

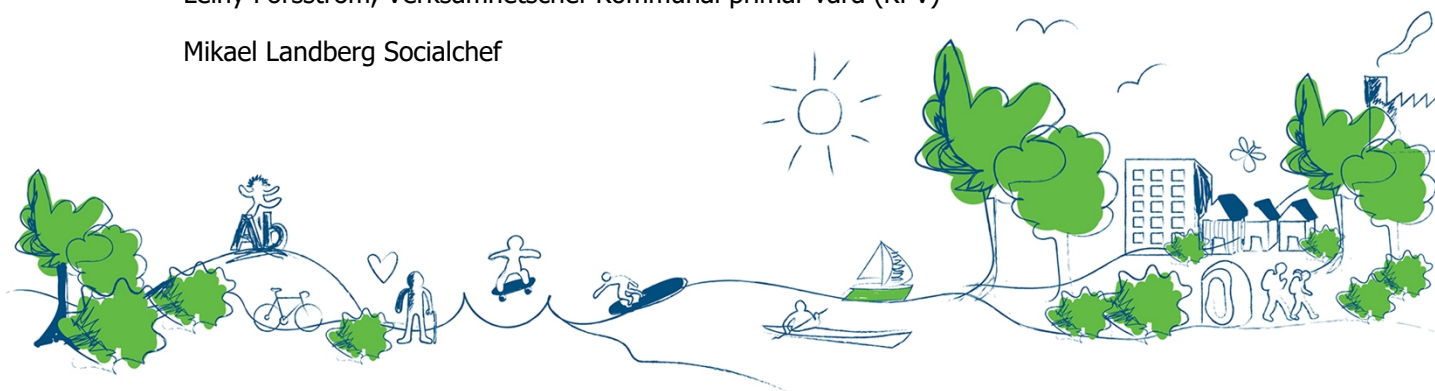
# Socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2023



Kerstin Pettersson, tf Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Leiny Forsström, Verksamhetschef Kommunal primär vård (KPV)

Mikael Landberg Socialchef



## Sammanfattning

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse i syfte att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultatet av arbetet som skett under året avseende patientsäkerhet. Kärnan i allt patientsäkerhetsarbete är helhetssyn och systematiska arbetssätt och årets uppföljning visar att merparten av de mål som upprättats i syfte att höja patientsäkerheten helt eller delvis uppnåtts.

Förvaltningens avdelningar har under året arbetat i olika spår, där äldreomsorgen lagt särskilt fokus på att utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården och funktionsstöd genomfört ett kartläggningsarbete vilket synliggjort flera viktiga förbättringsområden att arbeta vidare med. Ett omfattande förvaltningsövergripande arbete med att kartlägga processer, tydliggöra roller och ansvar i processerna, se över riktlinjer och rutiner har genomförts under året och kommer fortsätta under 2024. Allt i syfte att säkra god vård och omsorg för de vi finns till för. Berättelsen redogör bland annat för hur förvaltningen arbetat med samverkan, informationssäkerhet, kunskap och kompetens, säker vård samt ger förslag på mål och strategier för 2024.

## Innehåll

Inledning .....	1
Övergripande mål och strategier .....	2
Organisation och ansvar .....	2
Beskrivning och analys av patientsäkerhetsarbete 2023 .....	3
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	3
Funktionsstöd .....	3
Äldreomsorg .....	3
Informationssäkerhet .....	4
En god säkerhetskultur .....	4
Funktionsstöd .....	6
Äldreomsorg .....	6
Tillsyn IVO .....	6
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	6
Lex Maria .....	6
Kunskap och kompetens .....	7
Funktionsstöd .....	7
Äldreomsorg .....	7
Patientdelaktighet .....	8
Funktionsstöd .....	8
Äldreomsorg .....	8
Agera för säker vård .....	9
Delegeringsprocess .....	10
Nattfastemätning .....	10
Palliativa arbetet .....	11
ISU-projekt via Nestor .....	11
Bedömning av vårdhygienisk standard .....	11
Journalgranskning .....	12
Mål och strategier för 2024 .....	12
Funktionsstöd .....	12
Äldreomsorg .....	12

## Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som senast den 1 mars ska finnas tillgänglig. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att utveckla och stärka patientsäkerheten i de verksamheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Under föregående år tog Sveriges kommuner och regioner, SKR, inom ramen för kunskapsstyrning och den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, fram en ny nationell mallstruktur för patientsäkerhetsberättelsen. Årets berättelse utgår från denna mall.

Funktionen som medicinskt ansvarig sjuksköterska har, under delar av 2023, varit tillsatt med en konsult, vilket inneburit vissa utmaningar kring uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet.



Bildkälla:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Hälso- och sjukvården 2020 – 2024".

## Övergripande mål och strategier

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Det innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard.

Hälso- och sjukvården ska även tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Utöver detta ska vården främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt vara lättillgänglig.

Nedan framgår övergripande mål och strategier för 2023:

- Utbildning i avvikelserapportering samt avvikelshanteringsprocessen för såväl chefer som hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.
- Fortsatt arbete för att främja omställningen till en God och nära vård.
- Utbildning i och uppföljning av basala samt smittförebyggande hygienrutiner.
- Start av översyn och uppföljning av den vårdhygieniska standarden (vid särskilt boende för äldre).
- Patientsäkerhetsnätverk har införts och implementeras vid samtliga särskilda boenden för äldre, SÄBO.
- Utbildning i fallprevention via Nestor i multiprofessionella team med uppföljande förbättringsarbete (särskilt boende för äldre).
- Nattfaste-mätning är utförd och handlingsplaner finns framtagna både på individ- samt verksamhetsnivå (särskilt boende för äldre).

## Organisation och ansvar

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

Socialförvaltningen har hälso- och sjukvårdsansvar upp till och med sjuksköterskenivå inom särskilt boende och dagverksamhet för äldre samt boende och daglig verksamhet enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Förvaltningen har en samlad hälso- och sjukvårdsenhet med sjuksköterskor samt arbets- och fysioterapeuter vilka organisatoriskt är placerade under avdelningen för äldreomsorg.

Läkarinsatser tillhandahålls av Region Stockholm.

Ansvarsförhållandena mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef KPV och socialnämnden regleras av styrdokumentet "Övergripande ansvarsförhållanden hälso- och sjukvård". Revidering av dokumentet pågår och förväntas färdigt under våren 2024.

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar inom följande verksamheter:

### **Särskilt boende för äldre, SÄBO**

Lotsen, Rosengården, Sunnerbo och Tallåsen

Totalt 190 lägenheter och 13 platser för växelvård/korttidsboende

### **Kastanjebackens dagverksamhet**

Biståndsbedömd dagverksamhet med 22 platser (varav 11 med inriktning demens)

**Bostad med särskild service, LSS**

Postmästarens gruppbofastad, Ribbens gruppbofastad, Viljans gruppbofastad, Solgläntans gruppbofastad, Sorunda gruppbofastad hus 4 och hus 6, Släggans servicebofastad och Telegrafens servicebofastad  
Totalt 56 lägenheter

**Daglig verksamhet LSS**

Lev Ut, Horisonten, Nickstadalen (kommunal verksamhet)  
Totalt 112 platser

Inom LSS finns dessutom två LOV-utförare av dagverksamhet, Återbruket och Lugnets djur och natur. Utförarna ansvarar själva för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt aktuella lagar och förordning samt att anmäla vårdskador enligt lex Maria. MAS ska ha full insyn i genomförda uppgifter vid tillsyn.

## Beskrivning och analys av patientsäkerhetsarbete 2023

I avsnitten nedan redovisas hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits för att nå de uppsatta målen för 2023. Aktiviteterna har till stor del utgjorts av kompetensutveckling och kunskapshöjande insatser.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

En grundläggande faktor i patientsäkerhetsarbetet är samverkan, både intern och extern. Samverkan sker i olika forum och på olika nivåer. Några exempel är REKO (tidigare LAKO) – en samverkan mellan förvaltningen och de lokala vårdaktörerna, regelbundna möten med läkarorganisationen och nätverksträffar inom ramen för den nationella omställningen till God och nära vård. Uppföljning och utvärdering visar dock fortsatt behov av att, i förvaltningen över lag, utöka och stärka samverkan både internt och externt.

### Funktionsstöd

Som nämnts ovan finns behov av att utöka samverkan inom förvaltningens olika avdelningar. Funktionsstöd har särskilt sett behov av att stärka intern samverkan med hälso- och sjukvårdsenheten. Verksamheterna arbetar tillsammans med att tydliggöra roller och ansvar samt skapa en systematik kring samverkan.

Inom ramen för REKO-arbetet pågår ett gemensamt arbete mellan avdelningen och de lokala vårdaktörerna med implementering av samverkansavtalet REKO. Det gäller främst primärvården och psykiatrin.

### Äldreomsorg

Inom äldreomsorgen sker samverkan både internt och externt. Fyra gånger per år träffas företrädare för geriatriken vid Nynäshamns sjukhus, primärvården, hemtjänst, kommunens hälso- och sjukvårdsenhet och beställaravdelningen.

Vidare har ett kvalitetsforum startat upp vid förvaltningens SÄBO. Här ges möjlighet för den legitimerade personalen och enhetschefen att diskutera det specifika boendets behov och förutsättningar för utveckling av patientsäkerheten.

Under året har lokalt samverkansmöte med läkarorganisationen startats upp vid två av förvaltningens särskilda boenden och liknande samverkan kommer införas vid övriga boenden under 2024. I detta forum, som sker en gång per termin, träffas läkare, sjuksköterska, chef och representant från rehab-gruppen.

## Informationssäkerhet

God och säker informationshantering är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Vid årsskiftet 2021–2022 införde förvaltningen ett nytt verksamhetssystem, LifeCare. Vissa brister i att säkra informationsöverföring har identifierats, det gäller både möjligheten att skapa en helhetsbild av patientens situation och att dela information mellan den legitimerade personalen och omsorgspersonalen. Detta då olika yrkeskategorier dokumenterar utifrån olika lagrum, HSL respektive SoL/LSS, och därför inte automatiskt kan se varandras dokumentation i patientens journal. Loggningskontroll sker två gånger per år. Inga avvikelser har identifierats för 2023.

Den nya lagen om sammanhållen journalföring (2022:913) ges möjlighet att stärka patientsäkerheten genom ett helhetsperspektiv. Denna lagstiftning förväntas underlätta arbetet med möjligheten att ta del av dokumentation "över gränserna". Här pågår ett arbete tillsammans med förvaltningens systemförvaltare. Dialogen kring patienterna mellan omsorgspersonal och legitimerad personal sker idag främst via "säkra meddelanden" i systemet eller muntligt i samband med rapportering.

Samtliga verksamheter har särskilt utsedda superanvändare vilka fungerar som supportstöd i arbetet men det finns ett fortsatt behov av både konfiguration i systemet och att öka användarnas kompetens gällande dokumentation.

Genom avtal med läkarorganisationen har sjuksköterskor läsbehörighet i regionens journalsystem Take Care för patienter på särskilt boende för äldre. Denna behörighet saknas för patienter inom LSS och en översyn kring detta samt av möjligheten till förenklad inloggning påbörjades under året

Vidare har all legitimerad personal läsbehörighet i den Nationella Patientöversikten (NPÖ). NPÖ är ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring och ger vårdpersonal möjlighet att ta del av journalinformation som finns i andra vårdgivares journalsystem, förutsatt att patienten lämnat samtycke till detta.

## En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg. Verksamheterna arbetar systematiskt med avvikelshantering för att säkra kvalitet och patientsäkerhet. Säkerhetsaspekter samt avvikelser lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar (APT) för att främja ett lärande.

Analys av avvikelser ska ske regelbundet av ansvarig chef. Det kan konstateras att det finns ett fortsatt behov av kunskapspåfyllnad kring avvikelshantering och då särskilt vad avser risk- och händelseanalys samt utredning av negativa händelser.

En viss ökning av avvikelserna har skett sedan 2022. De vanligaste avvikelserna är fall och incidenter i läkemedelshanteringen.

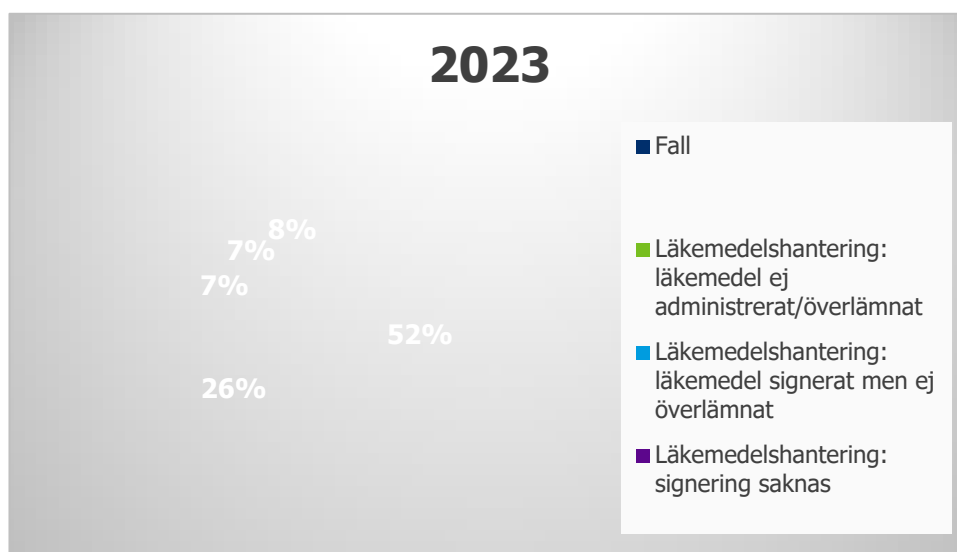
Avvikelseyp		Fall	Brister i läkemedelshantering	Övriga incidenter
2022		435	380	
2023	1095	482	438	175

Avvikelser som rör läkemedelshantering är den näst största avvikelseypen efter fall. Flera åtgärder har vidtagits under året i syfte att minska de läkemedelsrelaterade avvikelserna men det finns ett fortsatt behov av åtgärder. Vanligaste avvikelserna vid brister i läkemedelshanteringen är utebliven dos, att läkemedlet överlämnats men inte signerats eller att det signerats men inte överlämnats. Med planerad start i maj 2024 kommer digital läkemedelssignering införas vilket bedöms komma bidra till kraftigt ökad kvalitet avseende läkemedelshanteringen.

Under året har 19 vårdskador utretts vara två allvarliga, så kallade lex Maria. En vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Av figuren nedan framgår antalet avvikelser avseende:

- Fall
- Läkemedelshantering där läkemedel ej är överlämnat
- Läkemedel är signerat men ej givet överlämnat
- Läkemedel är överlämnat men ej signerat





## Funktionsstöd

Inom avdelningen finns behov av, i syfte att minska avvikelserna, stärkt samarbete med den legitimerade personalen kring vårdskaderelaterade avvikelser och vikten av att ha ett förebyggande perspektiv. Arbetet har påbörjats under 2023 och kommer fortgå samt prioriteras under 2024.

## Äldreomsorg

Under föregående år infördes Patientsäkerhetsnätverk på vid särskilt boende för äldre. Nätverksträffarna sker en gång per vecka på respektive boende. Forumet sammankallas av gruppchef och ska bestå av sjuksköterska, fysioterapeut/arbetsterapeut samt omsorgspersonal. I möjligaste mån, men minst en gång per månad, deltar även enhetschef. Vid nätverksträffarna granskar teamet nya avvikelser, identifierar behov av åtgärder samt följer upp tidigare identifierade åtgärder. Forumet bidrar till att stärka teamperspektivet kring patienten/brukaren och medför ett lärande mellan yrkeskategorierna, vilket är önskvärt speciellt vid hantering av fallavvikelser.

Avdelningen har haft som målsättning att, under 2023, skapa forum för övergripande analys av avvikelser på aggregerad nivå. Ett sådant forum har startat upp vid ett av boendena och arbetet med att implementera detta vid övriga boenden kommer fortsätta under 2024.

## Tillsyn IVO

Under 2022 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling för äldre på SÄBO. I tillsynen kontrollerades att kommunen fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Tillsynen bestod av flera olika delar, bland annat journalgranskning av kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation samt utskick och granskning av enkäter som besvarats av verksamhetsföreträdare, sjuksköterskor samt brukare/patienter. Denna tillsyn avslutades under 2023. Resultatet av tillsynen jämfördes med övriga resultat från resten av landet och redovisas i en fyrskalig skattning, där kommunen totalt sett hamnade på risknivå två av fyra. Sämst resultat, nivå fyra av fyra, hade kommunen vad gäller kontinuitet och dokumentation, varpå dessa områden kommer prioriteras för i fortsatt utvecklingsarbete. Handlingsplan kommer arbetas fram utifrån resultatet av tillsynen.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Verksamheterna ska genom att identifiera, utreda och mäta skador och vårdskador öka kunskapen om vad som drabbar patienterna/brukarna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna/brukarna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Antalet rapporterade avvikelser har totalt sett ökat under 2023 jämfört med tidigare år. Analys måste göras av varför antalet avvikelser ökat under 2023.

## Lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser och brister som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Nedan redovisas antalet lex Maria anmälningar de senaste tre åren:

År	Antal lex Maria anmälningar
2021	4
2022	8
2023	2

Under år 2023 har två händelser utifrån bestämmelserna om lex Maria utretts och rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, vara en inom äldreomsorgen och en inom funktionsstöd.

Den ena ärendet handlade om ett fall som resulterat i en fraktur och som bedömts som vårdskada, det andra ärendet handlade om brister i läkemedelshantering. Händelserna har påvisat behov av revidering och implementering av rutiner. IVO har avslutat ärendena och bedömt att kommunen i båda fallen vidtagit tillräckliga åtgärder.

IVO har ett ärende där anhörig har anmält kommunen.

Bedömningen är att det under året har skett ett lärande i verksamheterna samt att en stärkt samverkan för den verksamhetsnära avvikelshantering inom främst äldreomsorgen stärkts.

## Kunskap och kompetens

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

### Funktionsstöd

Verksamheterna inom funktionsstöd har en relativt låg personalomsättning. De tre dagliga verksamheterna har ett nära samarbete sinsemellan och med LSS-boenden, som innebär att medarbetare arbetar även i dessa verksamheter vid behov. Detta bidrar till hög kontinuitet, trygghet och säkerhet för målgruppen.

Utbildningar som har genomförts under 2023;

- Basala hygienrutiner, årlig utbildning för samtlig omsorgspersonal
- Arbeta säkert med läkemedel, via Demenscentrum, inför mottagande av delegering.
- Apotekets utbildning, inför mottagande av delegering
- Apotekets kunskapstest, inför mottagande av delegering

### Äldreomsorg

Verksamheten arbetar med målet att samtliga medarbetare ska ha adekvat utbildning och kompetens inom äldreomsorg samt patientsäkerhet. Verksamhetens arbete utgår från Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen samt personcentrerad vård och omsorg. I syfte att förbättra och utveckla verksamheten har bland annat implementering av måltidskoncept, värdegrundsarbete och start av Palliativprojektet genomförts.

Exempel på genomförda utbildningar som är obligatoriska:

- Basala hygienrutiner
- Desinfektionsguiden

- Demens ABC
- Demens ABC plus
- Fallprevention
- Psykisk ohälsa bland äldre
- BPSD
- Munhälsa och munvård
- IBIC

Inför delegering ska följande utbildningar göras:

- Arbeta säkert med läkemedel, via Demenscentrum
- Apotekets utbildning inför mottagande av delegering
- Apotekets kunskapstest inför mottagande av delegering
- Insulinhantering (endast för mottagare av insulindelegering)

Nytt för 2023 är patientbundna delegeringar och utbildning i samband med detta.

## Patientdelaktighet

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patienternas/brukarnas och de anhörigas delaktighet. Vården blir säkrare om patienten/brukaren är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten/brukaren samt utgå från att respekt skapar tillit och förtroende.

## Funktionsstöd

Samtliga enheter arbetar aktivt för att skapa delaktighet för brukarna i boendet och vid den dagliga verksamheten. När ny brukare flyttar in eller börjar på daglig verksamhet upprättas en genomförandeplan inom tre veckor. Vid upprättandet och även vid uppföljningar bjuds företrädare in, om brukaren så önskar.

Flera av boendena har brukarråd för att ta tillvara behov, intressen och önskemål. Brukarråd finns i de verksamheter där brukarna har förmåga att delta och tillgodogöra sig dessa, som komplement i övriga verksamheter används alltid respektive brukares genomförandeplan.

Samtliga verksamheter arbetar med verktyg som alternativ kompletterande kommunikation, tydliggörande pedagogik samt digitala och kognitiva hjälpmedel, som främjar delaktighet, säkerhet och trygghet.

Insatser planeras tillsammans med den enskilde och, i de fall det är aktuellt, dennes närstående i hälsoplan och genomförandeplan.

## Äldreomsorg

Verksamheterna arbetar med att både brukare och närstående ska vara delaktiga i den omsorg som erbjuds.

Välkomstsamtal sker inom två veckor från att den enskilde har flyttat in på boendet. Samtalet innebär att både individen och närstående får information om verksamheten och har möjlighet att ge information om brukarens önskemål. Under samtalet deltar kontaktperson, sjuksköterska,

representant från rehab-gruppen samt gruppchef utöver brukaren samt närstående. Insatser planeras tillsammans med den enskilde och, i de fall det är aktuellt, dennes närstående i hälsoplan och genomförandeplan.

Enligt lagstiftningen är vårdgivaren skyldig att förebygga, utreda och behandla undernäring. Detta gäller både inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Utifrån Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (HSL-FS 2022:49) har kostråd med brukarinflytande införts och kostombud utsetts vid samtliga SÄBO.

## Agera för säker vård

Samtliga verksamheter utövar egenkontroll i syfte att kvalitetssäkra den vård och omsorg som bedrivs. Egenkontrollerna utgör en viktig grund i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Majoriteten av egenkontrollerna finns inlagda i förvaltningens digitala kvalitetsledningssystem Stratsys. Egenkontrollerna behöver ständigt och regelbundet kompletteras och revideras samt utföras med en regelbundenhet under året. Under år 2024 kommer ska en lokal handlingsplan arbetas fram till vilken egenkontrollerna ska anpassas.

Som ett led i förvaltningens projekt avseende systematisk kvalitetsutveckling har en översyn av egenkontrollerna påbörjats. Arbetet med egenkontrollerna fortsätter under 2024.

Samtliga verksamheter har delvis dokumenterat resultatet av egenkontrollerna för 2023 genom registrering i Stratsys. Resultatet av egenkontrollerna belyser behov av kvalitetshöjande åtgärder inom vissa områden på enhetsnivå samt påvisar effekt av tidigare genomförda åtgärder.

Nedan redovisas de egenkontroller som verksamheterna genomfört samt status för 2023:

Egenkontroll	Status för 2023	Frekvens	Genomförande
Vårdhygien; mätning av följsamhet till basala hygienrutiner	Genomförd	1 gång årligen samt vid behov t ex vid smittspridning.	Punktprevalensmätning av samtliga enheters följsamhet till basala hygienrutiner. Sker via självskattning samt kollegiala observationer i alla verksamheter. Endast självskattning har gjorts.
Vårdhygien; bedömning av vårdhygienisk standard	Genomförd inom säbo	1 gång årligen	Ansvarig chef besvarar checklista för vårdhygienisk standard samt upprättar handlingsplan för åtgärder av identifierade brister/risker. För SÄBO finns avtal med Vårdhygien och stöd via hygiensköterska. Rapport har inte erhållits från hygiensjuksköterskan men enheterna har följt de råd som gavs vid tillsynen. Det är ett pågående arbete.
Kontrollräkning av narkotiska preparat	Genomförd, vissa undantag pga resursbrist	1 gång månatligen, vid behov oftare i enlighet med beslut av MAS	Kontrollräkning ska ske av namngiven sjuksköterska och det ska vara två personer vid kontrollräkning. Syftet är att förhindra svinn. Samt säkerställa att den

			sjuksköterska som kontrollräknar inte utsätts för misstanke.
Avvikelser	Genomförd	1 gång årligen	Ansvariga chefer för boendena, och enhetschef för hälso- och sjukvården sammanställer samt analyserar avvikelser som rapporterats under året. Detta ska rapporteras till MAS.
Egenkontrollsfrågor i Stratsys	Genomförd	1 gång årligen	Egenkontrollsfrågor besvaras av ansvarig chef inom äldreomsorgen, FS och hälso- och sjukvården i syfte att identifiera förbättringsbehov.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	Genomförd	1 gång årligen	Granskning av rutin för och hantering av läkemedelshantering sker via extern avtalad part. Eventuella åtgärder som behöver göras ska göras eller vara påbörjade inom 3–6 månader. Ska sedan redovisas till MAS, verksamhetschef för HSL, och på ledningsgrupp för äldreomsorgen
Journalgranskning	Genomförd delvis inom säbo	1 gång årligen	Strukturerad journalgranskning av slumpmässigt utvalda patientjournaler i samtliga verksamheter. Det har vid kontroll visat sig att dokumentationen är bristfällig vad avser åtgärder, uppföljning och utvärdering.
Loggkontroller i journalsystemet (LifeCare)	Genomförd	2 gånger årligen	Loggar kontrolleras genom stickprovskontroll som säkerställer informationssäkerhet.

## Delegeringsprocess

Delegeringsprocessen kvalitetssäkras hela tiden genom ökade krav på kunskap och kompetens. Samtliga mottagare av delegering genomgår kvalitetssäkrade utbildningar via Apoteket AB och gör ett kunskapstest med minst 80% som godkänt innan de kan få delegering. Under 2023 infördes krav på att vissa insatser endast kunde delegeras som patientbundna delegeringar

Det har inte noterats någon minskning av antalet delegeringar, inte heller har en ökad andel underkända noterats utifrån det ökade kompetenskravet. Delegeringsprocessen har i sin helhet kvalitetssäkrats i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 1997:14).

## Nattfastemätning

I den senaste nattfaste-mätningen noterades ett sammanslaget resultat där 70% av alla brukare hade en för lång nattfasta. Detta är en minskning av antalet patienter/brukare som har för lång nattfasta. Samtliga äldreboenden har påbörjat ett arbete med att ta fram handlingsplaner med konkreta åtgärder för att sänka nattfastan till under 11 timmar, vilket är det högsta rekommenderade gränsvärdet enligt Socialstyrelsen.

Åtgärder kommer att vidtas såväl på individ- som på verksamhetsnivå som ett led i att öka följsamheten till Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring. Enligt denna föreskrift ska vårdgivaren fastställa rutiner för hur undernäring ska förebyggas, bedömas, utredas och behandlas. Detta gäller både inom äldreomsorg och inom funktionsstöd.

I syfte att ytterligare stärka kompetensen och kvalitetssäkra det förebyggande samt behandlande arbetet för avseende undernäring har behov av dietiststöd i verksamheterna identifierats.

### Palliativa arbetet

Utifrån resultatet av tidigare genomförda egenkontroller startades en arbetsgrupp upp i syfte att planera verksamhetsövergripande förbättringar inom den palliativa vården vid SÄBO. Arbetet har bedrivits i projektform. Projektet är nu avslutat och resultatet av arbetet, tydliga målsättningar kring struktur, organisation, och utveckling av den palliativa vården, har implementerats vid samtliga SÄBO.

Kommunen har dessutom valt att ansluta till Palliativt kunskapscentrum, PKC. Via PKC ges möjlighet att ta del av kvalitetssäkrade utbildningar för palliativa ombud och chefer.

Kommunen är även ansluten till svenska palliativregistret som ger möjlighet att följa olika kvalitetsparametrar inom den palliativa vården. Uppgifter från registret har inte gått att få fram till årets patientsäkerhetsberättelse.

### ISU-projekt via Nestor

Som ett led i det fallpreventiva arbetet har samtliga särskilda boenden för äldre varit representerade i en tvärprofessionell grupp och genomgått utbildning i individbaserad systematisk uppföljning (ISU) via FOU Nestor. Arbetet med ISU kommer fortgå under år 2024.

### God och nära vård

Flera olika utvecklingsarbeten har genomförts och påbörjats under åren 2022 och 2023 inom ramen för God och nära vård. Flertalet kompetenshöjande insatser har skett inom både äldreomsorg och funktionsstöd. Vidare har flera inköp av hjälpmedel gjorts i syfte att stärka den personcentrerade vården samt främja hälsa utifrån ett förebyggande perspektiv. Samtliga åtgärder sker i samverkan främst internt men i förekommande fall även externt. Extern samverkan sker framför allt med ansvarig läkarorganisation samt primärvård som tillhandahåller läkarinsatser i de verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar.

### Bedömning av vårdhygienisk standard

Uppföljning och bedömning av vårdhygienisk standard har skett på SÄBO under 2023. Uppföljningen påvisade stort behov av översyn av spoldesinfektorer. I enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (2027:30) ställs krav på en god vårdhygienisk standard på säbo och en grundläggande förutsättning för en god vårdhygienisk standard är korrekt rengöring av det flergångsmaterial som används. Detta har lett till beslut om att nya spoldesinfektorer ska köpas in under 2024.

## Journalgranskning

Vid den tillsyn som IVO gjort uppmärksammades brister i hälso- och sjukvårdsdokumentationen och då främst gällande bristen på vårdplaner för patienter/brukare på SÄBO. En intern uppföljning av dokumentationen belyser ytterligare behovet av att strukturera hälso- och sjukvårdsdokumentationen i det nya journalsystemet. Det nya systemet skiljer sig betydligt från föregående journalsystem och medför behov av tydliga rutiner för dokumentation anpassade utifrån det nu införda systemet. Detta arbete prioriteras till början av 2024.

Vidare framkom att bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut inte sker enligt rutin vid inskrivning vid SÄBO eller vid beslut om boende enligt LSS. Inte heller genomförs regelbundna uppföljningar. En översikt av rehab-gruppens arbetsuppgifter är påbörjad i syfte att kartlägga vilka insatser som genomförs samt behovet av vilka insatser som bör genomföras. En inskrivningsrutin ska arbetas fram under början av 2024 för att säkerställa att samtliga bedömningar genomförs i enlighet med gällande regelverk samt att även uppföljningar genomförs enligt standard.

## Mål och strategier för 2024

Analysen ger vid handen att det pågår en hel del arbete inom förvaltningen för att förbättra patientsäkerheten men att det finns utvecklingsområden. Utifrån detta har förslag till mål och strategier för respektive avdelning tagits fram. Generellt inom förvaltningen konstateras ett behov av att säkra avvikelshantering. Förvaltningen har därför för avsikt att under vårterminen 2024 lägga särskilt fokus på detta.

### Funktionsstöd

Under 2024 kommer avdelningen att framförallt lägga fokus på att få till en bättre systematik i kvalitetsarbetets olika delar. Som stöd i arbetet finns avdelningens kvalitets- och verksamhetsutvecklare.

Utvecklingsområden:

- Att tydliggöra och implementera processer och tillhörande styrdokument
- Kompetensutveckling i avvikelshantering samt, i samarbete med förvaltningsstaben, ta fram en samlad analys kring avvikelser
- Utveckla samverkansprocessen rörande delegeringar inom dagverksamhet
- Fortsätta arbetet med att implementera samverkansavtalet med lokala vårdaktörer
- Fortsätta arbetet med att tydliggöra gränser, roller och ansvar tillsammans med HSL-enheten
- Upprätta lokal handlingsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet
- Införa digital signering av läkemedel

### Äldreomsorg

Under 2024 kommer avdelningen fortsätta det kvalitetsarbete som redan pågår, det genom att exempelvis lägga fokus på användandet av Palliativt kompetenscentrum, säkra avvikelshantering, personcentrerad vård samt hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Utvecklingsområden:

- Fortsatt utveckla processen för palliativ vård genom PKC

- Tydliggöra process för att följa upp rehabiliteringsinsatser
- Kompetensutveckling i avvikelshantering samt, i samarbete med förvaltningsstaben, ta fram en samlad analys kring avvikelser
- *Implementera begrepp och arbetssätt avseende personcentrerad vård*
- *Fortsätta arbetet med basala hygienrutiner och nätverket för hygienombud*
- Upprätta lokal handlingsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet
- Införa digital signering av läkemedel samt byte av läkemedelsskåp
- Följa upp och säkerställa att arbetet med nutrition säkras i enlighet med Socialstyrelsens författning om undernäring.
- Följa upp och säkerställa att arbetet med de brister som framkom vid IVO:s tillsyn har åtgärdas.