



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	9
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	11
3.4 Patienten som medskapare.....	13
4 Agera för säker vård	15
4.1 Egenkontroll	15
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer	20
4.4 Säker vård här och nu	22
4.4.1 Riskhantering.....	23
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling	23
4.5.1 Avvikelser	24
4.5.2 Klagomål och synpunkter	27
4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	30
5.1 Processer - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 2023	30

1 Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa: Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

2 Sammanfattning

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. Mål med Socialnämndens patientsäkerhetsarbete är:

- att ge en god och säker vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upp till nivån legitimerad personal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt fysioterapeut via kommunal primärvård i det egna hemmet eller via korttidsboende samt vård- och omsorgsboende.
- att förebygga vårdskador.
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, primärvård samt öppenfinansierade mottagningar vid utskrivningar från slutenvården och därmed minska återinläggningar.

Under 2022 har arbetet med patientsäkerheten fortgått. Klippans kommun har fortsatt med kompetenshöjande åtgärder via kommunutbildningar, i arbetet med basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder.

Det har identifierats förbättringsområden gällande palliativ vård, dokumentation, rapportering och nutrition.

För att säkerställa den enskildes vård har arbetet fortskridit i omställningen mot NäraVård. Handlingsplan är framtagen där flera delar är påbörjade och avslutade. Särskilt fokus gällande personcentrerad vård, medskapande, proaktivitet och hälsofrämjande vård har beaktats.

Fortsatt har kommunens medarbetare arbetat med kvalitetsregister för att identifiera risker, planering, åtgärd och uppföljning. Egenkontroller har utförts gällande avvikelser, basala hygienrutiner, rutiner, riktlinjer, logg och dokumentation. Brister har uppdagats och arbetats igenom, detta arbete fortskrider under 2023.

Risker som identifierats har sitt ursprung från avvikelser och har även rapporterats via direkt kontakt med personal. Särskild struktur följs i utredning, åtgärd och uppföljning. Tre händelser har lett till anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Utökade utredning har genomförts gällande flera avvikelser där anmälan ej upprättats utan stannat vid intern utökad utredning och åtgärder i kommunen.

Målarbetet som påbörjats 2020 fortsätter under 2023 med särskilt fokus på dokumentation, rapportering av händelser som leder till vårdskador och missförhållande och kvalitetsregister.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Under 2022 har patientsäkerhetsarbetets struktur och systematik tydliggjorts. Årshjul för patientsäkerhetsarbete, processer och kvalitetspolicy har framarbetats. Förtydligande gällande ansvar och roller har gjorts. Strukturen för kvalitetsledningsarbetet har reviderats där särskilt fokus har ägnats uppföljning.

Framtagande av fyra vårdprocesser har genomförts 2021. Dessa beskriver utifrån sjukdomstillstånd särskild struktur och ansvarsfördelning. Vårdprocesserna är gällande demensdiagnos, palliativ vård, höftfraktur och stroke. Vårdprocesserna följer de nationella riktlinjerna. Implementering har pågått under 2022 och arbetet fortskrider under 2023

Gemensam uppföljning enligt särskild struktur av avtal görs med externa utförarenheter. Detta sker en gång per år och genomförs i dialog med ett fokusområde patientsäkerhet och kompetens hos medarbetare. Informationsutbyte och samverkan sker ledningsövergripande under året för att säkerställa samma riktningar för patientsäkerhet.

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 enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upp till nivån legitimerad personal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt fysioterapeut via kommunal primärvård i det egna hemmet eller via korttidsboende samt vård- och omsorgsboende.
- att förebygga vårdskador.
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, primärvård samt öppenfinansierade mottagningar vid utskrivningar från slutenvården och därmed minska återinläggningar.

I Klippans kommun har 1159 medborgare en hälso- och sjukvårdsinsats av dessa är 322 patienter inskrivna i kommunal primärvård med insatser av kommunsjuksköterska. Övriga har insatser är ordinerade via arbetsterapeut eller fysioterapeut. Det finns flertalet av de med hälso- och sjukvårdsinsatser som har insatser av samtliga legitimerade professioner. Flera av de med kommunal primärvård har insatser via socialtjänstlagen, det finns de som endast har insatser via hälso- och sjukvårdslagen. Det varierar med antal inskrivna under året. Inskrivning i kommunal primärvård kan vara hel eller partiell, omfattning och frekvens baseras på individuell bedömning, läkarnärvaro tillgodose 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
- i bostad med särskild service
- i ordinärt boende som inte själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till någon av regionen finansierade öppenmottagningar (tröskelprincipen).
- som vistas på dagverksamhet som omfattas av 3 kap 6 §, SoL

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

Klippans kommun arbetar med patientsäkerhetsarbetet utifrån individ och hur organisationen ska skapa förutsättningar för att vården bedrivs tryggt och säkert enligt gällande lagar, förordningar, riktlinjer och rutiner.

Klippans kommuns hälso- och sjukvårdsorganisation ska verka för personcentrerad vård med livskvalité oavsett var den enskilde befinner sig. Klippans kommuns hälso- och sjukvårdsorganisation levererar vård, rehabilitering, habilitering till patienter i den kommunala primärvården utifrån den enskildes mål och behov med utgång från vetenskap och beprövad erfarenhet. Varje patient ska göras delaktig dennes kommunala primärvård utifrån dennes önskemål, förmåga med fokus på individ och inte organisation. Den kommunala primärvården ska vara förebyggande och hälsofrämjande där patients mål är grunden för all primärvård.

3.1.2 Organisation och ansvar

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård utförs tryggt, säkert och kostnadseffektivt utifrån hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls. Nämnden ska fastställa Socialförvaltningens riktlinjer samt fastställa 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 och hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla HS-verksamheten inom socialförvaltningen.

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 organiserade övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamhet och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I detta uppdrag samverkar verksamhetschef med medicinskt ansvarig sjuksköterska för att organisera verksamheterna så patientsäkerhet på individnivå kan tillmötesgå.

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 och 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. Kommunal primärvård ska ges tryggt och säkert upp till leg. sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut nivå samt i samverkan, och i utförande av viss specialistvård.

Enhetschef HS-enhetens ansvar

Enhetschef HS-enheten ansvarar utifrån sitt uppdrag, för att de riktlinjer och rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

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 det organisatoriskt kan genomföras hälso- och sjukvårdsinsatser på ett sådant sätt att vårdskador förebyggs.

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

3.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

Kommunen ansvarar för att ge hälso- och sjukvård upp till nivå av legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/ fysioterapeuter. För att kunna säkra en trygg och god vård mellan de olika huvudmännen behövs samverkan mellan Region och Kommun. För patienten är samverkan oerhört viktig, för att säkra kontinuitet och kvalitet samt förebygga vårdskador. I samverkan är det viktigt att veta vem som ansvarar för vad. Socialförvaltningen har tecknat lokala avtal med samtliga

vårdcentraler inom kommunen. Utöver det finns avtal och överenskommelser som bl.a. reglerar:

- Hälso- och sjukvårdsavtal
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne
- Överenskommelse om habilitering i Skåne
- Ramavtal kring personer över 18 år - med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom
- Lokalt avtal angående råd och stöd med Vårdcentralen i Klippan/Ljungbyhed och Catio Citykliniken. Reviderad 15 oktober 2021, revidering pågår för 2023
- Regelverk för Samordnad Individuell Vårdplanering (SIP). Reviderad 2022100.
- Riktlinje för uppsökande tandvård i Skåne

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

Samverkan vid utskrivning, SVU-processen arbetats med övergripande oavsett profession i samverkan internt och externt. En checklista för fördelning av roller och ansvar kompletterar den regionsövergripande rutinen. Korta kommunikationsvägar har skapats för att säkerställa den enskildes vård och omvårdnad.

Hälso- och sjukvårdsavtalet för Skåne skapar förutsättningar för att kunna implementera mobilt vårdteam i Klippan kommun. För de multisjuka sköra patienterna har samverkan med Hälsostadens mobila vårdteam skapat möjlighet för inskrivning i teamet. Målet är att kunna tillgodose den avancerade Hälso- och sjukvården utan att kräva slutenvård. Den enskilde får vården tillgodosedd där den bäst är lämpad att utföras. Kommunens sjuksköterska kan med stöd av Hälsostadens mobila vårdteam utföra behandlingar i bostaden, ex. ge antibiotika intravenöst samt blodtransfusioner som tidigare endast utförts i slutenvården eller som punktinsats via avancerad sjukvård i hemmet ASiH. Regelbundna träffar genomförs kring varje enskild patient med Mobila teamet för att identifierat tidiga försämringar samt arbeta proaktivt för att förebygga komplikationer.

Mobila vårdteam i primärvården regionalt och kommunalt. Dessa team ska upprättats i samverkan med primärvårdsenheterna för att samordna den gemensamma hälso- och sjukvården. Klippans regionala/privata öppenvårdscentraler använder sig av Hälsostadens mobila vårdteam för de patienterna med komplexa, avancerade diagnoser och vårdbehov. Däremot kvarstår behovet av mobila vårdteam mellan den kommunala och regionala primärvården för de patienter där proaktivitet baserat på sjukdomstillstånd kan förebygga symtom, försämring och förebygga slutenvård.

Läkemedelsöversyner används för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. Läkemedelsöversyn görs tillsammans med regional/privat öppenvårdscentralers läkare löpande vid rond för att identifiera läkemedelspåverkan som kan leda till fall och andra biverkningar. Tvärprofessionell läkemedelsöversyn med sjuksköterska, läkare och 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 kring föreslagna åtgärder och förtydligande.

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 förskriver även hjälpmedel. De samverkar nära 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 och för att ge en god och säker hälso- och sjukvård samt omvårdnad. Den medarbetare som inte är inbegripen i en patients vård och behandling har inte rätt att ta del av dokumentationen i denna patients journal. Intern sekretess råder.

Det ska finnas lokala rutiner för att kontrollera att personal som har behörighet att läsa dokumentation i journal/akter endast tar del av uppgifter som behövs för att ge en god och säker hälso- och sjukvård samt omvårdnad.

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 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 grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



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. Organisationen ska arbetar 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

genomsyras från högsta ledningen till varje medarbetare för att arbeta proaktivt, långsiktigt och synligt. Alla ska ta ansvar och agera, medarbetare och patienter ska vara involverade.

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 kan arbeta systematiskt med att förebygga vårdskador, där arbetet bedrivs säkert med hög kvalitet. Patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljö påverkar varandra. Om arbetsmiljön inte omhändertas kommer patientsäkerheten riskeras.

Klippans kommunala primärvård har tagit fram en "rutin för, processer, kvalitetsledningssystem". I denna har processer identifierats för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet för patienten med särskilt fokus på personcentrerad vård med livskvalité.

Patientsäkerhetsarbetets övergripande processer har tagits fram genom tidigare identifierade brister och risker för 2021 och 2022 tillsammans med ett förbättringsarbete gällande struktur i kvalitetsledningssystemet.

Identifierade övergripande processer för patientsäkerhetsarbetet är:

Processbeskrivning Internrevision

Uppdrag: 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.

MAS/VC	Insamlar under året statistik från avvikelser, logg, antal inskrivna i kommunal primärvård, kvalitetsregister, dokumentation, skyddsåtgärder, basala hygienrutiner och läkemedelshantering enligt årshjul
MAS	Analysera insamlad statistik, sammanställer analys
MAS/VC-HS	Bryter ner insamlad information i patientsäkerhet individ och organisation och identifierar förbättringsområde utifrån satta mål
MAS/VC-HS	Upprättar eller reviderar riktlinjer och rutiner efter internrevisions identifierade område
MAS/Förvaltnings- ledning	Har genomgång skriftligt eller i dialog om analys och åtgärder
VC	Tar fram i dialog i sin ledningsgrupp en handlings- och åtgärdsplan, följer upp 2 ggr per år effekten av åtgärderna
EC	Går igenom med medarbetare handlings- och åtgärdsplan, följer upp 2 ggr per termin effekten av åtgärderna

Avvikelsearbete med syfte att identifiera var brister det, förvaltningsövergripande, verksamhetsövergripande och enhetsövergripande. Vad behöver åtgärdas direkt och hur används risker och brister i det strategiska arbetet framåt. Samanställningar, analyser görs enligt särskild struktur med fokus på att identifiera trender och mönster. Under 2022 har arbetet med utredningar och återkoppling till medarbetarna legat i fokus.

Processbeskrivning Lex Maria

Uppdrag: Lex Maria innebär att vårdgivaren enligt lag är skyldig att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för en risk att drabbas av allvarlig vårdskada.

MAS	upprättar tjänsteanteckning om att utredning har påbörjats
MAS	kallar alltid verksamhetschef/områdeschef och berörd personal för genomgång av avvikelser 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 avvikelser 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	Diariet för 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

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



I Klippans kommun arbetar flera olika professioner med hälso- och sjukvårdsuppdrag. Den kommunala primärvården omfattar hälso- och sjukvårdsenheten där legitimerad personal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska arbetar och undersköterska med särskilt uppdrag initierat av legitimerad personal, resursteamet samt omvårdnadspersonal som verkställer hälso- och sjukvårdsinsatser. Omvårdnadspersonal som verkställer hälso- och sjukvårdsinsatser har befattningar, vårdbiträde, undersköterska, specialistundersköterska, stödassistent eller stödpedagog.

Flera av de hälso- och sjukvårdsinsatser som verkställs kräver delegering av legitimerad personal till omvårdnadspersonal. Delegeringsförfarandet följer särskild

struktur. Detta innebär att ett program av digitala utbildningar ska utföras inför varje delegeringstillfälle. Checklista ska utföras, instudiehäfte ska tas del av. Ett delegeringstest utförs och därefter träffar omvårdnadspersonal legitimerad personal som säkerställer att reell kompetens motsvarar uppgiften som ska utföras.

Socialförvaltningen har organiserats enligt, planerade hälso- och sjukvårdsinsatser som ej kräver specialistkunskap av legitimerad personal utförs av omvårdnadspersonal med reell kompetens. För att säkerställa vård som bedrivs, finns grundkrav att ordinarie omvårdnadspersonal ska ha som lägst kompetens, undersköterska och de ska vara delegeringsbara. Det finns ett fåtal undantag, där vårdbiträde, eller icke utbildad är anställd. Strävan efter lägsta kompetens undersköterska finns vid anställning av månadsvikarier och timvikarier men är inte tillfredställande. Ett förbättringsarbete har startats med en tydlig beskrivning av vilka krav som ställs på undersköterskan har tagits fram och handlingsplaner för de som inte når kraven framarbetas för varje person. Detta som ett led i patientsäkerhetsarbetet.

För att under sommarperioden säkerställa patientsäkerheten i verksamheterna så ska alltid minst 66,6 procent av de som är i tjänst vara ordinarie personal. Övriga tidpunkt på året finns det alltid en strävan av att samtliga pass ska det vara ordinarie personal som finns i tjänst med ovanstående kunskapskrav. Schema upprättas enligt denna norm. Minimi kravet för antal ordinarie personal per pass är 50 procent. Genom att schemalägga 66,6 procent ordinarie personal per pass kan det vid frånvaro undvikas att understiga 50 procent.

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 2022 har innefattat klinisk bedömning, rapporteringsstöd, SBAR, nutrition och palliativ vård, kompetensförstärkningen fortsätter 2023. De framtagna vårdprocesserna, demens, palliativvård, höftfraktur och stroke med tillhörande utbildningar och implementering är ett led i att kompetenshöja för att tillgodose patientsäkerheten.

Processbeskrivning Vårdprocesser

Uppdrag: Vårdprocesser ska beskriva hur den kommunala primärvården arbetar kring olika sjukdomstillstånd, vårdnivåer och behandlingsstrategier, vad varje profession som utför hälso- och sjukvårdsinsatser förväntas utföra. Detta ska finnas nedskrivet enligt särskild struktur, handlingsplan och standardisera vårdplan ska finnas.

För att säkerställa och tydliggöra den kommunal hälso- och sjukvården ska processer för olika sjukdomstillstånd, vårdnivåer och behandlingsstrategier, ska vårdprocesser upprättas som utgår från ovannämnda riktlinjer och program.

MAS/VC	Säkerställer att rutin finns nedskrivet för vårdprocesser samt att den revideras
MAS/VC	Tar fram diagnoser, hälsotillstånd där vårdprocesser enligt nationell riktlinje kan standardiseras samt gör en prioriteringsordning för dessa
EC HS-enheten	Utser legitimerad personal som upprättar vårdprocess på primärvårdsnivå enligt nationell riktlinje
MAS/ legitimerad personal	Går igenom vårdprocess utifrån patientsäkerhet individ
MAS/VC	Säkerställer att vårdprocess är aktuell för kommunal primärvård
Förvaltningsledning	Säkerställer att berörda verksamheter och enheter

MAS/VC	Säkerställer att rutin finns nedskrivna för vårdprocesser samt att den revideras
	organiseras för att kunna utföra vårdprocess enligt rutin
VC-HS	I samverkan med regional primärvård för dialog i det gemensamma uppdraget av vårdprocess
Medarbetare	Har följsamhet till vårdprocess samt upprättar avvikelser i de fall där vårdprocess ej kunnat tillgodoses

Under 2022 har det uppmärksammats brister gällande dokumentation vilket kan leda till och har lett till vårdskador och risk för vårdskador. Vårdskador, risk för vårdskador av allvarlig karaktär har identifierats där brister i dokumentation är en del av orsaken. Bristerna har uppmärksammats vid utökade utredningar samt i journalgranskning. Ett förbättringsarbete kommer startas upp 2023 där kartläggning av verksamhetssystem och behov gällande dokumentation påbörjats 2022. För att skapa förutsättningar för medarbetarna kommer chefer erhålla obligatoriska utbildningar, dessa utbildningar kommer sedan samtliga medarbetare också erhålla.

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. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



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.

Under 2021 har Sveriges kommuner och regioner (SKR) arbetat fram material gällande ett patientkontrakt. Detta kontrakt upprättas mellan patient och hälso- och sjukvård. Patientkontrakt ska förtydliga patientens deltagande, delaktighet och ansvar för den egna hälsan tillsammans med ansvarig hälso- och sjukvårdsaktörers deltagande, delaktighet och ansvar. Detta kontrakt är ett komplement till SIP. Patientkontrakt har inte använts i Klippans kommunala primärvård.

Klippans kommun använder sig av olika brukarundersökningar för att inhämta information om patientens upplevelse av den kommunala primärvården. Vid inskrivning i kommunal primärvård inhämtas patientens mål och tas hänsyn till, dessa följs upp löpande samt som planerade uppföljningar. Patientens rätt att ta emot och tacka nej ska alltid väga 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

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

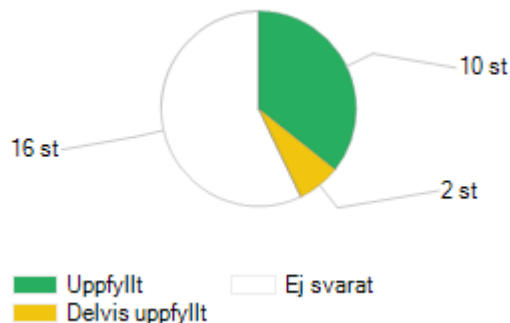
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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



4.1 Egenkontroll

Egenkontroll	Svar, Antal
--------------	-------------

Basala hygienrutiner



Kommentar

Förklara/analysera resultatet av egenkontrollen:

Mellan den 1 september och 30 september har egenkontroll gällande basala hygienrutiner genomförts inom socialförvaltningen. Sådan egenkontroll ska genomföras två gånger per år, april och september. Samtliga verksamheter i socialförvaltningen genomför egenkontroll av basala hygienrutiner.

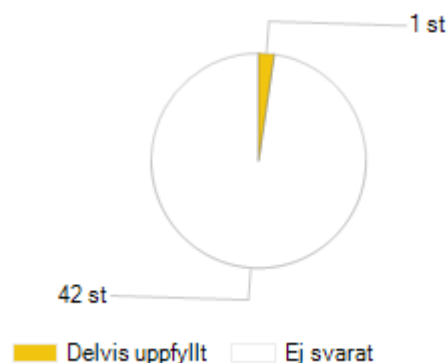
Sammanställd lägesbild

Av 495 mottagare så besvarade 148 självskattningsenkäten. Denna enkät har enhetscheferna kunnat ta del av innan egenkontrollen slutfördes. Detta efterfrågades av enhetscheferna för att få en bättre nulägesbild. Självskattningsunderlaget visar på hög följsamhet, kommentarerna kan det läsas, att medarbetare uppmärksammat och påtalat för kollegor att basala hygienrutiner inte efterföljts, främst gällande aktivitetsklockor samt löst, långt hår. Det finns medarbetare som ej arbetar med kortärmat utan långärmat fleece med hänvisning till att det är kallt.

Egenkontrollen är utförd av samtliga enhetschefer och visar på goda kunskaper gällande basala hygienrutiner. Det finns upprepade kommentarer om att det är svårt att uttala sig om följsamheten på enheten då enhetschefen inte alltid befinner sig på plats. Egenkontrollen visar på ett bättre resultat på flera områden. Fortsatt är återrapporteringen till medarbetarna lägre än det bör, men sker mer omfattande än tidigare egenkontroller. Flertalet enheter har en tydlig struktur och plan för sitt arbetet. En satsning bör göras gällande det smittförebyggande arbetet, arbetsmiljöverket.

Avvikelser

◆ Delvis uppfyllt(Eget)

**Kommentar**

Samtliga enhetschefer arbetar i avvikelssystemet. Det varierar i kunskap. Under året har samtliga chefer arbetat med händelser och utredningar för att förebygga upprepning. Avvikelser som rapporteras, rapporteras när något har hänt. Händelser där risk föreligger rapporteras inte i samma omfattning.

Inkommen underlag från avvikelser ska vara en del i kvalitetsarbetet och därmed behöver avvikelser klustras samman, varje chef ska titta på trender för att arbetat proaktivt och strategiskt. Denna förflyttning är påbörjad.

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 enhetschefer och verksamhetschefer samt eventuellt upprättade avvikelser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska analyserar och sammanställer resultat samt tar fram förvaltningsövergripande åtgärder. Varje chef tar fram åtgärder för verksamhet/ enhet. Uppföljning sker löpande samt i vid nästa egenkontroll. Egenkontroll Basala hygienrutiner genomförs två gånger per år i april och september. Egenkontrollen görs via checklista som varje chef fyller i för respektive verksamhet och enhet. Checklistan utgår från de grundläggande vårdhygienska riktlinjerna som Socialförvaltningens verksamheter och enheter ska efterfölja. De enheter där personnära vård, omvårdnad och omsorg utförs erhåller samtliga medarbetare en självskattningsenkät. Denna självskattningsenkät erhålls på mejl och omfattar första kontakt med brukare/klient/patient. Varje år ska samtliga medarbetare genomföra Kommunutbildningar, basala hygienrutiner.

Följsamhet till rutin och upprättade åtgärder följs upp förvaltningsövergripande samt verksamhet och enhetsnivå. Basala hygienrutiner har varit i fokus under föregående år för att bibehålla tidigare följsamhet som skett under slutet av pandemin. Vid uppföljningar visas på att följsamheten är överlag god, däremot har det under året påvisats att användande av specifika skyddskläder vid smitta, munskydd har brustit vid återkommande tillfällen. Detta har förbättrats genom samtal, utbildning. Återkoppling sker övergripande som ett lärande moment.

Egenkontroll avvikelser sker via checklista, med specifikt riktade frågor till chef, för att

säkerställa att rätt kunskap finns för att omhänderta avvikelser och med stöd av dessa förbygga vårdskador. Checklista besvaras en gång per år i maj och följs upp i november chef och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Under 2022 beskrev chefer att det fanns svårigheter i hur verksamhetssystemet skulle användas för avvikelser, hur de skulle utredas. Det visade på tveksamheter gällande återkoppling. I november genomfördes gruppsamtal, medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschefer. Detta gällande förfarande för utredningar, hur avvikelser kan användas för att arbeta strategiskt och förebyggande gällande vårdskador. Flera enheter kommer arbeta med att strategiskt förebygga läkemedelsavvikelser kring glömda, eller givna sent. Workshop kommer genomföras 2023, tre gånger på våren och tre gånger på hösten med syfte att stärka kunskapen gällande avvikelser, vårdskador och Lex Maria.

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 gång per år	Lagar, författningar, förordningar och avtal.

Egenkontroll dokumentation, görs genom journalgranskning samt stickkontroller utförda av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2022 har rutin och granskningsmall omarbetats och reviderats för att säkerställa utförandet. Rutinen omfattar samtliga verksamheter och enheter som verkställer hälso- och sjukvård. Granskning har genomförts i ledningsgrupp för verksamheterna och på enheterna. I granskningen framkommer det brister i dokumentation, dokumentation förs i fel lagrum, dokumentation är inte tillräckligt fyllig eller saknas relevans till ärende. Resultat till hälso- och sjukvårdsinsatser saknas från verkställande omvårdnadspersonal, legitimerad personal har inte dokumenterat under ICF. Hälsoplaner finns upprättade hos de flesta patienterna tillsammans med hälsohistoria, de finns patienter som saknar båda. Risk finns att vård uteblir med resultat att vårdskador inträffar när otillräcklig dokumentation förs eller att dokumentation uteblir. Förvaltningsledningen har beslutat att en satsning för att höja kompetens gällande dokumentation förvaltningsövergripande kommer ske under 2023. Den legitimerad personalgruppen ska utöver den genomföra en utbildning gällande ICF och påbörja denna dokumentation.

Lex Maria redovisas via inhämtad statistik vid delårs och helårsredovisning. Varje chef ansvarar att sammanställa och analyserar de Lex Marior som utretts i deras verksamhet och enhet. I samtliga utredda Lex Marior påvisas bristande dokumentation. Uppföljning av delårs och helårsredovisning görs löpande, efter utökade utredningar. Dialoger förs såväl förvaltningsövergripande som i varje medarbetargrupp.

Under 2022 har en synpunkt eller klagomål redovisats gällande hälso- och sjukvårdsinsatser. Denna synpunkt röde sig gällande att inskrivning i kommunal primärvård nekats. Utöver upprättad synpunkt, har förvaltningen valt att utreda två klagomål upprättade till socialtjänsten då förvaltningen identifierat risk för vårdskada. Inga synpunkter eller klagomål har inkommit från patientnämnden.

Rutiner, riktlinjer och processer genomlysas tre gånger per år enligt årshjul. Finns det tillräckligt, tydligt och med rätt innehåll för att säkerställa en trygg och säker hälso- och sjukvård. Under 2022 har rutin, loggkontroll, rutin delegering, rutin journalgranskning

reviderats. Ny fallrutin och rutin för kvalitetsregister har upprättats.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



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. När vårdgivaren tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas. Varje vårdskaderapport utreds i den enhet där händelse inträffat och varje enhetschef ansvarar och utreder dessa. Om det i dessa utredningar påvisar risk för eller faktisk allvarlig vårdskada ska en utökad utredning påbörjas av MAS. Om vårdgivaren i sin utredning kommer fram till att vårdskadan är allvarlig eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada, ska vårdgivaren snarast anmäla detta till IVO enligt Lex Maria. Under 2022 har 1196 avvikelser gällande risk för vårdskador eller inträffade vårdskador. Av dessa har 1126 avvikelser lett till utredningar. Nio avvikelser har resulterat i utökade utredning enligt Lex Maria. Fyra av dessa avvikelser har efter utökad utredning bedömts som risk för allvarlig vårdskada samt inträffad allvarlig vårdskada.

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

Rapporttyp	Organisation	Antal	
Allvarlig vårdskada	Hemtjänst City	1	
	Hemtjänst Ljungbyhed	1	
Risk för allvarlig vårdskada	Hemtjänst Ljungbyhed	1	
	Hälsa- och sjukvård	1	
	Athena	1	
	Boendestöd	1	
	Bågen	4	
	Hemtjänst	1	
	Hemtjänst City	253	
	Hemtjänst Ljungbyhed	240	
	Hemtjänst Öst	179	
	Hälsa- och sjukvård	53	
	Kortvård	70	
	Ljungbygården	82	
	Ljungåsen	4	
	Resursteamet	2	
	Syréngården	55	
	Testteam 1	1	
	Tingsgatan 20	7	
	Trädgårdsgatan	12	
	Väpnaren extern utförare		
	SoL	1	
	Risk för vårdskada	Åbyhem	33
		Apollo	1
Athena		3	
Bågen		1	
Hemtjänst City		28	
Hemtjänst Ljungbyhed		3	
Hemtjänst Öst		1	
Hälsa- och sjukvård		2	
Kortvård		3	
Ljungbygården		7	
Ljungåsen		58	
Resursteamet		2	
Syréngården		8	
Tingsgatan 20		1	
Trädgårdsgatan		2	
Vårdskada	Åbyhem	3	
Antal		1126	

De utökade utredningarna har gällt risk för samt inträffad vårdskada av olika allvarlighetsgrader. Två av utredningarna har gällt insatser via fysioterapeuter där det brustit i utförande av verkställighet. En av dessa utökade utredningar bedöms som risk för allvarlig vårdskada. Denna anmäls inte till inspektion för vård, och omsorg, IVO då patient ombär utredare att inte anmäla då denne är nöjd med utredning och resultat på åtgärder. 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.

De avvikelser vilka upprättas, sker reaktivt när faktisk händelse inträffat. Behovet av att arbeta strategiskt och förebyggande har synliggjorts. Under 2023 ska en del av avvikelset arbetet syfta till att arbeta riskförebyggande.

4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Suicidprevention är ett gemensamt samhällsarbete. Riksdagen antog 2008 en nollvision för suicid. Region Skåne har tagit fram en handlingsplan för suicidprevention i Skåne som ska genomföras mellan 2018-2022. Handlingsplan för suicidprevention i Skåne - Region Skåne (skane.se) Breda förebyggande insatser i samhället förväntas ge förbättringar i arbetet med att förebygga suicid. Klippans kommun har drivit ett projekt för att ta fram ett sammanhållet arbete kring suicidprevention som resulterat i en nulägesbeskrivning och handlingsplan, Suicidprevention i Klippans kommun. Socialförvaltningen ska arbeta preventivt gällande suicid och behöver förstärka kännedom om psykisk ohälsa och suicidprevention för samtliga medarbetare.

I den kommunala primärvården finns patienter med suicidtankar och suicidrisk och målet är att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens att bemöta dessa patienter och identifiera vilka kontakter som måste tas och när. Samtliga medarbetare ska med anledning av detta genomföra SPISS-utbildning första kvartalet 2023.

Syftet med att genomföra utbildningen i SPISS är att:

- Varje medarbetare ska ha en ökad förståelse för suicidprevention och känna sig trygg med att använda sig av suicidbedömning
- Ge underlag för att på enheten arbeta preventivt gällande psykisk ohälsa och suicid

Läkemedelsöversyner används för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. Antalet genomförda tvärprofessionella läkemedelsöversyner är ett lågt antal, 40 är gjord under 2022. Hälften av dessa är gjorda på vård och omsorgsboende och övriga i ordinärt boende. Dialog förs med ansvariga vårdcentraler gällande tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar, var de bäst tillämpas och att öka upp dessa för att fler ska gagnas. Det är primärvårdscentralerna som avgör hur många läkemedelsgenomgångar som ska utföras med farmaceut.

Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Vård- och omsorgsarbete ska alltid bedrivas på ett sådant sätt att smittspridning varken sker mellan patient till patient eller mellan personal och patient. Smittspridningar av covid-19 har skett under 2022, däremot har dessa begränsats till mindre utbrott. Andra virusinfektioner har inte resulterat i större smittspridningar och konstaterad vinterkräksjuka har inte konstaterats.

Socialstyrelsen har reviderat författning HSLFS 2022:49, *Nya föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring*. Bestämmelserna gäller för

hemtjänst, särskilt boende och bostad med särskild service som har beviljats enligt SoL. Bestämmelserna gäller även bostad med särskild service som beviljats enligt lagen (1993:387) om stöd till vissa funktionshindrade, LSS. Även den som tillhandahåller insatserna inom ramen för enskild verksamhet omfattas av bestämmelserna. Rutiner ska finnas för:

- hur undernäring ska förebyggas
- hur risker för undernäring ska upptäckas
- hur och när hälso- och sjukvården ska kontaktas för en bedömning av näringsstillståndet vid misstanke om undernäring hos en enskild, när sekretessen inte utgör hinder för det

Grundläggande kunskaper som ska finnas hos personal som arbetar med omsorg om äldre är:

- vilken betydelse måltid, mat och näring har för äldre personers hälsa och välbefinnande
- kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor och en god måltidsmiljö
förmåga att tillaga måltider
- förmåga att stödja äldre personer vid måltider och kunskap om livsmedelshantering

Rutin fall har reviderats och i denna belyses det fallpreventiva arbetet, ansvar och roller. Det har adresserats tidigare att förebyggande av fall sker reaktivt vid inträffad händelse. Struktur och arbetssätt är beskrivet för att preventivt arbete ska kunna utföras.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer/ rekommendationer för olika sjukdomstillstånd. Dessa utgår ifrån forskning och beprövad erfarenhet. Detta har lett till att särskilda kvalitetsregister har arbetats fram. Socialförvaltningen har på uppdrag av socialnämnden att arbeta med de nationella kvalitetsregistren som är: BPSD, Senior Alert och Palliativregistret.

BPSD-registret

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD). BPSD-registret används till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. BPSD-registret ger tillsammans med rätt utbildning hos vårdpersonalen förutsättningar att strukturerat mäta symtom, skapa handlingsplaner och behandlingar. BPSD bygger på observation, tänkbara orsaker, åtgärd och utvärdering.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Senior Alert berör följande områden: fall, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion och rehabilitering. De olika områdena påverkar och samverkar med varandra. I den vårdpreventiva processen ingår riskbedömningar och att sätta in åtgärder för patienterna. I Klippan registreras fall, trycksår, undernäring och munhälsa i Senior Alert. Senior Alert har en naturlig del i det fallförebyggande arbetet och är ett arbetsverktyg vid teamträffar för samtliga områden.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur verksamheten lever upp till de definierade kriterierna för god vård i livets slutskede. Genom att analysera resultatet kan ett kontinuerligt förbättringsarbete göras som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

4.4 Säker vård här och nu

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



Under 2022 var 106 patienter registrerade i Senior Alert av sammanlagt 322 inskrivna i den kommunal primärvård. Vilket är en minskning från 2021. För 90% av de som registrerats i Senior Alert har riskbedömningar gjorts som identifierar risk gällande något av följande: fall, munhälsa, trycksår, undernäring. I 98% finns det identifierad bakomliggande orsaker vid risk. 95% har åtgärdsplan vid risk. 73 % har utförda åtgärder vid risk jämfört med 2021, 68%. 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 enheter inom äldreomsorgen har arbetat med registrering i Senior alert. De trycksår som finns identifierade har inte uppstått i den kommunala primärvården. Patienter har skrivits in för behandling av dessa eller haft trycksår efter slutenvård.

Det som framgår av det palliativa registret från 2022 är att patienten fortsatt har god smärtlindring samt ångestdämpning med hjälp av injektioner. Dock når inte Klippan upp till målvärdet 98%. Under 2022 har antal som smärtskattas smärtskattningsinstrument som stöd inför smärtlindring den sista levnadsveckan ökat jämfört med 2021, målvärdet är 100 %. Dokumentering av brytpunktsamtal har ökat till 87,5% men når inte målvärdet 98%. Ett brytpunktsamtals syfte är att skapa trygghet i det förväntade palliativa skeendet för både patient samt närstående.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,0	85,4	87,5
Ord. inj stark opioid vidsmärtgenombrott	98,0	96,7	92,7	93,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	96,7	87,8	93,8
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	70,0	63,4	75,0
Dok. munhälsobedömnings sista levnadsveckan	90,0	73,3	65,9	81,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	86,7	90,2	93,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	80,0	82,9	84,4

4.4.1 Riskhantering

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

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

Riskanalys

Riskanalyser görs inför förändringar, problem eller förväntade problem identifieras för att bedöma om risker föreligger. I riskanalysen vägs sannolikheten för att risken ska inträffa och mot vad den kan förväntas få för konsekvenser om den inträffar.

Riskanalyser genomförs vid alla hjälpmedelsinsatser samt vid ex nya delegeringsinsatser. När risker identifieras görs en riskanalys enligt särskilda dokument som finns publicerade på det gemensamma intranätet. Det finns en tydlig mall som efterföljs.

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 verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



De journalgranskningar som genomförts har påvisat brister gällande dokumentation vilket har föranlett framtagande av arbetsgrupper för att analysera varför brister dokumentation, vad krävs för åtgärder och hur säkerställs det att det är rätt åtgärder? 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 i verksamhetssystemet, vilka roller
- Ansvar samt verkställande dokumentation enligt SoL, HSL
- Processer, finns det tillräckligt av dem, är de beskrivna på sådant sätt att dokumentation sker rätt

Upprättade Lex Marior under har i samband med utökad utredning även använts som en vägledning i förfarande. MAS har varit ute i arbetsgrupperna där händelser har inträffat och visat brister som identifierats och haft bred dialog för hur arbetsgruppen tillsammans kan göra förändringar. Uppföljningarna har skett gemensamt med samtliga som haft åtgärder för att återföra kunskap och förbättringsområden.

4.5.1 Avvikelser

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

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. När vårdgivaren tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Varje vårdskaderapport utreds i den enhet där händelse inträffat och varje enhetschef ansvarar och utreder dessa. Samtliga av Socialförvaltningens medarbetare ska delta i avvikelshantering, upprätta avvikelser, analysera och utreda åtgärder till avvikelser samt delta i det kvalitetssäkrande arbetet kring patienten. Rapporter ska upprättas vid risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada via avvikelserapportering i journalsystemet. Dessa rapporter gäller vid interna och externa händelser som riskerat eller orsakat vårdskada.

Avvikelser av den karaktär att risk för allvarlig vårdskada eller om allvarlig vårdskada uppstått ska utökad utredning genomföras. Utredning av händelser som rör vårdskador görs enligt Lex Maria. Utredning ska analysera eventuella brister i organisationen som synliggjorts som skulle kunna förebygga inträffad händelse.

Varje enhetschef gör egenkontroll avvikelser en gång om året via checklista samt egenkontroll tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska en gång per år där checklista följs upp. Dessa egenkontroller ska säkerställa och mäta att enhetschef har rätt kunskap gällande avvikelseförfarandet. I årets mätning påvisades det att enhetscheferna behövde stöd gällande utredning och återkoppling till medarbetare för det strategiska arbetet gällande avvikelser och kvalitet. Vid uppföljning fördes dialog gällande verksamhetssystemet, hur utredning skulle utföras samt vad varje enhet skulle arbeta med framåt till nästa egenkontroll. Flertalet enheter ska arbeta med att trygga medarbetare i att rapportera avvikelser och säkerställa tillhörande dokumentation. Ytterligare ett område identifierades, gällande läkemedelsavvikelser. Enheterna ska arbeta strategisk med medarbetarna för att arbeta förebyggande för att avvikelser som utebliven dos och försenat läkemedelsöverlämnade. Enhetschefer ska tillsammans med medarbetare ta fram när risk finns för utebliven dos och försenat läkemedelsöverlämnade samt vilka åtgärder som ska förebyggas.

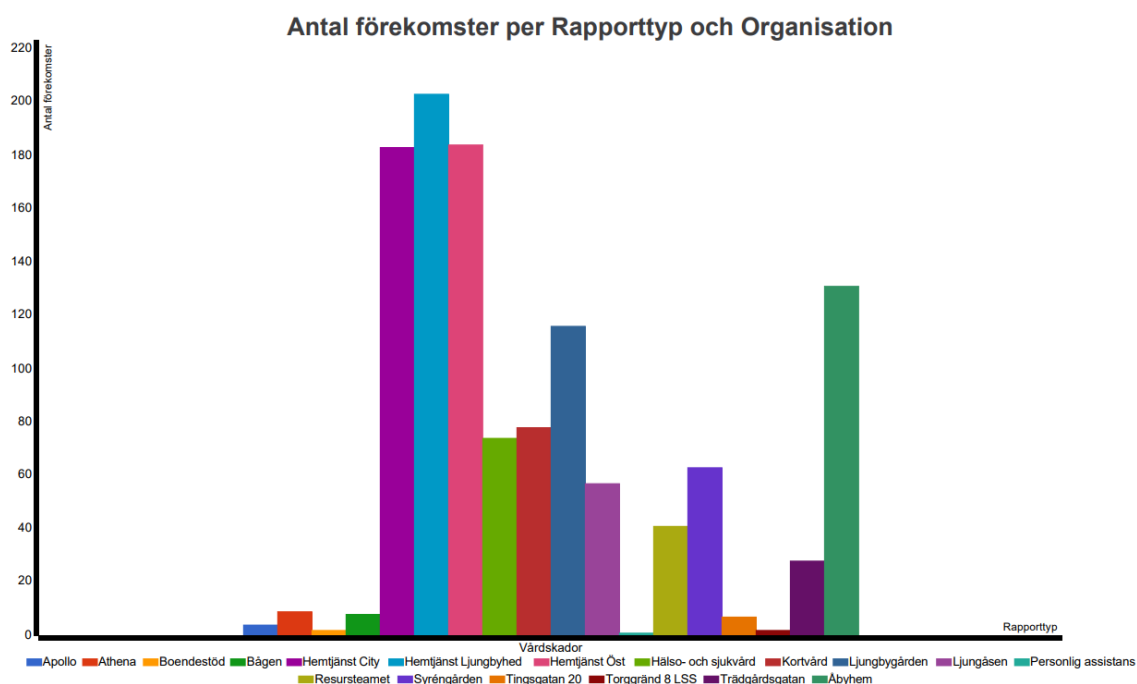
Utöver varje enhetschefs uppdrag, så kommer det under 2023 genomföras workshop gällande avvikelser och Lex Maria för att säkerställa varje enhetschefs uppdrag gällande förfarande och strategiska uppdrag.

Avvikelser som skrivs i Klippans kommun rör främst HSL-insatser så som läkemedelsadministrering, och utebliven dos och fall. 322 patienter erhåller kommunal primärvård via kommunsjuksköterska 1159 medborgare har någon form av HSL-insats via kommunal primärvård.

Tidigare sammanställning av statistik har varit delvis missvisande då byte av verksamhetssystem har skett 2021 där mätning av avvikelser och har gjorts under andra samlingsnamn än de som finns tillgängliga i nuvarande verksamhetssystem. Fortsatt är läkemedelsavvikelser underrapporterade i jämförelse med det digitala signeringsverktyget. Därav har uppföljning och utvärdering av dessa avvikelser

optimerats. Enhetschef har tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska haft genomgång gällande struktur, jämförelse och utvärdering på enhet samt individ. Då går att utläsa att fortsatt råder brister i planering mot gällande ordinationsunderlag för när patient ska erhålla läkemedel. Detta resulterar i att läkemedel är givet för tidigt eller sent. Dessa finns inte rapporterade som avvikelser. Under 2022 uteblivna doser minskat.

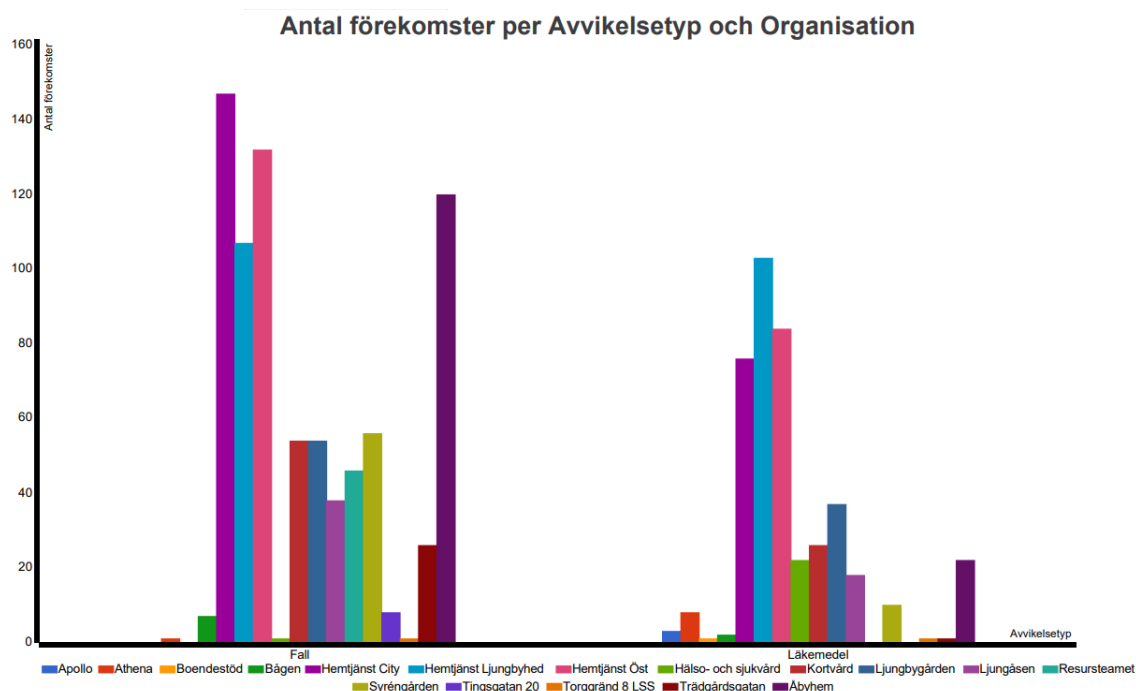
Organisation	Rapporttyp	Vårdskador
Apollo		4
Athena		9
Boendestöd		2
Bågen		8
Daglig verksamhet		1
Hemtjänst		1
Hemtjänst City		183
Hemtjänst Ljungbyhed		203
Hemtjänst Öst		184
Hälso- och sjukvård		74
Kortvård		78
Ljungbygården		116
Ljungåsen		57
Personlig assistans		1
Resursteamet		41
Socialförvaltningen		1
Syréngården		63
Tingsgatan 20		7
Torggränd 8 LSS		2
Trädgårdsgatan		28
Väpnaren extern utförare SoL		1
Äldreomsorg och LSS (myndighet)		1
Åbyhem		131
Antal		1196



Det går att utläsa när statistik är framtagen att avvikelser som rapporteras avviker, med ökning när rapporttyp ersätts med avvikelsetyp. Detta beror på att fall, rapporteras såväl inom lagrum SoL/LSS som HSL. Det innebär att när rapporttyp vårdskada väljs rapporteras avvikelser gällande fall endast för de som är inskrivna i kommunal primärvård.

Organisation	Avvikelsetyp	Fall	Läkemedel	Antal
Apollo			3	3
Athena		1	8	9
Boendestöd			1	1
Bågen		7	2	9
Hemtjänst		1		1
Hemtjänst City		147	76	223
Hemtjänst Ljungbyhed		107	103	210
Hemtjänst Öst		132	84	216
Hälso- och sjukvård		1	22	23
Kortvård		54	26	80
Ljungbygården		54	37	91
Ljungåsen		38	18	56
Resursteamet		46		46
Socialförvaltningen		1		1
Syréngården		56	10	66
Testavdelning 1		1		1
Tingsgatan 20		8		8
Torggränd 8 LSS		1	1	2
Trädgårdsgatan		26	1	27
Väpnaren extern utförare SoL		1		1
Åbyhem		120	22	142

Organisation	Avvikelseyp	Fall	Läkemedel	Antal
Antal		802	414	1216



Det är viktigt att avvikelser används i ett lärande syfte och som ett verktyg att granska de verksamheter som bedrivs inom Socialnämndens ansvarsområde. Det är också viktigt att använda avvikelser till att identifiera kunskapsbrister och de omkringliggande förutsättningar som kan innebära risk för att händelser inträffar.

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

4.5.2 Klagomål och synpunkter

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

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.

En synpunkt och klagomål har inkommit kopplat till kommunal primärvård och utretts inom området. Det finns klagomål och synpunkter som inkommit tillverkställande enheter där delar innefattar hälso- och sjukvård. Dessa är ett fåtal och har gällt utförandet av insatser.

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.



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. När det nya verksamhetssystemet implementerades i juni 2021 har flertal stora förändringar i dokumentationen inneburit tydligare planer och fördelning av insatser. Däremot är dokumentation mer omfattande och tidskrävande samt förs enligt annan struktur och under andra sökord. Omvårdnadspersonal måste ta del av dokumentation i olika delar skilda från varandra. Det har visat sig att dokumentation sker under fel lagrum. Risk finns för att information går förlorad. Dokumentation är ett prioriterat område.

Fallskador är vanligt förekommande i samhället idag och det är oftast äldre personer som drabbas. Alla fallolyckor kan inte förebyggas men genom att skapa säkra miljöer med förbättrad kunskap kring säkra förflyttningar och rätt hjälpmedelshantering för baspersonal kan svåra vårdskador undvikas. För att förebygga fallolyckor pågår det en löpande uppföljning via teamträffar där olika professioner deltar för att samverka kring förebyggande åtgärder. I kvalitetsregistret Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder samt uppföljning gällande fallolyckor. En ny rutin för fall har implementerats som lägger särskilt fokus på det preventiva arbetet. Socialstyrelsen team för fall ska användas för att arbeta mer i enlighet med det preventiva arbetet.

Medarbetare i Klippans kommun ska vara delegeringsbara efter en god bredvidgång. Vid varje arbetspass ska 50 % av omvårdnadspersonalen ha delegering för att hälso- och sjukvårdsinsatser ska kunna utföras säkert. I medarbetares delegering ingår ansvaret för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, detta ansvar lyfts en gång om året vid förnyelse av delegering. 2021 och 2022 har samma antal återkallade delegeringar, fem. Detta beror på felaktigt förfarande och ej att ej ha följsamhet till delegeringsförfarande, läkemedelshantering samt fattade beslut. Flera klarar inte att nå 90% på delegeringstestet, detta kan innebära att tidigare delegering löper ut innan test är klart. Dessa är då inte delegerade. Mönster som identifierats är att beslut om eget förfarande tas som avviker från gällande riktlinjer och rutiner. Tidigare språkförbistringar har bidragit till svårigheter att klara delegeringstestet. Under 2022 börjar detta mönster avvika, erfarna medarbetare klarar ej delegeringstestet och samtliga svara fel på samma frågor. Dessa frågor har behandlas i utbildningarna och har varit under diskussion och i dialoger under 2021-2022. Orsaken till varför det är så här måste under 2023 utredas.

Vården ska bedrivas där den är bäst lämpad för patienten och brukaren. Detta innebär att den vård som tidigare gavs inom slutenvård kan vara aktuell att erhålla i kommunal

primärvård då detta bäst lämpas för patienten. NäraVård innebär att det proaktiva arbetet för att förebygga ohälsa, sjukdom ska vara en del i varje vårdgivares uppdrag. Införandet av NäraVård pågår på lokal, regional och nationell nivå, målbilder och handlingsplaner är framarbetade. När behovet av kommunal primärvård bedöms föreligga ska NäraVård vara en grundförutsättning. Vården ska bedrivas sömlöst. Lika vård för alla ska eftersträvas. Egenvård och egenmonitorering samt digitalisering för ett mer självständigt och ansvarstagande kring den enskildes hälso- och sjukvård med ett aktivt deltagande ska alltid förespråkas. För att möta dessa utmaningar måste samverkan, samordning och samspel ske mellan regional, kommunal primärvård och socialtjänst. Hela människan ska tas hänsyn till. Kroniska sjukdomars kommande symtom ska förebyggas och utvecklandet av kroniska sjukdomstillstånd eller ökade behov vid åldrande ska arbetas gemensamt med för en bibehållen självständighet.

Under 2023 kommer en styrgrupp för Nära vård skapas med medlemmar regionalt och kommunalt. Denna grupp ska identifiera område med direkta åtgärder samt planera för framtida behov. De ska gemensamt fokusera på personcentrerad vård, på lika villkor. Kompetensförstärkningsbehov ska identifierats. Case ska arbetas med för att skapa samsyn.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

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

Mål med Socialnämndens patientsäkerhetsarbete är:

- att ge en god och säker vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upp till nivån legitimerad personal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt fysioterapeut via hemsjukvård i det egna hemmet eller via korttidsboende samt vård- och omsorgsboende.
- att förebygga vårdskador.
- att skapa förutsättningar för god samverkan tillsammans med slutenvård, primärvård samt öppenfinansierade mottagningar vid utskrivningar från slutenvården och därmed minska återinläggningar.

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

Det är viktigt att arbete med avvikelser sker på alla nivåer och är ett naturligt arbetsverktyg i att söka efter och identifiera systembrister samt kunskapsbrister som kan leda till vårdskador och missförhållande. Avvikelser tillsammans med kvalitetsregister mäter och synliggör kvalitetsarbetet i varje verksamhet och enhet. Detta kommer vara prioriterade mål under 2023.

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

NäraVård, proaktivitet, delaktighet och kontinuitet ska genomsyra all kommunal primärvård.

Fortsatta satsningar bör göras i kompetensutveckling för alla medarbetare. Det är viktigt att ta del av varandras olika kunskaper samt arbeta i team runt patienterna.

Dokumentation som förts har återkommande visat på brister och under 2023 kommer detta område vara särskilt prioriterat. Utbildningspaket kommer genomföras för enhetschefer samt medarbetare innefattande lagar, roller, ansvar samt hur och var dokumentation ska föras.

5.1 Processer - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 2023

Samarbete Hälsostaden Ängelholm

Hälso- och sjukvårdsavtalet för Skåne skapar förutsättningar för att kunna implementera mobilt vårdteam i Klippans kommun. För de multistjuka äldre patienterna har samverkan med Hälsostadens mobila vårdteam skapat möjlighet för inskrivning i teamet. Målet är att kunna tillgodose den avancerade hälso- och sjukvården utan att kräva slutenvård.

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

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

HS-avtalet beskriver att varje kommun ska skapa och implementerar mobila vårdteam i

samarbete med regional/privat öppenvårdscentral och att detta ska vara fullt utbyggt år 2020 med delmål på vägen. Delmål regleras vid samverkansmöten och upprättade avtal. HS-avtalet har inte reviderats efter utgången datum, däremot ska MVT eftersträvas enligt NäraVård och samverkansavtal.

Dessa team ska upprättats i samverkan med primärvårdsenheterna för att samordna den gemensamma hälso- och sjukvården.

Målet är att alla patienter som uppfyller kriterierna möjliggörs en inskrivning i MVT samt patienten erbjuds god och säker vård i hemmet/kortvård/ vård- och omsorgsboende samt att undvika sjukhusinläggningar.

Läkemedelsöversyn/hantering

Läkemedelsöversyner används för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. Tillsammans med granskning av läkemedelshantering ska avvikelser gällande läkemedel om möjligt förebyggas.

Målet med tvärprofessionell läkemedelsöversyn samt översyner löpande vid rond är att förebygga vårdskador via fall, minskad aptit, apati och förvirring. Att säkra läkemedelshantering för att undvika vårdskador.

Säkra förflyttningar, fall och fallolyckor

Fallskador är vanligt förekommande i samhället idag och det är oftast äldre personer som drabbas. Alla fallolyckor kan inte förebyggas men genom att skapa säkra miljöer med förbättrad kunskap kring säkra förflyttningar och rätt hjälpmedelshantering för baspersonal kan svåra vårdskador undvikas.

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

Kompetensutveckling för personal

Det är viktigt att göra regelbundna kompetensinventeringar samt använda sig av de webbutbildningar som finns för att öka kunskapen för såväl omvårdnadspersonal som legitimerad personal och chefer. Det åligger den legitimerade personalen att påtala behov av kompetenshöjning. Kommunutbildningar är en digital plattform som tillgodoser digitala utbildningar för introduktion, delegering, omvårdnad, Lex Sarah, dokumentation.

Enhetschef fördelar utbildningar till medarbetare att utföra utifrån målgruppsanpassning. Medarbetare har 1 timme per månad under arbetstid schemalagt för att tillgodose sig dessa utbildningar.

Målet är att bibehålla kompetens på bred nivå samt att ha kunskap att möta de allt mer avancerade behoven hos patienten. Att undanröja händelser som leder till avvikelser på grund av kompetensbrist.

Delegering

Medarbetare i Klippans kommun ska vara delegeringsbara efter en god bredvidgång. Vid varje arbetspass ska 50 % av omvårdnadspersonalen ha delegering för att hälso- och sjukvårdsinsatser ska kunna utföras säkert. I medarbetares delegering ingår ansvaret för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, detta ansvar lyfts en gång om året vid förnyelse av delegering.

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

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

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer/ rekommendationer för olika sjukdomstillstånd. Dessa utgår ifrån forskning och beprövad erfarenhet. Detta har lett till att särskilda kvalitetsregister har arbetats fram. Socialförvaltningen har på uppdrag av socialnämnden att arbeta med de nationella kvalitetsregistren som är: BPSD, Senior Alert och Palliativregistret.

Målet är att säkerställa korrekt dokumentation enligt utarbetad struktur; att genom arbetet med kvalitetsregisters struktur, riskbedöma, följa upp och åtgärda innan vårdskada sker; att inhämta statistik för följsamhet och resultatet av arbetet med kvalitetsregister.

Dokumentation

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

Patientjournal ska föras på de personer som erhåller kommunal primärvård enligt HSL. Dokumentationskyldigheten gäller även alla verksamheter, både verksamheter som bedrivs i kommunal och privat regi, som arbetar utifrån Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd- och service till vissa funktionshindrade (LSS). Skyldigheten gäller vid handläggning av ärenden samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamheten.

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

NäraVård

Vården ska bedrivas där den är bäst lämpad för patienten och brukaren. Detta innebär att den vård som tidigare gavs inom slutenvård kan vara aktuell att erhålla i kommunal primärvård då detta bäst lämpas för patienten. NäraVård innebär att det proaktiva arbetet för att förebygga ohälsa, sjukdom ska vara en del i varje vårdgivares uppdrag.

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

Standardiserade kommunala vårdprocesser

Olika nationella riktlinjer, vårdriktlinjer, vårdprogram styr handhavande gällande olika sjukdomstillstånd och vårdinriktningar. Dessa utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet kring behandling och åtgärder, för att standardisera och säkerställa vården.

Vårdprocesserna ska beskriva hur Klippans kommunala primärvård arbetar kring olika sjukdomstillstånd, vårdnivåer och behandlingsstrategier, vad varje profession som utför hälso- och sjukvårdsinsatser förväntas utföra. Detta ska finnas nedskrivet enligt särskild struktur, handlingsplan och standardisera vårdplan ska finnas.

Målet är att genom ett strukturerat standardiserat arbetssätt för olika sjukdoms- och hälsotillstånd säkerställa lika-vårdprincipen samt att tillgodose att det finns rätt kompetens och kunskapsnivå för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i den kommunala primärvården i samtliga professioner.