



# Patientsäkerhetsberättelse

2021

2021-02-26

---

Lina Bengtsson MAS

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
<b>Vård- och omsorgsnämndens ansvar .....</b>	<b>5</b>
<b>Verksamhetschefens ansvar .....</b>	<b>5</b>
<b>Områdeschefens ansvar .....</b>	<b>6</b>
<b>Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar .....</b>	<b>6</b>
<b>Enhetschefens ansvar .....</b>	<b>6</b>
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar .....</b>	<b>6</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet .....	12
Socialstyrelsens öppna jämförelser .....	12
<b>Samverkan med medborgare i övrigt .....</b>	<b>12</b>
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Egenkontroll.....	13
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>15</b>
Riskanalys .....	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	16
Informationssäkerhet.....	16
<b>Samverkan vid utskrivning – SVU.....</b>	<b>16</b>
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>18</b>
Egenkontroll.....	18
<b>Läkemedelsgenomgångar .....</b>	<b>18</b>
<b>Nutrition .....</b>	<b>18</b>
<b>Senior Alert .....</b>	<b>19</b>
<b>Fall och fallolyckor .....</b>	<b>20</b>
<b>Munhälsa .....</b>	<b>21</b>
<b>Palliativa registret.....</b>	<b>23</b>
<b>ARBETE MED NATIONELLA</b>	

---

<b>PUNKTPREVALENSMÄTNINGAR</b> .....	<b>24</b>
Nationell punktprevalensstudie av trycksår.....	24
Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler .....	25
Avvikelser .....	27
Avvikelser angående läkemedelshantering .....	27
Dokumentation .....	28
Journalgranskning .....	28
Delegation.....	29
Klagomål och synpunkter.....	29
Händelser och vårdskador .....	29
<b>MEDICINTEKNIK</b> .....	<b>30</b>
Medicinteknisk avvikelse .....	30
Periodiskt underhåll .....	30
<b>REHABILITERING. FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.</b>	
Sjukgymnastens/fysioterapeutens insatser .....	32
Arbets terapeutens insatser .....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
<b>VÅRD OCH OMSORG OM PERSONER MED DEMENS SJUKDOM</b> .....	<b>32</b>
Verksamheter .....	32
Mål och strategier för kommande år .....	36
<b>TRYGG HEMGÅNG</b> .....	<b>36</b>

---

## Sammanfattning

Hälsa - och omsorgsnämnden har som mål att erbjuda en likvärdig vård- och omsorg av hög kvalitet genom att arbeta systematiskt och förebyggande.

Bedömningen är att verksamheten uppfyller hälsa- och välfärdsnämndens mål även om det finns områden som kan förbättras ytterligare.

Under 2021 har patientsäkerhetsarbetet helt präglats av covid-19 pandemin samt införandet av nytt verksamhetssystem Treserva. I Osby kommun har verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen.

Det har krävts ett stort arbete av såväl personalen allra närmast vårdtagarna som för chefer och övriga kringfunktioner. Krishanteringsplaner har upprättats och en mängd beslut fattats som handlar om att hantera covid-19.

Det vanliga arbetet i vardagen har flutit på men förbättringsarbetet har begränsats till att främst handla om införandet av Treserva.

Flödet av vårdtagare från sjukhuset har varit snabbt och Osby kommun har lyckats väl med att effektivt ta emot personer för att på så sätt undvika onödig vistelse på sjukhus för vårdtagarna.

Liksom under 2020 har det under 2021 funnits vakanser i ledningsorganisationen. Dessa vakanser i kombination med pandemin har medfört att utvecklingsarbetet blivit lidande. Vi ser också att det är svårt att rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor vilket påverkar verksamheten med press på övrig personal samt chefer för att täcka vakanserna. För att garantera patientsäkerheten är det viktigt att säkerställa en tillräcklig bemanning av sjuksköterskor dygnets alla timmar. Detta problem har lyfts tidigare men kvarstår.

Den demografiska utvecklingen samt de ökade krav som ställs på kommunens hälso- och sjukvård genom hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner innebär att ett fortsatt arbete för att göra rätt saker, ha en fullgod kompetensförsörjning och attrahera hälso- och sjukvårdspersonal är mycket viktigt. Allt mer hälso- och sjukvård kommer att ske i kommunal regi framöver. Osby kommun har en god hälso- och sjukvårdsorganisation men det är viktigt att fortsätta detta goda arbete och satsa på det förebyggande arbetet.

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen PSL ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse årligen. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Hälsa- och omsorgsnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet har påbörjats och det arbetet fortgår.

### Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

#### Hälsa- och omsorgsnämndens ansvar

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

#### Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att

---

kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **Områdeschefens ansvar**

Följa upp och svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med förvaltningschef och områdeschefer att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Samverkan med andra vårdgivare ingår också i MAS ansvar.

I MAS uppdrag ingår även att enligt HSLF-FS 2017:41 anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskade (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. MAS ansvarar även för att rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till IVO. Anmälningsskyldigheten framgår av 3 kap. 7§ PSL.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl 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 samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur hälsa- och omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Målet är att patienterna ska uppleva en obruten vårdprocess oavsett huvudman och att samverkan leder till minskad risk för att patienterna ska drabbas av vårdskador. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Hälsa- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna
- <http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%88Arden-i-Ska%CC%88Ane.pdf>
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa AB
- Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne

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

Under 2021 har det planerats för att operativa tjänstemannaberedningen ska arbeta med frågor som rör följande områden:

- fortsatt arbete med kompetensförsörjning och kompetensutveckling enligt fastställd plan
- fortsatt arbete med implementering av

---

gemensamma beslut om e-hälsa och informationsförsörjning

- fortsatt uppbyggnad av Region Skånes läkarstöd enligt delregional planering, med fortsatt anpassning av arbetsätt och bemanning av kommunernas sjuksköterskefunktion i takt med uppbyggnad av läkarstödet
- handlingsplaner för fokusområdena är beroende av hur läkarstödet kommer att vara ombyggt och flera frågor står därför fortfarande kvar att besvara och väntar på vilka beslut
- fokusområdena kommer att ses över inför 2022 för att vara aktuella till omvärldsläget.

### **Gränslös vård Hässleholm, Osby och Perstorp**

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

### **RIVÖ**

Samverkan för att förebygga risker i vårdens övergångar (RIVÖ) – en samverkansgrupp med representanter som arbetar patientnära. Denna lokala grupp har representanter från tre kommuner, slutenvård (sjukhuset i Hässleholm), ASIH och primärvård. Gruppen tar med sig avvikelser (oönskade händelser). Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att komma fram till konkreta lösningar som sedan återkopplas i egen verksamhet i ett lärande syfte.

### **Resultat**

RIVÖ är ett uppskattat samverkansforum. Deltagarna diskuterar tillsammans uppkomna aktuella avvikande händelser. Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att undvika att avvikelser uppstår och ett lärande sker. Dialogerna möjliggör en bättre förståelse för de olika organisationernas förutsättningar. Förutom diskussion kring uppkomna avvikelser, strävas det efter en samsyn kring tolkningen av regelverket och att kunskapsnivån ska bli mer jämn.

Initiativ har tagits under året till att RIVÖ inriktar sig mer specifikt mot vissa områden som gruppen kan arbeta med under en period för att försöka komma åt de problem som man kan lösa och problem som ligger på en annan nivå lämnas över till den nivån så man inte fastnar i sådant man inte kan lösa på RIVÖ. MAS i ÖG samt hälso- och sjukvårdsstrateg region Skåne har tagit initiativ till detta arbete.



---

## Lokal samverkan

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

## Övrig samverkan

Osby kommun deltar aktivt i Forskningsplattformen, Högskolan Kristianstad.

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

MAS har även representerat nordöstra Skåne i MAS/MAR-samråd med Skånes kommuner samt i olika arbetsgrupper.

MAS är representerad i LPR Psykisk ohälsa.

## Mina planer

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

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ska ge en samlad beskrivning av individens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP gäller för patienter i alla åldrar och med alla olika vård- och omsorgsbehov. En SIP ska upprättas när behov finns. SIP kan ibland behöva upprättas innan utskrivning från sjukhus, då det finns ett behov av samordning av insatser och behov. En SIP ska ge en begriplig och hanterbar helhet för patienten, närstående och personal.

## Resultat och analys

Dokumentationen i Mina planer behöver förbättras. Flera avvikelser mellan huvudmännen hade kunnat undvikas om IT-verktyget hade

---

använts optimalt. Det som brister är kunskapen om regelverk och svårigheten att hålla personal uppdaterad då omsättningen på nyanställda är stor oavsett huvudman.

I Osby kommun sker mycket få SIPar under tiden patienterna är inlagda på sjukhus, de genomförs istället när patienterna kommit hem.

### **IHOPA**

Under 2021 har IHOPA blivit ett etablerat arbetssätt tillsammans med sjukhuset i Hässleholm, ASIH samt kommunerna Osby, Hässleholm och Perstorp. Syftet är att samordna insatserna inför att vårdtagaren skrivs ut från sjukhus och förbättra kommunikationen mellan vårdgivarna och resultatet har fallit mycket väl ut.

### **Läkarmedverkan**

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

Lokala samverkansmöten sker tillsammans med företrädare från kommunen, vårdcentralerna samt ASIH. Även sjukhusen och psykiatrin medverkar.

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

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

Vårdformen innebär att man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö med läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunal vård som bas i teamet. Läkarestödet fortsätter att successivt utformas men påverkas av läkarbrist i nordöstra Skåne. Att vårdcentralerna har lyckats rekrytera läkare som stannar under längre tid påverkar vården mycket positivt.

### **Resultat:**

Under 2021 har implementeringsarbetet avstannat något till följd av hög arbetsbelastning. Avtal finns mellan vårdcentralen och läkarbilen som utgår från Hässleholms sjukhus. Det är dock mycket sällsynt att bilen

---

faktiskt används, de flesta besök sköts av vårdcentralen eller Falck. Samarbetet mellan vårdcentralerna och kommunens hälso- och sjukvård är mycket gott och fungerar väl.

Region Skåne har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal finns mellan hälsa – och omsorg i Osby kommun och Helsa AB respektive Vårdcentralen Osby. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos listad patient, kan mobila teamet från Hässleholms sjukhus alternativt Falck Ambulans AB kontaktas. De läkarbemannade hembesöksbilarna har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.

Det finns ett mobilt läkarstöd, en bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset i Hässleholm. Det mobila läkarstödet fungerar främst som sjukhusets förlängda arm och kan följa upp patienter som annars skulle behövt ligga kvar längre på sjukhuset. Bilen kan också kallas ut av primärvården om deras läkare inte har möjlighet att bedöma patienten. Bilen har varit i drift parallellt med Falcks hembesöksbilar. Vi har endast haft bilen ute vid enstaka tillfällen. De gånger den varit ute har det fungerat väl.

Fokus på SIP är starkt uttalat i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, SIP är ett krav för att bli inskriven i den nya vårdformen. Dock finns det fortfarande förbättringspotential, främst gällande kvaliteten inom Osby kommun. En gemensam handlingsplan finns upprättad tillsammans med vårdcentralerna för att få ett flöde i arbetet med SIP. Att arbeta med SIP är nu etablerat som arbetsform men kvaliteten i SIP behöver utvecklas ytterligare.

Sjuksköterskorna signalerar att det kan vara svårt att få ut läkare för hembesök i ordinärt boende då de ofta är mycket uppbokade på vårdcentralen. Det skapar osäkerhet för sjuksköterskorna vilket är negativt. Frågan fortsätter att lyftas för diskussion vid samverkansmötena med vårdcentralen.

## **FoU nätverk Skåne nordost**

FoU (Forskning och utveckling) nätverk är ett viktigt led i den gemensamma utvecklingen av vård och omsorg. Syftet med nätverken är att utbyta erfarenheter, ge inspiration och att samverka kring gemensamma utmaningar och mål. Osby kommun har haft representation i nätverken. Dock är det begränsat vilka nätverk som är igång och är fungerande.

---

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Patientlag 2014:821

Patienter och i förekommande fall närstående ska göras delaktiga i vården. Det kan ske genom att:

- medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- medverka vid upprättande av SIP – Samordnad Individuell Plan
- bli informerade om när nationella studier genomförs
- bli informerade vid utredning av vårdskador
- bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Kommunikation med närstående sker kontinuerligt och närstående bjuds alltid in till SIP om vårdtagaren så önskar. Information via anslag, sociala medier och hemsida. Nu under covid har information gått ut frekvent i samband med förekommande smitta.

## **Socialstyrelsens öppna jämförelser**

Socialstyrelsen gör årligen en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende.

Här finns undersökningen i sin helhet:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

## **Samverkan med medborgare i övrigt**

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, mervetare, veteranerna etc.

Verksamheten arbetar mycket med att vara synliga på sociala medier och att bjuda in närstående vid aktiviteter. Under 2021 har närstående sociala aktiviteter anpassats utifrån smittläget av covid-19.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Rapporteringsskyldighet**

All personal har skyldighet att rapportera vid risk för vårdskada eller vid händelser som kunnat medföra en vårdskada. All personal inom vård-

---

och omsorg får information om rapporteringsskyldigheten, dels vid nyanställning och därefter fortlöpande. Det gäller för såväl avvikelserapportering, lex Sarah och lex Maria.

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen. Under 2021 har en händelse inträffat enligt rapport av risk för allvarlig vårdskada och 8 rapporter enligt lex Sarah har gjorts men ingen har skickats till IVO. 1 medicinskteknisk avvikelse har inrapporterats.

### **Synpunkter och klagomål**

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

Klagomål och synpunkter som skickas eller lämnas in till förvaltningen sammanställs i diariet samt hanteras av ansvarig chef som skyndsamt ska utreda synpunkten eller klagomålet samt lämna ett svar till den som lämnat synpunkten.

### **Patientsäkerhetsarbete under året med Covid19**

Även året 2021 blev ett speciellt år där så många resurser har fått prioriteras om för att hantera den pandemi som spridits över världen.

Covid-19 har prioriterat sig själv och vårt arbete liksom personalens arbetsmiljö har påverkats väsentligt av covid-19.

Personalen på alla nivåer har gjort ett helt fantastiskt arbete under pandemin. Samtliga har varit mycket belastade men trots det agerat föredömligt.

Vaccinationer har genomförts vid flera tillfällen under året i god samverkan med vårdcentralerna. Vaccinationstäckningen har varit mycket god hos såväl vårdtagare som personal.

De som kunnat har arbetat hemifrån vilket gjort att den digitala mötes-tekniken har finlipats och nu fungerar mycket väl.

Nämnden har fattat beslut om att Osby kommun ska ha ett förråd för 6 månaders förbrukning av skyddsutrustning och desinfektionsmedel. Detta beslut ska verkställas i början av 2022.

Smittspårningen har under året tagit mycket resurser i anspråk och varit ansträngande för alla, inte minst vårdtagarna.

### **Covidrelaterad samverkan**

För att omvärldbevaka och följa med i det ständigt föränderliga flödet av information, har kommunen på olika sätt deltagit i nationella, regionala och lokala samverkansforum. Samtliga forum har varit digitala.

- 
- Veckomöten via WIS, Länsstyrelsens webbaserade informationssystem, med syfte att samordna statlig verksamhet. Representation på mötena var aktörer som på olika nivåer har ansvar för samhällsskydd och beredskap.
  - Veckomöten med primärvårdskluster, där tre kommuner samt tillhörande offentliga och privata primärvårdsenheter träffats för uppdatering av Covidläget samt för information och erfarenhetsutbyte.
  - Covidavstämning på lokal nivå där kommun, privata vårdgivare tillsammans med ASIH samt privat och offentlig vårdcentral i Östra Göinge träffats. Veckomöten med uppdatering av covidläget samt för att samverka kring covidrelaterade arbetsuppgifter som inventeringar, smittspårningar, vaccinering och läget för skyddsutrustning. Lokala rutiner som upprättades delades mellan samtliga deltagare för samsyn och för att underlätta informationsspridningen i verksamheterna.
  - Samverkansmöten covid19 och rehabilitering med representation av enhetschefer, rehab chefer, rehab enheter MAS och MAR från nordostkommunerna, Hässleholms sjukhus, Centralsjukhuset Kristianstad samt primärvård.
  - Månadsmöten med Smittskydd och vårdhygien Skåne för information och möjlighet att ställa frågor för förtydligande gällande smittskydd och hygienfrågor/rutiner.
  - Veckomöten med kommunförbundet och Region Skåne gällande vaccineringsfrågor.
  - Regelbundna möten med MAS-nätverk nordost. För kunskaps och erfarenhetsutbyte relaterat till Covid19.

## **Resultat och analys**

I en tid av snabba beslut och där förutsättningarna ständigt har ändrats, med kort framförhållning, har samverkan under året satts på prov. Såväl intern som extern samverkan har fungerat föredömligt. Vårdpersonal har förhållit sig till omprioriteringar och att arbeta i full skyddsutrustning under lång tid för att förhindra smittspridning. Samtliga chefer och annan personal på ledningsnivå har gjort sitt yttersta för att möjliggöra arbetet efter de förutsättningar som funnits. Arbetet upplevs ha haft god effekt då smittspridning inom verksamheterna varit låg.

Trots många smittspårningar med många personer involverade, konstaterades få patienter positiva. Få har avlidit i covid-19 i särskilt boende under året.

Samtliga involverade har tagit stort ansvar och arbetat utanför annars givna ramar för att på olika sätt hantera uppkomna situationer. Sjuksköterskorna har tagit ett stort ansvar i att ställa om för att kunna vara behjälpliga vid smittspårningar och vaccineringar. Legitimerad personal

---

och chefer har hjälpt vårdcentraler och andra vårdgivare med inventeringar för olika vaccinationsspår och vaccineringsfaser.

Under början av året förekom enstaka fall av smitta på våra vård- och omsorgsboenden samt inom hemtjänsten. Under senvår och sommar lugnade läget ner sig för att sedan öka igen under slutet av året. När varianten Omikron gjorde sitt intåg ändrades sjukdomsbilden då den var mer smittsam samtidigt som människor inte blev så svårt sjuka. Generellt har man lyckats begränsa smittspridningen väldigt bra. Det har varit svårare att begränsa Omikron men även där har smittspridningen varit begränsad och ingen har blivit allvarligt sjuk av Omikron.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år  1 gång per år	PPM-databasen  HALT- Senior alert, ej under 2019, 2020 eller 2021 av hänsyn till hög arbetsbelastning pga covid.
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Senior Alert – PPM Separat egenkontroll
Hygienronder	1 gång per år Hanterats specifikt utifrån covid-19	Ej genomfört under 2021. Tät samverkan med vårdhygien.
Patientsäkerhetsdialoger - RIVÖ	8 gånger per år	Protokoll
Avvikelser	Kontinuerligt	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Nattfasta	1 gång per år	Nattfastemätning
Apoteksgranskning	1 gång per år	Rapport av extern granskare.

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

---

## **Risikanalys**

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

Risikanalys genomförs för att skador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård och omsorg. Riskanalyser genomförs alltid i samband med verksamhetsförändringar och där beaktas även patientperspektivet.

De risker som vårdgivaren ser är främst risker i samband med vårdens övergångar, främst mellan olika vårdgivare. För att jobba med dessa finns en samverkansgrupp där representanter finns från kommun, primärvård och Hässleholms sjukhus. MAS samt vårdplanerare eller sjuksköterska från korttiden ingår i denna grupp.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Beskriver händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut till obehöriga, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs. Rutin finns för informationssäkerhet och behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen (EU 2016,679, GDPR) följs och en GDPR ansvarig finns i kommunen som är behjälplig för samtliga förvaltningar i dessa frågor.

## **Resultat**

Under 2021 har ett nytt verksamhetssystem implementerats. Det har tagit mycket tid i anspråk och gjort att det varit svårt att genomföra loggkontroller i det nya systemet då vi inte lärt oss alla funktioner än. Det har också varit problem med tillgången till NPÖ vilket starkt kritiserats hos leverantören som arbetade med problemet över årsskiftet och vidare in på det nya året.

Fortfarande råder problem med statistikinlämningen till Socialstyrelsen och dialog pågår med leverantören av verksamhetssystemet. Loggkontroller som utförts i det gamla systemet under året enligt gällande rutin visar inget avvikande.

## **Samverkan vid utskrivning – SVU**

Från 1 januari 2018 började den nya lagen om samverkan vid utskrivning att gälla. Det innebär att processen med att ta emot personer som skrivs ut från slutenvården förändrades till att bli digital och att



---

kommunerna skulle ta emot patienter inom 3 kalenderdagar efter utskrivning.

Att avvikelserna minskat under 2021 förmodas bero på covid-19.

Vården på alla nivåer har varit otroligt ansträngd och möjligheten att arbeta med avvikelser förmodas vara mindre än normalt. Trots det har avvikelser inkommit och arbetet fortlöpt.

Avvikelse till	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Psykiatri, Kristianstad	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Ambulans, Hässleholm	1	1	0	0	0	1	0	1	0
ASIH	0	0	0	0 (2)	0	0	1 (2)	1	(1)
Centralsjukhuset, Kristianstad	6	6	5	7	6	17	19	6	6
Sjukhuset, Hässleholm	6	6	4	7	5	2	1	2	0
Primärvård	0	0	0	2	1	1	1	0	0
Interna, IT mfl							2	3	3
Skånetrafiken								1	1
<b>Totalt</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>11</b>

RIVÖ (Risker I Vårdens Övergångar)-grupper som hanterar avvikelser och förbättringsarbete i samband med dessa finns nu verksamma i såväl Hässleholm som Kristianstad. Där ingår personal från verksamheten, vårdplanerare, MAS och chefssjuksköterska.

Även IHOPA-projektet tillsammans med Hässleholms sjukhus har pågått under 2021, vilket varit mycket framgångsrikt och förbättrat samarbetet mellan sjukhus och kommuner väsentligt. Vårdplanerande sjuksköterska har representerat Osby i arbetet med IHOPA, MAS har ingått i styrgruppen. HSL-personal från Osby kommun har jobbat dagligen med IHOPA. Företrädare från region Skåne arbetar för att implementera IHOPA i större skala i Skåne då det varit så framgångsrikt.

#### **Förbättringsförslag 2022:**

Fortsätta arbetet med RIVÖ samt medverka i olika samverkansforum för att påverka förbättringar av rutinen. Arbeta vidare med IHOPA. Viktigt att Osby är representerat i olika forum för att föra fram nordostperspektivet och driva kommunens frågor.

Arbeta vidare med nytt avvikelssystem för lättare kunna följa avvikelser och på så sätt effektivisera avvikelsearbetet och utvecklingen av kvaliteten.

---

# RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

## Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Undvika undernäring	Undvika nattfasta längre än 11 timmar	Nattfastemätning	36% av boende på SÄBO har en ofrivillig nattfasta kortare än 11 timmar	Fortfarande kan resultatet bli bättre. Bättre resultat än i fjol. Skillnader mellan enheterna. Använda kollegialt lärande.
Undvika betalningsansvarsdagar i slutenvården	Färre än 2,8 dagar enligt genomsnittsmodellen	Bevaka kvartalsrapporten	Genomsnitt 1,5 dagar under 2021.	Förvaltningen har ett väl genomarbetat system för att ta emot patienter på ett effektivt sätt efter utskrivning.
Förebygga trycksår, undernäring och fall	Arbeta strukturerat med Senior Alert	Genomföra åtgärder vid risk	91% utförda åtgärder vid risk	En hög andel av åtgärderna genomförs

## Läkemedelsgenomgångar

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande gällande läkemedel:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

Läkemedelsgenomgångar har genomförts under året. Halsa, numera Kry gör en modifierad genomgång en gång om året över de äldres läkemedelsbehandling. Vårdcentralen Osby gör läkemedelsgenomgångar enligt Skånemodellen men den höga arbetsbelastningen under covid-19 har påverkat arbetet med genomgångar som har fått skjutas upp vid vissa tillfällen.

## Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. En måltidspolicy har tagits fram av kostchefen med input från hälsa och omsorg. En nutritionspolicy finns sedan tidigare.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas.

---

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med teamet runt patienten ansvarar för att en riskbedömning sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan. Kommunens dietisttjänst på 50% är inte återbesatt efter att dietisten slutat sin anställning och därför är det primärvårdens dietist som kopplas in vid behov av dietistkompetens.

### **Nattfasta**

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

	Nattfasta < 11 t	Nattfasta över 11 tim
Vecka 45 2021	64%	36%
Vecka 45 2019	56%	44%
Vecka 40 2018	54%	46%
Vecka 40 2017	70%	30%
Vecka 40 2016	72%	28%

Resultatet från nattfastemätningen 2021 visar att två av SÄBO-enheterna i kommunen lyckas bra med nattfastan. På övriga två SÄBO-enheter är inte resultatet lika bra, vilket drar ner helhetsresultatet. Det visar sig dock att ett idogt och envist arbete med nattfastan gör nytta.

Under 2020 genomfördes inte på grund av hög arbetsbelastning till följd av covid-19.

### **Förbättringsförslag 2022**

Enhetschefen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har en viktig uppgift med att driva nutritionsfrågorna på respektive enhet. Utbildningsinsatser har genomförts men arbetet bör följas upp ännu tydligare för att komma åt problemet.

Ytterligare insatser gällande nutrition behövs gällande måltidsmiljö och dygnets totala nutrition. Det hade varit önskvärt att ha mer dietistresurs tillgänglig i kommunen.

### **Senior Alert**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring, trycksår och

fallolyckor. Arbetet har inriktats mot teamarbete. Verksamheterna har generellt lyckats väl med att genomföra arbetet trots det ansträngda läget. Någon enhet sticker ut gällande åtgärder vid risk.

### **Förbättringsförslag 2022**

Inför 2022 är det viktigt att verksamheterna följer upp åtgärderna som initieras vid riskbedömningen för att säkerställa att de blir genomförda. De enheter som har sämre resultat gällande genomförda åtgärder vid risk bör se över sitt arbetssätt och följa upp att åtgärderna genomförs. Då vissa enheter sticker ut på ett positivt sätt bör kollegialt lärande praktiseras.

Även blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall bör mätas i senior alert och ingå som en del av riskbedömningen.

Enhet	Andel utförda åtgärder vid risk i %				Andel riskbedömningar med risk			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Lindhem	98%	99%	97%	100%	96%	95%	92%	92%
Rönnebacken	92%	95%	88%	94%	92%	93%	93%	94%
Bergfast	98%	94%	87%	67%	91%	89%	94%	97%
Soldalen	95%	87%	86%	97%	88%	82%	94%	90%
HTJ/HSV Osby	79%	92%	79%	81%	74%	80%	74%	79%
HTJ/HSV Lönsboda	74%	81%	90%	88%	63%	80%	80%	94%
Korttid/TH Osby	85%	93%	92%	92%	100%	100%	100%	100%
Korttid/TH Lönsboda	100%	0%	0% (endast en person)	0%	50%	50%	100%	100% (2 st)
<b>Totalt</b>	<b>90%</b>	<b>80%</b>	<b>78%</b>	<b>77%</b>	<b>88%</b>	<b>84%</b>	<b>91%</b>	<b>93%</b>

### **Fall och fallolyckor**

Fall är farligare än vad folk i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95% av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25 procent. Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. En höftfraktur föregås ofta av flera fall.

---

Under 2020 föll 171 personer 737 gånger. Under 2021 föll 142 personer 570 gånger. Betydligt färre fall under 2021 än under 2020.

Konsekvenserna av fallen ledde till följande:

Inga konsekvenser:	416
Mjukdelsskada:	75
Sårskada:	57
Annan skada:	9
Fraktur höft/lår:	6
Fraktur arm:	3
Förlängd vårdtid:	5
Skallskada:	1

Bättre resultat än under 2020 men riskerna med fall är desamma. Av den anledningen ligger förbättringsförslaget sedan 2021 kvar även under 2022. Att byta miljö samt demenssjukdom utgör en särskild risk för fall, det pekar på att det fallförebyggande arbetet bör intensifieras på Spången samt demensenheterna.

#### **Förbättringsförslag 2022:**

Fortsätta arbeta med handlingsprogrammet för fallförebyggande insatser inom samtliga enheter med tonvikt på Spången och demensenheterna.

#### **Munhälsa**

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid den årliga munhälsobedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas. Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med Region Skåne om samarbete vid munhälsobedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Region Skåne har upphandlat munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av tandvårdsföretaget Oral Care AB.

*I senior alert registreras munhälsobedömningar. Det finns fortfarande förbättringspotential avseende antalet registreringar. Vissa enheter är flitigare än andra. I tabellen nedan redovisas alla de bedömningar som gjorts där vårdtagaren hade någon typ av munproblem enligt grad 2 ROAG, dvs avvikelser i munhälsan som med insatser kan åtgärdas av vårdpersonalen. I alla dessa fall ser vi alltså att problem fanns som lätt*

---

*kan avhjälpas. Om ingen bedömning skett är risken stor att problemen växt sig större och lett till såväl ökat lidande för individen som ökade kostnader för individ och samhälle. Det är således viktigt att alla fortsätter att arbeta med bedömningarna för att ytterligare förbättra munhälsan framöver.*

Under 2020 utfördes 326 riskbedömningar av munhälsa, 322 utfördes med hjälp av ROAG bedömning, i 4 fall gick det inte att genomföra en fullständig bedömning men risk fanns och i 58 fall bedömdes inte munhälsan.

MASarna deltog i en presentation av arbetet med munhälsa under covid-19. Där betonades att både munhälsan och den totala hälsan påverkas negativt när inte munhälsobedömningar sker. I Osby kommun har munhälsobedömningar samt undersökningar och behandlingar genomförts under pandemin men tider kan ha flyttats beroende på om det funnits en pågående smitta eller ej på enheten.

## **Förbättringsförslag 2022**

**Munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av vårdplaner. Arbeta kontinuerligt med munhälsobedömningar samt utbilda ROAG-ombud. Fortsatt arbete med munhälsa i senior alert.**

## **BPSD**

BPSD innebär beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och drabbar ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. BPSD-registret innebär ett strukturerat arbetssätt att arbeta tvärprofessionellt med vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

### **Totalt antal BPSD registreringar**

År	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	130	158	160	186	217	190	152	164

Källa: BPSD-registret

### **Antal registreringar på respektive enhet**

Enhet	2017	2018	2019	2020	2021
Rönnebacken	57	53	46	20	17
Bergfast	11	18	21	11	20
Osby hemtjänst	3	1	5	2	1
Lönsboda hemtjänst	0	0	0	0	0

Lindhem	76	75	72	74	63
Soldalen	39	70	46	45	63

### Resultat:

Samtliga verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret, dock med varierande frekvens. Fortfarande är antalet registreringar lågt i hemtjänsten vilket bör förbättras ytterligare. En handlingsplan finns för hur arbetet med BPSD ska ske i samtliga verksamheter.

Arbetet inom demensvården har omstrukturerats och det är viktigt att följa upp så att arbetet med BPSD fortskrider.

De synpunkter som har lämnats från ansvariga för BPSD-registret är att arbetet ska ske i teamarbete, det kan inte utföras av en enskild person. Alla aspekter är viktiga att väva in. Kvaliteten behöver förbättras genom att alltid ange korrekta uppgifter. De uppgifter som matas in ska stämma med vad som är journalfört. Viktigt att uppgifterna är välgrundade, tex genom viktkontroll mm så att det inte grundar sig på tyckanden.

Kommunen har tre BPSD-koordinatorer som ger stöd till verksamheterna och utbildar fler användare.

### Förbättringsförslag 2022:

Registrera i BPSD-registret i samtliga verksamheter med fokus på implementering i hemtjänsten och dagverksamheterna.  
Demenssjuksköterskan bör driva detta arbete övergripande tillsammans med enhetscheferna.

### Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Värde i procent %

Indikatorer i palliativa registret – år:	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brytpunktssamtal patient	76	61	70	98	87	37	45
Brytpunktssamtal närstående	-	-	-	-	-	72	74
Utfört smärtskattning med validerat instrument	70	73	80	100	80	61	66
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	97	97	95	98	92	96	95
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	84	85	88	98	93	96	97

Förekomst av trycksår vid dödsfallet	10	15	15	10	7	13	21
Någon närvarande i samband med dödsfallet		82	84	90	89	80	71
Erbjudande om eftersamtal till närstående		89	95	100	-	85	90
Munhälsobedömning		83	81	90	75	72	79

Källa: Palliativa registret

Gällande brytpunktssamtal så redovisas de uppdelat på närstående och patient. Här finns förbättringspotential. Gällande erbjudande till patient är oftast orsaken att de är för dåliga att medverka. Smärtskattning utförs inte i tillräcklig omfattning och måste förbättras. Det är glädjande att konstatera att en hög andel erbjuds läkemedel mot smärta och oro. Sjuksköterska med ansvar för palliativ vård har varit delaktig i FoU-nätverket men det lokala nätverksarbetet har varit sparsamt.

### **Förbättringsförslag 2022**

Implementera NVP, Nationell Vårdplan Palliativ vård. Det har planerats för detta arbete även under 2021 men det fick skjutas upp till 2022 pga hög arbetsbelastning till följd av covid samt bitvis brist på legitimerad personal. Driva arbetet med det palliativa nätverket, dels genom sjuksköterskenärvaro på FoU-nätverket, **dels genom att bibehålla och utveckla det lokala palliativa nätverket.** Det är viktigt att såväl hälso- och sjukvårdspersonal som omvårdnadspersonal har kunskap om palliativ vård.

### **Arbete med nationella punktprevalensmätningar**

Under året har i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting SKL genomförts nationella punktprevalensmätningar.

### **Nationell punktprevalensstudie av trycksår**

På uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har en punktprevalensstudie genomförts för att visa på förekomst av trycksador/trycksår. I Osby kommun genomfördes mätningen av sjuksköterskor och kontaktpersoner hos 240 vårdtagare inom vård och omsorg. En hudbedömning genomfördes på alla vårdtagare för att mäta förekomst av trycksador och vilken kategori de tillhörde. Samtliga äldreboenden gör riskbedömning i Senior Alert.

Resultat 2009 – 2020:

År	Antal Vårdtagare	Andel i %	Antal trycksår Kat.1	Antal trycksår Kat. 2	Antal trycksår Kat. 3	Antal trycksår Kat. 4
2009	180	10	9	7	1	1
2010	167	8	8	3	1	1
2011	165	5	8	3	0	0



2012	162	9	6	6	1	1
2013	152	4	2	4	1	1
2014	147	4	3	1	1	1
2015	148	4	4	0	0	2
2016	153	7	6	5	2	1
2017	228	5	8	7	1	2
2018	145	16	21	11	4	4
2019	260	18	22	16	4	6
2020	244	7	11	11	3	2
2021	239	10	18	6	2	5

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår 2009-2021

2021-års mätning visade följande:

Antalet trycksår ligger på ungefär samma nivå som 2020. Fortfarande finns behov av att fortsätta arbetet för att sänka andelen trycksår ytterligare.

### **Förbättringsförslag 2022**

Fortsätta det strukturerade arbetet med senior alert. Varje vårdtagare med risk för trycksår ska ha en vårdplan med åtgärder för att undvika att tryck utvecklas. Säkerställa att all personal har tillräcklig kunskap om trycksårsprevalens, utbilda personal kontinuerligt, såransvariga sjuksköterskor bör ha spetskunskap kring trycksår och trycksårsprofylax. Arbeta med trycksår sker i teamsamverkan.

### **Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler**

Bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom äldreomsorgen kan ge svåra följder främst genom spridning av antibiotikaresistenta bakterier och smittsamma sjukdomar till äldre personer med nedsatt motståndskraft.

På uppdrag av SKR har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på "Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg" (SOSFS 2015:10).

Metoden grundar sig på observationsstudier och genomförs genom att en sjuksköterska eller undersköterska med specifikt intresse och kunskap för hygienfrågor gör 10 observationer per enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

I kommunen har observationer utförts i samtliga fyra äldreboende

samt i hemtjänst/hemsjukvård Lönsboda respektive Osby. Totalt 6 enheter med totalt 60 observationer

**Särskilt boende:**

**Ordinärt boende**

År	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
Korrekt desinfektion av händerna före	75	70	70	75	65	74	67	75
Korrekt desinfektion av händerna efter	98	90	95	75	95	87	86	94
Korrekt användning av handskar	90	88	95	90	100	74	86	82
Korrekt användning av plastförkläde	63	70	55	90	75	77	71	88
Korrekt arbetsdräkt	95	98	60	90	100	87	87	96
Avsaknad av ringar, armband, klocka	95	95	80	95	85	97	89	98
Kort eller uppsatt hår	100	100	100	90	90	92	97	95
Korta naglar, ej konstgjort material	100	100	80	95	95	97	92	100

Källa: Nationell punkt prevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler – SKR

Fortfarande finns det mer att önska av följsamheten till hygienriktlinjerna. Mycket har blivit bättre men det är fortfarande inte 100%. Egenkontroller har genomförts under året med goda resultat.

**Förbättringsförslag 2022:**

Utbilda hygienombud på samtliga enheter som dels utbildar övriga kollegor, håller sig uppdaterade med hygienområdet samt genomför hygienmätningar.

**HALT**

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistenta bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Istället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer.

**Ingen HALT-mätning har genomförts i Sverige under 2021. Osby kommun valde att avstå HALT-mätning under 2021 för att skona personalen då arbetsbelastningen var mycket hög och alla resurser behövdes i arbetet med covid-19.**

Resultat

Indikator	Osby 2016	Osby 2017	Osby 2018	Riket 2016	Riket 2017	Riket 2018
-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------

Totalt antal vårdtagare i HALT-mätningen	137	157	97	12090	24846	14077
Antal vårdtagare med korttidsvård	13	11	1	153	694	108
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	2	2	0	212	368	195
Antal vårdtagare med antibiotika	8	1	2	406	730	422
Antal vårdtagare med profylax	4	1	0	109	138	82
Andel vårdtagare med antibiotika (prevalens)	5%	1%	2%	3%	2%	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	1	2	426	827	469

## Avvikelser

### Uppföljningar genom egenkontroll

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.

### Extern läkemedelsgranskning

Under hösten 2021 utfördes en extern läkemedelsgranskning av representant från Apoteket AB. Protokoll upprättades med åtgärdsförslag och läkemedelsrutinen är under uppdatering med utgångspunkt från granskningsprotokollet.

### Avvikelser angående läkemedelshantering

Avvikelserna registreras i ett digitalt program för läkemedelshantering.

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rönnebacken	54	117	154	94	84	65
Bergfast	27	33	64	25	10	6
Lindhem	26	29	12	17	9	48
Soldalen	22	29	42	25	15	16
Omsorgen	0	0	10	2	0	2
HSV Osby	6	24	45	22	40	22
HSV Lönsboda	63	70	48	38	118	42

---

Totalt	198	302	375	223	276	201
--------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Inrapporterade avvikelser har minskat på de flesta enheter från föregående år. Det är positivt att antalet avvikelser minskar men samtidigt väcks en oro över att alla avvikelser inte rapporteras in.

Vi har svårt att få fram antalet avvikelser under 2021 då vi bytt verksamhetssystem vilket försvårar möjligheten till statistik i övergången.

Statistiken i e-läkemedel visar att det inom hemtjänsten i Osby i större utsträckning än inom andra enheter missas att ge läkemedel inom avsatt tidsintervall och även inte blir givet.

Hemsjukvården har lyft problematiken kring läkemedelsförvaringen i ordinärt boende. Många vårdtagare har svårt att själv ordna med inköp av låsbart skåp för läkemedelsförvaring.

#### **Förbättringsförslag 2022:**

Samma förslag som under 2021 kvarstår, dvs att fortsätta att utbilda all tillsvidareanställd personal i samband med delegation. Förslagsvis vid APT en gång per år samt webutbildning. E-signering ska användas i samtliga verksamheter.

Verksamheten köper in läkemedelsskåp och tillhandahåller dessa mot en avgift. På så sätt blir förvaringen likvärdig och säker och den underlättar för den enskilde.

Ytterligare analysera anledning till missade doser inom hemtjänsten samt i övriga verksamheter där det förekommer.

#### **Dokumentation**

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om given vård. Journalen är även viktig för kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården.

#### **Journalgranskning**

Det har varit svårt att genomföra slumpmässiga journalkontroller inom samtliga verksamheter då journalsystemet byts ut och det varit en hel del svårigheter under året. Det som är tydligt är att det behövs mer utbildning i det nya arbetssättet med nytt journalsystem och uppföljning behöver göras kontinuerligt under 2022.

---

Problemen som varit tidigare med inlämnande av statistik kvarstår i viss mån ännu vilket måste åtgärdas av systemleverantören.

### **Delegation**

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade personalen att regelbundet följa upp sina delegationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte kan delegera katetersättning om man själv inte praktiserar detta. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1982:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning.

Delegeringsmöjligheten ska användas i undantagsfall. På grund av rekryteringssvårigheter i samband med främst semesterperioden har vissa reellt kompetenta undersköterskor fått en utökad delegation. Det har fungerat väl men det är önskvärt att kunna anställa legitimerad personal i sådan omfattning att denna åtgärd blir överflödiga.

Delegationssystemet kommer att digitaliseras under 2022.

Delegationsrutinen har uppdaterats under 2021.

### **Förbättringsförslag 2022**

Utveckla delegationsutbildningen och arbetssättet gällande utfärdande av delegationer.

### **Klagomål och synpunkter**

Synpunkter och klagomål hanteras av företrädesvis berörd chef eller i vissa fall MAS och svar skickas till den klagande. Synpunkten eller klagomålet lyfts sedan upp i verksamheten vid ett APT eller ledningsmöte för att delge all personal vad som inträffat och diskutera hur en liknande händelse kan undvikas i framtiden.

### **Händelser och vårdskador**

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen.

*Följande har rapporterats in:*

Typ av rapport	2018	2019	2020	2021	IVO 18	IVO 19	IVO 20	IVO 21
Lex Sarah	16	12	6	8	3	0	0	0
Lex Maria	0	0	0	0	0	0	0	0

---

Anmälan till läkemedelsverket	4	5	3	3	0	0	0	0
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ingen lex Sarah har bedömts som allvarlig och skickats vidare till IVO under året. Samtliga rapporter lyfts vid ledningsträffar för spridning på systemnivå samt delges nämnden.

### **Medicinteknik**

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner. De kommunala riktlinjerna för Medicintekniska produkter finns tillgängliga på såväl intranät som kommunens hemsida. Under året har en bladderscan införskaffats för att vi ska kunna scanna urinblåsan och lättare och snabbare kunna hjälpa patienter med svårighet att tömma blåsan.

### **Medicinteknisk avvikelse**

3 avvikelser har anmälts vidare till Läkemedelsverket.

### **Periodiskt underhåll**

En sjuksköterska i Osby har som sitt ansvarsområde att se över alla rutiner samt ansvara för att alla kontroller blir utförda. Viktigt att detta ansvarsområde ses över kontinuerligt om personal byter befattning eller arbete.

### **Rehabilitering**

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende, LSS-boende och i ordinärt boende enligt gällande avtal med region Skåne, s.k. hemrehabilitering. Patienter som har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk träning skall erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av behörig personal. Vid behov skall ett ADL- eller funktionsstatus upprättas. Vid behov av rehabilitering skall en rehabplan upprättas, företrädesvis tillsammans med en vårdplan. Önskvärt är att upprättandet av vård- och rehabplan sker i teamsamverkan.

### **Fysioterapeutens insatser**

---

Sjukgymnasten/fysioterapeuten ansvarar för funktionsbedömningar, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till omvårdnadspersonal eller rehabassistenter.

### **Arbetsterapeutens insatser**

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

### **Dietistens insatser**

Vi har nu inte längre någon dietist anställd i kommunen. Det vore önskvärt att på sikt ha denna resurs i kommunen igen.

### **Arbetsterapeut vid biståndsbedömning**

I samband med att invånare i behov av hjälp ansöker om insatser hos biståndsbedömarna så kopplas även arbetsterapeuten in.

Arbetsterapeuten kan då göra en bedömning av om personen som ansökt om hjälp kan bli självständig med hjälp av träning, hjälpmedel eller bostadsanpassning. Detta arbete påbörjades 2017 och visar utmärkta resultat. Ett fantastiskt arbetssätt som verkligen hjälper individen att vara självständig så länge som möjligt. Ett sådant förebyggande arbetssätt visar på vilken styrka det är med teamarbete samt vilken stor nytta hälso- och sjukvårdspersonal gör i det förebyggande arbetet.

Under pandemin har detta arbete inte genomförts på samma sätt som tidigare då hembesök har begränsats till ett minimum. Nu är arbetsgruppen igång med ett omtag av arbetet.

### **Måltavlan**

”Måltavlan” är ett instrument som tagits fram av rehabgruppen i Osby kommun. Instrumentet är inte validerat eller reliabelt och kan inte användas som något säkert utvärderingsinstrument.

Dock anser vi att måltavlan tydliggör tendenser som stämmer med vad vi upplever i verkligheten och att ”Måltavlan” utgör ett bra arbetsmaterial i diskussion kring rehabilitering och mål med vårdtagare, anhöriga och personal.

Instrumentet är uppdelat i två delar P-ADL (skötsel av person, maxpoäng 60) och I-ADL (skötsel av hushåll, maxpoäng 32). Hög poäng är lika med stort hjälpbehov.

### **Rehabgruppens arbete**

Teamarbetet gällande Senior Alert fortskrider på ett framgångsrikt sätt. Rehabpersonalen har drivit detta arbete på ett utmärkt sätt och arbetet med Senior Alert är nu verkligen teambaserat och implementerat i våra verksamheter. Det fungerar mycket bra i vissa grupper, lite sämre i andra. Rehabpersonalen genomför även förflytningsutbildning för all personal, denna utbildning har dock inte genomförts under

---

pandemin. Rehabpersonalen är drivande i olika typer av utvecklingsarbete samt ingår i olika team inom hälsa- och välfärdsnämndens verksamhetsområde. Allt detta utförs på ett mycket förtjänstfullt sätt. Utvecklingsarbetet i denna grupp fungerar mycket väl.

### **Trygg Hemgång**

Kommunen har team i såväl Osby som Lönsboda som arbetar med Trygg hemgång, i samband med hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse. Det arbetet är framgångsrikt då många vårdtagare skrivs ut från Trygg hemgång med inga eller få insatser från hemtjänst. Den enskilde får bättre förutsättningar för ett självständigt liv. Under året var 113 vårdtagare inskrivna i Trygg hemgång. 84 i Osby och 29 i Lönsboda.

Det är tydligt att rehabiliteringsinsatserna är mycket viktiga för att den enskilde ska uppnå självständighet och en ökad livskvalitet. Vid behov av rehabilitering skall en rehabplan upprättas, företrädesvis tillsammans med en vårdplan. Önskvärt är att upprättandet av vård- och rehabplan sker i teamsamverkan. Patient som har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk träning skall erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av behörig personal. Vid behov skall ett ADL- eller funktionsstatus upprättas.

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende, LSS-boende och i ordinärt boende enligt gällande avtal med region Skåne, s.k. hemrehabilitering.

### **Vård och omsorg om personer med kognitiv svikt**

Hög ålder är den största riskfaktorn för kognitiv svikt. I Osby kommun beräknas ca 200-250 personer ha någon form av demenssjukdom.

#### **Verksamheter**

I kommunen finns 48 lägenheter som räknas som gruppboende för personer med kognitiv svikt.. Det finns dagverksamhet i Osby som erbjuder aktiviteter, promenader och utflykter. Verksamheten har flyttat till Lindhem när det blev möjligt ur ett covidperspektiv. I början av året användes lokalerna som covidenheter. Under året har denna verksamhet anpassats till följd av covid-19. Verksamheten har skett i mindre grupper alternativt att den enskilde har fått mera stöd i hemmet. Ett antal undersköterskor har utbildat sig till specialistundersköterskor inom demensvård och de har haft ett antal träffar under året med utgångspunkt i utvecklingsarbete som de bedriver tillsammans med enhetschef. Ett så kallat hemstödsteam i Osby har ansvar för hemtjänstinsatser till personer med demenssjukdom. Teamet arbetar med hög kontinuitet för att underlätta för vårdtagarna. I Lönsboda finns ett mindre demensteam som arbetar på liknande sätt. Vid särskilt svåra omvårdnadssituationer finns handledning att tillgå



---

från erfaren och specialistutbildad personal inom kommunen. Växelvård för personer med kognitiv svikt upplevs inte alltid som det bästa alternativet för den enskilde. Behov finns av att utveckla alternativa möjligheter till avlastning för att möta behovet hos vårdtagare och närstående.

Under året har de båda demenssjuksköterskorna startat upp verksamheten enligt den nya organisationen. Två specialistutbildade sjuksköterskor på Lindhem respektive Soldalen (specialistssk under utbildning, snart klar) arbetar såväl med sitt omvårdnadsansvar som med demenssjuksköterskeuppdraget på deltid. Satsningar har även skett gällande specialistundersköterskor vilket tillfört mycket till verksamheten och förbättrat vården av personer med kognitiv svikt. En kompetensgrupp för kognitiv vård finns och fungerar som styrgrupp och från den utgår sedan arbetsgrupper som jobbar med olika utvecklingsområden inom vård vid kognitiv svikt. Ett koncept som också är under utveckling där vi jobbar tillsammans i team.

### **Förbättringsförslag 2022**

**Utveckla dagverksamheten till att även omfatta växelvård och flexibel avlastning.**

**Utbilda all personal i endagsutbildning kring BPSD.**

**Implementera arbetet med BPSD i hemtjänsten.**

### **eHälsa och välfärdsteknik**

Olika typer av välfärdsteknik samt e-hälsotjänster underlättar såväl insamling av information till hälsodata- och kvalitetsregister, som en snabbare återkoppling till personal, huvudmän, myndigheter och invånare. Vidare skapar detta helt nya förutsättningar för forskningen om utfall och effekt av olika insatser.

Socialstyrelsen kräver från 2020 att HSL-uppgifter ska lämnas in enligt struktur för ICF och KVÅ. Under 2021 arbetade verksamheten och framför allt superanvändare med att bygga upp nytt verksamhetssystem utifrån den nya strukturen kring ICF och KVÅ. Under hösten har verksamhetssystemet implementerats i verksamheten för all HSL-personal. Systemet fungerar ännu inte helt tillfredsställande och det finns fortfarande svårigheter med att skicka in statistik.

Det nya verksamhetssystemet har funktioner som digitaliserar processer kring delegationer, digital kalender, avvikelser och signering för både HSL och SoL-insatser. HSL-personal kommer även att kunna dela uppdrag till omvårdnadspersonal som digitalt kan föra tillbaka återkoppling direkt i systemet. På grund av den höga arbetsbelastningen av pandemin har verksamheten valt att implementera dessa delar under 2022.

---

Under 2021 har verksamheten testat IR-sensorer på Bergfast. Systemet har gett positiva effekter både för vårdtagare och personal. Utifrån vårdtagarnas perspektiv har verksamheten sett flera möjligheter till personliga inställningar som gör vården mer personcentrerad. Det är även stora fördelar att inte behöva störa vårdtagare på natten. Ur personalens perspektiv ger systemet möjlighet att visuellt se var vårdtagaren befinner sig i rummet vid larm eller tillsyn. För vårdtagare med fallrisk är detta av stor vikt då personalen kan se om vårdtagaren har fallit eller inte.

Under 2021 har även planer och förberedelser gjorts för att under 2022 starta ett digitalt processkartläggningsverktyg. Systemet kommer att tydliggöra processer och det går även att koppla dokument där riktlinjer och rutiner som tydliggör uppdrag och ger stöd till medarbetare och chefer.

### **eHälsa - planering för 2022**

- Implementering av resterande delar av nytt verksamhetssystem.
- Fortsatt arbete med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå.
- Påbörja användande av processkartläggningsystem.

### **Uppsökande verksamhet**

Under 2021 har verksamheten startat upp fysiska besök under hösten efter uppehållet under covid. Verksamheten har sett över material och kallelser inför uppstart. Verksamheten sköter kallelser och bokar upp besöken i nuläget.

Under 2021 utfördes 25 besök. Gruppen som prioriterats är de som inte fått besök under covid. Verksamheten räknar med att kunna erbjuda alla som inte fått besök under covid under våren, till hösten skickas inbjudningar till årets 77-åringar.

Från verksamheten upplever de besökande att de äldre överlag är nöjda, det finns ingen större oro för covid längre. De äldre litar på vaccinet. Ett ökat antal individer tackar nej till besök. Fler vill även boka om tid. Under hösten 2022 kommer projekt igång från högskolan som innebär att vissa vårdtagare får erbjudande om ”smartplåster” som funkar som en snubblometer. De kommer alltså att mäta risk för fall.

Vård och omsorg har sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. Från och med

---

2018 sker besöken istället till de som är 77 år och äldre, i ett projekt tillsammans med Högskolan Kristianstad. De allra flesta tackar ja till besöken. Vid besöket tas i regel följande ämnen upp till diskussion och information:

- sociala aktiviteter
- hälsa, syn och hörsel
- boendesituation
- aktuella läkemedel ev. olämpliga
- riskbedömningar och förebyggande åtgärder för
  - fallolycka
  - felnäring
  - kognitiva besvär
  - benskörhet

### **Screena för förmaksflimmer**

Sedan några år erbjuder man att ta ett tum-EKG för möjligheten att finna tidigare upptäckta och obehandlade förmaksflimmer. Många personer känner inte själva att de har ett förmaksflimmer. Obehandlade förmaksflimmer är en stor riskfaktor för att drabbas av stroke. Statistiskt sett kommer ca 20 % av personer med obehandlade förmaksflimmer att drabbas av stroke. Personer som drabbas av stroke pga obehandlat förmaksflimmer får oftast en mycket omfattande stroke, som kan leda till att patienten avlider eller får omfattande skador på hjärnan. Detta innebär stort personligt lidande och mycket höga samhällskostnader.

Sedan starten har den uppsökande verksamheten funnit strax över 20 nyupptäckta förmaksflimmer. Dessa personer har fått förebyggande antikoagulantibehandling.

Av detta kan man dra slutsatsen att enbart upptäckten av personer med förmaksflimmer och att de kommer till behandling, ger en årlig besparing motsvarande nästan hela kostnaden för den uppsökande verksamheten. Dessutom förhindras ett stort lidande.

### **Förbättringsförslag för 2022**

- Se över varför fler tackar nej till samtal
- Fortsätta att komma ikapp med hembesök efter covid
- Fortsatt samarbete med högskolan

---

## Mål och strategier för kommande år

För att möta den demografiska utvecklingen och de ökade kraven på kommunen som hälso- och sjukvårdsavtalet samt lagen om samverkan vid utskrivning medför är det viktigt att arbeta förebyggande. Den största effektiviseringen samt vinsten för varje individ är att undvika ohälsa. Osby kommun har en lång tradition av att arbeta förebyggande på olika plan för att undvika att ohälsa uppstår.

Målet är att öka patientsäkerheten.

### **Trygg hemgång**

113 personer har varit inskrivna i Trygg hemgång under 2021.

Hälsa- och välfärdsnämnden har som ett mål att Trygg hemgång ska vara ett förstahandsalternativ efter vistelse på sjukhus och att andelen som vårdas i Trygg hemgång ska öka. Vård och rehabilitering i den enskildes hem har ofta mycket god effekt och vårdtagarna är oftast mycket nöjda med den vård som ges. När någon vårdas i Trygg hemgång finns alltid en garantiplats på något av kommunens korttidsboenden tillgänglig för att garantera trygghet för den enskilde. Det är sällan platsen utnyttjas.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård som trädde i kraft 1 januari 2018 har påverkat såväl Trygg hemgång som korttidsvården med ett snabbare flöde vilket ställt ökade krav på all personal att möta behovet och anpassa verksamheten. Dessa krav kvarstår och tempot är mycket högt vid utskrivningar.

### **Läkarmedverkan**

Fortfarande finns en tröghet gällande inskrivning i mobil vårdform och detta arbete behöver utvecklas ytterligare. En svårighet är tillgången på läkare och ett sätt att möta behovet kan vara att ha visst läkarstöd digitalt. Arbetet med att lyfta frågan, såväl på tjänstemannanivå som på politisk nivå är viktigt. I Osby kommun står vi inför andra utmaningar än vad som är fallet i södra Skåne och nordostperspektivet behöver belysas i samtliga samverkansformer för att vi ska komma vidare. Ett ihärdigt arbete med att lyfta frågorna och att verka för att det ska komma till stånd krävs även framöver.

### **Arbetsterapeut och biståndshandläggare samarbetar vid biståndsbedömning**

Under 2017 påbörjades ett utvecklingsarbete där arbetsterapeut medverkar vid biståndshandläggningen i nära samarbete med biståndshandläggare. När den enskilde ansöker om trygghetslarm eller utökning av insatser gör arbetsterapeuten ett hembesök. Syftet är att kartlägga om någon träning eller något hjälpmedel kan sättas in istället för att en insats från hemtjänsten beviljas. Arbetet har mottagits positivt

från såväl vårdtagare, biståndshandläggare som arbetsterapeut. I flera fall har träning eller hjälpmedel kunnat vara till hjälp medan det i andra fall gjort att en bedömning skett att den enskilde behöver mer insatser än han eller hon ansökt om. Arbetet är nu etablerat och kommer att fortsätta. Under pandemin har det varit svårare att upprätthålla arbetssättet men det har tagits omtag och arbetet fortsätter.

## Framtidstrategier

En del av framtidsstrategierna för 2021 finns kvar att arbeta med under 2022 då de inte kunnat fullföljas som tänkt till följd av covid-19. De som är markerade med **grön** färg har genomförts under året. De med **gul** färg pågår och **röda** är inte tillfredsställande eller har ej kunnat genomföras.

De som inte har färgmarkering kvarstår tillsammans med gula och röda att jobba vidare med. Flertalet av dessa var sedan tidigare planerade att arbeta vidare med under 2022.

Förbättringsområde	Ansvarig	Följs upp
Ofrivillig nattfasta ska inte överstiga 11 timmar för boende på SÄBO, dvs alla som så önskar ska erbjudas mat eller dryck som bryter nattfastan.	EC	Vid nattfastemätning
Antalet fall ska fortsätta minska, samtliga enheter ska arbeta fallförebyggande enligt handlingsplanen för fallprevention	EC	Kontinuerligt i senior alert samt i PSB
Implementera teamarbete i hemtjänst/hemsjukvård <b>Högst prioritet!</b>	<b>EC, OC</b>	<b>Här finns mycket kvar att göra. Arbete pågår.</b>
<b>BPSD-registreringar på samtliga enheter</b>	<b>EC, demenssjuksköterska</b>	<b>Fungerar bra på VoB. Brister i hemtjänst.</b>
Minska förekomsten av trycksår samt utveckla arbetet med sårläggning.	EC, OAS, AT, SG	PPM-mätning, PSB
Ta fram en utbildningsplan för samtlig personal i trycksårsprofylax	EC, MAS, OC	2022
Gå med i Rikssår	MAS, OC	2022
Implementera nytt verksamhetssystem	OC, MAS, EC	Delvis klart, pågår även våren 2022

Implementera en standardiserad process för introduktion av personal	OC, EC, MAS	Klart 2021
Införa Nationell Vårdplan Palliativ vård NVP	MAS; EC	2022
Införa nationell handlingsplan för patientsäkerhet	MAS, OC	Påbörja arbetet hösten 2021
Införa ett processverktyg kopplat till stratsys för att underlätta för nyanställda samt vid uppföljning.	MAS, OC	Påbörja arbetet hösten 2021, pågår
Säkerställa bemanning av HSL-personal.	OC, EC	Ständigt pågående
Inköp av läkemedelsskåp i ordinärt boende	EC, MAS	Inte utfört 2021, arbete fortsätter 2022.