



Inger Johansson MAS  
[inger.johansson@degerfors.se](mailto:inger.johansson@degerfors.se)

Emma Werner MAR  
[emma.werner@degerfors.se](mailto:emma.werner@degerfors.se)

## Patientsäkerhetsberättelse 2020

Innehållsförteckning.

## Innehåll

Resultat av de Övergripande målen för 2020 .....	5
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
Socialnämndens ansvar.....	6
Verksamhetschefens ansvar .....	6
Medicinskt ansvarigas (MAS och MAR) ansvar.....	7
Enhetschef.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	7
Stödfunktioner med specialistkompetens .....	7
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK) .....	9
Riskbedömningar - Senior alert.....	9
<b>Undernäring</b> .....	10
Trycksår .....	10
Fall.....	11
Palliativ vård.....	11
Journalgranskning.....	13
Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel .....	13
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	14
Beskrivning av hälso- och sjukvårdsprocessen.....	14
Bemötandeplaner enligt BPSD registreringar samt utbildning av ombud .....	14
Avvikelseutredningar.....	15
Läkemedelshantering.....	15
Medicintekniska produkter, MTP.....	15
Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam. ....	16
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	16
Samverkansformer .....	17
Riskanalys.....	18

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	18
Klagomål och synpunkter .....	19
Sammanställning och analys.....	19
Lex Maria .....	20
Övergripande mål för 2021 .....	21

## *Sammanfattning patientsäkerhetsarbetet 2020*

Året 2020 har präglats av coronapandemin, där fokus har varit att skydda våra äldre. Målen som var satta för 2020, fick nedprioriteras då arbetet i vården var att följa Folkhälsomyndighetens/ vårdhygiens och smittskydds riktlinjer och rutiner. Då det inte fanns någon kunskap om detta virus när det drabbade oss, så kom det nya rutiner och riktlinjer dagligen och utmaningen blev att kunna föra ut denna information till alla medarbetare samtidigt som oron hos många skulle bemötas. Även skyddsutrustning behövde tas fram för att kunna säkerställa vården hos våra enskilda. Vi fick tyvärr ett utbrott på Västergården och fick i april öppna vår Covid-avdelning på plan 2. Våg 2 drabbade oss på hösten, och en annan avdelning på Västergården blev drabbade. Hemsjukvården har haft ett antal fall av Covid-19. Nämnas bör att Letälvsgården har klarat sig utan ett enda fall. Med ett fantastiskt jobb hos våra medarbetare har vi kunnat hålla detta virus till stor del borta från våra enskilda och kan då se att målet att skydda våra äldre i stor omfattning verkligen uppnåtts.

I en mätning kan vi också se att den basala hygienrutinen har förbättrats väsentligt.

Under året har våra dagverksamheter inom HSL fått ändra sitt arbetssätt på grund av pandemin, med målet att minska risken för spridning av Covid-19 bland våra enskilda. Detta har dock resulterat i att de enskilda inte har fått den sociala samvaron samt träning som de ha varit i behov av.

Ytterligare utbildningar var planerade i teamen gällande avvikelser i rapporteringsmodulen. Teamen består av Enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut. På grund av pandemin blev de inte genomförda. Behov finns fortfarande då många nya medarbetare har tillkommit sedan förra utbildningsinsatsen.

På grund av omorganisation och chefsbyten tappar organisationen fart och även kompetens. I maj tillträdde ny MAS och i oktober avslutade MAR sin tjänst i kommunen. Ingen ny MAR tillträdde under resten av året, vilket innebar att MAS fick ett större ansvarsområde. Detta innebär att arbetet löper på men långsammare och vidareutveckling i verksamheterna fördröjs.

## Resultat av de Övergripande målen för 2020

- **90 % av de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården ska riskbedömas.**

127 personer riskbedömda i Senior alert, av dem har 98% en åtgärdsplan. Uppföljning är gjorda i 70% av fallen. Förmodligen finns fler personer än de 127 som borde varit riskbedömda i Senior alert.

- **Under året bör enheterna ta fram konkreta insatser för alla med undernäring och de med risk för undernäring. Detta ska dokumenteras i genomförandeplan.**

Åtgärdsplaner för undernäring behöver utvecklas ytterligare. Har tyvärr fått stå åt sidan på grund av Coronapandemin.

- **Trycksår grad 3 och 4 ska inte förekomma.**

Trycksår är; 0 registrerade i kategori 4.  
3 registrerade i kategori 3.

- **100 % utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument för alla våra palliativa patienter i livets slutskede.**

Smärtskattningen har förbättrats 75,7% 2020, mot 65% 2019. Där vi kan se att förbättringen skett främst inom Säbo.

- **Månatlig rapport om analyser av avvikelser skickas till socialchef. Analys och utredning ska finnas till varje avvikelse.**

Avvikelse månadsvis till socialchef har fått stå tillbaka i de senaste månaderna då vi har jobbat hårt med pandemin. Det löpande arbetet med avvikelshantering i verksamheterna rullar på.

- **Fortsatt beskrivning av Hälso- och sjukvårdsprocessen.**

Ingen utveckling har gjorts angående Hälso- och sjukvårdsprocesser, men rutiner och riktlinjer finns i kompassen.

## Bakgrund

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) senast i mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och
3. Vilka resultat som uppnåtts.

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§)*

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges personal, vårdtagare och övriga medborgare. Detta som en del i en ”Lärande organisation”. Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån. Under året 2020 har arbetet i lednings- och kvalitetssystemet Stratsys påbörjats.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

### Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska

verksamhetschefen ansvarar för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

## Medicinskt ansvarigas (MAS och MAR) ansvar

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS och MAR ansvaret ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

## Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Enhetschef ansvarar också för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet under förgående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Personalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och har ansvar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet är beskrivet i rutiner och riktlinjer.

## Stödfunktioner med specialistkompetens

*Hjälpmiddelstekniker:* Ansvar för hjälpmedel, service, installation och nedmontering etc.

*Hygiensjuksköterska:* Ansvarig för att det finns aktuella hygienrutiner för regionen och behjälplig med bland annat information på personalmöten. Hygiensjuksköterskan utgår från Vårdhygien och Smittskyddsenheten på USÖ inom Region Örebro län som kommunerna i Örebro län kan använda i patientsäkerhetsarbetet.

*Verksamhetsutvecklare* i närsjukvårdsområde väster: Ansvar att titta på samarbetsvägar mellan olika huvudmän och utveckling av en vård och omsorg med kvalitet, behjälplig med utbildningsinsatser

*Fysioterapeut:* Ansvar för rehabilitering av vårdtagare på särskilda boenden och i ordinärt boende.

*Kontinenssamordnare:* Samfinansierad tjänst med anställning på centrum för hjälpmedel. Säkerställa ett övergripande långsiktigt och kontinuerligt

kvalitetsarbete inom området inkontinens. Säkerställa kompetens och identifiera problemområden.

*Adjungerande klinisk adjunkt (AKA)*: En samfinansierad tjänst för västra länsdelen i samarbete med universitetet. Det är en huvudhandledare främst som stöd till handledare för sjuksköterske- och distriktsköterskestudenter.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Patientsäkerhetsarbetet ska följas upp av högsta ledningen. Uppföljningen av verksamhetsplanen ska innefatta:

- Uppsatta mål
- Internkontrollplan
- Öppna jämförelser
- Egenkontroller
- Uppföljning av mål i patientsäkerhetsberättelsen
- Kvalitetsundersökning av verksamheten
- Nationella kvalitetsregister: Resultat från riskbedömningar i Senior alert; trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen samt punktprevalensmätningar (PPM) för trycksår och olämpliga läkemedel. Palliativa registret, kvalitetsbedömning av omvårdnad vid livets slut.
- Resultat från vårdhygien-PPM ”basala hygien- och klädrutiner”
- Resultat från journalgranskningar, avvikelser och klagomål redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen årligen.

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.



## PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK)

Resultat	2018 (n=110)	2019 (n=76)	2020 (n=61)
Total följsamhet till 8 steg gällande hygien- och klädrutiner	30% (Riket 48,6%)	38 % (Riket 51 %)	65,6% (Riket 64 %)
Följsamhet till basala hygienrutiner	34,5% (Riket 54,5%)	43 % (Riket 57 %)	86,9 % (Riket 69,3 %)
Följsamhet till klädregler	73,6 % (Riket 83 %)	75 % (Riket 84 %)	77 % (Riket 89,3 %)

Källa: SKL.se

De basala hygien och klädrutinerna är oerhört viktiga att efterleva. Det har vi nu fått erfara i den pandemi som har drabbat oss. Vårdrelaterade infektioner (VRI) kan också vara ett resultat av dålig följsamhet till rutinerna.

**Analys:** 2020 års mätning inkluderar färre mätningar jämfört med 2019, vilket ger ett sämre underlag för analys. Det är ändå glädjande att vi har tagit till oss arbetet med de basala hygienriktlinjerna och höjt resultatet. Viktigt är nu att arbetet med de basala hygienrutinerna fortsätter att vara i fokus.

**Förbättringsförslag:** Alla enhetschefer ska regelbundet ta upp hygienrutiner på alla enheter. Personal ska veta var man hittar hygienrutinerna och ska ha fått information om dem innan de skriver på dokumentet. Hygienombud har ett dokumenterat ansvar och ska vara känt av alla ombud. Ombuden ska få information av först och främst sin chef men också av MAS, MAR och hygiensköterskan. Hygienrutinerna bör ha nolltolerans mot avsteg.

## Riskbedömningar - Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning angående trycksår, fall, undernäring och status av munhälsa.

- Målsättningen är att riskbedöma minst 90 % av de som bor på särskilt boende och i ordinärt boende
- Vid risk sätta in åtgärder och följa upp dem inom tre månader.

Degerfors kommun		2019	Vårdprevention		
Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	
149	91% ↑ 160 av 176	60% ↑ 96 av 160	96% ↑ 153 av 160	78% ↑ 99 av 127	

Degerfors kommun 2020 Alla

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Degerfors kommun	127	94% ↑ 167 av 177	63% ↑ 105 av 167	98% ↑ 163 av 167	70% ↓ 121 av 172
Trycksår		45% ↑ 79 av 177	70% ↓ 55 av 79	99% ↑ 78 av 79	62% ↓ 49 av 79
Undernäring		66% ↑ 117 av 177	59% → 69 av 117	97% ↑ 114 av 117	72% ↓ 85 av 118
Fall		79% ↑ 139 av 177	69% ↑ 96 av 139	99% ↑ 138 av 139	72% ↓ 101 av 140
Munhälsa		51% ↑ 46 av 90	41% ↑ 19 av 46	96% ↑ 44 av 46	84% ↓ 41 av 49

## Riskbedömningar

**Analys:** Under många år har vi inom vård och omsorg arbetat med att riskbedömningar ska göras så adekvata åtgärder kan sättas in för att minska eller eliminera risker.

**Förbättringsförslag:** Ett fungerande teamarbete ger möjligheter att analysera riskbedömningarna i Senior alert och arbeta systematiskt för att minska risker för trycksår, fall och undernäring under 2021. Fortlöpande utbildning av personal i kvalitetsregister ger förutsättningar för ett riskanalyserande arbete.

## Undernäring

Av 127 personer som riskbedömdes visade det sig att 39 av dessa hade BMI < 22, d.v.s. undernärda enligt BMI-tabell. Det var också 66 % som hade risk att bli undernärda vilket är ett stort problemområde som vi måste belysa. En bidragande orsak till undernäring kan vara lång nattfasta och enligt socialstyrelsen bör en nattfasta vara max 11 timmar. Nattfasterapport som finns i kommunens ledningssystem (kompassen) innehåller handfasta tips hur vi ska minska nattfastan.

**Förbättringsförslag:** Under 2020 gjordes ingen nattfastemätning, då ingen förbättring sågs under de 4 tidigare åren det gjordes. Under 2021 bör en nattfaste mätning göras, då statistiken tydligt visar en försämring och att fler har en undernäring enligt BMI-tabell för att sedan komma fram till vilka åtgärder som behöver sättas in.

## Trycksår

17 personer av 127 riskbedömda hade trycksår.

Kategori 1: 12 st.

Kategori 2: 11 st.

Kategori 3: 3 st.

Kategori 4: 0 st.

**Analys:** Antal trycksår har 2020 tyvärr ökat från 7,4 % 2019 till 13,4 % 2020.

**Förbättringsförslag:** Fortsatt teamarbete med nolltolerans mot trycksår grad 3 och 4 som mål.

## Fall

I Tresa registrerades 1023 fallavvikelser. Fall resulterar ofta i sårskador och frakturer som kan resultera i lidande, sjukhusvård och lång rehabilitering.

**Analys:** Av 1316 rapporterade avvikelser utgör fallen 78 %. Varje fall ger personligt lidande för den drabbade och utöver detta innebär det stora kostnader för både kommun och samhälle i stort.

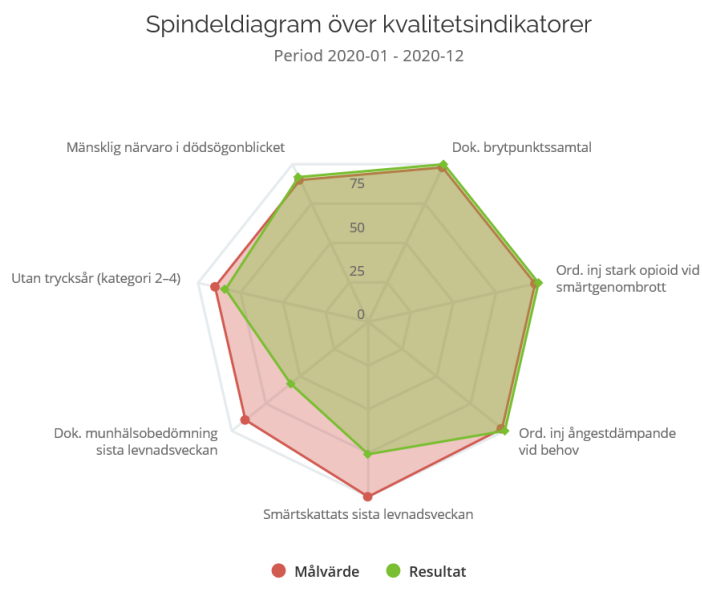
**Förbättringsförslag:** Fortsatta analyser och åtgärder för att minska antal fall. Förslag på åtgärder; Större fokus behöver läggas på fallförebyggande insatser samt ökad aktivitet och rehabilitering i ordinärt boende samt inom säbo. Enhetschef har ansvar för avvikelshantering och att fallavvikelse tas upp på teamträffar.

## Palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ett trettiotal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- vara ordinerad läkemedel vid behov
- få god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där hen önskar dö
- att inte behöva dö ensam
- att närstående är informerade om situationen
- veta att närstående får stöd

Resultat av utvalda kvalitetsindikatorer se spindeldiagram nedan.



Indikator	2018	2019	2020
Utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument Mål 100 %	66 %	65 %	75,7 %
Utförda brytpunktssamtal till patient av läkare. Mål 98 %	92 %	90 %	100 %
Utförd munhälsobedömning Mål 90 %	67 %	83 %	56,8 %

Källa: Palliativa registret 20210125

**Analys:** Genom arbetet med att implementera användningen av smärtskattningsinstrument kan vi se ett litet bättre resultat 2020, emellertid är det viktigt att fortsätta arbetet med implementeringen i användandet av smärtskattningsinstrument, samt dokumentation av upplevd och/eller uppskattad smärta. Gällande resultatet av utförd munhälsobedömning så visar det på en klar försämring. Glädjande är att brytpunktssamtalen nu genomförs till 100 %.

**Förbättringsförslag:** För att erbjuda en god palliativ vård behöver all personal som vårdar få möjlighet till utbildning. Dokumentation av smärtskattning är viktigt, bedömning och dokumentation bör göras strukturerat för att påvisa att den enskilde får smärtlindring anpassad till smärtintensitet samt att det följs upp.

## Journalgranskning

Journalgranskning genomförs i samband med utredning av avvikelser samt vid loggning i Treserva av MAS och MAR. Detta görs kontinuerligt under året. Under året har ingen kollegial journalgranskning utförts på grund av att arbetsuppgifter har fått omprioriteras med anledning av Covid -19.

Journalgranskning har gjorts i samband med avvikelshantering. Under 2021 bör det genomföras en kollegial journalgranskning. Det handlar då om den journal som legitimerad personal för och även omvårdnadspersonal där det finns vårdplaner att följa upp.

## Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel

Användningen av många läkemedel hos äldre är inte ovanligt. Läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre kan ofta kopplas samman med akuta inläggningar på sjukhus samt fall. Läkemedel som förskrivs och tas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Det gäller läkemedel som tas regelbundet samt dem som tas vid behov.

3 enskilda inom hemsjukvården motsvarar 1,6% hade 2020 fått antipsykotikaläkemedel. Samt 4 enskilda 3,4% inom särskilt boende

**Analys:** Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att det årligen och vid behov görs en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare för dem som är 75 år och äldre. Det kan både vara en enkel och fördjupad genomgång. **Under 2019 gjordes 433 enkla läkemedelsgenomgångar och 146 fördjupade läkemedelsgenomgångar.**

Läkaren ansvarar för att olämpliga läkemedel förskrivs så restriktivt som möjligt. Sjuksköterskan deltar i genomgångarna och kan på det viset samverka med läkaren om personen står på olämpliga läkemedel eller andra läkemedel som ger kraftiga biverkningar.

Vi ser att trenden med minskning av förskrivning av olämpliga läkemedel fortsätter. En del av resultatet beror på läkarkontinuitet. Viktigt att veta är att olämpliga läkemedel inte betyder att de inte ska användas till den åldersgruppen men det ska vara restriktivt och genomtänkt.

**Förbättringsförslag:** Fortsatt arbete med årliga läkemedelsgenomgångar. Förhoppningar om fortsatt kontinuitet med läkare från primärvården.

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### Beskrivning av hälso- och sjukvårdsprocessen

I början av pandemin fick arbetsterapeuterna under en kortare tid omstrukturera sitt arbete för att kunna följa Folkhälsomyndighetens riktlinjer och minska risken för spridning av Covid-19. En ny anpassad prioriteringsordning för krissituationer togs fram av MAR och enhetschef. De åtgärder som skulle prioriteras var de där risk för skada förelåg eller där åtgärd ledde till starkt funktions/aktivitetshöjande effekt rörande basala aktiviteter och funktioner inom personlig ADL som t ex toalettbesök, sköta hygien, förflyttningar i/ur säng samt lägesändringar. Vissa icke prioriterade insatser fick avvaktas med till ordentlig skyddsutrustning fanns på plats.

Trots ett stort flöde av riktlinjer och rutiner har sjuksköterskornas arbete kunnat rulla på.

Under 2019 gjordes uppdragsbeskrivningar för Sjuksköterskor och Arbetsterapeuter, det fortsatta arbetet med att ta fram uppdragsbeskrivningar har tyvärr stannat av under 2020.

**Analys:** Tack vare anpassad prioriteringsordning samt andra åtgärder för att minska spridning har arbetsterapeuterna klarat sig från att drabbas av sjukdom i Covid-19. Trots att vissa insatser fick bortprioriteras under några veckor har våra enskilda fått de insatser som de haft behov av. Arbetet för arbetsterapeuterna har sedan rullat på.

Behov finns av att ha uppdragsbeskrivningar som förtydligar vem som gör vad, när och hur för att öka patientsäkerheten.

**Förbättringsförslag:** Alla professioner inom socialförvaltningen bör ha en uppdragsbeskrivning.

### Bemötandeplaner enligt BPSD registreringar samt utbildning av ombud

Demensteamet har under 2020 fortsatt utbildat personal i Degerfors. Arbetet med BPSD ska bidra till att minska användandet av olämpliga läkemedel, minska ångest, oro och agitation hos demenssjuka.

Sammanfattningsvis hade under 2020 användandet av för åldersgruppen olämpliga läkemedel minskat något. Alla registrerade i BPSD-registret har bemötandeplan.

Antal registreringar i Degerfors var under 2020 var 153 till antalet som kan jämföras med totalsiffran för Örebro läns 12 kommuner som var 1037 registreringar.

## Avvikelseutredningar

Under året rapporterades 1316 avvikelser i Treserva. Det är fler än föregående år. Avvikelse ska analyseras på teamträffar. Där är det meningen att om en avvikelse har inträffat ska åtgärder omedelbart sättas in för att avhjälpa skador, symtom och risker. Långsiktiga åtgärder ska också planeras för att minska riskerna att det inträffar igen. Åtgärder som sätts in ska dokumenteras och följas upp. Enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor har fått utbildning i nya avvikelsemodulen i Treserva.

**Analys:** Arbetet med avvikelseprocessen kan förbättras. Metodstöd och lathundar finns. Det saknas systematik i arbetsgången i praktiken på vissa enheter.

**Förbättringsförslag:** Det är viktigt att ledning efterfrågar resultat av avvikelsearbetet från verksamheterna. Minskar risker, minskar antalet skador på grund av fall etc. I månadsrapporteringen bör enheterna kunna rapportera sitt avvikelsearbete.

## Läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet både hos vårdtagare på särskilt boende och i ordinärt boende, detta för att bland annat minska användningen av olämpliga läkemedel.

Ingen kollegial granskning av läkemedelsförråd har utförts under året i Västra länsdelen. Vid den kontinuerliga granskningen av läkemedelsförråden har tyvärr under våren påvisat svinn. Dessa har även polisanmälts och även blivit nedlagda då det inte har kunnat påvisas vilken den skyldiga är.

Åtgärder har vidtagits för att förhindra ytterligare svinn.

Digital signering gör det lätt och överskådligt för enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor att läkemedelsadministrering och andra HSL-insatser utförs.

## Medicintekniska produkter, MTP

Medicintekniska produkter (t.ex. personlyftar, rullstolar, rollatorer, sondmatningspumpar m.m.) används i verksamheten. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. På varje avdelning och i varje vårdlag har hjälpmedelsombud tidigare utsetts, deras uppgift är att hålla sig ajour vad gäller hjälpmedel och hantering av dessa och att sprida information till övriga kollegor. Hjälpmedelsombudsträffar ska hållas regelbundet varje år tillsammans med arbetsterapeut och medicinsk tekniker. Under 2020 har dock inga träffar genomförts. Under 2021 behöver det ses över om listan på hjälpmedelsombud är aktuell samt träffar behöver planeras in.

Medicinsk tekniker finns i verksamheten för att se till att de hjälpmedel som används är kontrollerade, besiktigade samt ansvarar för upp- och nedmontering.

Hjälpmedel registreras i Treservas modul. Ett bassortiment för omvårdnadshjälpmedel finns. Hjälpmedlen förskrivs av arbetsterapeut som också har ansvar för instruktion och information om hur de ska användas. Förvaltningen har haft fyra förflyttningsinstruktörer, två av dessa fyra har dock avslutat sin anställning under året och några nya har ännu inte utsetts. Under året har ett samarbete mellan arbetsterapeuter och förflyttningsinstruktörer påbörjats, detta i ett led i att få en samsyn i vad som lärs ut i förflyttningsteknik till medarbetarna. Varje avdelning och vårdlag har även ett varsitt förflyttningsombud.

## Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam.

- För att förbättra kvaliteten och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre i Region Örebro län används Visammodellen.
- Vid rapportering mellan olika yrkesgrupper i kommunen och till annan vårdgivare ska SBAR användas.
- SIP - samordnad individuell plan används när en person har behov av insatser av flera olika vårdgivare och till exempel socialtjänst.
- Trygg och säker hemgång - arbetssättet har förändrats en del. Viktigt är att kunna erbjuda vården hemma hos den enskilda, i de fall som går med utökade insatser. Korttidsboende behövs för de som inte kan gå hem med utökade insatser. Kriterier behöver tas fram för de som ska få korttidsboende.
- Bland annat använder kommunens sjuksköterskor beslutsstöd i Lifecare SP för rätt vårdnivåbedömning och slutenvården använder checklistor för att bedöma spår (grönt, gult eller rött) inför utskrivning.
- Ett mobilt team med läkare och sjuksköterskor har bildats och utgår från Karlskoga lasarett. De ska kunna åka ut och göra bedömningar och insatser, så att våra äldre inte behöver åka in till akuten om insatsen bedöms att kunna utföras hemma.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är Socialförvaltningens samverkan med andra vårdgivare för hälso- och sjukvård. Formerna för samverkan regleras bland annat i samverkansdokument som finns att



hämta på samverkansportalen (VVF), för samverkan mellan kommuner och Region Örebro län:

Gemensamt i samverkan finns också MAS/MAR nätverket i länet som tar fram och reviderar gemensamma riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor.

I samverkan finns även Patientnämnden och dess kansli som bedriver verksamhet för Region Örebro län och länets tolv kommuner, vilka alla har avtal med landstinget. Nämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och anhöriga.

### Samverkansformer

- I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de olika vårdgivarna; Närsjukvårdsområde väst och de tre kommunerna.
- Samverkan sker i Degerfors mellan kommun och vårdcentral med minst fyra träffar per år. Deltar gör socialchef, MAS, MAR och enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter
- I palliativa styrgruppen i Västra länsdelen sitter två representanter från kommunen. Regelbundna träffar.
- Kommunen representeras även i palliativa rådet med en person.
- Samverkan sker kontinuerligt mellan kommunernas och Region Örebro läns arbetsterapeuter, rehabchefer och MAR.
- Fysioterapeuter från Primärvården ska enligt avtal göra hembesök till dem som har behov av fysioterapi. En utsedd fysioterapeut ansvarar för hemrehabilitering.

**Under 2020 har vissa delar av samverkansformerna varit inställda och en del har genomförts i andra former. Det har varit intensiv samverkan angående arbetet gällande Covid-19.**

## Risicanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Risicanalys beskriver att syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har Socialchefen. Risicanalys ska utföras löpande i verksamheten vid förändrat arbetssätt. Risk- och händelseanalyser görs också i teamet vid allvarigare händelser samt vid Lex Maria och Lex Sarah utredningar.

## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### Avvikelse

Avvikelse rapportering sker via Treserva. Rapporteringen går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet. Avvikelseanalys ska sedan göras i teamet och om händelserna är av allvarigare art deltar även MAS och MAR i analyserna. MAS och MAR tar också ställning till om händelsen ska anmälas enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41). Analys och uppföljning gällande avvikelserna ska göras på teamträffar, APT och på chefernas ledningsmöten. Avvikelse är vanligast då det gäller fall och läkemedelsavvikelse

### Läkemedel

Antal läkemedelsavvikelse är 3,4 % av det totala antalet (1028274) läkemedelstilldelningar. Detta innebär att dessa insatser inte är signerade som utförda i Alfa e-läkemedel. Dessa avvikelser gäller inte bara läkemedel, det kan röra sig om insatser som rehabilitering, såromläggning etc. som uteblivit.

**Analys:** Det borde inte finnas osignerade läkemedel överhuvudtaget då personal kan efterkontrollera att alla läkemedel är givna, att såromläggningar eller att rehabiliterande insatser är gjorda. Där patienten inte vill eller kan ta sitt läkemedel skall det framgå i systemet. Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut kan följa upp och kvalitetssäkra regelbundet via enhetsstatistik.

**Förbättringsförslag:** Enhetschefer och sjuksköterskor ska följa upp att det inte finns oklarheter för personal som är delegerade att sköta läkemedelshanteringen.

Utbildning i användning av mobilappen omkring insatserna eller hur insatsen signeras är eventuellt nödvändig.

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot direkt ute i verksamheten av personal, chefer och ibland genom telefonsamtal till MAS och MAR. De kan också komma direkt via kommunens hemsida som sedan skickas till socialchefen som skickar dem vidare till berörd enhetschef.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Fortsatt arbete med att klagomål och synpunkter noteras och diarieförs enligt rutin. All personal har ansvar att ta emot synpunkter och klagomål och förmedla kontakt med ansvarig för verksamhet. Målet är att förbättra kvalitén när brister påpekas.

## Under 2020

1. Inspektion vid Utsluss/stödboendeverksamheten Degerfors av IVO digitalt.
2. IVO genomförde, med anledning av utbrottet av Covid-19 i Sverige, en tillsynsinsats med underlag av kommunernas inrapporterade ej verkställda beslut. Tillsynen riktade sig mot samtliga kommuner
3. IVO genomförde en riktad tillsyn av särskilt boende med anledning av smittspridning av Covid-19. Där IVO meddelade att de var nöjda och ingen ytterligare granskning behövde göras.
4. Två Lex-Sara utredningar har gjorts under året, ingen av dessa utredningar bedömdes vara skäl för IVO anmälan.
5. Det har kommit in 34 st synpunkter/beröm/klagomål under året.
6. Ingen Lex Maria har anmälts till IVO under året.
7. Utredningar under året har handlat om brister i vårdkedjan samt läkemedelshantering.

## Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Ansvarig chef, MAS eller MAR kontaktar vårdtagare och/eller närstående när klagomål eller allvarigare händelser inträffat, de erbjuds att medverka

och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan blir aktuell.

## Lex Maria

*HSLF-FS 2017:41*

Föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)

## Övergripande mål för 2021

- Mätning av nattfastan på Säbo, samt att enheterna tar fram konkreta insatser för alla med undernäring och de med risk för undernäring. Detta ska dokumenteras i genomförandeplan.
- Trycksår grad 3 och 4 ska inte förekomma.
- Månatlig rapport om analyser av avvikelser skickas till socialchef. Analys och utredning ska finnas till varje avvikelse.
- Inga avvikelser i e-alfa, täta kontinuerliga uppföljningar av utförda insatser av enhetschefer och sjuksköterskor
- Hemrehab rutinen behöver revideras och implementeras i verksamheten. Detta för att kunna säkerställa de enskildas rätt till rehabilitering.

## Ordförklaringar

<b>Ord</b>	<b>Beskrivning</b>
Avvikelse	När händelser inträffar som inte hör till det förväntade t.ex. fall, läkemedel som inte ges när det ska eller utebliven insats som t.ex. duschning
Basala hygien och klädrutiner	Hur personalen ska sköta handhygien, vilka kläder man kan ha och regler om vilka smycken man inte får ha
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	Ett kvalitetsregister för att ta fram bemötandeplaner för våra demenssjuka i kommunen
Dagrehab	En enhet på Letälvsgården dit man kan komma på dagarna under en tid för träning
Hemrehab	Träning man kan få i hemmet, detta är ofta ett samarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal
HSL dokumentation	Journalföring enligt hälso- och sjukvårdslagen
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering-som tillser att riktlinjer och rutiner för rehabiliteringsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska-som tillser att riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
Ledningssystem	Ett system som ska innehålla de riktlinjer och rutiner vi ska arbeta utifrån. Detta finns på kommunens intranät som alla anställda har tillgång till.
Lex Maria	Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
Lex Sarah	Om ett missförhållande är allvarligt inom socialtjänsten och i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamhetsansvarig anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg.
Palliativa registret	Där registreras alla förväntade dödsfall inom kommunen för att se om vi ger det stöd och den symtomlindring som behövs

Palliativ vård	Omvårdnad i livets slutskede som innebär bland annat god symtomlindring och stöd.
Samordnad individuell planering	Individuell planering för den enskilde. Där bestäms vilka insatser man är i behov av. Samverkan mellan olika vårdgivare.
SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation/Åtgärd)	Ett sätt att rapportera patientens tillstånd i en viss ordning mellan vårdgivare. T.ex. då hen skickas till lasarett.
Säbo	Särskilt boende (Västergården och Letälvsgården)
Treserva	Det journal- och rapportsystem som används inom socialförvaltningen
Visam beslutsstöd	En modell för säker in- och utskrivning från lasarettet
VVF (Vård, välfärd och folkhälsa)	Finns på Region Örebro läns hemsida och används av vårdgivare i länet. Där finns samverkansdokument, info om våra register etc.

Inger Johansson  
MAS medicinskt ansvarig sjuksköterska

Emma Werner  
MAR medicinskt ansvarig för rehabilitering