**Patientsäkerhetsberättelse**

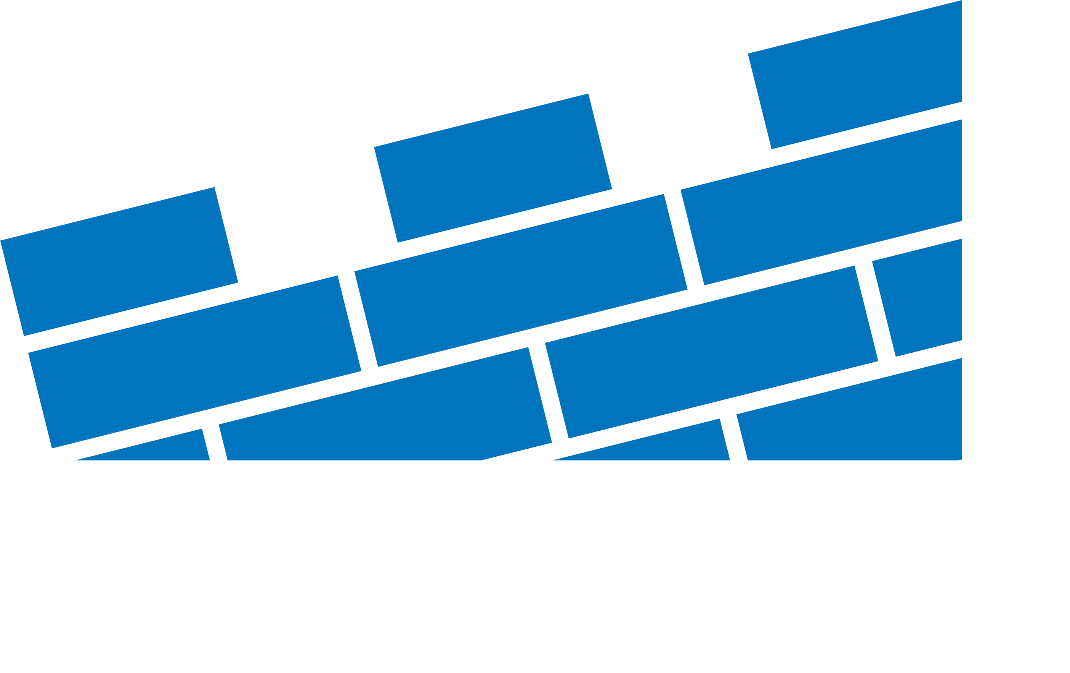
**Socialförvaltningen**

**2024**



Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: SOC 2024/190





# INLEDNING

Enligt patientsäkerhetslagen, PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §, ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

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

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

Cirkel uppdelad i tre lager. Ovanför står det: God och säker vård överallt och alltid. 
Under cirkeln står det Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. 
Lager 1: Öka riskmedvetenhet och beredskap. Öka kunskap om inträffade vårdskador. Tillförlitliga och säkar system och processer. Säker vård här och nu. Stärka analys, lärande och utveckling. Lager 2: Engagerad ledgning och tydlig styrning. En god säkerhetskultur. Adekvat kunskap och kompetens. Patienten som medskapare. I mitten: Agera för säker vård.

Källa:

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

### Innehåll

[INLEDNING 2](#_Toc188515678)

[Innehåll 3](#_Toc188515679)

[1 SAMMANFATTNING 5](#_Toc188515680)

[2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 7](#_Toc188515681)

[2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning 7](#_Toc188515682)

[2.2 Övergripande mål och strategier 7](#_Toc188515683)

[2.3 Organisation och ansvar 7](#_Toc188515684)

[2.3.1 Socialnämnden 7](#_Toc188515685)

[2.3.2 Socialchef 7](#_Toc188515686)

[2.3.3 Verksamhetschef 8](#_Toc188515687)

[2.3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) 8](#_Toc188515688)

[2.3.5 Enhetschef 8](#_Toc188515689)

[2.3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal 9](#_Toc188515690)

[2.3.7 Medarbetare 9](#_Toc188515691)

[2.3.8 Stödfunktioner 9](#_Toc188515692)

[2.4 Samverkan för att förebygga vårdskador 10](#_Toc188515693)

[2.4.1 Intern samverkan 10](#_Toc188515694)

[2.4.2 Samverkan med andra vårdgivare 11](#_Toc188515695)

[2.4.1 Informationssäkerhet 12](#_Toc188515696)

[2.5 En god säkerhetskultur 13](#_Toc188515697)

[2.6 Adekvat kunskap och kompetens 14](#_Toc188515698)

[2.7 Patienten som medskapare 15](#_Toc188515699)

[2.7.1 Nära vård 15](#_Toc188515700)

[2.7.2 Samordnad individuell planering (SIP) 16](#_Toc188515701)

[3 AGERA FÖR SÄKER VÅR 17](#_Toc188515702)

[3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador 17](#_Toc188515703)

[3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer 17](#_Toc188515704)

[3.2.1 Vårdprevention 17](#_Toc188515705)

[3.2.2 Palliativ vård 19](#_Toc188515706)

[3.2.3 Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner 21](#_Toc188515707)

[3.2.4 Munhälsobedömningar och nödvändig tandvård 22](#_Toc188515708)

[3.2.5 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom 23](#_Toc188515709)

[3.2.6 Nutrition och nattfasta 24](#_Toc188515710)

[3.2.7 Delegering 25](#_Toc188515711)

[3.2.8 Läkemedelshantering 27](#_Toc188515712)

[3.2.9 Dokumentation 27](#_Toc188515713)

[3.2.10 Samverkan för patientsäker vård 28](#_Toc188515714)

[3.3 Säker vård här och nu 29](#_Toc188515715)

[3.3.1 Riskhantering 29](#_Toc188515716)

[3.4 Stärka analys, lärande och utveckling 30](#_Toc188515717)

[3.4.1 Avvikelser 30](#_Toc188515718)

[3.4.2 Avvikelser i samverkan 32](#_Toc188515719)

[Klagomål och synpunkter 33](#_Toc188515720)

[3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap 34](#_Toc188515721)

[4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 35](#_Toc188515722)

# 1 SAMMANFATTNING

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beräknade i mars 2024 att kommunal primärvård utgjorde ca 37 % av all primärvård. Andelen väntas öka varje år i och med omställningen till Nära Vård. Regionen har under 2024 ytterligare minskat antalet vårdplatser i länet samtidigt som befolkningen åldras. Antalet patienter med dokumenterad HSL-insats har ökat med totalt 10 % över de senaste fyra åren. Andel patienter med omfattande vårdåtgärder upplevs ha ökat tydligt, men lämpliga mätmetoder för att kunna följa förändringen i vårdtyngd saknas.

Diagram 1: Antal patienter med dokumenterad HSL-insats

Patientsäkerheten har under året följts upp genom deltagande i nationella kvalitetsregister, mätning av vårdrelaterade infektioner, följsamhetsmätningar och analys av inkomna avvikelser och synpunkter. En mängd rutiner har skapats inom bland annat palliativa vård, dokumentation, egenvård, rörelseträning, metodstöd, demens och BPSD. Ett arbete har pågått under året för att bygga om ledningssystemet i syfte att göra det mer lättillgängligt. I samband med ombyggnaden har många rutiner och riktlinjer uppdaterats samtidigt som mycket arbete återstår. Kommunen är skyldig att göra de förberedelser som behövs för att kunna upprätthålla hälso- och sjukvård under höjd beredskap, vilket påverkat en del rutiner.

En stor del av vården utförs av omvårdnadspersonal med delegering. Varje vecka skickas ca 10 000 HSL-uppdrag i verksamhetssystemet Combine, varv 93 % utförs av hemtjänst. Ett förbättringsarbete har pågått under året för att minska antalet osignerade HSL-uppdrag. Fast vårdkontakt har införts inom hemsjukvården och hemsjukvårdens sjuksköterskor har utbildat hemtjänstens personal inom basala hygienrutiner, vilket givit positiva resultat.

I februari 2024 inkom nämnden med komplettering till IVO gällande den tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som inleddes 2022. IVO ansåg i sitt svar att åtgärderna var tillfredställande.

Behovet av tät och välfungerande samverkan såväl internt som externt har i och med Nära Vård blivit ännu viktigare för patientsäkerheten. Flera nya projekt har pågått under året för att förbättra samverkan. Bland annat har en ökad samverkan med psykiatrin ägt rum. Psykiatri är ett växande område där ökad kompetens behövs inom förvaltningen.

Eftersom socialförvaltningens hälso- och sjukvård växer har beslut fattats om att anställa enhetschef för rehabilitering, korttids och hemtagningsteam. Rekrytering har gjorts. Rekrytering av MAR pausades under början av 2024. MAR-uppdraget hade för avsikt att höja kvalitet och säkerhet inom rehabiliteringsområdet samt att driva implementering av nya preventiva arbetssätt.

# 2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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

## 2.2 Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §*

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med den kommunala hälso- och sjukvården. Individen ska bli bemött med respekt och värdighet. Patienter ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem, där målet är att patienten är en aktiv medskapare i sin vård- och omsorg. På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att trygg och säker vård och omsorg kan ges.

## 2.3 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

### 2.3.1 Socialnämnden

Socialnämnden är som vårdgivare ansvarig för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Ansvaret innebär att se till att verksamheten är välorganiserad och att det ges ekonomiska och personella förutsättningar att bedriva verksamheten på ett patientsäkert sätt.

Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem, att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### 2.3.2 Socialchef

Socialchef ansvarar för att kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten. Socialchef har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Socialchef ska ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

### 2.3.3 Verksamhetschef

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården utses av nämnden. I Sävsjö kommun har områdeschef för äldreomsorg och hälso- och sjukvård uppdraget. Verksamhetschef ska enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 29§ säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef ansvarar för budget och resursernas användning samt har ett samlat resultatansvar för verksamheten. Verksamhetschef ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen även för att det finns rutiner för delegering.

### 2.3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS bevakar att patientsäkerhet upprätthålls inom socialförvaltningens hälso- och sjukvård. Ansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagen, patienssäkerhetslagen och patientsäkerhetsförordningen. I Sävsjö kommun är MAS även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). I uppdraget som MAR ingår att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla området rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel.

MAS ansvarar för att utreda avvikelser inom hälso- och sjukvård och vid behov göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till läkemedelsverket.

MAS ansvarar för att det finns rutiner för hög patientsäkerhet och att rutiner och avtal för tillgång till läkare finns utarbetat. I ansvarsområdet ingår även att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända, viss utbildning, ombudsträffar och samverkan med andra vårdgivare.

### 2.3.5 Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens. Enhetschef ansvarar även för att verksamheten systematiskt arbetar med patientsäkerhet och att gällande rutiner och riktlinjer följs i det dagliga arbetet. I uppdraget ingår att uppmärksamma behov av justeringar respektive behov av nya rutiner och riktlinjer samt att delta i framtagandet av dessa. Enhetschef implementerar patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och genomför förbättringsarbeten.

Gällande avvikelsehantering ansvarar enhetschef för att avvikelserapportering sker samt för utredning och uppföljning av avvikelser inom den egna verksamheten. Enhetschef leder teamarbetet och samverkar med övriga yrkesfunktioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och biståndshandläggare för en god patientsäkerhet.

Enhetschefer ansvarar för att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession, att teamsamverkansträffar äger rum och att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ombud ges tillräckligt med tid att kontinuerligt fortbilda omvårdnadspersonalen inom hälso- och sjukvård.

Enhetschefer för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att i samråd med MAS anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

### 2.3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har i samband med att uppgifterna utförs samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser i avvikelsesystemet, i syfte att förebygga vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten. I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

### 2.3.7 Medarbetare

Alla medarbetare ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa de instruktioner, rutiner och riktlinjer som gäller i verksamheten samt rapportera avvikelser.

### 2.3.8 Stödfunktioner

Inom förvaltningen finns verksamheter och funktioner med specialist- eller spetskompetens med uppdrag att följa upp kvalitén och driva utveckling inom olika områden som berör hälso- och sjukvård. Dessa funktioner har stor betydelse för att upprätthålla kvalitet och kompetens i verksamheterna och är ett viktigt stöd för verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare för att säkerställa en god och säker vård.

* IT-utvecklare
* Anhörigsamordnare
* Kostombud (omvårdnadspersonal)
* Nutritionsombud (sjuksköterskor)
* Förflyttningsinstruktörer (rehab)
* Hygienombud (omvårdnadspersonal och sjuksköterskor)
* Inkontinensombud
* Läkemedelsanvariga
* Förrådsansvariga
* Delegeringsansvariga
* Instruktörer i vårdteknik
* Instruktörer i ViSam beslutsstöd
* Kognitiva teamet
* Palliativvårdssamordnare och ombud för palliativ vård
* Sårsjuksköterskor
* Dokumentationsombud
* Superanvändare Combine
* Studentansvariga
* Ombud vård av barn
* Ansvarig utbildare Senior Alert
* Demenssjuksköterska och kognitiva teamet
* Representant hjälpmedelscentralens produktråd
* Verksamhetssamordnare, huvudadministratör och utbildare i Combine
* Höglandets systemförvaltning

**Smittskydd och vårdhygien**

Smittskydd och vårdhygien planerar, organiserar och leder smittskyddsarbetet inom Region Jönköpings län. Enheten arbetar för att minska smittspridning inom vård och omsorg och förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner, vilket sker främst genom rådgivning, riktlinjer och utbildning. Länsgemensamt politiskt beslut finns om att Vårdhygien och smittskydd ska stötta kommunerna på samma sätt som regionens verksamheter. Kommunen följer aktuella riktlinjer från enheten. Samverkansmöten med kommunen har ägt rum löpande samt vid behov.

**Socialt ansvarig samordnare**

Under 2024 tillsattes en socialt ansvarig samordnare (SAS) i Sävsjö Kommun. SAS uppdrag är att säkerställa och följa upp kvaliteten i det sociala arbetet. SAS är en nära samverkansfunktion för MAS i att följa upp och utveckla kvalitén i verksamheterna. Kvalitet inom socialtjänst och hälso-och sjukvård går hand i hand, då det ofta är samma personer som är mottagare för insatserna.

**Patientnämnden**

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården, och där klagomålet av någon anledning inte hanteras i berörd verksamhet. Klagomålen sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården.

## 2.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Regionen har under 2024 ytterligare minskat antalet slutenvårdsplatser i länet. Samtidigt blir befolkningen i länet allt äldre. På Höglandssjukhuset har särskilt medicin- och geriatrikkliniken varit hårt belastad. En tät och välfungerande samverkan såväl internt som externt har blivit ännu viktigare för patientsäkerheten.

### 2.4.1 Intern samverkan

Varje vardag äger digitala Link-samverkansmöten rum där biståndshandläggare, hemsjukvård och hemtjänstens planerare deltar. Efter möjlighet och behov deltar även vårdcentralens vårdsamordnare och MAS. På mötena planeras patientflödet i Link för att få hemgångar att fungera smidigt och patientsäkert. På korttids sker veckovisa multiprofessionella möten för att planera vården. Enhetschefer inom särskilt boende och korttidsboende träffas veckovis för att planera platstillgången inom äldreomsorgen.

Teamträffar, så kallade fokusträffar, äger rum i alla verksamheter. Forumet arrangeras av enhetschefer och ger möjlighet till multiprofessionell teamsamverkan. Regelbunden multiprofessionell teamsamverkan har mycket hög evidens i att förbättra patientsäkerheten.

### 2.4.2 Samverkan med andra vårdgivare

En viktig del i kommunens patientsäkerhetsarbete består i samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

* Länsavtal om läkarmedverkan från regionens primärvård för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer.
* Lokalt läkaravtal med VC Bra Liv Sävsjö och Vrigstad.
* Riktlinjer för akutläkemedel och generella ordinationer från länets läkemedelskommitté.
* Länsgemensam rutin för dosexpedierade läkemedel.
* Överenskommelse Sävsjö kommun och VC Bra Liv Sävsjö och Vrigstad om läkemedelsgenomgångar.
* Pandemiplan Sävsjö kommun och VC Bra Liv Sävsjö och Vrigstad.
* Riktlinjer för uppsökande tandvård, bedömningsenheten för tandvård.
* Demensteam i samverkan med regionens primärvård och minnesmottagning.
* Regelbundna samverkansmöten med verksamhetschefer primärvården.
* Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien.
* Samverkan med barnkliniken.
* Samverkan med regionens specialiserade sjukvård i hemmet, SSIH.
* Samverkansmöte digitalt varje vecka med Höglandssjukhuset, kommuner och vårdcentraler på höglandet.
* Länsgemensam rutin för samordnad vårdplanering.
* Länsgemensam rutin för egenvård.
* Länsgemensamt införande av beslutsstöd för förskrivning av hjälpmedel, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
* Tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) för information samt tillgång till regionens journalsystem Cosmic för vårdplanering och meddelanden.
* Gemensamt avtal sjuk- och förbandsmaterial kommunerna på höglandet.
* Avtal med medicintekniska avdelningen Höglandsjukhuset för kontroll av medicinsk utrustning.
* Gemensamma träffar i länet respektive på höglandet för medicinskt ansvariga sjuksköterskor.
* Länsgemensamma avtal kommun och landsting gällande till exempel inkontinens-, nutrition- kompressions, hjälpmedelsprodukter.

Två gånger årligen hålls samverkansmöten mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralens läkare respektive hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralens sjuksköterskor. Med samma frekvens träffas även ”Stora demensteamet” där läkare, vårdcentralens demensteam och hemsjukvårdens kognitiva team deltar. Psykiatri är ett växande område. Under året har nya samverkansmöten med psykiatriska öppenvården startat upp i syfte att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Även samverkansmöte med slutenvården har ägt rum.

Vårdcentralen och kommunens hälso- och sjukvård har samverkanmöte varje vecka. Varje vecka äger även ett veckostyrningsmöte rum mellan slutenvård, vårdcentraler och kommuner. Vid detta möte deltar även smittskydd. Höglandets MAS.ar, Höglandssjukhusets chefsjuksköterska och verksamhetschef som representerar vårdcentralerna Bra Liv träffas 4–6 gånger årligen i Händelseråd där avvikelser i samverkan analyseras och representanter från olika verksamheter bjuds in till dialog.

En gemensam statistiksida har tagits fram för kommunal och regional primärvård där data hämtas från regionens verksamhetssystem Cosmic. Statistiksidan har skapat nya möjligheter för kommun och vårdcentral att få överblick över gemensamma patientflöden. Från och med november 2024 har regelbundna möten ägt rum med verksamhetschef för vårdcentral Bra Liv Sävsjö och Vrigstad, socialförvaltningens områdeschef för hälso- och sjukvård och äldre, enhetschef för hälso- och sjukvård, enhetschef för myndighet och MAS. Fokus för mötena är att stärka samverkan mellan kommun och vårdcentral och att hitta nya vägar för preventiva arbetssätt.

Regionen har under våren 2024 tillsatt en chefsläkare för Nära Vård som samverkar med samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Införandet av chefsläkare för Nära Vård har skapat nya möjligheter för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet att samverka med regionen i aktuella frågor som palliativ vård, ställningstagande till vårdnivå med mer. Framtida former för möten mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor och chefsläkare för Nära Vård är ännu inte fastställt.

### 2.4.1 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Ett kontinuerligt arbete pågår för att efterleva lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrift 2016:40. Informationssäkerhet innebär:

1. att informationen alltid ska finnas när vi behöver den (tillgänglighet)
2. att vi alltid kan lita på att den är korrekt (riktighet)
3. att endast behöriga personer fåt ta del av den (konfidentialitet)
4. att det går att följa hur och när informationen har hanterats och kommunicerats (spårbarhet)

Sammanhållen journalföring är en fördel för patientsäkerheten men gör det samtidigt svårt att säkerställa lagstiftning om sekretess och konfidentialitet. IVO gav i sin tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre 2023 kritik kring att omvårdnadspersonal inte har tillgång till hälso- och sjukvårdsjournalen, eftersom det kan innebära risker för patientsäkerheten. Sävsjö kommun valde att genomföra denna öppning för korttidsverksamhetens omvårdnadspersonal 2022 eftersom en välfungerande informationsöverföringen där ses som extra viktig. Samtidigt stoppar lagstiftningen ett breddinförande eftersom verksamhetssystemet Combine ännu saknar möjlighet att spärra behörighet för enskild användare. Combine ser idag inte ut att planera för en lösning.

Vårdgivaren ska enl. 4 kap. 3§ patientdatalagen (2008:355) föra loggkontroller för att säkerställa att personalen inte använder sina behörigheter på fel sätt genom att läsa information som de inte ska hantera. Socialnämnden har en upprättad rutin för loggkontroller som har uppdaterats 2024. Dokumentation granskas även i samband med avvikelsehantering. Inom palliativ vård har markörbaserad journalgranskning genomförts av MAS.

Inom hemsjukvården finns rutiner för att förvara viss information på papper vid händelse av att verksamhetssystem inte fungerar. Övriga verksamheter har tagit fram eller arbetar med att ta fram liknande rutiner i samband med framtagande av kontinuitetsplaner. Alla patienter har sedan 2023 omsorgspärmar med information och möjlighet att dokumentera för hand.

Det saknas idag plattform för att enkelt kunna genomföra säkra digitala vårdmöten. Höglandets IT har under året arbetat på att upphandla ett system som är mer användarvänligt. Ett nytt system kommer lanseras under 2025.

SITHS-kort inloggning är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller kraven på säker identifiering Tvåfaktors-autentisering gäller även Omvårdnadspersonal. Legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i verksamhetssystem, kvalitetsregister och olika vårdtjänster på internet, såsom Alfa SignIt, Pascal och Nationell Patientöversikt (NPÖ). NPÖ gör det möjligt för behörig personal att ta del av journalinformation som registrerats av regionen. För att få åtkomst krävs att patienten har en pågående hälso- och sjukvårdsjournal i kommunens verksamhetssystem Combine samt samtycke från patienten. Om anteckningen är dikterad syns den inte förrän den är utskriven. I vissa fall kan det ta flera veckor innan ett diktat är utskrivet.

Patienter kan ta del av sin journal från regionen via personlig inloggning på 1177. I framtiden kommer invånare även kunna ta del av kommunens hälso- och sjukvårdsjournal samt personakt enligt SoL på 1177.

Förvaltningen har en stor mängd riktlinjer, rutiner, lathundar, arbetsprocesser, blanketter med mera i ledningssystemet på Kom In. Många dokument har inte uppdaterats i den utsträckning som behövts. Medarbetare har upplevt att dokumenten är svåra att hitta och många dokument har därför sparats ned på G-mapp inom verksamheterna, vilket gjort det svårt att säkerställa vilken version som är i bruk. Inaktuella dokument har dessutom kunnat sökas fram via sökfunktionen på Kom In, trots att de inte längre finns med i ledningssystemet. För att komma tillrätta med problemen har ett arbete pågått under året med att bygga om ledningssystemet med mål om att släcka ned det gamla under kvartal 1 2025. I och med att det gamla ledningssystemet släcks ned går det inte längre att söka fram inaktuella dokument. Ett tidskrävande arbete har under året pågått med att inventera dokument på G-mappar, justera mallar och uppdatera. Enhetschefer har ett stort ansvar i att säkerställa att rutiner och andra dokument hålls uppdaterade.

## 2.5 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur där alla medarbetare vill, kan och vågar rapportera risker. För att det ska fungera krävs en tillitsbaserad organisation som i första hand ser brister som organisatoriska och inte lägger skuld på den enskilde medarbetaren. Sävsjö kommun har 2022 antagit en tillitsbaserad styrmodell.

Socialförvaltningens hälso- och sjukvård är ett komplext system. Komplexa system har ingen tydlig gräns eftersom de ständigt förändras. Säkerheten i komplexa system nås genom att systemet är flexibelt och anpassar sig efter förändringar och att medarbetarna inte bara följer regler utan även är kompetenta och har gott omdöme. Det uppstår ibland ett gap mellan hur arbetsuppgifter är tänkta att utföras och hur de faktiskt utförs. Det kan bero på att verkligheten är mer komplex och inte passar in i de rutiner och riktlinjer som finns och att organisatoriska mellanrum uppstår. Personalen tvingas då göra sitt bästa och får kompromissa för att få arbetet att fungera. Arbetsmiljön och introduktion av nyanställda har stor påverkan på patientsäkerheten. Lösningar finns som regel inte på ett ställe i organisation, utan i samverkan och prioriteringar.

Antalet rapporterade avvikelser har ökat för varje år, vilket ses om positivt då det funnits problem med underrapportering. Enhetschefer ansvarar för att svar på avvikelser återförs till verksamheten för lärande. MAS träffar regelbundet hemsjukvårdens personal för dialog kring avvikelser. MAS för även löpande dialog med vårdcentralen och händelserådet gällande avvikelser i samverkan.

Hemsjukvårdens personal behöver ha en nära samverkan med omvårdnadspersonalen. Genom samverkan skapas en bättre bild av patientens behov. När vårdpersonal samarbetar effektivt kan de bättre involvera patient och närstående vilket leder till en ökad delaktighet. Multiprofessionell teamsamverkan sker i form av fokusträffar. Där görs riskbedömningar, och åtgärdsplanering med hjälp av samlad kunskap för att lösa komplexa problem.

## 2.6 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Enhetschef ansvarar för att alla medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra sitt arbete på ett säkert patientsäkert sätt. Hög kvalitet på introduktion för nyanställdabehövs för att ge personal rätt förutsättningar och för att minska personalomsättningen.

Omvårdnadspersonal utför en stor del av socialförvaltningens hälso- och sjukvård och behöver löpande utbildning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är av hög vikt att enhetscheferna säkerställer att legitimerad personal bjuds in till verksamhetsträffar. Detta är ett område som behöver förbättras.

Hemsjukvården vårdar patienter med komplexa behov och ger ofta avancerad sjukvård. För att upprätthålla en hög kompetens inom personalgruppen har all personal olika ansvarsområden såsom nutrition, sårvård eller barn. I ansvaret ingår att hålla sig uppdaterad, sprida information till kollegor, uppmärksamma behov av nya rutiner och arbetssätt samt att medverka vid framtagandet av dessa. För en del ansvarsområden, såsom vårdteknik, ingår att hålla regelbundna utbildningar för kollegor. Enhetschef strävar efter att det ska finnas flera medarbetare inom varje område för att minska sårbarheten. Hemsjukvården utbildas regelbundet i sårvård av sårvårdsföretag. Produktspecialister utbildar inom till exempel inkontinens och regionen erbjuder en del utbildningar och föreläsningar inom hälso- och sjukvård som ofta är digitala.

Hälso- och sjukvård har blivit en allt större del av socialförvaltningens verksamhet. Behov finns av att stärka kompetensen i patientsäkerhetsarbetet. Det saknas dock lämpliga utbildningsformer för det. Smittskydd och vårdhygien har tagit fram en digital utbildning om vårhygieniskt arbete som en del av cheferna har deltagit på. Utbildningen är på övergripande nivå och beskriver vad som gäller utifrån lagstiftning och föreskrifter.

Enhetschefer är ansvarig för att teamsamverkansträffar sker. Teamsamverkansträffar är en viktig del av kunskapsutbytet inom hälso- och sjukvård och multiprofessionella team ges stor tyngd i dagens hälso- och sjukvårdsutbildningar. Sjuksköterskor arbetar idag ensamma kvällstid och vissa nätter. Ensamarbetet skapar sårbarhet ur flera aspekter.

Omvårdnadspersonal, särskilt inom hemtjänst och socialpsykiatrin, möter många patienter med psykisk sjukdom. Psykiatri är ett kunskapsområde som behöver förstärkas i kommunen.

## 2.7 Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Vården blir säkrare om patient och närstående är välinformerade och aktivt deltar i vården. Därför ska vården, så långt som möjligt, utformas och genomföras i samråd med patient och närstående. Att patient och närstående bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. Patient och anhöriga bjuds in att medverka i patientsäkerhetsarbetet i följande sammanhang:

* Ankomstsamtal vid inflyttning till särskilt boende och ifyllnad av levnadsberättelse. Det har framkommit att alla välkomstsamtal till nyinflyttade på särskilt boende inte alltid erbjuds.
* Bli informerade vid utredning av vårdskada.
* Bli informerade om anmälan till IVO och eller läkemedelsverket.
* Broschyr med information om vart den enskilde/närstående kan vända sig vid klagomål/synpunkter.

Socialförvaltningen behöver bli bättre på att involvera patienter och närstående. Till exempel kan de bjudas in till att:

* delta vid läkemedelsgenomgångar
* medverka på fokusträff

Under 2024 har anhörigsamordnare med uppdrag som verksamhetsutvecklare arrangerat en seniormässa med ca 500 besökare. På mässan deltog bland annat rehab för att visa digitala hjälpmedel och balansträning.

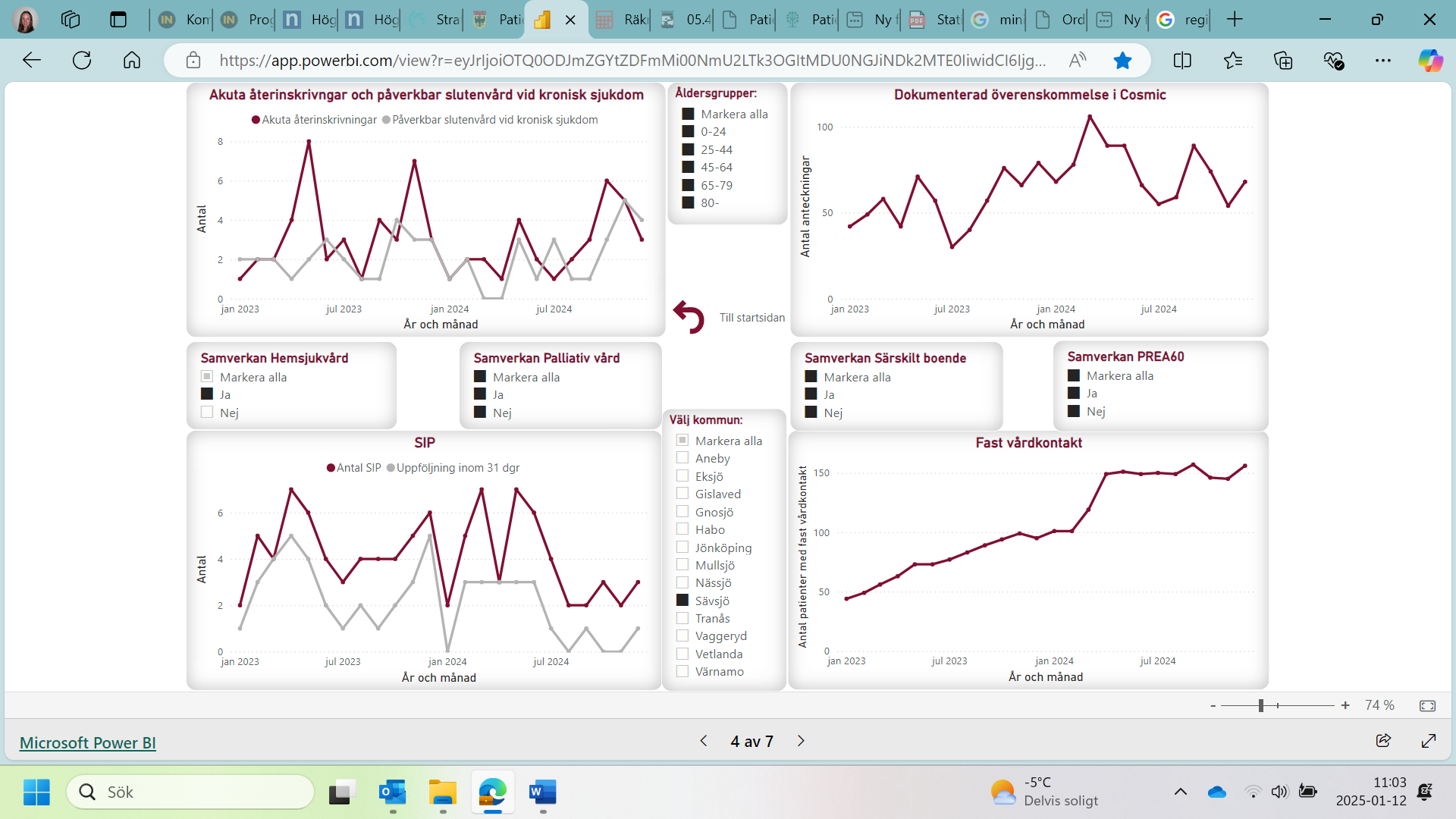
### 2.7.1 Nära vård

Utvecklingen av en nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. En mer tillgänglig, närmre vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcker till fler. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

### 2.7.2 Samordnad individuell planering (SIP)

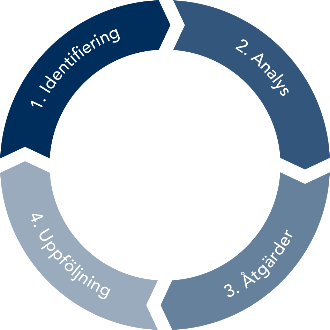
När patienten har behov av att samordna sina insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst ska patienten erbjudas en SIP. Det gäller både när patienten befinner sig i hemmet och i samband med utskrivning från slutenvård. Att erbjuda patienten en SIP är ett arbetssätt för att göra patienten och närstående delaktig i planeringen av vården och omsorgen. Vid en SIP äger ett möte rum där patient och eventuella närstående deltar tillsammans med de professioner och funktioner som ansvarar för patientens pågående insatser och behov. Vid mötet upprättas en samordnad individuell plan (SIP) som överlämnas till den enskilde och som beskriver vem som ansvarar för vad. Under 2024 har 46 SIP genomförts i Sävsjö kommun varav 33 % följts upp inom 31 dagar.

Diagram 2: Antal SIP och antal patienter som fått uppföljning av SIP inom 31 dagar.



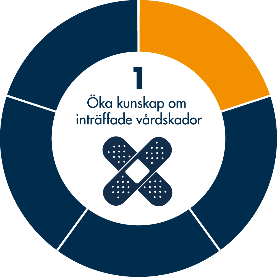
# 3 AGERA FÖR SÄKER VÅR

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



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitet har kunnat mätas genom uppföljning av inkomna avvikelser, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag samt genom uppföljning av journaldokumentation, statistik från kvalitetsregister och förvaltningens egna kvalitetsmätningar.

## 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Samtliga verksamheter i förvaltningen använder sig av avvikelsesystemet DF Resons. Behov finns av uppdaterad riktlinje och ny rutin för hantering av avvikelser. Arbetet med uppdaterad riktlinje och ny rutin är påbörjat och kommer att bli klart under våren 2025.

**Har vården varit säker?**

Under året har två allvarliga händelser inom hälso- och sjukvård utretts av MAS. Ingen av händelserna har efter utredning bedömts som en vårdskada eller risk för vårdskada. För många avvikelser är det inte självklart vilket eller vilka lagrum som är aktuella. MAS och SAS har en kontinuerlig samverkan kring allvarliga avvikelser.

## 3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både reaktiva och proaktiva perspektiv på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Arbete pågår i förvaltningen med att ta fram tydliga strukturer för en patientsäker vård. Det pågår även nationellt arbete med nya och reviderade styrande och vägledande dokument.

### 3.2.1 Vårdprevention

Riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert ska göras i syfte att upptäcka risker och sätta in åtgärder i förebyggande syfte. Riskbedömningar görs inom fyra områden: fall, nutrition, munhälsa och trycksår. Antalet utförda riskbedömningar i Senior Alert har under 2024 ökat med 93 % jämfört med föregående år. Totalt har 204 patienter riskbedömts varav 86 % bedömts ha risk för minst ett riskområde.

Diagram 3: Antal utförda riskbedömningar i Senior Alert

Avskaffandet av teamträffar samt pandemi har påverkat antalet riskbedömningar under åren. Under 2022 återinfördes teamträffar, men arbetet med riskbedömningar har tagit tid att återinföra. En sjuksköterska har under året fått Senior Alert som ansvarsområde och utbildat hemsjukvårdens personal. God sjuksköterskekontinuitet på enheterna och välfungerande teamträffar ger förutsättningar för ett välfungerande arbete med riskbedömningar och åtgärdsplaner.

**Fallprevention i särskilt boende**

I samband med inflyttning görs en bedömning inom två veckor av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. Bedömningen består av instrumentet Downtown Fall Risk Index som används för att identifiera patienter med fallrisk. Bedömningsinstrumentet ingår även i Senior Alert. Bedömningen innefattar en checklista för att se över vårdmiljö, hjälpmedel och andra faktorer som kan påverka risken för fall. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Uppföljning genom Senior Alert görs två gånger/år genom att arbetsterapeut/fysioterapeut/sjuksköterska gör en riskbedömning. Ny bedömning i teamsamverkan ska göras vid behov samt när någon fallit tre gånger.

**Patienter på korttidsboende**

Vid inflyttning görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut. ADL-bedömningen bidrar till att kunna identifiera eventuell fallrisk. Arbetsterapeut lämnar ut skriftlig och muntlig information gällande fallprevention. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Balansträning i grupp har tidigare erbjudits vid behov under ledning av rehab assistent. Sedan 2020 har ingen balansträning i grupp erbjudits. Balansträning har stark evidens när det gäller att förebygga fall.

**Patienter med hemtjänst och/eller hemsjukvård**

Vid behov utförs en bedömning av arbetsterapeut. Bedömningen görs på samma sätt som i särskilt boende. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Riskbedömningar sker i Senior Alert samt dokumenteras i Combine. Fallrapporter dokumenteras i avvikelsesystemet DF Respons. Fallrapporter gällande personer som inte är inskrivna i hemsjukvård, men har hemtjänstinsatser, lämnas till vårdcentral.

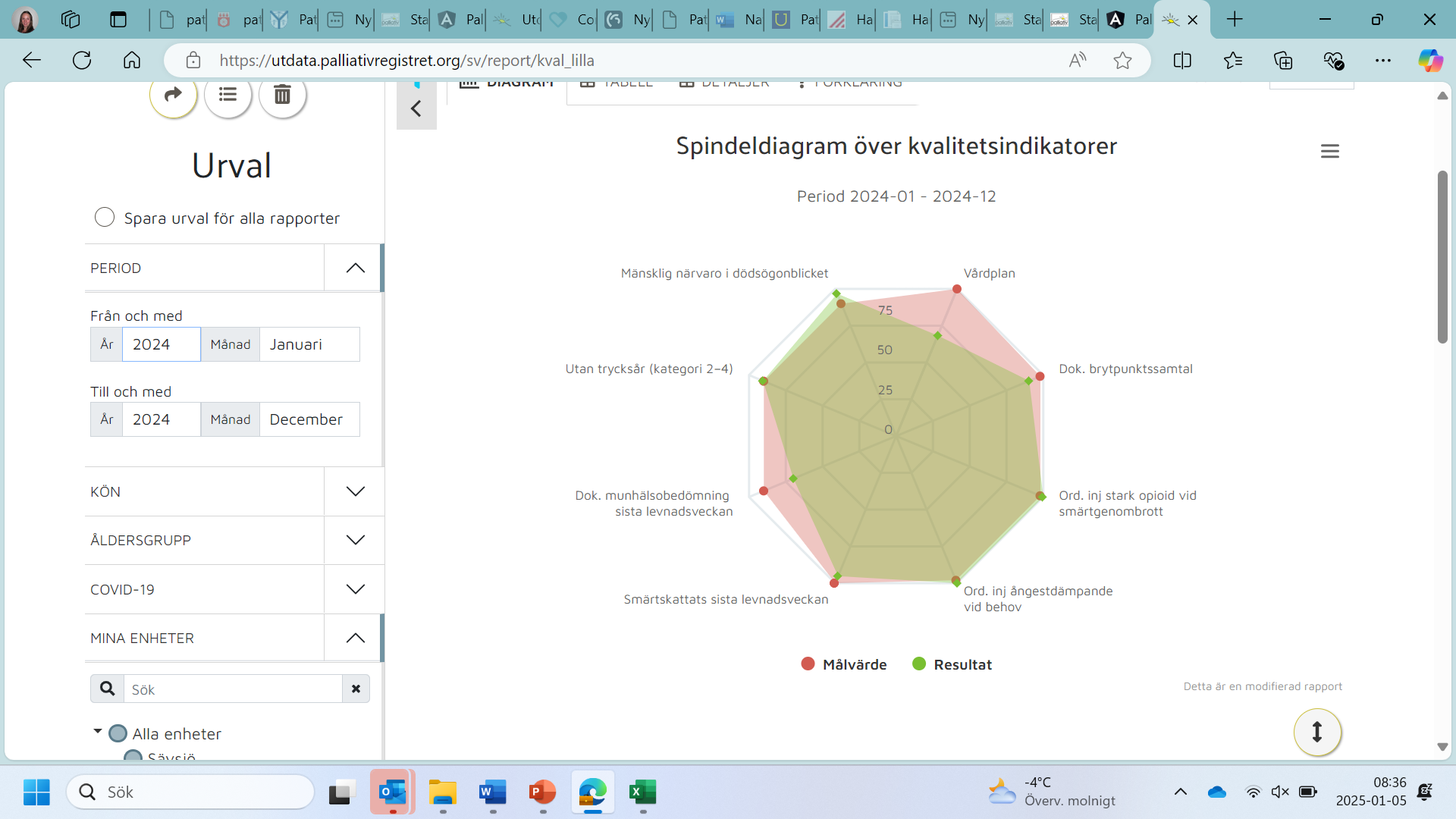
**Utförda fallförebyggande åtgärder under 2024**

* Läkemedelsgenomgång
* Larm/extra tillsyn/digital tillsyn
* Assistans vid förflyttning
* Gångträning
* Balansträning (dock ej i grupp)
* Assistans vid personlig vård
* Stöd vid personlig vård
* Hjälpmedelsförskrivning
* Annan åtgärd - Muskelfunktions- och styrketräning
* Anpassning av möblering och inventarier
* Antihalksockar
* Styrketräning
* Förflyttningsträning
* Höftskyddsbyxor
* Träning av fysisk prestationsförmåga
* Träning av på- och avklädning
* Omgivningsanpassning

### 3.2.2 Palliativ vård

Kvalitetsindikatorerna för god palliativ vård har förbättrats tydligt varje år sedan 2022 då palliativa ombud infördes inom i äldreomsorgen. Särskilt stor skillnad kan ses gällande smärtskattning. Fortfarande brister det en del i munhälsobedömning under sista levnadsveckan, varför utbildningsinsatserna till ombuden under året fokuserat särskilt på munvårdsbedömning och munvårdsåtgärder. Korta utbildningsfilmer från Senior Alerts hemsida har använts och palliativa ombud har fått i uppdrag att visa filmerna för kollegor i samband med verksamhetsträff.

Diagram 4: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Vårdplan tillkom som ny kvalitetsindikator i Svenska Palliativregistret till 2023. I Sävsjö kommun finns problem med att inskrivning i palliativ vård ibland görs sent av läkare. Tidig inskrivning skapar förutsättningar för god symtomlindring och ökad personcentrering. En annan brist är att många palliativa patienter saknar en av läkare skriven vårdplan som beskriver vad som ska ske om patienten drabbas av olika tillstånd, såsom infektion eller hjärtstillestånd. Dialogmöte med vårdcentralen och utbildning till vårdcentralen i palliativ vård har skett under året. Syftet har varit att vårdcentralens personal ska få ökad kunskap om palliativ vård och att förbättra samverkan och samsyn kring palliativ vård.

Tabell 1: Kvalitetsindikatorer för god palliativ vård

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kvalitetsindikatorer för god palliativ vård** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** |
| Vårdplan |  |  | 73,60% | 68,3% |
| Dokumenterat brytpunktssamtal | 97,6% | 87,0% | 87,5% | 90,5% |
| Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan | 57,1% | 38,9% | 62,5% | 69,8% |
| Ordinerad injektion med stark opioid vid smärtgenombrott | 100,0% | 100,0% | 97,2% | 100,0% |
| Ordinerad injektion med ångestdämpande vid behov | 100,0% | 98,1% | 97,2% | 100,0% |
| Utan trycksår (grad 2–4) | 81,0% | 94,4% | 94,4% | 90,5% |
| Smärtskattats sista levnadsveckan | 69,0% | 64,8% | 88,9% | 95,2% |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 62,9% | 87,0% | 81,9% | 96,8% |

Den markörbaserade journalgranskningen i palliativ vård som inleddes under 2023 avslutades i april 2024. Användningen av Robinul vid terminalt rossel hade minskat, men det fanns fortfarande brister gällande symtomskattning och uppföljning av symtom efter insatt åtgärd. När utvärdering uteblir innebär det svårigheter för nästa personal att genomföra adekvata åtgärder. Upprepad journalgranskning behöver ske under 2025 samt återföring av resultaten till verksamheterna.

### 3.2.3 Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Målet är ändamålsenlig och säker vård- och omsorg som arbetar förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaförskrivning och där med även bidra till att minska antibiotikaresistensen.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts varje vår och höst. Sedan PPM-databasen lagts ned 2023 sammanställs mätningarna manuellt av MAS och skickas till regionens smittskydd. Mätningarna visar att följsamhet till hygienrutiner har förbättrats. Särskilt förbättring ses inom hemtjänst, där sjuksköterskor utbildat omvårdnadspersonalen inom basala hygienrutiner under året.

Diagram 5: Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Följsamheten till basala klädregler har samtidigt försämrats under de senaste åren. Hygienombud vittnar om att arbetskläder tas med hem, inte byts eller används felaktigt. En del av problemen har orsakats av brist på arbetskläder i lämplig storlek. En arbetsgrupp har under hösten träffat upphandlad leverantör för att anpassa nya inköp. Det förekommer fortfarande att omvårdnadspersonal använder armbandsklocka, ringar, akrylnaglar och/eller nagellack. Enhetschef har ett stort ansvar i att säkerställa att enheten har en god vårdhygienisk standard. Förvaltningen har få chefer med hälso- och sjukvårdsbakgrund, vilket enligt övertygande forskning sänker vårdkvalitén. Smittskydd och vårdhygien erbjuder en digital utbildning för chefer vår och höst. Det är oklart hur många chefer som deltagit på utbildningen.

Vårdrelaterade infektioner mäts månadsvis inom särskilt boende, ordinärt boende och funktionshinderomsorg. Redovisning sker till vårdhygien. Statistiken för 2024 visar en ökning av urinkateter och ”Andra sår/brott i hudbarriären”. Ökningen av urinkateter har kommunicerats med Vårdcentralen. Det är viktigt att urinkateter sätts på rätt indikation. Ökningen av ”Andra sår/brott i hudbarriären” antas vara en ökad noggrannhet i registreringen eftersom små sår ofta missas. Antibiotikaanvändningen är mycket låg i Sävsjö kommun, vilket är ett resultat av vårdcentralens arbete med STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens).

Patienter i kommunens hälso- och sjukvård har erbjudits vaccination för covid, lunginflammation och säsongsinfluensa enligt smittskydds rekommendationer. Make/maka till patient i ordinärt boende har också erbjudits vaccination av hemsjukvården. Personal har hänvisats till vårdcentral för vaccination.

Hepatit B är en allvarlig virussjukdom som kan orsaka akut leverinflammation. Infektionen läker vanligen ut, men kan bli kronisk vilket är vanligare ju yngre man är vid smittotillfället. Kronisk hepatit B kan ge komplikationer som levercirros som i sin tur kan orsaka levercancer. Hos en smittsam person finns viruset i blodet och flera andra kroppsvätskor.

Arbetsgivaren har ansvar för att förebygga och hantera risker i arbetsmiljön. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) om smittrisker ska arbetsgivaren bedöma risker för smittsamma sjukdomar på arbetsplatsen och vid behov erbjuda och bekosta nödvändiga medicinska åtgärder såsom till exempel vaccination. Vaccination mot hepatit B rekommenderas till riskgrupper i Sverige sedan 1990-talet, och sedan 2016 erbjuds alla spädbarn i Sverige vaccination mot hepatit B. Vaccination rekommenderas till personal inom vård och omsorg inklusive personal inom tandvård, laboratorier, städ- och service, som i sitt arbete har risk att utsättas för blodexponering. Många kommuner erbjuder sedan länge vaccination mot Hepatit B till all personal inom vård- och omsorg. Sävsjö kommun uppfyller idag inte arbetsmiljöverkets föreskrifter, vilket har lyfts till förvaltningens HR-ansvarig. Grundvaccination omfattar tre doser samt kontroll av antikroppsnivå.

### 3.2.4 Munhälsobedömningar och nödvändig tandvård

Munhälsan påverkar måltidsfrekvens, behov av konsistens och storlek på portion, vilket i längden påverkar näringstillståndet. Forskning visar att dålig munhälsa bland annat ökar risken för infektioner, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, depression och benskörhet. Munhälsobedömningar sker regelbundet som del i Senior Alert samt vid palliativ vård. Skattningsinstrumentet som används är ROAG (Revised Oral Assessment Guide).

Folktandvårdens uppdrag gällande den uppsökande verksamheten omfattar en årlig kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet för de som har ett giltigt ”Intyg om nödvändig tandvård”. Uppdraget omfattar även ett årligt erbjudande om munvårdsutbildning till omvårdnadspersonal. Bedömning tandvård skickade under hösten 2024 ut en enkät till omvårdnadspersonal på särskilt boende på Höglandet. Enkätsvaren visar att 52 % av svararande anger att det är svårt att utföra munvård, trots att 88 % genomgått munvårdsutbildning. Folktandvården har därav fattat beslut om att ta fram ett nytt utbildningsmaterial som innehåller praktiska moment. Syftet med det nya utbildningsmaterialet är att vårdpersonal ska känna sig trygga med att hjälpa till med den dagliga munvården så att fler personer får sin munvård tillgodosedd. Det nya utbildningsmaterialet börjar gälla från och med 2025.

I Sävsjö kommun får nästan alla som beviljats Intyg om nödvändig tandvård hembesök, vilket inte gäller för hela länet. Under 2024 har 62 % av patienterna som fått hembesök av tandvården bedömts ha god munhälsa, vilket kan jämföras med 51 % för länet som helhet. Bedömning tandvård skickar statistik kvartalsvis till MAS som förmedlas vidare till aktuella enhetschefer. Vid generella brister skickas extra rapporter från tandvården, vilket inte har förekommit under de senaste åren i Sävsjö.

### 3.2.5 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom

Demens är en växande folksjukdom och demografin i Sävsjö visar på fortsatt ökning framöver. Kommunens kognitiva team består av demenssjuksköterska, arbetsterapeut, biståndshandläggare, demensundersköterska och anhörigsamordnare. Under 2024 har teamet fått kopia på 35 demensutlåtanden från regionen. Hemsjukvården utför cirka 40–50 minnesutredningar eller uppföljningar av minnesutredningar per år. Vårdcentralen i Sävsjö och Vrigstad utför ca 70–75. Demenssamordnare saknas på vårdcentralen, vilket belastar kommunens demenssjuksköterska och bidrar till att demensutredningarna ibland drar ut på tiden. Effektivisering av minnesutredningsprocessen är kostnadseffektivt av många anledningar. Tidig insättning av symtomlindrande medicin vid Alzheimers och noggrann uppföljning kan ha stor inverkan på patient och närstående och skjuter fram behov av flytt till särskilt boende.

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar minst 90 % av patienter med demenssjukdom. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD-registret är ett stöd i ett strukturerat arbetssätt där observationer och analys av bakomliggande orsaker används för individanpassade åtgärder. Arbetssättet har god evidens i att förebygga svåra symtom hos personer med demenssjukdom.

BPSD mäts i BPSD-registret med NPI-skalan (Neuropsychiatric Inventory), som är ett validerat skattningsinstrument. Skattningsskalan mäter frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD. Efter skattningen ska åtgärder beslutas och en bemötandeplan tas fram. Antalet registreringar i BPSD-registret har ökat. Arbetet med BPSD-registreringar fungerar bäst om de utförs i multiprofessionellt team. De flesta registreringar sker nu teambaserat, vilket visar på ett välfungerande arbetssätt där olika professioners kompetens tas tillvara.

Diagram 6: Antal BPSD-registreringar samt andel teambaserade BPSD-registreringar

Arbetssättet med BPSD har i slutet av 2024 påbörjats inom hemtjänst, där två administratörer utbildats. Flera administratörer kommer utbildas under 2025 inom hemtjänst och bostad med särskild service.

En e-tjänst för digital levnadsberättelse infördes under 2023, där några levnadsberättelser har inkommit. Många patienter på särskilt boende eller demensboende saknar idag levnadsberättelse, vilket försämrar möjligheterna att ge bästa möjliga livskvalitet.

### 3.2.6 Nutrition och nattfasta

Brist på näringsämnen orsakar sjukdom eller försämring av kroppssammansättning och funktionsförmåga. Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Risk för undernäring bedöms med instrumentet Mini Nutritional Assessement (MNA) som ingår i Senior Alert. Statistiken visar att 52 % av patienterna som skattats har risk för undernäring. Av boende på demensenhet är andelen 88 %.

Vid risk för undernäring behövs ett ökat energi- och näringsintag där en viktig åtgärd är att sprida måltiderna över en så stor del av dygnet som möjligt och att se till att nattfastan inte överstiger 11 timmar. Därav ingår nattfastans längd som en parameter i MNA. Nattfastemätningen som utfördes i slutat av 2023 visade att hälften av enheterna inom särskilt boende och demensboende i snitt överskred 11 h nattfasta. Nattfastemätning behöver genomföras igen under 2025.

Alla särskilda boenden har kostråd där sjuksköterska ska bjudas in. Nutrition och måltidssituation är ett angeläget utvecklingsområde för att förbättra den äldre människans livskvalitet och hälsa. Tvärprofessionell samverkan är viktig för att komma fram till fungerande lösningar. Under hösten hölls en workshop för kökspersonal på särskilda boenden i konsistensanpassad kost där även sjuksköterska bjöds in att delta.

### 3.2.7 Delegering

En stor del av förvaltningens hälso- och sjukvård utförs av delegerad personal. Delegering skrivs digitalt i Alfa Sign It, som även används för signering av läkemedel. Övriga HSL-uppdrag signeras i Combines insatskalender. Utförandeanteckning går då direkt till HSL-journalen. Hemsjukvårdens personal har upplevt att många HSL-uppdrag som skickas till omvårdnadspersonal inte blir utförda eller förblir osignerade. Flertalet avvikelser har rapporterats till MAS där ej utförda uppdrag kunnat få alvarliga konsekvenser för patientsäkerheten. Under året har därav ett förbättringsarbete genomförts för att minska osignerade HSL-uppdrag.

Mätning av antalet osignerade uppdrag, antalet uppdrag totalt och procentandel ej signerade uppdrag har gjorts av MAS för varje avdelning eller verksamhet. Arbetet med att få fram statistiken är tidskrävande eftersom Combine saknar statistikmodul. Mätningen utfördes vecka 19, 33, 38 och 46. Återrapportering av resultaten gjordes efter mätning till hemsjukvårdens personal och till samtliga berörda enhetschefer. Den totala andelen osignerade uppdrag har minskat från 5,86 % till 3,64 %. Framför allt hemtjänst har förbättrat sin statistik betydligt genom att öka medarbetarnas kunskap om vikten av att signera uppdrag och att dokumentera orsak om ett uppdrag inte har utförts.

Tabell 2: Mätning av osignerade/ej utförda HSL-uppdrag i Combine



En del av uppdragen som förblir osignerade ligger kvar på grund av att patienten för tillfället inte vårdas hemma. Insatsen planeras då inte ut av hemtjänsten planerare och missas därav att signeras som ”ej utförd” av personalen. Att pausa uppdragen kan vara riskabelt om patienten återfår behovet. Det är därmed inte möjligt att nå 0% osignerade uppdrag samtidigt som det är viktigt att veta vilka uppdrag som inte blir signerade. MAS har under förbättringsarbetet identifierat att uppdrag som förblir osignerade ofta är rehabiliterande insatser i form av olika typer av träning, mätvärden i form av blodsockerkontroll eller vikt och kompressionsbehandling. Om uppdrag som dessa inte utförs kan det få stora konsekvenser för den enskilde.

I april 2023 infördes skriftliga delegeringsprov. Ett skriftligt prov underlättar för delegerande sjuksköterska att bedöma kunskap, omdöme och språkförståelse och skapar en säkrare hantering av läkemedel. Delegeringsproven har medfört att färre medarbetare nått upp till kraven på delegering.

### 3.2.8 Läkemedelshantering

Läkemedelshanteringen upplevs av hemsjukvårdens personal fungera säkrare efter införandet av skriftliga delegeringsprov. Antalet läkemedelsavvikelser är fortsatt hög. Läkemedelsskåp med digitala lås används inom särskilt boende, bostad med särskild service och korttidsboende. Under 2024 fattade socialnämnden beslut om att läkemedelsskåp med digitala skåp kan användas även inom ordinärt boende. Vid årets slut används ett fåtal sådana skåp inom hemtjänst. Behovet antas öka eftersom patienter med kognitiv svikt ökar.

Verksamheten har ett gemensamt förråd med akutläkemedel och läkemedel för generella ordinationer. Listan över läkemedel som ska ingå i förrådet uppdateras årligen i samråd med regionen. Särskilt utsedda sjuksköterskor ansvarar för läkemedelsförråden. Narkotikaklassade läkemedel kontrolleras enligt rutin. Följsamheten mot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs upp löpande via avvikelser. Osignerade läkemedel i SignIt är ett stort problem. Ett förbättringsarbete planeras genomföras under 2025 för att förbättra osignerade läkemedelsuppdrag.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 2 §, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år. Socialförvaltningen har inte haft någon extern kvalitetsgranskning av läkemedel men planerar för att upphandla tjänsten under 2025.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar ska genomföras för att säkra kvalitet och säkerhet i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Vissa läkemedel ökar risken för fall eftersom de kan ge biverkningar i form av trötthet, yrsel, balansproblem eller muskelsvaghet. Sävsjö och Vrigstad vårdcentral är femte sämst i länet i att genomföra läkemedelsgenomgångar. Endast 28 % av patienter 75 år och äldre som har fem eller fler läkemedel har fått en läkemedelsgenomgång någon gång under de 12 senaste månaderna.

I socialförvaltningens rutin för läkemedelsgenomgångar ges omvårdnadsansvarig sjuksköterska ett stort ansvar i att lyfta behov av läkemedelsgenomgångar och planera in tidpunkt för dessa i samråd med läkare. Under 2023 genomförde hemsjukvården en mätning av olämpliga läkemedel för äldre. Resultat och efterföljande diskussioner bidrog till kunskapshöjning kring olämpliga läkemedel hos sjuksköterskorna, vilket behövs för att kunna föra dialog kring läkemedel med patienter, anhöriga, läkare och omvårdnadspersonal

### 3.2.9 Dokumentation

Pulsen Combine har under året färdigställt skanningsfunktionen direkt till mapp i verksamhetssystemet. Utbildning och ny rutin har skapats för skanning och avslut av HSL-journal samt för loggkontroll i verksamhetssystemen. Hemsjukvårdens superanvändare i Combine har därefter påbörjat ett omfattande arbete med att skanna in avslutade pappersjournaler för att minska behov av fysiskt utrymme för arkivering.

Förberedelser har gjorts för övergången till nya HS-modulen i Combine som väntas införas i september 2025. Dokumentationsombud har viktiga och arbetskrävande uppdrag i att medverka på Höglandets Systemförvaltnings digitala träffar och utbilda sina kollegor. Socialförvaltningens huvudadministratör för Combine har en central roll. MAS och SAS har regelbundna träffar med huvudadministratör, Höglandets Systemförvaltning och superanvändare.

Rutin för fast vårdkontakt i hemsjukvården infördes under våren. Fast vårdkontakt dokumenteras under kundkort och kan där ses av samtliga användare i Combine. Fast vårdkontakt dokumenteras även i regionens journalsystem Cosmic.

Journalgranskning har utförts i samband med avvikelser och i granskning av den palliativa vården. Dokumentationen inom HSL har blivit mer enhetlig, något som krävs inför övergången till den nya HS-modulen.

### 3.2.10 Samverkan för patientsäker vård

Utskrivningsprocessen från slutenvård har reviderats. En av de största förändringarna bestod i att tidpunkt för vårdplanering inte ska ske inom särskild tidsrymd, utan beslutas efter patientens behov. För hemsjukvården i Sävsjö kan det innebära att vårdplaneringen skjuts fram, vilket i vissa fall upplevs senarelägga tidpunkten för hemgång från korttids.

I samverkan med regionen förs statistik över återinläggningar på sjukhus inom 1–30 dagar, undvikbar slutenvård samt dagar efter utskrivningsklar som patienten kvarstannar på sjukhus på grund av att kommunen inte kan ta emot patienten. Undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar inom 1–30 dagar syftar till att fånga inläggningar som sannolikt hade kunnat förebyggas genom förbättrad samverkan.

Diagram 7: Undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar i slutenvård.

Under de senaste åren finns en positiv trend som visar att arbetet med planering av vårdnivå och vårdplaner tillsammans med övrig primärvård samt specialistvård fungerat allt bättre. Allt färre patienter får undvikbar slutenvård. Statistiken för oplanerade återinläggningar har däremot inte förbättrats under de senaste åren. Dagens korta vårdtider gör att allt fler patienter lämnar sjukhuset innan tillståndet är stabilt och kort efter hemgång kan behöva skickas åter till sjukhuset.

Enligt överenskommelse mellan kommunerna och regionen räknas ett genomsnitt på antalet dagar som patienter är kvar inom slutenvård efter att läkare har gjort bedömningen att patienten är utskrivningsklar, vilket ska ha meddelats i Cosmic Link. Betalningsansvar inträder när enskild kommun överträder ett snitt på 2,0 dagar under en kalendermånad. Patienter i somatisk slutenvård som vårdas mer än sju kalenderdagar beräknas individuellt och exkluderas helt vid snittberäkningen. Socialförvaltningen har inte haft några betalningsansvariga dagar under 2022, 2023 och 2024. Ett gott samarbete inom förvaltningen samt ett välfungerande och kompetent hemtagningsteam är en bidragande faktor. Hemtagningsteamet har under året hanterat 56 trygga hemgångar, vilket är två fler än för 2023. Teamet har vid några tillfällen även använts till att stötta hemsjukvården i omfattande hälso- och sjukvårdsärenden.

## 3.3 Säker vård här och nu

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

### 3.3.1 Riskhantering

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

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

Systematisk riskskattning sker i avvikelsesystemet DF Respons. Inträffade händelser återkopplas till personalen och diskuteras för att förhindra återupprepning. Riskanalys är en del i arbetsprocessen i det dagliga arbetet. Riskområden identifieras genom avvikelsesystem, kvalitetsregister, synpunkter/klagomål och HSL-dokumentation. Riskbedömningar görs enligt vedertagna bedömningsinstrument avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Strukturerad riskanalys görs vid allvarliga avvikelser och avvikelser som skickas vidare till Inspektionen för Vård och Omsorg.

Riskanalyser är ett proaktivt arbete som syftar till att identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förhindra negativa händelser. Inför förändringar i verksamheten ska därför riskbedömningar genomföras. Under året har riskanalyser genomförts inför avveckling av en hemstjänstchef och tillsättning av en till enhetschef inom hälso- och sjukvård.

## 3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre, som påbörjades 2022, avslutades 2024. IVO ansåg i juni 2024 att nämndens redovisning inte var tillräcklig inom följande områden:

* Läkartillgång/läkarmedverkan
* Dokumentation
* Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

Efter samverkansmöten med vårdcentralens verksamhetschef utökades telefontiden till hemsjukvårdens sjuksköterskor. KVÅ-kod för palliativ vård justerades i journalen och rutin ändrades så att sjuksköterska kontaktar läkare i samband med att palliativ läkemedelsbehandling påbörjas. Nämndens svar inkom till IVO februari 2024, varpå IVO avslutade sin granskning.

### 3.4.1 Avvikelser

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

Under 2024 rapporterades totalt 2140 avvikelser, vilket är en ökning med 12 % från föregående år. Underrapportering av avvikelser har varit ett problem i vissa verksamheter och ledningen har verkat för en ökad rapportering. Avvikelser inom hälso- och sjukvård utgjorde 55 % av den totala andelen avvikelser under året. De vanligaste HSL-avvikelserna är fall och läkemedelshändelse, som båda minskade till antalet. I stället utgjordes ökningen av andra typer av avvikelse såsom brist i/utebliven vårdåtgärd och utebliven dokumentation och utebliven rehabilitering. Den troliga förklaringen är att brister inte förekommer mer frekvent än tidigare, utan i stället uppmärksammas bättre och registreras som de avvikelser de är. Ökningen av tidigare tre nämnda områden hänger nära samman med ett förbättringsarbete som drivits under året gällande osignerade HSL-uppdrag. Mer om det under rubriken 3.2.8 Delegering.

Tabell 3: Typ av händelse

| **Typ av händelse** | **Antal 2022** | **Antal 2023** | **Antal 2024** |
| --- | --- | --- | --- |
| Brist i handläggning | 8 | 9 | 13 |
| Brist i information, kommunikation, samverkan | 55 | 57 | 62 |
| Brist i utförd/utebliven insats/vårdåtgärd | 63 | 74 | 239 |
| Brist i/utebliven dokumentation | 13 | 25 | 160 |
| Brist i/utebliven rehabilitering | 2 | 2 | 200 |
| Brister i bemötande av brukare/patient | 13 | 9 | 19 |
| Bruten sekretess | 1 | 5 | 8 |
| Fall | 887 | 1155 | 924 |
| Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö | 31 | 35 | 30 |
| Läkemedelshändelse | 238 | 385 | 377 |
| Stöld | 7 | 13 | 2 |
| Tryckskada/trycksår | 3 | 2 | 1 |
| Övergrepp | 17 | 19 | 9 |
| Övrigt | 78 | 94 | 96 |
| Totalt: | 1416 | 1884 | 2140 |

Fall utgör en majoritet av alla avvikelser. Fall definieras som ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller på marken oavsett om skada inträffat eller ej och oavsett orsak”. Den största andelen fall sker inomhus och sovrummet är den vanligaste platsen. Endast 1,3 % av fallen resulterade i skador som lett till transport till sjukhus.

Totalt bedömdes 30 avvikelser som allvarliga varav 10 inom lagrum HSL. Dessa avvikelser omfattade kommunikation och samverkan, fallavvikelse, händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö och brister i samverkan internt och externt. Ingen av avvikelserna har efter vidare utredning bedömts som vårdskada eller allvarlig vårdskada och skickats vidare till IVO som lex Maria. En vårdskada är en skada som kunde ha undvikits. En fallskada räknas som en vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta adekvata åtgärder för att förhindra fallet. För att klassas som fallskada ska även patienten haft konsekvenser i form av skada, ett lidande, en sjukdom eller avlidit till följd av fallet.

Under året har 104 HSL-avvikelser registrerats i DF Respons på personer som inte är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Avvikelsen ska då avslutas av enhetschef och skickas till ansvarig vårdcentral. Samtliga 104 är fallavvikelser, varav endast 7 avvikelser har i DF registrerats som lämnade till Vårdcentral. Denna statistik behöver följas upp.

Om inga fysiska skador uppkommit av fallet finns det möjlighet att snabbavsluta fallavvikelsen under förutsättning att plan för fallprevention finns för aktuell brukare och att regelbunden uppföljning sker på fokusträff. Denna möjlighet har använts vid 137 fall. Medutredare måste även vid snabbavslut klarmarkera avvikelsen och får således kännedom om fallet.

Under första halvan av 2023 infördes det nya delegeringsförfarandet med skriftligt delegeringsprov varpå antalet avvikelser inom läkemedel ökade. Ökningen tolkades som en följd av större noggrannhet hos delegerad personal och sjuksköterskorna upplevde också en ökad mängd telefonsamtal kring läkemedelshantering.

Tabell 4: Typ av avvikelse kopplat till läkemedelshantering

| **Läkemedelshantering, typ av avvikelse** | **Antal 2022** | **Antal 2023** | **Antal 2024** |
| --- | --- | --- | --- |
| Bristfällig hantering av signeringslista | 16 | 30 | 20 |
| Bristfällig märkning dosett | 2 | 2 | 2 |
| Fel dos/dubbeldos | 29 | 35 | 55 |
| Fel i iordningsställd dos | 21 | 25 | 24 |
| Felexpediering från apotek | 2 | 2 | 3 |
| Förväxling av person | 6 | 7 | 5 |
| Förväxling klockslag/tidpunkt | 9 | 18 | 26 |
| Stöld/svinn av läkemedel | 36 | 37 | 41 |
| Utebliven dos | 116 | 224 | 215 |
| Utebliven signering | 19 | 30 | 22 |
| Totalt: | 259 | 410 | 413 |

Avvikelse på grund av utebliven dos har ökat betydligt jämfört med före införandet av skriftliga delegeringsprov. Följsamheten i läkemedelshanteringen behöver förbättras.

### 3.4.2 Avvikelser i samverkan

Under året skickades 156 avvikelser i samverkan. I 85 % av ärendena var kommunerna avsändare. Nedan anges andel och antal avvikelser fördelade per bristområde.

*Tabell 5: Andel och antal avvikelser fördelade per bristområde*

| **Bristområde** | **2022** | | **2023** | | **2024** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Andel % | Antal 87 | Andel % | Antal 155 | Andel % | Antal 158 |
| Vårdplaneringsprocess | 35 % | 30 | 48,5 % | 75 | 51 % | 81 |
| Läkemedel | 24 % | 21 | 26 % | 40 | 17 % | 27 |
| Vård och behandling | 19 % | 17 | 16 % | 25 | 18 % | 29 |
| Informationsöverföring | 22 % | 19 | 9 % | 14 | 12 % | 19 |
| Bemötande | 0 % | 0 | 0,5 % | 1 | 1 % | 1 |
| Hjälpmedel | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 1 % | 1 |

Det är tre områden som sticker ut:

* Vårdplaneringsprocessen
* Vård och behandling
* Läkemedel

Avvikelser inom Vårdplaneringsprocessen gäller ofta informationsöverföring och dokumentation i samband med hemgångar från sjukhus. I hälften av alla avvikelser i samverkan har process och riktlinje för samverkan vid utskrivning från slutenvård inte följts. Det handlar framför allt om bristande information i LINK från sjukhus, bristande kommunikation från kommun i LINK samt fördröjd kontakt/otydligt besked med/från biståndshandläggare. Process och riktlinje för samordnad individuell planering är framtagen i samverkan mellan regionen och kommunerna i Jönköpings län. Riktlinjen utgår från Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612).

Lagen, överenskommelsen och processen ska främja

* trygg och säker vård och omsorg för personer som efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård behöver insatser från både kommunen och Region Jönköpings län
* ökad samverkan mellan vårdgivare
* att utskrivningsklara personer kommer hem så snart som möjligt
* att onödig vistelse på sjukhus undviks så långt som möjligt

Näst vanligaste avvikelsetypen är vård och behandling som har ökat från föregående år. Det kan vara att ett smärtplåster inte blivit bytt eller att benlindning utförts med för stor kompression. Inom läkemedelsområdet har det rapporterats 27 händelser, vilket är en minskning från tidigare år. Vanligaste orsaken är att ändring i läkemedelslista inte är gjord i Pascal då patienten vårdats på sjukhus samt bristande information om läkemedelsjustering/oklar läkemedelsordination till kommunens hälso- och sjukvård.

I verksamheterna som representeras i Händelserådet skrivs löpande avvikelser gällande sjukresor och serviceresor. En del av avvikelserna är allvarliga och rör till exempel patienter med demenssjukdom som blivit lämnade på fel adress och patienter som fått fysiska skador i samband med transport. Händelserådet saknar återkoppling från Länstrafiken på majoriteten av inrapporterade avvikelser. Gemensam sammanställning över avvikelser till Länstrafiken saknas idag men kommer att ske under 2025 för att skapa en mer samlad bild.

Under 2024 har Händelserådet haft dialog med medicinklinikens läkare, Specialiserad Sjukvård I Hemmet (SSIH), AVK-mottagningen, apotekare, psykiatrikliniken och Länstrafiken. Händelserådet har även arrangerat ett sommarmöte med kliniker, vårdcentraler och kommuner inför semesterperioden.

Avvikelser till Vårdcentralen Bra Liv Sävsjö och Vrigstad har ökat under kvartal 3 och 4. Avvikelserna gäller vård och behandling, metodstöd som uteblivit, ofullständig inkludering i palliativ vård och felaktigheter gällande läkemedelslista i Cosmic och Pascal. Regelbundna samverkansmöten mellan vårdcentral och kommun har ägt rum där avvikelserna diskuterats.

### Klagomål och synpunkter

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

Patient och närstående har möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via e-tjänst på kommunens hemsida, via synpunktsblankett som lämnas ut/skickas hem, via telefon eller e-post. Under året har fem klagomål inkommit gällande hälso- och sjukvård. Ett har inkommit både på e-post och via IVO, två har inkommit per telefon och två via digital e-tjänst. Samtliga klagomål inkom från närstående som i fyra av fallen saknade tillräcklig information om hur kommunens hälso- och sjukvård fungerar och i tre av fallen befann sig i en mycket ansträngd situation där en familjemedlem drabbats av en snabb försämring utan att insatser hunnit sättas in i tid. Det femte klagomålet föranledde en intern utredning kring samverkan i förvaltningen. Myndighetsförvaltningen gick upp med ett beslutsärende till nämnden som inte omfattades av socialtjänstlagen, utan av hälso- och sjukvården. Händelsen drabbade inte patientens vård. Åtgärder har vidtagits för att liknande händelse inte ska upprepas.

## 3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens. Hälso- och sjukvård utgör en viktig samhällsfunktion och belastningen på kommunal hälso- och sjukvård kommer sannolikt öka markant i händelse av krig eller större katastrof. Läget med en ökad oro i världen och brist på vissa produkter och mediciner kräver en höjd beredskap för oväntade händelser.

Kommunen är skyldig att göra de förberedelser som behövs för att kunna upprätthålla hälso- och sjukvård under höjd beredskap. Under året har en nyinrättad tjänst som samordnare för civilt försvar tillsatts i kommunen. Kommunövergripande ledningsgrupp har beslutat om en arbetsprocess för kommunens kontinuitetsplanering där en kommunövergripande mall ingår. Kommunens samordnare för civilt försvar och kommunens beredskapssamordnare kommer under 2025 utbilda och ge stöd till enhetschefer i framtagandet av sina kontinuitetsplaner. Kommunen har även upphandlat en utbildningstjänst inom totalförsvar. Planering har påbörjats för att genomföra krisberedskapsövningar inom socialförvaltningens samtliga verksamheter under 2025.

# 4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För att förbättra patientsäkerheten behöver verksamheten under kommande år arbeta med att förbättra följsamhet till basala hygienrutiner, munhälsobedömningar, läkemedelsgenomgångar,

**Mål för 2025 är att:**

* följsamhet till basala hygienrutiner och basala klädregler ska öka jämfört med föregående år
* resultaten i svenska palliativregistret ska förbättras gällande riskbedömning munhälsa
* resultaten i svenska palliativregistret ska förbättras gällande vårdplan
* kunskap om avvikelsehantering ska öka
* ett ledningssystem som är lättillgängligt och uppdaterat
* kunskapen om ledningssystemet ska öka hos alla anställda
* läkemedelsgenomgångar ska öka
* teamträffar /fokusträffar ska äga rum regelbundet i alla verksamheter
* hemsjukvårdens personal ska regelbundet utbilda omvårdnadspersonal inom hälso- och sjukvård
* ökad kompetens inom psykiatri
* öka sjuksköterskors kunskap inom vårdteknik
* ökat preventivt arbete i samarbete med vårdcentralen
* öka verksamheternas krisberedskap
* öka användningen av BPSD inom funktionshinderomsorg och hemtjänst
* förbättra statistiken för osignerade läkemedel
* ökad samverkan med regionens ledning inom hälso- och sjukvård

**Åtgärder som ska genomföras 2025:**

* Utbilda fler hygienombud, genomföra hygienombudsträffar samt öka kunskapen hos enhetschefer
* Genomföra ombudsträffar med palliativa som får utbilda sina kollegor
* Införande av fasta tider för legitimerad personal att utbilda omvårdnadspersonalen, årshjul.
* Genomföra krisberedskapsövning inom samtliga verksamheter
* Ny riktlinje och ny rutin för avvikelsehantering
* Fortsatt arbete med uppdatering av dokument i ledningssystemet där enhetschef har ett stort ansvar i att säkerställa att rutiner finns och är aktuella
* MAS följer upp arbetet med fokusträffar
* MAS genomför markörbaserad journalgranskning inom palliativ vård
* MAS följer upp nattfasta och arbete med nutrition inom särskilt boende och demensenhet
* Genomföra förbättringsarbete gällande osignerade läkemedel
* Ställningstagande och eventuellt införande av psykiatriskt team i hemsjukvården
* Ställningstagande angående rekrytering av MAR
* Ställningstagande i nämnden kring tillämpning av lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation, SVOD (2022:913)
* Ställningstagande gällande upphandling av extern granskning av läkemedelshantering
* Fortsatt intern utbildning i vårdteknik för hemsjukvården sjuksköterskor
* Införa kvalitetsgranskning av verksamheter med MAS och SAS
* Förstärkt samverkan med vårdcentral o Sävsjö och Vrigstad för att minska antalet återinläggningar på sjukhus
* Införa nya samverkansformer för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet och chefsläkare för Nära Vård

Uppföljning av åtgärder sker i resultatdialog och internkontroll.