

Enhetschef HS-enhetens ansvar: Enhetschef HS-enheten ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är kända i verksamheten och följs. Vidare ansvarar enhetschefen för att leda, planera och följa upp det dagliga arbetet samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar: Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och

beprövad erfarenhet och är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Enhetschef ansvar: Enhetschef på enhet där hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av delegerad personal, ansvarar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs på ett sådant sätt att vårdskador förebyggs och inte uppstår.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har den kompetens och utbildning som krävs för att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på ett patientsäkert sätt. De ansvarar för att personal är väl förtrogen i skyldigheten att rapportera risk för vårdskada samt uppkommen vårdskada.

3.1.2.1 *Samverkan för att förebygga vårdskador*

För att ge en god och säker vård mellan de olika huvudmännen har socialförvaltningen tecknat avtal med berörda vårdgivare inom regional primärvård. Utöver det är socialförvaltningen ålagda att följa upprättade avtal och överenskommelser; exempelvis lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SVU), regelverk för Samordnad Individuell Vårdplanering (SIP) och överenskommelse om palliativ vård i Skåne.

Flera processer för att säkerställa samverkan för att förebygga vårdskador används internt och externt:

- Läkemedelsöversyner används för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. Läkemedelsöversyn görs tillsammans med regional/privat öppenvårdscentrals läkare löpande vid rond för att identifiera läkemedelspåverkan som kan leda till fall och andra biverkningar. Tvärprofessionell läkemedelsöversyn med sjuksköterska, läkare och farmaceut ska ske en gång per år för de patienter som uppfyller särskilda kriterier. Den tvärprofessionella läkemedelsöversynen utförs inte i sådan omfattning så att samtliga patienter som uppfyller kriterierna erhåller sådan
- Extern farmaceut genomför granskning av kommunens läkemedelshantering tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska en gång per år. Granskningen innebär en genomgång av riktlinjer för läkemedelshantering parallellt med författningar och lagar. Tillsynen görs på fördelade boenden tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och delegerad personal. Rapport författas och därefter arbetar kommunen med föreslagna åtgärder
- För att säkerställa vård för de med demensdiagnos, arbetar en demenssjuksköterska i den kommunala primärvården. I det uppdrag ingår proaktivt arbete hos medborgare med demensdiagnos som inte har kommunal primärvård, detta sker i samverkan med den regionala primärvården, uppsökande verksamhet samt stöd till anhöriga
- I Klippans kommun finns legitimerade arbetsterapeuter samt fysioterapeut som ansvarar för övergripande rehabiliteringar, för bibehållande av förmågor och funktion. De ska samverka med omvårdnadspersonal för vardagsrehabilitering samt efter utskrivning för att uppnå bästa funktion vid skada eller försämrat hälsotillstånd

3.1.2.2 *Informationssäkerhet*

Personal som har tilldelats behörighet med åtkomst till patientens dokumentation i journaler/akter får endast ta del av uppgifter som behövs för att kunna utföra sitt uppdrag. Den medarbetare som inte är delaktig i en patients vård och behandling har

inte rätt att ta del av dokumentationen i denna patients journal. Det finns lokala rutiner för att säkerställa att personal endast tar del av de uppgifter som behövs för att utföra sitt arbete med god kvalitet.

Behörigheten till systemet styrs via användaridentiteten och användarens personliga lösenord. Detta möjliggör spårbarhet i systemet genom loggning som kan användas som underlag vid utredning av felaktig eller obehörig användning. Loggkontroller enligt särskild rutin och årshjul genomförs på varje enhet. Samtliga enheter i socialförvaltningen ingår i granskningen. Utöver detta kan granskning ske vid misstanke om otillbörlig åtkomst i journal/akt.

3.2 En god säkerhetskultur



En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Ett aktivt, långsiktigt och synligt arbete ska bedrivas, vilket innebär att de som arbetar i hälso- och sjukvård är medvetna om och uppmärksamma på att risker föreligger och aktivt arbetar för att förebygga dessa. Detta ställer krav på att organisationen skapar en öppen dialog om risker, tillstånd och omständigheter som kan påverka patientsäkerheten. Organisationerna ska arbeta för ett icke-skuldbeläggande klimat, där negativa händelser rapporteras och används som ett lärande för att förebygga att liknade händelser inträffar. Även positiva händelser ska användas för att utveckla verksamheterna. Ett sådant arbete ska prioriteras och genomförs från högsta ledningen till samtliga medarbetare.

Chefer och ledare ska ha ett uttalat ansvar för att säkerhetsrelaterade frågor omhändertas och ageras i aktivt. Detta ska göras oavsett yrke och roll. Ledningen ska säkerställa att medarbetare har förutsättningar att arbeta systematiskt med att förebygga vårdskador. Arbetet ska bedrivas säkert och med hög kvalitet.

Klippans kommunala primärvård har tagit fram en "rutin för processer, kvalitetsledningssystem". Processer har identifierats för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet för patienten med särskilt fokus på personcentrerad vård. Patientsäkerhetsarbetets övergripande processer har tagits fram genom tidigare identifierade brister och risker för 2021, 2022, 2023 tillsammans med ett förbättringsarbete gällande struktur i kvalitetsledningssystemet.

Identifierade övergripande processer för patientsäkerhetsarbetet är:

Processbeskrivning Internrevision: Internrevision innebär att vårdgivaren årligen följer upp mål, identifierar förbättringsarbete, reviderar årshjul och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen. Internrevision är en mätning av kvalitet i det producerade arbetet under året. Inom ramen för internrevisionen ingår årlig sammanställning och analys av trender och mönster i inkomna avvikelser. Under 2023 har arbetet med utredningar och orsak till att brister uppstår, varit i fokus.

Processbeskrivning Lex Maria: Lex Maria innebär att vårdgivaren enligt lag är skyldig att utreda händelsen. Vid bedömning om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada är vårdgivaren skyldig att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

MAS	Upprättar tjänsteanteckning om att utredning har påbörjats
MAS	Kallar alltid verksamhetschef/områdeschef och berörd personal för genomgång av avvikelsen snarast efter händelsen. Information ges om hur en anmälan går till och varför anmälan görs. En dialog förs om händelsen och vilka åtgärder som ev. ska vidtas för att avvikelsen inte ska upprepas
MAS/VC/EC	Utredningen ska ske med hjälp av händelseanalys i samarbete med ansvariga chefer för verksamheten.
Medarbetare	Berörd personal lämnar skriftlig redogörelse om det inträffade.
MAS	Informerar förvaltningschef, verksamhetschef/enhetschef om att utredning påbörjats.
MAS	Informerar patient, anhöriga/närstående, god man eller förvaltare om att en utredning ska påbörjas. Patienten eller dess företrädare ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen.
MAS	Socialnämndens ledamöter informeras om utredningen på nämndmöte.
Nämnds sekreterare	Diarieför Lex Maria-anmälan och svaret från IVO enligt gällande rutiner.
MAS	Återkopplar till chefer, berörd personal, patient, anhörig/närstående, socialnämndens ledamöter och socialchef.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens



I Klippans kommun arbetar flera olika professioner med hälso- och sjukvårdsuppdrag. Den kommunala primärvården omfattar hälso- och sjukvårdsenheten där legitimerad personal arbetar samt delegerad omvårdnadspersonal.

Omvårdnadspersonal som verkställer hälso- och sjukvårdsinsatser har befattningar, vårdbiträde, undersköterska, specialistundersköterska, stödassistent eller stödpedagog. För att säkerställa vård som bedrivs, finns grundkrav att ordinarie omvårdnadspersonal ska ha som lägst kompetens undersköterska och de ska inneha den kompetens som

krävs för att erhålla delegering avseende läkemedel, insulin och sond. Delegeringsförfarandet följer särskild struktur som regleras i rutin.

Det finns en strävan om att lägsta kompetens inom förvaltningen ska vara undersköterska vid anställning av månadsvikarier och timvikarier, men ännu är inte resultatet tillfredställande. Individuella handlingsplaner för omvårdnadspersonal som inte når kraven har framarbetats. Arbetet är slutfört i hemvården 2023 och fortskrider under 2024 på vård- och omsorgsboenden.

Samtliga medarbetare kompetensförstärks via digitala utbildningar enligt ett årshjul. Utöver dessa görs särskilda satsningar inom olika områden baserat på behov som enheterna identifierat. Övergripande kompetensförstärkning 2023 har genomförts gällande suicidprevention, dokumentation och nutrition. Kompetensförstärkningen fortsätter 2024 med utbildning inom palliativ vård.

3.4 Patienten som medskapare

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.



I Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt Patientlagen (2014:821) tydliggörs patientens ställning samt ansvaret för hälso- och sjukvården att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Av Patientlagens 6 kap. § 4 framgår att för en enskild som har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska en Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas. SIP är en paraplyplan med syfte att tydliggöra ansvarsfördelning mellan olika utförare inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. SIP ska innehålla mål formulerade av patienten samt delmål för att nå målen, olika aktiviteter ska vara kopplade till dessa mål samt vem som ansvarar för dessa. Risker ska identifieras, åtgärdsplan ska göras. SIP ersätter inte medicinsk plan eller genomförandeplan. Patienten kan tacka nej till SIP. Kommunal primärvård bygger på frivillighet och kan inte vara tvingande för patienten.

Klippans kommun använder sig av olika undersökningar för att inhämta information om patientens upplevelse av den kommunala primärvården. Patientens rätt att ta emot och tacka nej ska alltid vägas in i planerade insatser. Om patienten samtycker deltar närstående i den planering som görs gällande hälso- och sjukvårdsinsatser. Patienterna ska erhålla information om hur de går till väga om de vill framföra synpunkter och klagomål och hälso- och sjukvårdspersonal ska vara dem behjälpliga i detta.

4 Agera för säker vård

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §). Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



4.1 Egenkontroll

Under 2023 har det genomförts egenkontroller inom sex olika områden. Tabellen nedan visar egenkontrollens namn, omfattning samt källa till analys:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Protokoll
Dokumentation	1 gång per år	Protokoll, frågeformulär
Lex Maria	2 gång per år	Granskning och redovisning
Avvikelser	2 gånger per år, stickkontroller	Protokoll, utformade formulär
Synpunkter och klagomål	2 gång per år	Granskning och redovisning
Rutiner, riktlinjer och processer	3 gånger per år	Lagar, författningar, förordningar och avtal.

Egenkontroll avseende dokumentation görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Granskning har genomförts i verksamhetens ledningsgrupper. Det framkommer brister i dokumentation; dokumentation förs i fel lagrum, dokumentation är inte tillräckligt fyllig eller saknar relevans till ärende. Hälsoplaner finns upprättade hos de flesta patienterna tillsammans med häsohistoria. Förvaltningsledningen har beslutat om en satsning för att höja kompetens gällande dokumentation 2024.

Lex Maria redovisas via inhämtad statistik vid delårs- och årsredovisning. De Lex Maria utredningar som genomförts sammanställs och analyseras. I samtliga utredda Lex Maria utredningar påvisas bristande dokumentation.

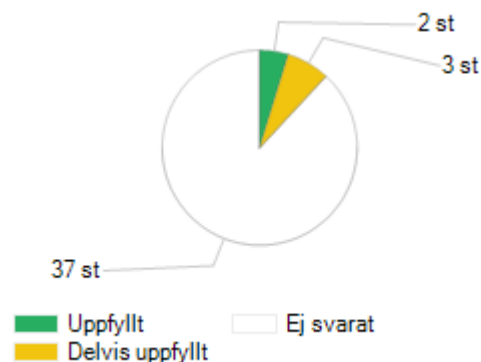
Under 2023 har inga synpunkter eller klagomål inkommit till Klippans kommun gällande hälso- och sjukvårdsinsatser. Det finns fyra inkomna ärende till patientnämnden som är avslutade med ett lärande.

Rutiner, riktlinjer och processer genomlysas tre gånger per år enligt årshjul. Under 2023 har riktlinjer och rutiner upprättats eller reviderats:

- Riktlinje, Avvikelser
- Riktlinje, Nutrition, förebygga och behandla undernäring
- Riktlinje, Läkemedelshantering
- Rutin, förebygga och behandla undernäring
- Rutin, Basläkemedelförråd
- Rutin, svinn av läkemedel
- Rutin, avvikelse
- Rutin, Lex Maria
- Rutin, Läkemedelshantering

4.1.1 Egenkontroll basala hygienrutiner och avvikelser

Egenkontroll	Svar, Antal								
Basala hygienrutiner	<p>◆ Delvis uppfyllt(Eget)</p> <table border="1"> <caption>Data for 'Basala hygienrutiner' pie chart</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Uppfyllt</td> <td>16 st</td> </tr> <tr> <td>Ej svarat</td> <td>20 st</td> </tr> <tr> <td>Delvis uppfyllt</td> <td>2 st</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Antal	Uppfyllt	16 st	Ej svarat	20 st	Delvis uppfyllt	2 st
Kategori	Antal								
Uppfyllt	16 st								
Ej svarat	20 st								
Delvis uppfyllt	2 st								
Kommentar									
<p>Socialförvaltningen har i uppdrag att säkerställa de basala hygienrutinerna och förebygga smittspridning personal emellan samt mellan personal och brukare/klienter/patienter. Detta görs genom egenkontroll för samtliga medarbetare som arbetar personnära och enhetschefer. Medicinskt ansvarig sjuksköterska analyserar, tillsammans med verksamhetschef, och tar fram förvaltningsövergripande åtgärder. Varje chef tar fram åtgärder för verksamhet/ enhet. Uppföljning sker löpande samt i vid nästa egenkontroll.</p> <p>Överlag fungerar de basala hygienrutinerna och följsamhet till dessa bra vilket även överensstämmer med självskattning utförd av medarbetare. Enhetschefer har uppmärksammat brister gällande exempelvis användande av förkläde och nagellack.</p> <p>Det finns fortsatt problem gällande följsamhet till användande av arbetskläder. De enheter som uppmärksammat detta arbetar med förbättringsarbete och enskilda samtal. Enhetschefer beskriver god kunskap om användande av skyddskläder, handdesinfektion och handtvätt. De beskriver att de inte kan säkerställa rätt förfarande då de ej är närvarande i den utsträckning som behövs för att säkerställa detta dygnet runt.</p> <p>Samtliga enheter arbetar med uppföljning av de basala hygienrutinerna vid APT samt i enskilda samtal vid behov.</p> <p>Vårdhygien Skåne genomförde 2023 riktade kontroller gällande basala hygienrutiner på kortvårdsboende. Överlag fick kortvården god feedback, det fanns mindre brister i tvättstugan där rent och smutsigt behövde hållas mer isär.</p>									
Avvikelser	<p>◆ Delvis uppfyllt(Eget)</p>								



Kommentar

Egenkontroll avvikelser sker via checklista för att säkerställa att rätt kunskap finns för att omhänderta avvikelser och med stöd av dessa förbygga vårdskador. Checklista besvaras och följs upp varje år av chef och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Under 2023 har satsningar gjorts på att öka kunskapen kring avvikelser, Lex Maria och Lex Sarah. I november har MAS träffat ledningsgrupperna för att visa statistik för avvikelser och visa hur statistiken kan användas för att synliggöra olika identifierade områden där preventiva insatser behöver tas fram. Statistik visar på att avvikelser inte upprättas tillräckligt ofta. Det strategiska arbetet fortskrider för att förebygga glömda och/eller givna försent.

Avvikelser är en stående punkt på APT, där medarbetarna får återrapportering och är delaktiga i arbetet gällande mönster och trender. Fortsatt beskriver en del av enheterna behovet av en förbättrad struktur i detta samt att det kan förekomma tidsbrist. Vissa enheter beskriver att det förekommer bristande kunskap hos medarbetarna gällande hantering av avvikelser.

Återkoppling till den enskilde som drabbats av händelse sker i varierad omfattning. Flera enheter beskriver att de återkopplar till den enskilde beroende på avvikelserns karaktär samt den enskildes förmåga att motta sådan information.

Förbättringsarbete finns gällande det tvärprofessionella arbetet med avvikelser och det ska bli ett prioriterade området i patientsäkerhetsarbetet 2024.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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 (*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*). Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Varje vårdskaderapport utreds av enhetschef på den enhet där händelse inträffat. Om det i dessa utredningar bedöms finnas risk för eller faktisk allvarlig vårdskada ska en utökad utredning påbörjas av MAS.

Under 2023 har 1781 avvikelser gällande risk för vårdskador eller inträffade vårdskador. 17 avvikelser har resulterat i utökade utredning enligt Lex Maria. 12 av dessa avvikelser har efter utökad utredning bedömts som risk för allvarlig vårdskada samt inträffad allvarlig vårdskada. Fyra av dessa utökade utredningar är inskickade till IVO.

I tabellen beskrivs fördelningen enligt risk och allvarlighetsgrad när avvikelse är utredd. Avvikelsens allvarlighetsgrad kan förändras under utredning.

Missförhållande	Organisation	Antal
Allvarlig vårdskada	Hälso- och sjukvård	1
	Ljungbygården	2
Risk för allvarlig vårdskada	Hemvård Klippan 1	2
	Hemvård Ljungbyhed	2
	Hälso- och sjukvård	2
	Kortvård	4
Risk för vårdskada	Apollo	4
	Athena	28
	Atlas	3
	Boendestöd	1
	Bågen	16
	Hemvård Klippan 1	212
	Hemvård Ljungbyhed	247
	Hemvård Öst	166
	Hälso- och sjukvård	66
	Kortvård	100
	Ljungbygården	80
	Ljungåsen	7
	Resursteamet	9
	Rubinen Åbyhem	1
	Socialförvaltningen	2
	Syréngården	106
	Tingsgatan 20	14
	Torggränd 8 LSS	11
	Trädgårdsgatan	15
	Åbyhem Safiren	102
Vårdskada	Boendestöd	1
	Hemvård Klippan 1	16
	Hemvård Ljungbyhed	3
	Hälso- och sjukvård	3
	Kortvård	2
	Ljungbygården	28
	Ljungåsen	56
	Resursteamet	1
	Syréngården	22
	Tingsgatan 20	5
Trädgårdsgatan	10	
Antal	Åbyhem Safiren	21
		1 371

De utökade utredningarna har gällt risk för samt inträffad vårdskada av olika allvarlighetsgrader. Två av utredningarna har gällt brister i utförande av hälso- och sjukvårdsinsats. En av dessa utökade utredningar bedöms som risk för allvarlig vårdskada. Denna anmäls inte till inspektion för vård, och omsorg, IVO då patient omber utredare att inte anmäla. Den andra utökade utredningen identifierar risk för vårdskada, dock inte av allvarlig karaktär. De återstående utökade utredningarna har

gällt läkemedelsförfarande, uttorkning, uteblivna vårdinsatser insatta av sjuksköterskor där omvårdnadspersonal är utförare.

I samtliga utökade utredningar framkommer det att följsamhet till rutiner och riktlinjer brustit, kommunikation har brustit, svårigheter gällande hantering av verksamhetssystem samt bristande dokumentation.

4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer



För att säkra att system och processer är tillförlitliga har Klippans kommun arbetat med att stärka strukturen inom följande områden:

- Klippans kommun har utifrån riksdagens beslut om nollvision för suicid arbetat fram en kommunövergripande nulägesbeskrivning och handlingsplan. Socialförvaltningen har under 2023 arbetat med att ta fram förvaltningsövergripande aktiviteter gällande suicid för att stärka kunskap om psykisk ohälsa och suicidprevention för samtliga medarbetare. Målet är att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens att möta personer med psykisk ohälsa och identifiera vilka kontakter som måste tas och när. Samtliga medarbetare har med anledning av detta genomfört utbildning i suicidprevention (SPISS) under 2023.
- Läkemedelsöversyner används för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. 2023 har det genomförts 46 tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar vilket har ökat i antal sedan 2022 då det genomfördes 40 läkemedelsgenomgångar. Ungefär hälften av dessa är gjorda på vård- och omsorgsboende och övriga i ordinärt boende. Det är regionens primärvård som avgör hur många läkemedelsgenomgångar som ska utföras tvärprofessionellt tillsammans med farmaceut.
- Arbete har fortlöpt enligt angiven process för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Smittspridningar av covid-19 har skett enstaka gånger under 2023, däremot har dessa begränsats till mindre utbrott. Andra virusinfektioner har inte resulterat i större smittspridningar och konstaterad vinterkräksjuka har inte förekommit.
- Nya föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring HSLFS (2022:49) har under 2023 publicerats av Socialstyrelsen. Det allmänna rådet förtydligar kommunens uppdrag avseende hur undernäring ska förebyggas och upptäckas samt hur och när hälso- och sjukvården ska kontaktas för bedömning. Styrdokument för hur förvaltningen ska arbeta med nutrition har tagits fram. Kostspecialist har anställts för att stödja enheterna gällande nutrition.
- Socialförvaltningen arbetar med de nationella kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert och Palliativa registret. Styrdokument har tagits fram eller reviderats under 2023.

- Under 2023 anställdes projektledare för att stödja enheternas arbete i Senior Alert. Projektledaren har uppdrag att granska befintliga processer, ta fram förbättringsåtgärder och en handlingsplan. Projektledaren kommer fortsätta sitt arbete under 2024.

4.4 Säker vård här och nu



För 86% av de patienter som 2023 registrerats i Senior Alert har riskbedömningar gjorts. Dessa har identifierat risk gällande något av följande: fall, munhälsa, trycksår, undernäring. I 90% av dessa finns det identifierad bakomliggande orsaker vid risk. 96% har åtgärdsplan vid risk. 61% har utförda åtgärder vid risk. Statistiken påvisar att fler får riskbedömningar där bakomliggande orsaker identifierats och plan upprättas av de som registreras. Detta kan tolkas som att i de fall patienter registreras i Senior Alert så arbetar teamet med identifiering av risk, behov och plan. Samtliga vård- och omsorgsboende har arbetat med registrering i Senior alert, med stöd av projektledare.

Under 2023 har riktad insats gällande förbättrade digitala läkemedelsigeringar gjorts. Verktöget som används heter Appva och på avstämning med dem i oktober 2023 framgick att 98% av vård- och omsorgsboendenas läkemedelsgivningar är signerade i tid. Appva berättade att detta innebär att Klippans kommun har det bästa resultatet i hela Sverige avseende vård- och omsorgsboenden.

Utifrån statistik från Svenska palliativregistret bedöms patienter vid livets slut erhålla en fortsatt god vård. Patienter som vårdas av kommunal primärvård i livets slut ordinerar injektioner mot oro/ångest och smärtgenombrott i hög utsträckning. Resultatet om 97,6% bedöms medföra att målvärdet (framtaget av Svenska palliativregistret) om 98% är uppnått. Antal patienter som smärtskattats, med smärtskattningsinstrument som stöd inför smärtlindring, den sista levnadsveckan minskat från 75% 2022 till 70% 2023. Målvärdet är 100%. Dokumentation av brytpunktsamtal har ökat från 87,5% 2022 till 92,7% 2023, men når ännu inte målvärdet om 98%. Syftet med brytpunktsamtalet är att skapa trygghet i det förväntade palliativa skeendet för både patient samt närstående. Det ökade antalet brytpunktssamtal bedöms bero på förändrat arbetssätt hos Regionen. Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP) kommer att implementeras under 2024 och bedöms ge positiva effekter på statistik avseende smärtskattning, munhälsobedömning och mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat at 2020	Resultat at 2021	Resultat at 2022	Resultat at 2023
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,0	85,4	87,5	92,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,7	92,7	93,8	97,6
Ord. inj oro/ångestdämpande vid behov	98,0	96,7	87,8	93,8	97,6
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	70,0	63,4	75,0	70,7

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Resultat 2023
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	73,3	65,9	81,3	78,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	86,7	90,2	93,8	92,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	80,0	82,9	84,4	87,8

4.4.1 Riskhantering

Enligt SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4 ska vårdgivare fortlöpande bedöma om det finns risk att händelser kan 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.

Riskanalyser görs inför förändringar, problem eller förväntade problem identifieras för att bedöma om risker föreligger. I riskanalysen vägs sannolikheten för att risken ska inträffa mot vad den kan förväntas få för konsekvenser om den inträffar. Riskanalyser genomförs vid alla hjälpmedelsinsatser samt vid nya insatser som ska delegeras. När risker identifieras görs en riskanalys enligt särskilda dokument.

4.5 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 verksamhetens kvalitet förbättras.



De journalgranskningar som genomförts har påvisat brister gällande dokumentation vilket har föranlett framtagande av arbetsgrupper för att analysera varför brister uppstår avseende dokumentation. Det framkommer återkommande att det finns svårigheter att få en översyn av dokumentationen i verksamhetssystemet och att det saknas kunskap om ansvar och hur dokumentationen ska föras. Arbetsgrupperna behandlar områdena:

- Behörighet och roller i verksamhetssystemet
- Ansvar samt verkställande dokumentation enligt SoL och HSL
- Processer

Efter arbetsgruppernas genomlysning har utbildning dokumentation tagits fram för enhetschefer i verkställande enheter och dokumentationsutbildning för medarbetare i verkställande enheter är under uppbyggnad.

Samtliga Lex Maria-utredningar har utretts med fokus på kollektivt lärande. Dialog har förts tvärprofessionellt för att få en helhetsbild och besluta om relevanta åtgärder.

4.5.1 Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonal rapportera avvikande/negativa händelser och risker för vårdskador. Avvikelser som skrivs i Klippans kommun rör främst HSL-insatser så som läkemedelsadministration/utebliven dos och fall.

Tidigare sammanställning av statistik har delvis varit missvisande då byte av verksamhetssystem har skett 2021. Mätning av avvikelser har gjorts under andra samlingsnamn än de som finns tillgängliga i nuvarande verksamhetssystem. Fortsatt är läkemedelsavvikelser underrapporterade i jämförelse med det digitala signeringsverktyget Appva.

Antal vårdskador per enhet och år:

2022	Rapporttyp	Vårdskador	Antal	2023	Rapporttyp	Vårdskador	Antal
Organisation		Vårdskador	Antal	Organisation		Vårdskador	Antal
Apollo		4	4	Apollo		2	2
Athena		9	9	Athena		38	38
Boendestöd		2	2	Atlas		6	6
Bågen		8	8	Boendestöd		4	4
Daglig verksamhet		1	1	Bågen		17	17
Hemvård		1	1	Daglig verksamhet		2	2
Hemvård Klippan 1		183	183	Hemvård Klippan 1		269	269
Hemvård Ljungbyhed		203	203	Hemvård Klippan 2		10	10
Hemvård Öst		183	183	Hemvård Ljungbyhed		242	242
Hälso- och sjukvård		76	76	Hemvård Öst		164	164
Kortvård		78	78	Hälso- och sjukvård		93	93
Ljungbygården		116	116	Korttidsvistelse/korttidstillsyn		1	1
Ljungåsen		57	57	Kortvård		117	117
Personlig assistans		1	1	Ljungbygården		223	223
Resursteamet		41	41	Ljungåsen		97	97
Socialförvaltningen		1	1	Resursteamet		13	13
Syréngården		63	63	Rubinen Åbyhem		34	34
Tingsgatan 20		7	7	Socialförvaltningen		3	3
Torggränd 8 LSS		2	2	Syréngården		199	199
Trädgårdsgatan		28	28	Tingsgatan 20		24	24
Åbyhem Safiren		131	131	Torggränd 8 LSS		11	11
Antal		1 195	1 195	Trädgårdsgatan		25	25
				Verkställighet äldreomsorg		1	1
				Åbyhem Safiren		186	186
				Antal		1 781	1 781

Antal rapporterade vårdskador har ökat från 2022 till 2023. Detta bedöms bero på en tidigare underrapportering samt en ökad kunskap hos medarbetare och chefer. Den ökade kunskapen har lett till att fler händelser rapporteras och utreds.

Typ av vårdskador per enhet 2023:

	Avvikelseyp			
Organisation		Fall	Läkemedel	Antal
Apollo			1	1
Athena		2	25	27
Atlas			2	2
Boendestöd			2	2
Bågen		9	8	17
Daglig verksamhet		6		6
Hemvård Klippan 1		174	112	286
Hemvård Klippan 2		5	7	12
Hemvård Ljungbyhed		153	97	250
Hemvård Öst		113	70	183
Hälsa- och sjukvård		2	44	46
Korttidsvistelse/korttidstillsyn		1		1
Kortvård		67	44	111
Ljungbygården		63	142	205
Ljungåsen		70	28	98
Resursteamet			2	2
Rubinen Åbyhem		31	8	39
Socialförvaltningen			3	3
Syréngården		116	81	197
Tingsgatan 20		17	5	22
Torggränd 8 LSS		1	10	11
Trädgårdsgatan		28	5	33
Verkställighet äldreomsorg			1	1
Åbyhem Safiren		103	56	159
Antal		961	753	1 714

Externa avvikelser:

Externa avvikelser upprättas främst i samverkan vid utskrivning från slutenvården. I störst utsträckning är kartläggning inte uppdaterad och ställningstagande inte färdigt när patienten återgår till sin bostad.

4.5.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter lämnas in till kommunen på flera sätt: Via kommunens webbplats, e-post, brev, fax, telefonsamtal, blankett eller i det personliga mötet. Den som tar emot klagomål och synpunkter tillser att ansvarig chef erhåller innehållet i klagomålet/synpunkten skriftligen. Ansvarig chef tillser att anmälaren får återkoppling att klagomål och/eller synpunkt är mottagen och hanteras samt att svar kommer erhållas skriftligen. Klagomål och synpunkter som kommer direkt från den enskilda, anhöriga eller annan intressent ansvara enhetschef för att detta diarieförs och att ett ärende skapas i ärendehanteringssystemet. Chef har ansvar för att skyndsamt hantera klagomålet/synpunkten samt utreda, åtgärda och följa upp vid behov. Chef återkopplar till anmälaren vad som framkommit tillsammans med eventuella åtgärder och uppföljning. Chef diarieför skriftligt svar och utredning i ärendehanteringssystemet.

Det har under 2023 inte inkommit några synpunkter eller klagomål direkt från patient eller anhörig kopplat till kommunal primärvård. Det har inkommit fyra klagomål till Patientnämnden avseende kommunal primärvård. Samtliga av dessa ärenden är avslutade och hanterade av Patientnämnden.

4.6 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.



Utvecklingsområden för att öka patientsäkerheten:

- Egenkontroll samt stickkontroll påvisar avsaknad av strukturerad dokumentation från samtliga professioner. Den röda tråden saknas och utebliven information kan resultera i felaktig eller utebliven vård. Dokumentation kommer därför att vara ett prioriterat område för hela förvaltningen.
- För att förebygga fallolyckor pågår det en löpande uppföljning via teamträffar där olika professioner deltar för att samverka kring förebyggande åtgärder. I kvalitetsregistret Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder samt uppföljning gällande fallolyckor.
- För att öka patientsäkerheten bedömer förvaltningen att det finns utvecklingsbehov avseende introduktionsprocessen för samtliga professioner.
- Det bedöms finnas behov av att utvärdera och utveckla delegeringsprocessen, för att säkerställa att patienterna får en god och säker vård.
- Fortsatt arbete ska tillsammans med regional primärvård, utifrån Skånes tids- och handlingsplan för Nära Vård.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Socialförvaltningen har beslutat att prioritera arbetet med att öka kvaliteten 2024. Kvalitet avser att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Att arbeta med kvaliteten i den kommunala primärvården innebär att arbeta patientsäkert och ha följsamhet till beslutade styrdokument.

5.1 Processer - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 2024

Mobilt Team Närsjukvård, samverkan kommun/regional/privat

öppenvårdscentral: Under 2024 kommer Klippans kommun ansluta till Region Skånes mobila team för närsjukvård. Mobila team närsjukvård är en sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Patienter och anhöriga erbjuds en väg in och en tydlig planering.

Nationell Patientöversikt (NPÖ): Klippans kommun kommer under 2024 bli producenter i NPÖ. NPÖ är ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring. Med NPÖ kan vårdpersonal ta del av journalinformation som finns i andra vårdgivares journalsystem.

Säkra förflyttningar, fall och falloolyckor: Under 2024 kommer fortsatt arbete göras för att förbättra kunskap kring säkra förflyttningar och rätt hjälpmedelshantering.

Kompetensutveckling för personal: Fortsatt kompetensutveckling kommer fortlöpa för samtlig hälso-och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.

Kompetensutveckling sker enligt årshjul, utifrån enhetens och individuella behov. Medarbetare har rätt till en timme schemalagd kompetensutveckling per månad.

Strukturerat arbete för att ge en god och säker vård enligt Hälso- och

sjukvårdslagen: Fortsatt arbete ska genomföras för att implementera och arbeta med de nationella kvalitetsregistren: BPSD, Senior Alert och Svenska Palliativregistret.

Dokumentation: Grundutbildning för baspersonal avseende dokumentation ska genomföras under 2024, vilket bedöms ge effekter i form av förbättrad kvalitet i journalföring och ökad kunskap om dokumentationens syfte.

Nära Vård: Klippans kommun ska under 2024 fortsatt arbeta med omställningen till Nära Vård. Detta innebär att den vård som tidigare gavs inom slutenvård kan vara aktuell att erhålla genom kommunal primärvård om det bedöms bäst för patienten.

Tvårprofessionellt förhållningssätt: Under 2023 har ett förvaltningsövergripande dokument tagits fram som beskriver struktur för tvårprofessionellt förhållningssätt.

Arbete under 2024 kommer ske gällande implementering av strukturen i syfte att tillse att samtliga professioner som arbetar nära brukaren samverkar.

Minska antal timanställda: Beslut har 2023 tagits om att arbeta med att minska antal timanställda som ett led i förbättrad kontinuitet. Handlingsplan har tagits fram och samtliga verksamheter är ålagda att arbeta med dess åtgärder.