Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Socialnämnden

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Innehåll

Inledning....2
Syfte....2
Systematiskt förbättringsarbete....2
Övergripande mål och strategier....3
Organisation och ansvar....4
Kvalitet....4
Patientsäkerhet....5
Förutsättningar för patientsäkerhet....6
En god säkerhetskultur....6
Kunskap och kompetens....7
Patienten som medskapare....8
Viktiga byggstenar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet....10
Processer....10
Samverkan....10
Styrdokument....12
Digitalisering och informationssäkerhet....12
Informationssäkerhet....13
Brukarundersökningar....13
Kvalitetsregister....14
Agera för god kvalitet och säker vård....16
Egenkontroll....16
Riskanalyser....18
Avvikelser....18
Synpunkter och klagomål....21
Övrigt kvalitetsarbete under året....22
Planerade åtgärder för kommande år....23

Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivare skyldiga att årligen sammanställa en patientsäkerhetsberättelse och utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Med kvalitet avses att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt beslut som meddelats med stöd av föreskrifter.

Syfte

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen syftar till att synliggöra förvaltningens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Berättelsen, som innehåller både redovisningar och analyser, ska bidra till att ge en tydlig bild av hur vården och omsorgen fungerar och vilka resultat som uppnåtts. Av berättelsen ska även framgå vilka förbättringsområden som identifierats och de åtgärder som planeras med anledning av dessa.

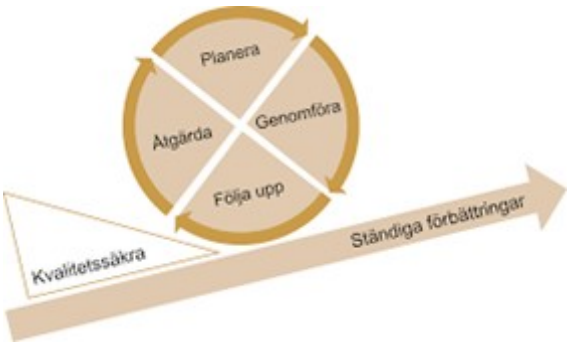
Systematiskt förbättringsarbete

Arbetet med att säkra och utveckla kvalitet och patientsäkerhet är ett ständigt pågående arbete som bedrivs i verksamheterna.

Arbetet med att följa upp, analysera och rapportera kvalitet är tematiskt fördelat under verksamhetsåret, i enlighet med förvaltningens årshjul för systematiskt kvalitetsarbete. Rapportering till socialnämnden sker genom en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, med delrapporter tre gånger per år. Detta i samband med beslut om T1, T2 och verksamhetsberättelse (VB) för nämndens räkning.

Uppföljning och analys av det systematiska kvalitetsarbetet aggregeras från enhet uppåt till avdelning och därefter förvaltningen som helhet. Förfarandet är detsamma som vid uppföljning av ekonomi och verksamhet inom kommunen som helhet i samband med tertialrapporteringar och verksamhetsberättelse.

I grunden bygger det systematiska kvalitetsarbetet på den klassiska idén om ett ständigt pågående förbättringsarbete där utvecklingsbehov ständigt identifieras och planeras, varpå aktiviteter genomförs, följs upp och åtgärdas vid behov.



Övergripande mål och strategier

Det systematiska kvalitetsarbetet ska bidra till måluppfyllelse vad avser kommunfullmäktiges mål att Nynäshamns kommuns verksamheter ska hålla god kvalitet och socialnämndens mål att stöd och omsorg ges utifrån individers behov och att den omsorgmålgrupperna möter är god och trygg

Vidare strävar socialförvaltningen efter att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska vara en självklar del i det dagliga arbetet. Detta uppnås genom tydliga rutiner för regelbunden uppföljning, utvärdering och förbättring av verksamheten, genom att uppmuntra till rapportering av avvikelser, att utbilda och engagera medarbetare i frågor som rör kvalitet och patientsäkerhet och riskhantering samt genom samverkan och samarbete.

Arbetet med patientsäkerhet utgår ifrån att vård och omsorg ska vara trygg och säker. Utifrån detta har följande arbete genomförts.

Funktionsstöd:
Under 2024 har avdelningen Funktionsstöd arbetat med en ökad systematik i kvalitetsarbetets olika delar. Som stöd i arbetet har avdelningens kvalitets- och verksamhetsutvecklare deltagit.

- Påbörjat utvecklingsprocessen rörande delegeringar inom daglig verksamhet
- Arbetat med att implementera samverkansavtalet med lokala vårdaktörer
- Fortsatt arbetet med att tydliggöra gränser, roller och ansvar i förhållande till hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- Utbildning och implementering av rutiner och arbetssätt avseende skydds- och begränsningsåtgärder har genomförts i verksamheterna
- Infört digital signering av läkemedel
- Påbörjat bytet av läkemedelsskåpslås

Äldreomsorg:
Under 2024 har avdelningen Äldreomsorg fortsatt arbetet med det kvalitetsarbete som redan pågår. Detta genom att exempelvis lägga fokus på användandet av Palliativt kompetenscentrum, säkra avvikelsehantering, Personcentrerade vård samt hälso- och sjukvårdsdokumentation. Utvecklingsområden:

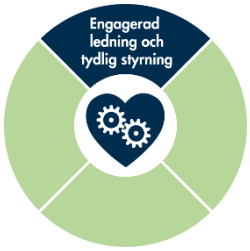
- Fortsatt utveckla processen för palliativ vård genom Palliativt kunskapscenter (PKC)
- Tydliggjort processer för att följa upp rehabiliteringsinsatser
- Implementerat begrepp och arbetssätt avseende Personcentrerade vård
- Arbetat med basala hygienrutiner och nätverket för hygienombud
- Fortsatt arbetet med att främja omställning till god och nära vård genom att upprättat en lokal handlingsplan utifrån Socialstyrelsen nationella handlingsplan för patientsäkerhet
- Infört digital signering av läkemedel
- Påbörjat bytet av läkemedelsskåpslås

- Följt upp och säkerställt att arbetet med nutrition säkrats i enlighet med Socialstyrelsens författning om undernäring.

En central strategi för kommunal hälso- och sjukvård är att säkerställa en tydlig styrning och ett engagerat, kompetent ledarskap på alla nivåer i organisationen. Genom strategiskt ledarskap skapas förutsättningar för att uppnå kommunens övergripande mål om en tillgänglig, säker och personcentrerad vård av hög kvalitet. Ledare inom kommunal hälso- och sjukvård spelar en avgörande roll i att etablera strukturer för ett systematiskt förbättringsarbete och en stark patientsäkerhetskultur.

Genom egenkontroll och kontinuerlig uppföljning av verksamhetens resultat kan ledningen identifiera utvecklingsområden, säkerställa att åtgärder vidtas samt utvärdera effekterna av dessa insatser. Det systematiska arbetet med att analysera, utvärdera och förbättra vårdprocesser är en nyckelfaktor för att nå kommunens strategiska mål. Genom att integrera detta arbete i den dagliga verksamheten kan kommunen säkerställa en långsiktig och hållbar utveckling av vården, där resurser används effektivt och där kvalitet och patientsäkerhet står i centrum.

Bild Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024"



Organisation och ansvar

Att tydliggöra organisation och ansvar är avgörande för att säkerställa säkerhet, kvalitet och efterlevnad av lagkrav inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det minskar risken för oklarheter som kan leda till fel, möjliggör ett effektivt systematiskt kvalitetsarbete och riskhantering, och säkerställer att ansvarsfördelningen är tydlig för att uppnå en transparent och rättssäker verksamhet. Detta bidrar också till att organisationen kan arbeta kontinuerligt med uppföljning och förbättring, vilket stärker förtroendet hos brukare, patienter och tillsynsmyndigheter.

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.

Kvalitet

Ansvaren för att säkerställa att verksamheterna lever upp till krav och mål enligt lagar och föreskrifter vilar på socialförvaltningens chefer. Förenklat beskrivet innebär det att chefer inom sitt ansvarsområde ska beskriva och fastställa processer, utarbeta och fastställa rutiner, synliggöra hur samverkan ska ske, bedöma och analysera risker samt utöva egenkontroll.

Myndigheten ansvarar för att följa upp utförarna genom årliga kvalitets- och verksamhetsuppföljningar. Läs mer om resultaten av dessa under rubriken Övrigt kvalitetsarbete under året.

Avdelningarnas kvalitets- och verksamhetsutvecklare, KVU, ansvarar för att stötta cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet. KVU driver systematisk kvalitetsutveckling inom avdelningen och säkrar att beslutade förändringar genomförs i verksamheten.

Inom avdelningarna Behovsbedömt stöd och Socialt stöd finns dessutom utsedda kvalitetsstödjare som har till uppdrag att vara drivande i avdelningarnas arbete med kvalitet. I uppdraget ingår att stötta chefer, kvalitets- och verksamhetsutvecklare samt kollegor i det systematiska kvalitetsarbetet. Det ingår också att på uppdrag av enhetschef driva förbättrings-arbete och delta i avdelningens kvalitetsgrupp. Kvalitetsstödjaren sammanställer synpunkter och klagomål, uppdaterar rutiner och analyserar avvikelser.

Patientsäkerhet

Vårdgivaren socialnämnden i Nynäshamns kommun är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Socialnämnden har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdens krav på god vård i enlighet med hälso-och sjukvårdslagen. Det innebär att säkerställa att där det bedrivs hälso- och sjukvård finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Utse en verksamhetschef för kommunal primärvård. Fastställa vilka befogenheter, rättigheter, skyldigheter och ansvar som verksamhetschefen har.

Verksamhetschef för den kommunala primärvården (KPV) har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer samt för verksamhetens fastställda rutiner. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att utfärda riktlinjer för den kommunala primärvården. MAS ansvarar för att patienten får en god, säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS har mandat att utifrån rapport om risk eller händelse besluta att inleda en egen utredning.

Ansvarsförhållandena mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), verksamhetschef Kommunal primärvård (KPV) och socialnämnden regleras av styrdokumentet ”Övergripande ansvarsförhållanden hälso- och sjukvård”.

Läkarinsatser på särskilt boende för äldre tillhandahålls av Capio läkare i SÄBO på uppdrag av Region Stockholm.

Enhetschefer ansvarar för att riktlinjer och rutiner som tagits fram av verksamhetschef och MAS är väl kända av medarbetare i sin verksamhet. Tillsammans med legitimerad personal utreda, ta fram åtgärder samt följa upp insatta åtgärder för inkomna avvikelser som rapporterats enligt patientsäkerhetslagen.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Att följa de riktlinjer och rutiner som finns för verksamheten. Bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och rapportera eventuella risker och avvikelser enligt patientsäkerhetslagen. Tillsammans med enhetschefer utreda avvikelser samt ge förslag på åtgärder för händelser som inträffat.

Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Ansvarar för att följa rutiner och givna ordinationer samt för att utveckla och säkra kvalitén i det dagliga arbetet och hålla sig informerad om gällande riktlinjer och rutiner. Vidare ansvarar delegerad hälso- och sjukvårdspersonal för att rapportera eventuella risker och avvikelser enligt patientsäkerhetslagen.

Bild Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024"

Förutsättningar för patientsäkerhet

En god säkerhetskultur

Förutsättning för en god säkerhetskultur är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att utveckla och stärka patientsäkerheten i de verksamheters där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar i enlighet med Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30).

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa
- Ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om patientsäkerhet
- Ett icke-skuldbeläggande förhållningsätt
- En organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och av risken för att sådana händelser samt av positiva resultat.

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.

För att säkerställa en god och säker vård krävs en stark patientsäkerhetskultur där både struktur och rutiner för avvikelsehantering implementeras och kontinuerligt förbättras. Detta innebär att verksamheterna aktivet arbetar för att identifiera och åtgärda brister, samt främja lärande och reflektion kring risker och negativa händelser för att uppnå högsta möjliga patientsäkerhet.

När en avvikelse inkommit i systemet Lifecare, bedöms den utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelse inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Återkoppling till yrkesnätverken av inkomna avvikelser sker därefter. Medarbetarna ingår i patientsäkerhetsforum som är multiprofessionellt nätverk på respektive avdelning vars syfte är reflektion och lärande.

Kunskap och kompetens

Förvaltningen arbetar kontinuerligt för att säkra kompetensen inom verksamheterna. Det är verksamheternas mål och uppdrag som ligger till grund för kompetensbehoven och individuella utvecklingsplaner upprättas årligen för medarbetarna. Introduktion är en viktig del och detta är även ett område som förvaltningen kommer stärka under 2025.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Därför utökades den kommunala primärvården med en tjänst för sjuksköterska under 2024 och är nu fullbemannat. Beslut togs även att öka antalet paramedicinare med en tjänst, och rekrytering av ytterligare en arbetsterapeut fortgår under våren 2025.

Under 2024 har förvaltningen fortsatt satsa på kompetensutveckling genom en rad insatser.

Exempelvis Äldreomsorgslyftet vars syfte är att höja kvaliteten på vården omsorgen genom att ge omsorgspersonal möjlighet att utbilda sig på arbetstid. Kompetensutvecklingen riktar sig till vårdbiträden och undersköterskor samt ger fördjupning i svenska språket. Två undersköterskor läser vidareutbildning till specialistundersköterska, i vård av äldre och i palliativ vård.

Inom äldreomsorgen har omvårdnadspersonal deltagit i utbildning gällande skyddsåtgärder som syftar till att ge kunskap om hur man kan förebygga och hantera risker inom vård och omsorg. Utbildningen har fokuserat på:

- Förflyttningsteknik och ergonomi
- Säker hantering av personer med nedsatt rörlighet
- Användning av hjälpmedel som personlyftar och glidbrädor

- Förebyggande av arbetsrelaterade skador hos omvårdnadspersonal.
- Förebyggande av fallolyckor och trycksår

För ökad kunskap om personcentrerad vård och arbetssätt vid palliativ vård har två medarbetare vid varje boende gått utbildning till palliativa ombud via Palliativt kunskapscentrum (PKC). I utbildningen får deltagarna kunskap om den palliativa vårdprocessen och deras roll i verksamheten blir sen att sprida kunskap till kollegor till exempel om bästa möjliga livskvalitet och välbefinnande hos brukaren. Vidare har ett par enhetschefer gått utbildning via PKC i att leda i palliativ vård. Kompetensutvecklingsinsatser för enhetschefer fortsätter under 2025.

Det pågår ett projekt inom äldreomsorgen med att införa verktyget DöBra-kortleken. Detta för att underlätta samtal om döende och död på ett personcentrerat sätt, till exempel om, hur man vill ha det i livets slutskede. Målet är att samtliga medarbetare i särskilt boende ska kunna använda verktyget.

Fler exempel på genomförda utbildningar inom Äldreomsorg och Funktionsstöd:

- Basala hygienrutiner och klädregler.
- Arbeta säkert med läkemedel, via Demescentrum, inför mottagande av delegering
- Insulinhantering
- Desinfektionsguiden
- Demens ABC
- Fallprevention
- Munhälsa munvård
- Individens behov i centrum (IBIC)
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patienters och närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten samt utgå från att respekt skapar tillit och förtroende. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och får möjlighet att påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll, i de fall patienten vill det. Under 2025 planeras aktiviteter för att få fördjupad kunskap och förståelse om patientens och närståendes upplevelser om delaktighet i kommunal hälso-och sjukvård.

Patienter och närstående ska även inkluderas i arbetet med att förebygga vårdskador. Vid allvarliga händelser kontaktas berörd patient/brukare för att bidra med sina erfarenheter om vad som skett.

När risk för vårdskada eller vårdskada/allvarlig vårdskada har skett informeras patienten direkt om händelsen oftast av tjänstgörande personal som förklarar att hen drabbats av en vårdskada. Vidare informeras patienten av enhetschef om hur vi kommer arbeta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Patienten informeras att de kan framföra klagomål till patientnämnden och vi kan bistå med stöd om patienten önskar och vi kan beskriver för patienten hur vi hanterar synpunkter och klagomål.

Patienten/brukaren (eller närstående om patienten själv inte kan) ska också informeras om att de kan anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och anmäla till patientförsäkringen eller läkemedelsförsäkringen.

Funktionsstöd

Verksamheterna arbetar aktivt för att skapa delaktighet för brukarna i boenden och vid daglig verksamhet. 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. 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. 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.

Viktiga byggstenar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Processer

En process är en kedja av aktiviteter som skapar värde för mottagare, främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Processer är repetitiva vilket innebär att de genomförs många gånger och mottagarna kan vara både externa och interna. I varje process samarbetar vanligtvis flera olika roller och aktörer, vilka kan finnas inom förvaltningen, i kommunen i stort eller vara helt externa.

Att kartlägga och åskådliggöra processer är ett praktiskt sätt att beskriva arbetsflöden som finns för att verksamheten ska leva upp till lagkrav och beslut för att tillfredsställa den enskildes behov. Det är dessutom ett av kraven i SOSFS 2011:9 på den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS samt vårdgivare.

Förvaltningens processorienterade arbete ger förutsättningar att se hela arbetsflöden både inom och utöver organisatoriska gränser samt hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. Utgångspunkten för socialförvaltningens processarbete är de målgrupper som socialnämnden finns till för.

Under året har arbetet med kartläggning av processer fortsatt och vid årets slut konstateras att majoriteten av förvaltningens processer nu finns dokumenterade. Samtliga medarbetare har tillgång till processerna via intranätet.

Då tjänsterna som enhetschef för den kommunala primärvården och medicinskt ansvarig sjuksköterska under en period var tillsatta med konsulter kvarstår kartläggning av vissa processer inom den kommunala primärvården. Båda tjänsterna är nu tillsatta och ett omtag gjorts i arbetet med processkartläggning.

Nästa steg i arbetet är att koppla riktlinjer och rutiner till de olika processerna så att dessa på ett enkelt sätt finns tillgängliga för förvaltningens samtliga medarbetare. Även riktlinjer och rutiner kommer finnas tillgängliga för alla medarbetare via intranätet.

Även om det stora arbetet är gjort när det gäller att kartlägga och rita processer kommer det ständigt att finnas behov av att både revidera befintliga och rita upp nya processer. Den omorganisation som gjorts i syfte att bättre kunna möta kraven i förslag till ny socialtjänstlag innebär att många av processerna framförallt inom individ- och familjeomsorgen kommer behöva ses över. Förvaltningen har därför gjort en förnyad upphandling av verktyget 2c8. Åtta personer har licens och bistår i processritandet. Processerna följs upp årligen.

Samverkan

Egenkontrollerna visar att samverkan över lag fungerar bra för förvaltningens verksamheter och att samverkan sker både internt och externt, lokalt och regionalt.

Funktionsstöd:
Sammantaget fungerar samverkan väl med både interna och externa aktörer. Avdelningen ser dock ett behov av utökad samverkan kring de utmaningar som följt av skärpta arbetstidsregler, nuvarande arbetstidsmodell och heltid som norm. Avdelningen lyfter även fram att det finns utmaningar i samarbetet med vissa externa fastighetsägare. Upplevelsen är att dessa aktörer visar svagt intresse för att exempelvis upprätthålla underhållsplaner eller vidta nödvändiga åtgärder, trots fastighetsförvaltarnas påtryckningar.

Daglig verksamhet uppger att de har ett gott samarbete med externa aktörer när det gäller utflyttad verksamhet. Utflyttad verksamhet innebär att brukaren har sitt jobb hos en extern aktör och kan ske både med och utan handledare från den dagliga verksamheten. Tjänsterna som utbyts bygger på att båda parter ska vara nöjda. Förvaltningen får arbetsplatser med meningsfulla arbetsuppgifter för deltagarna och företagen/föreningarna får hjälp utan kostnad.

Några exempel på utflyttad verksamhet är ICA Maxi, Sorunda ridklubb, Formastål, Åsas klädförmedling och Post- och service samt Lanternan.

Behovsbedömt stöd:
Enheten för äldre och funktionsnedsättning har haft samverkan som ett fokusområde under hela 2024. Det finns sedan tidigare väl uppbyggd och fungerande extern samverkan inom äldreomsorgen och ett särskilt fokus under våren har varit samverkan med de externa hemtjänstföretagen.

Mellan verksamheterna Vuxen och Barn och ungdom har ett samverkansdokument utarbetats. Ett liknande arbete har startats upp vad avser Försörjningsstöd och Barn och ungdom. Vidare sker samverkan med Arbetscentrum och Arbetsförmedlingen kring nystartsjobb.

Äldreomsorg:
Avdelningen menar att det finns flera forum där goda förutsättningar för samverkan finns. I syfte att bibehålla och öka kompetensen inom verksamheterna, stärka kvaliteten och skapa personcentrerad vård sker samverkan med bland andra Campus Nynäshamn och Nestor FoU.

I syfte att säkra patientsäkerheten sker regelbunden samverkan med läkarorganisationen Capio Läkare i SÄBO som tillhandahåller läkarinsatser i de verksamheter där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar. I detta forum som sker en gång per termin, träffas läkare, sjuksköterska, enhetschef och representant från paramedicinska professionen.

Fyra gånger per år träffas företrädare för Capio Geriatrik 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.

Samverkan med närstående sker vid exempelvis SIP -möten och inflyttningssamtal.

Förvaltningsövergripande:
Samverkan sker genom olika funktioners deltagande i regionala och nationella nätverk. Som exempel kan nämnas Storsthlms nätverk med inriktning Psykisk hälsa och suicid, God och nära vård och Socialtjänstens digitaliseringsnätverk. I samband med omställningen till den nya socialtjänstlagen deltar förvaltningen i flera samarbetsforum både på nationell och regional nivå.

Några av dessa är Nätverk kring Omställning ny SoL, NOS, som består av projektledare från åtta Stockholmskommuner som arbetar med omställningen, Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning, NUSO, ett forum med fokus på den nationella uppföljningen av omställningsarbetet. Syftet är att följa utvecklingen och dela lärdomar mellan kommuner med fokus på utveckling genom nyckeltal och indikatorer och StorSthlms Länsdialoger. Vid länsdialogerna samlas alla kommuner i länet för att diskutera nuläge och behov inför den nya socialtjänstlagen. Genom ett aktivt deltagande i olika samarbetsforum stärker

socialförvaltningen förmågan att hantera omställningen på ett effektivt sätt, med fokus på samarbete och gemensamt lärande över kommun- och regiongränser.

God och Nära vård:
Socialförvaltningen och de lokala vårdgivarna i Nynäshamn har en överenskommelse om samverkan och träffas i sin helhet två gånger per termin. Vårdgivarna i nätverket består av vårdcentraler, hemsjukvård, geriatrik, psykiatri och beroendevård som tillsammans har arbetat fram en lokal handlingsplan för samverkan, i linje med den regionala handlingsplanen och den nationella omställningen mot en god och nära vård. Det största och genomgripande målet är att utgå från individens behov och förutsättningar där samverkan är avgörande för invånarnas hälsa. En sömnlös vård och omsorg ska kännetecknas att invånaren möts av en samordnad och integrerad vård och omsorg med primärvården som nav. Sammankallande är socialförvaltningen i Nynäshamns kommun tillsammans med Capio Vårdcentral i Nynäshamn. Under 2024 har även en undergrupp startat upp kring samsjuklighet i vilket berörda verksamheter från förvaltning finns representerade tillsammans med psykiatri och beroendevård.

Samverkan sker även med vårdhygien Stockholm i frågor som rör god hygienisk standard och smittskydd.

Styrdokument

I syfte att skapa igenkänning och säkra innehållet samt aktualiteten i förvaltningens rutiner har en mall tagits fram. Mallen ska användas då rutiner skapas och av mallen ska bland annat framgå vem som beslutat om rutinen, datum då rutinen beslutats, när den ska följas upp, vilken/vilka verksamheter som omfattas av rutinen och vem som ansvarar för rutinen.

Avdelningarna uppger att riktlinjer och rutiner revideras löpande och att de flesta rutiner finns upprättade. Nästa steg är att koppla dem till de processer som ritats upp och publicerats på intranätet. Arbetet med att se över rutiner pågår löpande.

Digitalisering och informationssäkerhet

Digitalisering är en viktig byggsten i arbetet med kvalitet och patientsäkerhet och utvecklingen av verksamheten i stort. Digitala hjälpmedel kan bidra till att bibehålla och/eller öka trygghet, delaktighet och självständighet för äldre och personer med funktionsnedsättning. Förvaltningen har som ambition att ligga i framkant när det gäller digitalisering och arbetar exempelvis aktivt med införande av olika typer av välfärdsteknik i syfte att äldre och personer med funktions-nedsättning ska kunna leva aktiva, trygga och självständiga liv så länge som möjligt. Genom tekniska lösningar kan förvaltningen effektivisera arbetet och skapa en mer individanpassad och säker vård och omsorg.

Några exempel på 2024-års aktiviteter för att utveckla verksamheterna med stöd av digitalisering:

VR-headsets:
VR-headsets är en sorts bildskärm som man sätter på sig ungefär som ett par glasögon. Genom VR-glasögonen ges brukarna möjlighet att ta del av olika simulerade upplevelser. VR-glasögonen kan bidra exempelvis till att förbättra fysiska och intellektuella förmågor, öka självständigheten och den sociala delaktigheten samt minska känslor av isolering.

AI i form av chatGPT:
ChatGPT kan svara på olika frågeställningar, skriva och/eller sammanfatta texter. Den kan även användas för att översätta, ta fram förslag på presentationer, felsöka och mycket mera. Chefer och vissa nyckelfunktioner har under året haft tillgång till chatGPT i sitt arbete och inom funktionsstöd pågår planering och förberedelser för att kunna använda chatGPT som ett hjälpmedel både för personal och brukare.

Höj- och sänkbara toalettstolar:
Toalettsitsar som kan höjas och sänkas så att den enskilde får hjälp att förflytta sig från stående till sittande och tvärtom. Detta underlättar toalettbesöken och personer med fysiska nedsättningar kan använda toaletten i större utsträckning än tidigare. Detta bidrar även till en förbättrad arbetsmiljö för personalen då lyft mm blir färre i samband med toalettbesök.

Verksamhetsstödet Boet:
En implementering av Boet har påbörjats inom avdelning Funktionsstöd. Boet är ett digitalt verksamhetsstöd som underlättar både för den som bor och den som arbetar på ett LSS-boende. Boet möjliggör ökat självbestämmande och inflytande, större valfrihet och ökad känsla av delaktighet för brukaren. Det är också ett planeringsverktyg för medarbetarna. Med hjälp av Boet kan brukaren själv vara med och påverka planeringen och genomförandet av insatsen.

Digital rondplattform:
En digital rondplattform med kommunikation och ärendehantering via läkarorganisationen Capio läkare i SÄBO och Nynäshamns kommun har införts under 2024. Syftet med rondplattformen är att stärka och tillgängliggöra hälso- och sjukvårdsteamet, förbättra arbetsmiljön och öka patientsäkerhet. Med rondplattformen kan båda parter ha fullständig översikt över öppna ärenden och vad som ska göras, och möjlighet att kunna kommunicera säkert digitalt med både text, bilder och video.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är en förutsättning för digitalisering. Nynäshamns kommun har en övergripande information säkerhetspolicy som alla medarbetare ska ha kännedom om. Enligt HSLF 2016:40, 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska alla uppgifter som berör brukaren/patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i sitt arbete som kan betraktas som privata uppgifter. Dessa uppgifter får som regel endast lämnas ut till de som vårdar patienten. Därför måste samtycke inhämtas och dokumenteras i patientens journal innan uppgifter lämnas ut till anhöriga eller andra vårdgivare om patientens/brukarens mående.

Brukarundersökningar

Resultatet från brukarundersökningar ger direkt återkoppling från de personer som är mottagare av förvaltningens tjänster. Det ger en temperaturmätning av brukarnas upplevelser av stöd, omsorg och vård. Genom att samla information om deras upplevelse av kvaliteten på tjänsterna kan verksamheterna identifiera styrkor och förbättringsområden.

Förvaltningen har under året tagit fram underlag för analys som ska fungera som stöd för cheferna i arbetet med resultatet från brukarundersökningarna. Tanken är även att förvaltningen med stöd av analysunderlagen ska kunna följa utvecklingen över tid och att underlätta systematiskt utvecklingsarbete utifrån resultaten

Under året har tre brukarundersökningar genomförts. Det är Socialstyrelsens enkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” samt SKR´s brukarundersökningar riktade mot Funktionsstöd och Behovsbedömt stöd (tidigare Individ- och familjeomsorgen).

Brukarundersökningarna inom äldreomsorgen visar generellt positiva resultat, där brukarna känner sig trygga och har förtroende för personalens bemötande och kompetens. Samtidigt finns viktiga förbättringsområden. Ensamhet ser ut att vara ett utbrett problem, där exempelvis 83 procent av de boende på Rosengården och 71 procent på Lotsen upplever ensamhet och oro. Möjligheten till utevistelse och aktiviteter ser också ut att behöva stärkas, och endast 38 procent uppger att de vet var de kan framföra klagomål. Inom hemtjänst egen regi upplever 5 procent att de träffar sin fasta omsorgskontakt (snittet för riket ligger på 30 procent). 30 procent av brukarna upplever att de kan påverka insatsernas tidpunkt. För att förbättra dessa områden planeras åtgärder såsom fler sociala aktiviteter, bättre kommunikation, tydligare synpunktshantering och mer individanpassad vård. Implementering av "Ung Omsorg", språkutbildning för personal, bättre informationsflöden och satsningar på trivsel i gemensamma utrymmen är också i fokus.

Inom behovsbedömt stöd, ekonomiskt bistånd och vuxen beroende är svarsfrekvensen fortsatt låg (i genomsnitt 36 procent) även om svarsfrekvensen ökat i jämförelse med tidigare år. Av analysen framgår styrkor som att klienter upplever att socialsekreterare efterfrågar deras synpunkter och att informationen från socialsekreterarna är bättre. Fler klienter än tidigare upplever att deras synpunkter beaktas och att kontakten med socialsekreterare blivit enklare. De förbättrings-områden som identifierats är exempelvis klienters möjligheter att påverka stödet, bemötande och upplevelsen av förbättrad livssituation. De åtgärder som planeras är bland annat att öka tydligheten i stödinsatser, teambaserat arbetssätt och fokus på klienter med långvarigt bistånd, revidering av riktlinjer för beroendevård och förbättrade utredningsmetoder samt ökat fokus på bemötande inom medarbetarskapet.

Generellt visar resultatet från brukarundersökningen inom Funktionsstöd att brukarna är nöjda med det bemötande de får av medarbetarna. Det framgår också att majoriteten av brukarna trivs i sin bostad och att de vet vem de ska vända sig till vid missnöje. Även om resultaten över lag är positiva kommer avdelningen att arbeta vidare inom områden som bemötande, förbättra kommunikationen mellan brukare och medarbetare och ökad trygghet. Det bör nämnas att underlagen för brukarundersökning inom detta område är mycket begränsade.

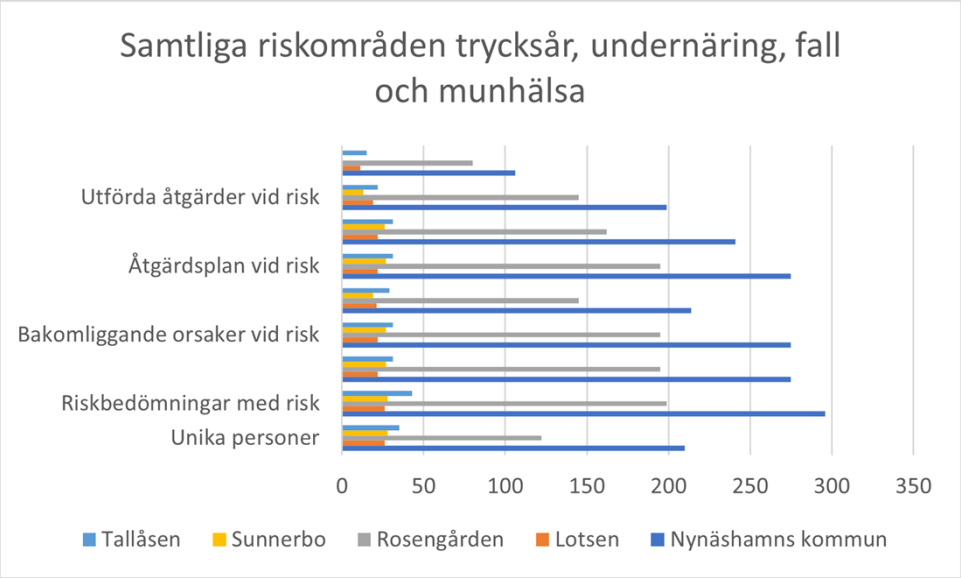
Kvalitetsregister

I Sverige finns drygt 150 nationella kvalitetsregister och de används primärt för att utveckla och förbättra hälso-och sjukvården, men utgör och så värdefulla källor för forskning och innovation. Gemensamt för kvalitetsregistren är att de är individbaserade och att de innehåller diagnos, insatta åtgärder och resultat för patienten. På så sätt får verksamheterna löpande återkoppling av sina egna resultat och ges möjlighet att se hur det går för deras verksamheter i förhållande till andra och i jämförelse med andra regioner. Nynäshamns kommun använder två kvalitetsregister, Senor alert och Svenska palliativregistret.

Senior alert är det nationella registret för rapportering, planering och uppföljning av risk för undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och blås- och tarmdysfunktion. Senior alert är ett verktyg för att stödja vårdprevention. Genom att analysera och reflektera över resultatet kan verksamheten identifiera förbättringsområden.

Tabellen nedan visar antal personer 210 som fått minst en riskbedömning under 2024.

Av de riskbedömningar som gjordes identifierades minst en risk hos 93 procent. Hos 78 procent av brukarna hade en eller flera bakomliggande orsaker till riskerna identifierats. 88 procent av patienterna där risk hade identifierats, hade fått en åtgärdsplan och 53 procent av patienterna hade fått en utförd uppföljning vid en identifierad risk. Utförda åtgärder vid risk hade försämrats marginellt mot förra året. Under 2024 har rutinen för rapportering i Senior alert reviderats av omvårdnadsansvarig sjuksköterska inom kommunal primärvård. Arbetet med att implementera rutinen kommer fortsätta under 2025.



Svenska palliativregistret är det nationella register där äldreomsorgen redovisar information som rör de patienter som avlider i särskilt boende. Nedanstående diagram visar resultatet för samtliga särskilda boenden för äldre (SÄBO) i Nynäshamns kommun. Det är inforamtion om 34 individer som har blivit registrerade i registret. Indikatorn mänsklig närvaro i dödsögonblicket har rutiner med vak där medarbetarnas arbetssätt vid vård i livets slut visat på en förbättrad effekt mot förra året och resultatet var 82,4 procent av målvärde 90 procent.

Indikatorn för de patienter som avled utan trycksår visade resultatet på 88,2 procent av målvärde 90 procent. Hjälpmedel, rutiner och arbetssätt fungerar bra och resultatet visar på ett förbättrat resultat mot förra året för att förhindra uppkomsten av trycksår vid vård i livet slut.

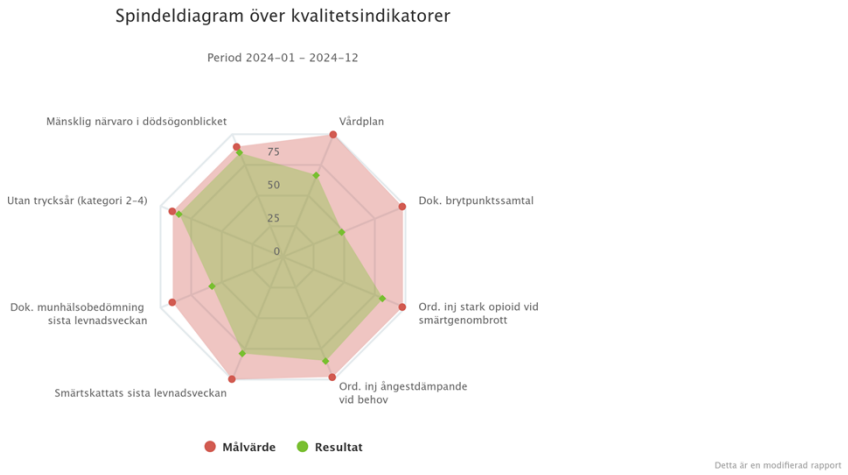
Övriga resultat:

- Vårdplan 67,6 procent av målvärde 100 procent
- Dokumenterat brytpunktsamtal 52,9 procent av målvärde 90 procent
- Ordination av strak opiod, 79,4 procent av målvärde 98 procent vid smärtgenombrott
- Ordination av ångestdämpande vid behov 82,4 procent av målvärde 98 procent
- Smärtskattning sista levnadsveckan 82,4 procent av målvärde 100 procent
- Bedömning av munhälsa 58, 8 procent av målvärde 90 procent

Under sommaren och hösten har kommunal primärvård inte haft en ordinarie enhetschef då tjänsten varit tillfälligt bemannad av en konsult. Tjänsten som MAS har också varit tillsatt av en konsult under större delen av året. Därför har registrering av enkäter missats för vissa

verksamheter och inte blivit registrerade i palliativ registret enligt rutin. Det innebär att resultatet i spindeldiagrammet inte blir helt tillförlitligt.

Enhetschef och MAS kommer arbeta för att nå målet att på 100 procent av de som avlider i SÄBO ska vara registrerade i palliativa registret samt att förbättra resultatet för samtliga indikatorer inför kommande år.



Agera för god kvalitet och säker vård

God och säker är ord som är avgörande när man pratar om kvalitet och kvalitetsarbete. God kvalitet och säker vård är avgörande för att både bygga förtroende hos berörda och för att uppnå långsiktiga goda resultat.

Att utföra egenkontroller och vidta åtgärder utifrån resultatet av dessa är en del i arbetet men förvaltningen ser att även införande av välfärdsteknik, resultat från brukarundersökningar, statistik ur kvalitetsregister och riskanalyser är viktiga verktyg som kan bidra till att upprätthålla öka god kvalitet och säkerhet.

Under 2024 har ett arbete genomförts med att planera egenkontroller och revidera årshjul för patientsäkerhet i förvaltningens digitala stöd för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete Hypergene. Förändringen börjar gälla från januari 2025. Samtliga verksamheter har delvis dokumenterat resultatet av egenkontrollerna för 2024 genom registrering i det tidigare digitala stödet Statsys. Resultatet av egenkontrollerna belyser behov av kvalitetshöjande insatser som kommer leda till fokusområden inför kommande arbete under 2025.

Egenkontroll

Egenkontroller stödjer cheferna i att identifiera och åtgärda brister inom verksamheten och ska utföras regelbundet och systematiskt. Inom socialförvaltningen utförs egenkontroller vid minst tre tillfällen under året, men kan vid behov utföras oftare. Cheferna har, utöver de förvaltningsgemensamma och av förvaltningsledningen beslutade egenkontrollerna, möjlighet att skapa verksamhetsspecifika egenkontroller inom områden som hen bedömer behöver följas upp och säkras.

Under 2024 har följande egenkontroller säkrats och genomförts avseende patientsäkerhet.

Basala hygienrutiner - kontroll av basala hygien- och klädregler har genomförts två gånger under året i våra verksamheter. Överlag har ett gott resultat uppnåtts vid kontroll i samtliga verksamheter. Utvecklingsområden som identifierats rör:

- Användning av handsprit efter användning av handskar
- Brister gällande långt hängande hår och skägg och användning av huvudduk som inte var instoppad i bussarongen
- I enstaka fall har förekomst av ringar och långa naglar och nagellack förekommit.

Läkemedelskontroll och kontrollräkning av narkotisk preparat - har genomförts en gång per månad av namngiven sjuksköterska. Kontrollräkning har skett oftare vid behov i enlighet med beslut av MAS. I syfte att förhindra svinn av narkotiska preparat. Vid ett boende har läkemedelssvinn observerats och resulterade i att två personer fått indragen medicin delegering. Därefter har svinnet upphört.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - Genomförs en gång per år av extern part, Apoteket. Eventuella åtgärder som behöver vidtas ska dokumenteras i en åtgärdsplan. Åtgärder påbörjas snarat men senast inom 3-6 månader. Resultatet redovisas för MAS, verksamhetschef för den kommunala primärvården och på ledningsgrupp för äldreomsorgen. MAS har under hösten 2024 reviderat rutinen för läkemedelshantering för att säkerställa att de brister som identifierats vid Apotekets revision kommer att åtgärdas.

Hjälpmedel/medicin-tekniska produkter - Uppföljning av resultat av medicinteknikservice sker via årligt förebyggande underhåll. Enhetschef på respektive boende för inventarielista och dokumenterar årligen utförd kalibrering och service i egen Excellfil enligt årshjul.

Nattfastemätning - utförts enligt årshjul två gånger under året. Resultatet av de båda mätningarna visade det sammanslagna resultatet att 25 procent av alla brukare hade för lång nattfasta. Det är en tydlig förbättring mot förra året då 70 procent hade för lång nattfasta. Handlingsplaner för att bryta nattfasta och rutiner för hur undernäring ska förebyggas har sedan förra mätningen tagits fram på både individ- och verksamhetsnivå i särskilt boende för äldre. Behov av dietiststöd i verksamheterna har identifierats.

Journalgranskning - Strukturerad journalgranskning av slumpmässigt utvalda patientjournaler var planerade för 2024. Genomförandet har dock haft brister och redovisning av åtgärder, uppföljning och utvärdering saknas. Inför 2025 har egenkontrollen journalgranskning införts i årshjulet. Enhetschef för KPV har tagit fram en ny granskningsmall och resultatet kommer dokumenteras i Hypergene.

Loggkontroller i journalsystemet Lifecare - loggkontroll genomfördes av enhetschef KPV med slumpmässigt utvalda medarbetare per enhet genom stickprov. Loggar kontrollerades och dokumenterades i tertialrapport, ett, två och vid bokslut.

Delegeringsprocessen - Kvalitetssäkras via införandet av systemet APPVA där samtliga delegeringar registreras elektroniskt och där. omvårdnadsansvarig sjuksköterska får en notis i systemet när det är dags för en delegering att förnyas. För att få en delegering behöver medarbetaren uppvisa godkänt resultat av genomfört kunskapstest. Vid utfärdandet av ny delegering eller vid förnyad delegering signeras det i APPVA av både omvårdnadsansvarig sjuksköterska och den medarbetare som mottar delegeringen. Rutinen för delegering har

reviderats av MAS och delegeringsprocessen har i sin helhet kvalitetssäkrats i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 1997:14).

Mun och tandvård - samtlig omvårdnadspersonal har tillgång till ett munvårdskort med råd och anvisningar om munvårdsåtgärder. Nynäshamns kommun har avtal med Flexident AB på uppdrag från Region Stockholm att utföra mobil tandvård, munhälsobedömningar och munvårdsutbildningar i SÄBO.

Demensvård resultat av genomförd egenkontroll gällande demensvård visar på vissa brister i kunskap hos omvårdnadspersonal gällande beteendemässiga symtom, nationella riktlinjer och personcentrerad vård vid demenssjukdom. Under 2025 planeras utbildningsinsatser i Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Riskanalyser

Riskanalyser hjälper till att identifiera potentiella risker i verksamheten, både vad gäller patientsäkerhet och organisatoriska problem. Genom att regelbundet kartlägga och utvärdera risker kan verksamheterna vidta förebyggande åtgärder för att minska riskerna för brister i kvalitet, skador eller fel. Regelbundna riskanalyser bidrar även till att skapa en kultur av säkerhet och ansvarstagande inom verksamheten.

Förvaltningen har för avsikt att under innevarande år arbeta fram en tydlig rutin för riskanalysarbetet utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv.

Avvikelser

Avvikelsehantering är en viktig del i arbetet med att säkra kvalitet och trygghet. Genom att identifiera och åtgärda avvikelser kan risken för oönskade händelser minskas. Avvikelserna bidrar till att upptäcka och åtgärda risker som kan påverka individers hälsa och välbefinnande och genom att utreda och analysera avvikelserna kan verksamheten lära av händelserna och utveckla sina rutiner och processer. Socialförvaltningen har dessutom ett ansvar att följa lagar och riktlinjer som kräver systematisk hantering av risker och avvikelser.

Sedan våren 2024 driver socialförvaltningen ett projekt kring avvikelsehantering. Projektets mål är att kunskapen kring avvikelsehantering inom förvaltningen och att antalet rapporterade avvikelser ska öka. Som ett led i projektet har innehållet i Lifecare avvikelsemodul setts över (avvikelsetyper, åtgärdstyper, behörigheter, organisationsträd), en instruktion till chefer och utredare har tagits fram och rutiner reviderats.

Projektarbetet har dessutom bidragit till att ett analysstöd för chefer tagits fram, att de externa hemtjänstutförarna numera använder Lifecares avvikelsemodul för hantering av avvikelser, en översyn gjorts av processen för vårdskada samt att synpunkter som medarbetare vill lämna och som rör en annan verksamhet än den egna kan hanteras i avvikelsemodulen istället för via e-tjänsten.

Nästa steg är kompetensutveckling på alla nivåer varpå projektet förväntas avslutas under våren 2025.

Antal rapporterade avvikelser
Under 2024 rapporterades totalt 1512 avvikelser. Av dessa har sex avvikelser utretts enligt bestämmelserna om lex Sarah varav tre har bedömts utgöra missförhållanden, en har bedömts

som en påtaglig risk för ett missförhållande och två har bedömts inte gå att utreda på grund av motsägelsefulla uppgifter.

Händelserna har varit:

- Stöld vid gruppbostad, missförhållande
- Brister i bemötande vid gruppbostad, missförhållande
- Sexuella övergrepp inom hemtjänst, går ej att utreda (2 st)
- Brister i samordning inom förvaltningens myndigheter, missförhållande
- Jourhemsplacering BoU, påtaglig risk för ett missförhållande

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.

En lex Maria-anmälan är den allvarligaste formen av anmälan då det är en vårdskada eller risk för vårdskada som ligger bakom. Brukaren/patienten (eller närstående om patienten inte själv kan) informeras om en händelse kommer att anmälas till IVO.

Under året har tre allvarliga händelser utredds och bedömts som allvarliga. Beslut togs av dåvarande av MAS att dessa skulle rapporteras och anmälan om lex Maria skickades till IVO.

Det första ärendet gällande ett fall där en patient fick en fraktur och därefter trycksår på grund av immobilisering. IVO beslutade i ärendet att inte vidta några åtgärder då vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda händelsen och planerat för att vidta åtgärder för att förhindra att något linkande inträffar igen.

Det andra ärendet gällde en risk för att en patient skulle fått för hög dos insulin då det fans två olika signeringslistor ordinerat av ansvarig sjuksköterska. IVO beslutade att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelsen och avsluta ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder.

Det tredje ärendet gällde trycksårsförebyggande madrasser som kunde ha varit felaktiga och orsakat trycksår hos några patienter. Det ärendet har även anmälts till läkemedelsverket. Leverantören kom fram till att några av madrasserna hade trasiga ventiler och dessa ventiler har bytts ut. IVO har avslutat ärendet och bedömt att kommunen vidtagit tillräckliga åtgärder.

Ett ärende rapporterades till IVO under 2022 gällande en sjuksköterskas bristande handläggning och dokumentation av ett fall i SÄBO. IVO:s beslut i ärendet dröjde men inkom under 2024 och ger sjuksköterskan kritik gällande brister i den egna bedömningen av patientens fall och fallskada samt bristande dokumentation av händelsen i patientens journal. Verksamheten har efter detta reviderat rutiner för fallriskbedömning och åtgärder vid fall i särskilt boende.

Trenden för rapporterade avvikelser är ökande och detta är något som förvaltningen stävar efter ska fortsätta. Se tabell nedan.

	Antal	Varav SoL/LSS	Varav vårdskada
2024	1512	415*	1097
2023	1357	261	1096
2022	1224	328	896

*=32 av SoL/LSS-avvikelserna avser externa utförare

Av diagram 1 framgår hur antalet avvikelser fördelar sig mellan avdelningarna under åren 2022–2024.

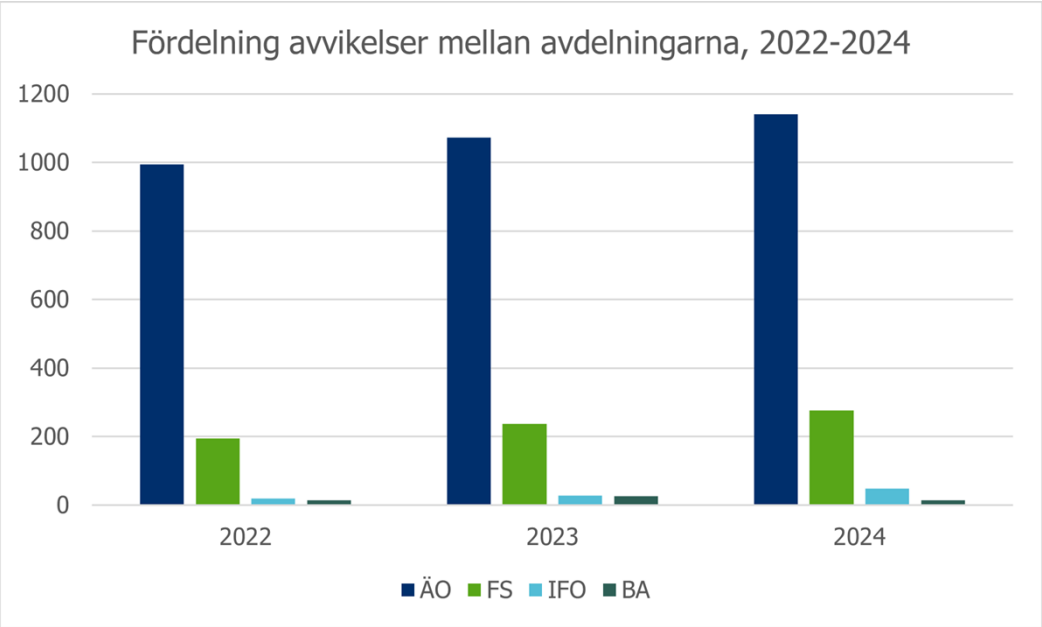


Diagram 1, fördelning antal avvikelser mellan avdelningarna, åren 2022–2024

Avvikelsetyper och åtgärder

Som framgår av diagram 2 är merparten av avvikelserna vård-relaterade. De vanligaste vårdavvikelserna handlar om fall, läkemedelshantering och att riktlinjer och rutiner antingen brister eller inte följs.

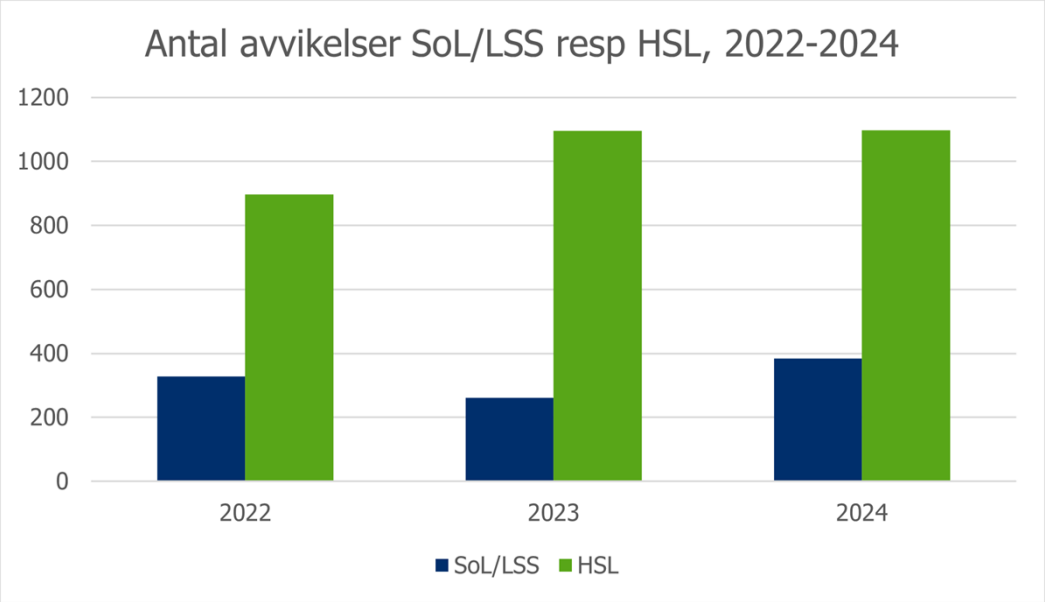


Diagram 2, jämförelse antal avvikelser SoL/LSS respektive HSL, år 2022–2024

Följande åtgärder är de vanligast förekommande när det gäller vårdavvikelserna:

- Genomgång/revidering av processer och rutiner
- Information och kommunikation
- Enskilt samtal

När det gäller avvikelser som rör fall framgår av åtgärderna att det i samband med fall görs läkemedelsgenomgångar, översyn av hjälpmedel och behov av hjälpmedel samt att brukarna ordineras träning.

Verksamheten har uppmärksammat fall och fallförebyggande arbete genom att genomföra utbildning i individbaserad systematisk uppföljning (ISU) via FOU Nestor. Arbetet har gått ut på att identifiera de brukare/patienter med risk för fall och hur man arbetar med säker förflyttning. Utbildningen har skett utifrån behov till omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och arbetsterapeuter/fysioterapeuter.

När det gäller avvikelser kopplade till hantering av läkemedel, har antalet avvikelser minskat. Detta sannolikt beroende på att verksamheterna har infört ett system för digital signering av läkemedel och andra medicinska insatser (APPVA).

Avvikelser som skett hos annan vårdgivare har skickats vidare till dessa för analys och eventuella åtgärder.

Den vanligaste avvikelsetypen för SoL/LSS är att insatser antingen inte utförts eller att de utförts felaktigt. Även när det gäller SoL/LSS-avvikelser är det många som rör brister i/följsamhet till rutiner.

Följande åtgärder är de vanligaste utifrån SoL/LSS-avvikelser:

- Information och kommunikation
- Samtal med berörd personal/enskilt samtal
- Genomgång/revidering av processer och rutiner
- Samtal med brukare

Synpunkter och klagomål

Synpunkter inkommer vanligtvis via kommunens e-tjänst men det händer även att brukare och/eller närstående lämnar synpunkter muntligt. I de fall synpunkter lämnas muntligt ansvarar den medarbetare som tar emot synpunkten för att antingen informera den berörde om möjligheten att lämna synpunkten via e-tjänsten och vid behov hjälpa denne att göra det eller själv rapportera synpunkten i e-tjänsten.

Registrator registrerar synpunkten i ärendehanteringssystemet Public 360 och fördelar den till ansvarig chef. Ansvarig chef hanterar inkommen synpunkt och lämnar svar till synpunktslämnaren inom 14 dagar.

Under 2024 har ett trettiotal synpunkter lämnats till förvaltningen. Synpunkterna har bland annat handlat om upplevelse av brister i kvalitet, ändrade besökstider för boendestödet, att beslut om ekonomiskt bistånd har dröjt, att det är svårt att komma i kontakt med handläggare utanför telefontid, önskemål om byte av handläggare, brister i bemötande och missnöje med hemtjänstutförande. Andra har handlat om omorganisationen inom hemtjänsten och Balder.

Förvaltningen ser ett behov av att säkra hanteringen av statistikuttag avseende synpunkter och klagomål då det råder en viss osäkerhet kring hur ärenden registreras. Vidare ser förvaltningen

ett behov av att se över rutinen för synpunktshantering. Nuvarande rutin beslutades 2009 och reviderades 2018. Ett arbete med kommunövergripande policy pågår och förvaltningen har, på grund av det, avvaktat med revidering av rutinen.

Övrigt kvalitetsarbete under året

Förvaltningen ansvarar för att följa upp de verksamheter som utför biståndsbedömda insatser. Uppföljningen syftar till att säkra att verksamheterna håller hög kvalitet och följer lagar, riktlinjer och rutiner. Kvalitetsbedömningen inkluderar medarbetarnas kompetens, systematiskt kvalitetsarbete och arbetsmiljö. Under 2024 har daglig verksamhet, hemtjänst, ett korttidsboende och personlig assistans granskats.

Resultatet visar att samtliga (fyra) verksamheter inom daglig verksamhet godkändes i granskningen med den åtgärden att de behöver säkerställa följsamhet till rutin om att dela genomförandeplaner med myndigheten. Även det korttidsboende som granskats har godkänts i kvalitetsuppföljningen. Av fem granskade hemtjänstutförare godkändes tre. Den utförare inom personlig assistans som granskats har inte godkänts. I de fall en verksamhet inte blir godkänd vid kvalitetsuppföljningen upprättas en handlingsplan som följs upp inom tre månader.

I slutet av året påbörjades införande av ett nytt digitalt stöd för det systematiska kvalitetsarbetet, Hypergene. Införandet har genomförts i projektform och under våren kommer implementering av det nya verktyget att göras.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2027:30) ställs krav på en god vårdhygienisk standard på särskilt boende för äldre. Detta har lett till beslut, inköp och installation av nya spoldesinfektorer på samtliga SÄBO under 2024 vilket har avsevärt förbättrat och möjliggjort god vårdhygienisk standard och korrekt rengöring av det flergångsmaterial som används.

Nya sängar och trycksårs förebyggande- och luftväxlande madrasser har köpts in till samtliga särskilda boenden. I samband med införande av nya madrasser har omvårdnadspersonalen fått utbildning i handhavande av madrasser och trycksårs förebyggande omvårdnadsåtgärder.

En organisationsförändring genomfördes under hösten 2024 där omvårdnadsansvarig sjuksköterska börjar och slutar sin arbetsdag på sitt boende. De har gett resultat gällande arbetsmiljö och minskat stress och gett ansvarig sjuksköterska mer tid och kontinuitet för att lära känna de patienter som hen har omvårdnadsansvar för.

Under hösten 2024 har MAS reviderat rutinen för basala hygienrutiner och åter uppstartat nätverk för hygienombud. Varje avdelning ska ha minst två hygienombud och två sjuksköterskor har gått fördjupning utbildning i vårdhygien.

Inkontinesombud, undersköterskor och sjuksköterskor har utbildats av företaget Tena AB och vid samtliga SÄBO. Varje brukare har ett individuellt anpassat ordinationskort för förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Under våren 2024 genomfördes dokumentationsutbildning för medarbetare efter att brister i omvårdnadsdokumentationen upptäckts vid granskning av patientjournaler i systemet Lifecare. Sökord för dokumentation revideras regelbundet av systemadministratörer och ansvariga i dokumentations gruppen i samarbete med Lifecare.

Rutinen för inskrivning har reviderats och implementerats i början av 2024. Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut sker nu enligt rutin vid inskrivning vid SÄBO

eller vid beslut om boende enligt LSS. Regelbundna uppföljningar görs nu också av paramedicinska gruppen enligt ny rutin och gällande lagkrav.

Rutinen för läkemedelshantering har reviderats. Processen för läkemedelsadministrering har ytterligare kvalitetssäkrats genom införandet av patientbunden delegering. Det innebär att den person som får delegeringen har ansvar för att utföra uppgiften för just den patienten, och att det ska finnas en specifik bedömning av behovet och kompetensen för att utföra åtgärden på ett säkert sätt.

Under hösten 2024 genomfördes risk och konsekvensanalys för att påbörja arbete med att byta ut samtliga läkemedlsskåpslås mot nya. Bytet till nya läkemedlsskåpslås sker i samtliga verksamheter inom Funktionsstöd, LSS och SÄBO med start i februari 2025. Logganalys och spårbarhet vem som har tillgång till läkemedelsskåpet kommer att förbättras avsevärt efter införandet.

Planerade åtgärder för kommande år

Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är, som tidigare nämnts, ett ständigt pågående förbättringsarbete. Under 2025 kommer förvaltningen att fortsätta implementeringen av det nya digitala verktyget i Hypergene. Detta kommer underlätta och säkerställa arbetet med uppföljningar och riskanalyser samt ge möjlighet att följa kvalitetsarbetet över tid. Dessutom ska rutiner för riskanalysarbete och samverkan ska tas fram.

Förvaltningen står inför utmaningar med att upprätthålla rätt kompetens inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård, särskilt i samband med den pågående omställningen till den nya socialtjänstlagen. Ett särskilt fokus kommer läggas på introduktion av ny personal, kontinuerlig kompetensutveckling inom patientsäkerhet och förbättrad förståelse för avvikelsehantering på alla nivåer.

För att skapa en mer individanpassad och kvalitetssäkrad vård och omsorg behöver brukarnas synpunkter och erfarenheter i större utsträckning inkluderas i utvecklingsarbetet och här ser förvaltningen ett behov av att hitta nya metoder som komplement till befintliga. Vidare ska processen och rutinen för uppföljning av synpunkter ses över. Målet är att fler brukare ska ges möjlighet att lämna synpunkter och att svarsfrekvensen ska öka vad avser de nationella brukarundersökningarna.

Ett omfattande arbete med att kartlägga, uppdatera och koppla samman processer och rutiner har gjorts. Fokus framåt kommer att vara att säkra att alla rutiner revideras och kopplas till processerna. Detta kommer underlätta medarbetarnas tillgång till relevant information och skapa en tydlig struktur.

Ett av de viktigaste områdena inom kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är hanteringen av avvikelser. Antalet rapporterade avvikelser har ökat, vilket ses som en positiv trend då det visar att medvetenheten och benägenheten att rapportera förbättrats. Samtidigt finns utmaningar i att säkerställa att rapporterade avvikelser leder till konkret förändringsarbete. Under kommande år ska förvaltningen utveckla analysstödet för chefer vilket ska leda till en mer systematisk uppföljning av och starkare koppling mellan avvikelseanalys och verksamhetsutveckling. Förvaltningen ska också säkra att alla allvarliga vårdskador följs upp med en strukturerad händelseanalys och konkreta åtgärdsförslag.

Som ett led i arbetet med att stötta utförarverksamheterna och säkra kvaliteten för brukarna ska förvaltningen se över möjligheten att förändra LOV-avtalet för daglig verksamhet LSS så att

även dessa verksamheter använder befintligt verksamhetssystem för avvikelsehantering, löpande dokumentation och upprättande av genomförandeplan. Detta bedöms komma att underlätta informationsflödet, förenkla uppföljningen och bidra till ökad kvalitet för brukarna.

Omställningen till den nya socialtjänstlagen innebär omfattande förändringar som påverkar både organisation, arbetssätt och medarbetarnas kompetens. Förvaltningen ser ett stort behov av att vidareutveckla processer och rutiner för att möta de nya kraven och säkerställa en smidig övergång. Kompetensutveckling inom individanpassat stöd, förebyggande arbete och tvärprofessionell samverkan kommer vara centrala delar i detta.

För att förbättra vården i livets slutskede och öka registrering av antalet enkäter i Svenska palliativregistret kommer verksamhetschef och MAS planera för ett arbete tillsammans med de palliativa ombuden, enhetschefer och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor med att förbättra omvårdnadsdokumentationen genom införande av vårdplan för vård i livets slutskede (NVP). Tillsammans med läkarorganisationen Capio planeras för ett arbete med att identifiera och förbättra dokumentationen gällande brytpunktsamtal med patient och närstående.

Vidare fortsätter arbetet med att byta ut låsen på läkemedelsskåpen och kompetensutveckling inom BPSD[1] och Äldreomsorgslyftet samt basala hygienrutiner. Dessutom kommer en mätning av förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning genomföras via svenska HALT[2].

---

[1] BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens)

[2] Svenska HALT (Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use in Long-Term Care Facilities), är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilda boenden