



HÖGSBY
K O M M U N

Patientsäkerhetsberättelse för Högsby kommun år 2023



Datum 2024-03-01

Elin Backenius, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Dnr: SU.2024.22



Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	6
Engagerad ledning och styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Länsgemensam ledning i samverkan.....	7
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Extern samverkan	8
Intern samverkan	9
Informationssäkerhet.....	9
Loggkontroll i journal.....	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Hälsa- och sjukvård	11
Äldreomsorg/Omsorg.....	11
Introduktion	11
Delegering	11
Kompetensutveckling och kompetensförsörjning	12
Patienten som medskapare.....	12
Nära vård	12
Samordnad individuell planering, SIP.....	13
Klagomål och synpunkter	13
Agera för säker vård	13
Egenkontroller	13
HALT.....	14
PPM – Punktprevalensmätning av trycksår.....	15
Nattfasta.....	15
Läkemedelsgenomgång.....	15
Kvalitetsgranskning läkemedel	16
Intern kontroll av kontrollräkning för narkotiska läkemedel	16
Basala hygienrutiner och klädregler.....	16



HÖGSBY
K O M M U N

Kvalitetsregister.....	17
Senior alert	17
Palliativregistret	18
BPSD	20
Avvikelse	20
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Riskhantering.....	20
Lex Maria	21
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu	21
Utbildningsinsats	21
Stärka analys, lärande och utveckling.....	21
Avvikelse, klagomål och synpunkter	22
Avvikelse.....	22
Klagomål och synpunkter.....	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
Samverkan	25
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	26



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen 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 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 den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Sammanfattning

Att skapa förutsättningar för att få en god och säker hälso- och sjukvård i Högsby kommun kräver bra samverkan och delaktighet från omsorgstagaren, dess närstående och alla inblandade yrkesprofessioner.

Under 2023 har kommunen jobbat flitigt bland annat med egenkontroller, olika kvalitetsregister och avvikelser. Att arbeta förebyggande på flera plan och att skapa förutsättningar för att hitta åtgärder innan risker uppstår är ett arbetssätt som finns hos alla verksamheterna.

Resultat som samlats in från egenkontroller, kvalitetsregister och avvikelser under året åskådliggör vilka områden verksamheterna behöver lägga mer tid på men det är även viktigt att uppmärksamma de områden där resultaten är goda och upprätthålla dessa.



HÖGSBY
K O M M U N

Syftet med egenkontrollerna är att förebygga risker samt att systematiskt och snabbt reagera på observerade kritiska arbetsmoment eller omständigheter som kräver förbättring. Syftet med kvalitetsregister är att göra det möjligt att jämföra hälso- och sjukvården på nationell, regional och kommunal nivå. Syftet med avvikelshantering är att skapa trygghet och arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser. Därför är det viktigt att kommunen fortsätter jobba och utveckla verksamheten utefter resultatet som framtagits från statistik.

Ett av målen för det kommande året är att utveckla teamarbete och samarbeta mellan våra olika professioner inom socialförvaltningen. Detta är en utveckling i vår verksamhet som kommer gå i spår med Nära vård, som är en omställning som innebär att vi samspelar med invånare och flyttar fokus till att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Det har utträttats en ny rutin för teamarbete som implementeras i början på 2024.

Något som diskuterats för nästa år är att ha en sammanhållen utbildningsplan i socialtjänstens verksamheter för Hälso och sjukvård och omvårdnadspersonal.

Utbildning för omsorgspersonal har erbjudits från både sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal kring bland annat hjälpmedel, läkemedel, palliativ vård, diabetes och förflyttningsteknik.

Socialförvaltningen har under året fortsatt arbetat med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta för att förbättra verksamheten och använda det som ett verktyg för att förebygga händelser så som vårdskador, missförhållanden och avvikelser.

Fysioterapeut, arbetsterapeuter och rehabiliteringsassistenterna benämns som rehabiliteringspersonal vid några tillfällen i patientsäkerhetsberättelsen. upplever året som mer strukturerat och ett gott arbetsklimat. Arbetsbelastningen upplevdes hög under sommarsemestrarna men resten av året har den ansetts vara mer stabil. Då det börjat en ny rehabiliteringsassistent har det varit underlättande i det dagliga arbetet och förflyttningsarbetet har kunnat utvecklas.

Behov som de kan se framåt och förhoppning att kunna jobba mer mot är att stödja personal i exempelvis förflyttning för att undvika arbetsskada och trygga upp för patienten.

Planering för att erbjuda dagrehabilitering en gång i veckan till äldre med behov har erbjudits. Under dessa tillfällen erbjuds träning efter förmåga vilket deltagarna upplevt vara rolig och bra träning. Deltagarna har önskat att få komma tillbaka och tanken för 2024 är att fortsätta att erbjuda denna träningsform och utveckla den efter vad individen själv vill och har behov av. Det skapar en bra förutsättning för ökad patientsäkerhet och kvalitet på vården. Förhoppningen är att öka välmående, mobilisering och livskvalité för äldre.

Det jobbar sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och undersköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor benämns med samma namn genomgående i patientsäkerhetsberättelsen. Sjuksköterskorna och undersköterskorna har upplevt att arbetsbelastningen varit bra under sommaren och den har bara blivit bättre under årets gång. Deras arbete upplevs mer strukturerat och enklare att få till ett gott och patientsäkert arbete när bemanningen varit god.

Efter sommaren började det en läkare på hälsocentralen som var anställd att jobba 50% mot hemsjukvården. Med detta börjad ett arbete för en bra kommunikation och samarbete mot



hälsocentralen. Det blev lättare med samverkan och arbetet blev mer strukturerat både mot ordinärt boende och särskilt boende. Den läkaren som påbörjat detta arbete slutade sin tjänst i slutet av 2023 då hälsocentralen försöker rekrytera en ny person på denna tjänst.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har fått ny områdeschef efter sommaren. I HME (hållbarhet medarbetarengagemang) enkäten kan det tydas att det blivit ett tydligt ledarskap som skapat en känsla av struktur och ordning.

Ett beslut om anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg har upprättats under året. En åtgärdsplan har utförts som lett till utvecklingsarbete som bland annat ska leda till förtydligande i information och rutiner.

Planen för nästa år är att starta upp verksamhetsmöten utöver APT tillsammans med områdeschef, MAS och sjuksköterska och undersköterskor. Dessa möten har planerats upp för att få till en struktur i arbetet framåt och jobba i större utsträckning med åtgärder och uppföljning i utvecklingsarbete.

Planeringen för en övergång till journalsystemet Cosmic för sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal är påbörjad och kommer förhoppningsvis träda i kraft 2024.

Digital signering är nästan implementerat i hela verksamheten 2023. Det finns ett område i hemtjänst som inte gått in i det än då mobiltäckningen i detta område inte fungerat som det ska. Övergången till digital signering fungerade över lag bra. Det har kommit några synpunkter på vissa delar som inte fungerat eller som skulle kunna förbättras som vi se över under året som kommer.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med områdeschef har tillämnat en rutin för journalgranskning som är beslutat i slutet på 2023 och arbetet med detta ska påbörjas i början av 2024. Detta är ett arbete som görs för att kunna följa patientens väg genom vården och att sådant som oavsiktligt drabbar patienten kan fångas upp.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och styrning

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

Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska drabbas av vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsystemet är i sig komplext och svårt att överblicka. Olika verksamheter har dessutom olika behov, beroende på förutsättningar. Därav är det viktigt att ha ett väl fungerande ledningssystem för att kunna styra, utveckla, följa upp och säkra verksamhetens kvalitet.

För att hålla struktur och kunna jobba strategiskt för personal som arbetar i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet har det påbörjats ett arbete för att tydliggöra verksamheternas mål bland annat genom ett tydligt års hjul. Ett årshjul är ett bra verktyg för att få en överblick och man ska





HÖGSBY KOMMUN

kunna se vilka aktiviteter som är kopplade till vilket arbetsområde eller aktivitetsområde. I årshjulet illustreras tydligt när under året som olika aktiviteter står i fokus. Utöver APT har det även planerats in verksamhetsmöten för sjuksköterskor och undersköterskor som jobbar i hälso- och sjukvårdens verksamheten. Med detta strategiska arbete finns det en strävan efter att få till en struktur och trygghet för personalen som vidare leder till ett arbete för god patientsäkerhet.

Länsgemensam ledning i samverkan

Beslut för länsgemensam målbild och strategi för Nära vård har antagits i regionfullmäktige och Högsby kommun, 2 oktober 2023.

Målbild för Kalmar län bygger på det nationella målet för god och nära vård för patienten. Det ska innebära en ökad tillgänglighet i primärvården, mer delaktiga patienter och en patientcentrerad vård samt kontinuitet.

Tillsammans ska det utvecklas gemensamma förhållnings- och arbetssätt inom fyra utvecklingsområden:

- Invånaren som aktiv medskapare
- Person- familjecentrerade arbetssätt
- Hälsöfrämjande, förebyggande och tidiga insatser
- Samordning och relationskontinuitet.

Arbetet med nära vård berör alla invånare och ska särskilt rikta sig till prioriterade grupper som personer med komplexa behov samt invånare som har stor risk för ohälsa men som ännu inte har kontakt med vård och omsorg.

Omställningen till nära vård innebär att ha fokus på det som ger värde för invånaren och det är viktigt att vård och omsorg hänger ihop, oavsett vem som utför den. Det kräver ett gemensamt ansvar och en gemensam målbild med ett samordnat och systematiskt arbete som görs tillsammans.

Framgångsfaktorerna kring arbetet mot nära vård är:

- Utgå från individens perspektiv
- Systemperspektiv på hälsa, vård och omsorg
- Ett tydligt ledarskap
- Digital förnyelse utifrån invånarens och medarbetarens behov
- Kompetensförsörjning
- Uppföljning och analys

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen har enligt hälsosjukvårdslagen (HSL 2017:30) det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller kravet på att god hälso- och sjukvård upprätthålls. *Lag (2017:62)*. Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Vidare skall enligt HSL kap.4 §1 vården vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.



Socialutskottet sätter mål för verksamheten och bereder ärenden åt kommunstyrelsen. Utskottet har ansvar att verksamheten har hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Socialchef ansvarar för verksamheten och representerar vårdgivaren enligt HSL kap.4 §2. Fastställer i samråd med MAS/områdeschef frågor som rör verksamhetens struktur, resursanvändning, kvalitet och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska finnas i kommunen enligt HSL kap.11 §4. I Högsby kommun är det medicinsk ansvarig sjuksköterska som även har ansvaret för rehabiliteringen i kommunen. MAS har tillsammans med socialchef och områdeschef ett ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. Medicinsk ansvarig sjuksköterska ser till att riktlinjer och rutiner efterlevs i verksamheten samt identifierar förbättringsområden. Vidare är det den medicinsk ansvariga sjuksköterskan som har ansvaret att omsorgstagare i verksamheten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Medicinsk ansvarig sjuksköterska har ansvar för att utreda och anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada enligt lex Maria.

Områdeschefen har ett helhetsansvar för sin verksamhet. Ansvarar för att det finns den personal och utrustning som krävs. Att personal känner till och följer gällande riktlinjer och rutiner. Vidare ingår ansvar för att adekvat introduktion och kompetensutveckling sker. Genomför riskanalyser inför större förändringar i verksamheten. Säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef ansvarar för personal och de enskilda som har beslut om insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) eller enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) och som bor eller vistas i respektive verksamhet. Där det bedrivs hälso- och sjukvård, utifrån att uppgifterna är delegerade, har också enhetschef ansvar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs är patientsäker. Att det finns den bemanning och utrustning som behövs för att upprätthålla en god och säker vård.

Omvårdnadspersonal som arbetar på uppdrag och utifrån delegering från legitimerad personal ses då som hälso- och sjukvårdspersonal. De har skyldighet, liksom legitimerad personal, att följa lagar och regler samt att följa de rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en god patientsäkerhet. De har en skyldighet att rapportera avvikelser i hälso- och sjukvårdsarbetet

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker internt och externt i många olika forum. Samverkan bidrar till erfarenhetsutbyte och informations spridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen och läns gemensamt. Lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården har lett till olika samverkans forum för att säkerställa patientsäkerhet vid vårdens övergångar. Omställningen till Nära vård; att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande innebär också utökad och förbättrad samverkan mellan alla aktörer runt den enskilde.

Extern samverkan

Typ av samverkan	Omfattning	Källa
------------------	------------	-------



Länets kommuner och Region Kalmar län i samverkan		
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL)	5 gånger per år	Regionalt styrdokument 2023–2024. Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård och skola.
Samordnade äldregruppen	5 gånger per år	
Länsgrupp för habilitering/rehabilitering	4 gånger per år	
Högsby kommun i samverkan med Region Kalmar län		
Samverkansmöte med Högsby hälsocentral	6 gånger per år	Minnesanteckningar
Samordnad individuell plan *SIVH-möte	Varje vardag Efter enskilt behov	Praktisk anvisning: <i>Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun</i>
Kalmar läns kommuner i samverkan		
MAS/MAR nätverk	10 gånger per år	Minnesanteckningar
MAS/MAR/VC nätverk	10 gånger per år	Minnesanteckningar
Kommunernas hjälpmedelssamverkan (KHS)	4 gånger per år	12 kommuner samverkar genom en gemensam nämnd

Intern samverkan

Typ av samverkan	Omfattning	Källa
Ledningsgrupp	2 gånger per månad	Minnesanteckningar
Verksamhetsmöte med sjuksköterskor	1 gång per månad	Minnesanteckningar
Arbetsplatsträff med sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal.	2 gång per månad	Minnesanteckningar

* Samordnade insatser vid hemgång, SIVH, sker tillsammans med Oskarshamn och Västervik sjukhus. På SIVH möten som sker vardagar, medverkar biståndshandläggare, sjuksköterska från hälsocentral, sjukhuskoordinator, sjuksköterska från kommunen samt arbetsterapeut/fysioterapeut vilka för dialog kring aktuella ineliggande patienter bosatta i Högsby kommun i syfte att få till en god och säker vård samt säker hemgång.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40 kap 1 §

Informationssäkerhet handlar om att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Det handlar också om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att kunna följa hur, när och vem som tagit del av informationen.



Kommunerna har ett av de svenska samhällets mest komplexa uppdrag. Det omfattar allt från den dagliga omsorgen av äldre till att säkerställa att känslig infrastruktur fungerar. En stor del av den samhällsviktiga verksamheten räknas till kommunernas ansvar. I samtliga delar av uppdraget räknas till informationshantering en central roll.

Loggkontroll i journal

För att förhindra att obehörig personal har åtkomst till sekretesskyddade uppgifter är kommunen skyldig enligt HSLF-FS 2016:40 att genomföra loggkontroll. Loggning sker dels genom systematiskt slumpvald metod, dels genom manuell granskning av omvårdnadspersonal och legitimerade personal. Var tredje månad har loggkontroll utförts på personal som arbetar med hälso- och sjukvård i verksamhetssystemet Viva. Legitimerad personal har loggats varje månad för Cosmic och NPÖ, nationell patientöversikt. Avvikelse i loggningen är identifierats och åtgärder har vidtagits.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



En god säkerhetskultur kännetecknas av:

- Ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador.
- Ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet.
- Ett förhållningsätt där man inte skuldbelägger varandra.
- En organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser.
- En organisation där alla lär av det som gått bra.

Socialförvaltningens ambition är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde hos all personal. Engagemanget kommer bland annat till uttryck genom att patientsäkerhetsrisker identifieras och påtalas, att avvikelser rapporteras, utreds och förbättringsåtgärder vidtas. Inrapportering av avvikelser uppmuntras. Riktlinjer och rutiner som rör avvikelshantering och utredning av missförhållanden/vårdskada utgår från ett systemperspektiv med öppenhet och transparens. En annan viktig del i en god säkerhetskultur är en fungerande teamsamverkan.

Teamarbetet har fungerat varierande i de olika verksamheterna och behöver bli mer omfattande mellan den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, enhetschefer och omvårdnadspersonal. En ny rutin kring teamarbete har skapats i under året och med denna finns en strävan att det blir en mer jämlik arbetsform och en mer kontinuitet i verksamheterna kring teamarbete.

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.





HÖGSBY
K O M M U N

Hälsa- och sjukvård

Inom kommunen arbetar legitimerad personal såsom sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Hemsjukvård är hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i hemmet. Det kan till exempel vara medicinhantering, injektioner, såromläggningar, provtagningar, rehabilitering eller annan omvårdnad. Legitimerad personal arbetar mot hemtjänst, särskilda boenden och boende med särskild service enligt LSS, tillsammans med undersköterskor, rehab assistent och omvårdnadspersonal. Sjuksköterskorna har efter sommaren fått utökning och höjt sin bemanning. Detta har skapat mer struktur och tid till åtgärder, planering och uppföljning vilket leder till ett arbete som är bra och patientsäkert.

Rehabiliteringspersonalen har en mindre fysioterapeut men har fått en till rehabiliteringsassistent. Detta upplevs som en bra lösning tills vidare och det kommer följas upp under året av områdeschef.

Äldreomsorg/Omsorg

Inom äldreomsorgen arbetar omvårdnadspersonal och kommunen strävar efter att personal ska vara utbildad undersköterska. Hemtjänst är biståndsinsatser i form av service och personlig omvårdnad som beviljas enligt SoL. Hemtjänst kan innefatta omvårdnad och/eller serviceinsatser som exempelvis städ, inköp och matlagning. I samband med hemtjänst kan en person även få hemsjukvård.

Inom omsorgen arbetar personal med att stötta personer om har beviljats stöd utifrån LSS (1993:387) Lagen om stöd och service innefattar att personer med funktionsvariation ska ha goda levnadsvillkor och rätt till ett gott och självständigt liv. De ska få den hjälpen med det de behöver i det dagliga livet.

Introduktion

För att nå god patientsäkerhet och ha bra kompetens i verksamheterna är det viktigt med en bra introduktion. Ny personal ges introduktion tillsammans med utsedd handledare. En checklista följs tillsammans med handledaren. Inför semestern genomförs en särskild introduktionsutbildning för omvårdnadspersonal som tidigare inte har arbetat inom vården. Vård- och omsorgspersonal och andra som möter personer med demenssjukdom ska genomföra webbutbildningen Demens ABC om personcentrerad vård vid demenssjukdom. Även andra webbutbildningar är aktuella.

Inom äldreomsorgen har kommunen haft utsedda personer för att säkerställa att alla omsorgstagare får sina insatser utförda samt säkerställa att genomförandeplaner och dokumentation blir rätt.

Områdeschefen för sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har även skapat en introduktionsrutin för legitimerad personal för att studenter och nyanställda ska få en bra start och en lärande introduktion/praktik.

Delegering

Legitimerad personal skriver delegeringar till omvårdnadspersonal i det digitala systemet Alfa eCare SignIt. Där finns utfärdad delegering som beskriver vem som är tilldelats delegering och vilken enhet som delegering gäller. För att erhålla en läkemedelsdelegering krävs det att omvårdnadspersonal har genomfört utbildning i appen Visible Care i utbildningsdelen Visible Education. Vidare får även vikarier utbildning av sjuksköterska på plats med både teori och praktiska övningar och därefter ytterligare ett test där det görs en bedömning om personal är lämplig att erhålla delegering.



Delegering gäller ett år, därefter behöver den förnyas igen med ett nytt prov. Försummas delegeringsansvaret kan delegeringen dras in tillfälligt eller permanent.

Det nya digitala signeringsystemet SignIt är implementerat ute i verksamheterna med undantag från ett område i hemtjänst som har dålig mobiltäckning. För övriga verksamheter som nu signerar och där omvårdnadspersonal får delegeringar av sjuksköterska via detta system, fungerar det bra. Systemet skapar en tydligare struktur som gör det enkelt att signera läkemedel och övriga HSL-insatser. Detta skapar trygghet för vårdpersonalen och säkerhet för patienten samtidigt som verksamheten får en tydlig bild över läkemedelshantering, avvikelser, delegeringar, beställningar och saldo.

Statistik kring läkemedelsavvikelsena visar på ett något lägre antal avvikelser än förra året. Det är inte så stor förändring men förväntan att det redan skulle visa ett bättre värde i statistiken har det inte funnits några förväntningar på. Detta beroende på att vi detta år gått in i det nya digitala signeringsystemets och då har det funnits aningar att se en eventuell ökning kring läkemedelsavvikelser för att sedan har en förhoppning att det ska minska när personalen lärt sig systemet. Denna aning och förväntan kan ändå stämma då vi redan i år kan se en sänkning sista kvartalet.

Läkemedelsavvikelser 2023, kvartalsvis

- Q1: 68 st avvikelser
- Q2: 84 st avvikelser
- Q3: 86 st avvikelser
- Q4: 52 st avvikelser

Kompetensutveckling och kompetensförsörjning

För att kunna arbeta patientsäkert även i framtiden är det viktigt att satsa på olika former av kompetensutveckling för alla medarbetare inom vård och omsorg. Några av de delar omvårdnadspersonalen erbjuds i kompetensutveckling är basal omvårdnad, rehabilitering, utbildning i journaldokumentation. För legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal erbjuds olika former av kompetensutveckling inom relevanta områden till exempel läkemedel, sårvård, demens, psykisk ohälsa och palliativ vård.

Det långsiktigt behov av att anställa fler legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som togs upp i förra årets patientsäkerhetsberättelse har åtgärdats i år vilket lett till att sjuksköterskorna upplever en tryggare arbetsmiljö och kan jobba mer förebyggande och som skapar en god patientsäkerhet.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Nära vård

Vården behöver komma närmare patienten och brukaren. Utvecklingen av en Nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. 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. 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.
- Utgå från det bästa för patienten/brukaren i hela vård- och omsorgsprocessen.
- Främja gemensamt ansvarstagande och tillit.
- Skapa förutsättningar för jämlik vård och omsorg.

Samordnad individuell planering, SIP

Genom samordnad individuell planering formas en planläggning där omsorgstagare är i fokus. I detta möte kan omsorgstagare och närstående påverka vilka insatser som är relevanta. Uppföljning av omsorgstagarens insatser görs regelbundet tillsammans med berörda professioner, närstående och omsorgstagare för att utvärdera kvaliteten och om vidare insatser krävs.

Klagomål och synpunkter

Det finns möjlighet för omsorgstagare och närstående att lämna in synpunkter och klagomål genom kommunens hemsida, mejl eller genom att lämna synpunkter via telefon. Alla klagomål och synpunkter är grunden för förbättringsarbete och lärande.

Agera för säker vård

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

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

Egenkontroller

Egenkontrollen är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Identifiering	Omfattning	Källa	När
HALT	1 gång per år	Senior alert, Folkhälsomyndigheten	November
Trycksår	2 gång per år	Senior alert	Januari/september
Undernäring	2 gånger per år	Senior alert	Januari/september
Fall	2 gånger per år	Senior alert	Januari/september
Munhälsa	2 gånger per år	Senior alert	Januari/september
Blåsdysfunktion	2 gånger per år	Senior alert	Januari/september
Intern kontroll av nattfasta	2 gånger per år	Egenkontroll från eget material	April/November
Loggkontroll journal	1 gång per månad	Patientdatalagen	1 gång per månad
Kvalitetsgranskning läkemedel	1 gång per år	Apoteket AB	December



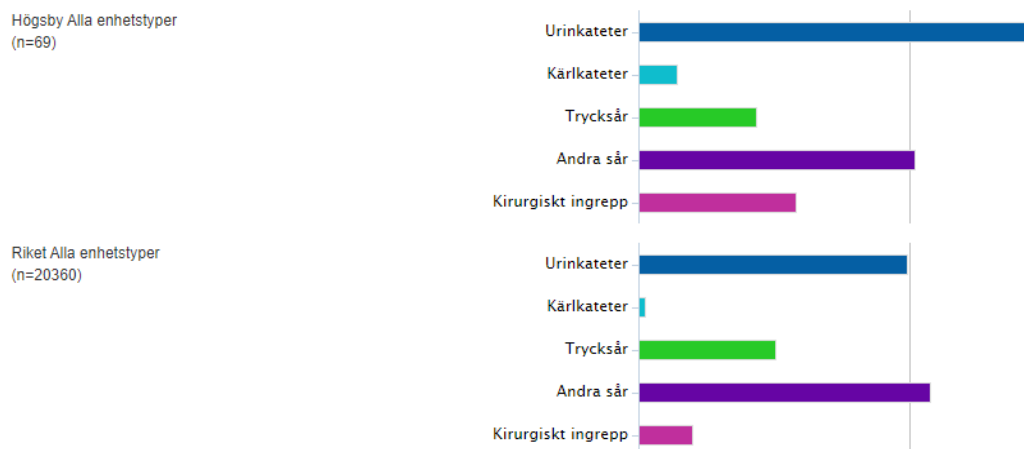
Intern kontroll av narkotiska läkemedel	5 gång per år	Journalssystemet Viva. Egenkontroll av inhämtad information	Mars, juni, september och december
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-BHK - SKR	Mars
Sårvård omlägningsintervall.	2 gånger per år	Onewound, sårapp	Januari, September

HALT

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Mätningen är en stickprovsundersökning där den aktuella situationen mäts. HALT görs i samarbete med Nationella Strama, Folkhälsomyndigheten samt Senior alert.

HALT-mätning genomfördes i november 2023 i kommunens särskilda boenden. Mätningen som är ett stickprov vid ett bestämt tillfälle visade att fyra vårdtagare av femtio st registrerade på särskilt boende har haft en bekräftad infektion och en av dessa med antibiotikakur.

Fördelning av riskfaktorer i kommun jämfört med riket



En riskfaktor som har en fortsatt hög procent i kommunen från förra året är kvarliggande urinkateter. Det kan finnas olika anledningar till det bland annat det i kommun är hög medelålder på de personerna som är inskrivna i hemsjukvård och då har behov av en kvarliggande kateter. Risken för vårdrelaterad urinvägsinfektion ökar med cirka tio procent för varje dygn med kvarliggande kateter. Täta byten av urinuppsamlingspåse och bristande handhygien hos vårdpersonal och patient ökar risken för bakterieinvasion. Därför är det viktigt att sjuksköterskan tillgodose både patient och personal, information och undervisning. Planerad kompetensutveckling för sjuksköterskorna finns i början på 2024.



PPM – Punktprevalensmätning av trycksår

I samband med HALT mätningen genomförs även punktprevalensmätning av trycksår en gång om året. Senior alert gör ett datauttag baserat på antal inskrivna personer på samtliga enhetstyper. Datauttaget görs på riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår.

Under 2023 var det 83 st registrerade omsorgstagare som ingick i mätningen. Det var 33 st trycksår identifierade på 19 personer varav 30 av dessa trycksår uppkommit på egen enhet.

Ett trycksår är en skada i huden eller underliggande vävnad. Skadan uppstår när närings- och syretillförseln försämras på grund av ett tryck eller tryck i kombination med att huden förskjuts mot den underliggande vävnaden. Ett trycksår räknas som en vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta åtgärder för att förhindra trycksår men så inte skett, och patienten har drabbats av en skada, lidande eller en sjukdom. Det kan exempelvis handla om att hälso- och sjukvården inte gjort någon riskbedömning eller inte satte in förebyggande åtgärder. Därav är det viktigt att fortsätta jobba i tvärprofessionella teman kring arbetet med Senior alert och få till riskbedömningarna och uppföljningar.

Förr året skapades det en avvikelsemodul för trycksår. Detta för att kunna arbeta systematiskt och på så sätt minska risken för trycksår. Det har inte kommit in någon avvikelse kring trycksår även om det borde gjort det med anledning av att vi i statistiken i Senior Alert kan se att vi har trycksår ute i verksamheterna. Anledningen att det inte kommit någon avvikelse för trycksår kan vara att information inte kommit ut i verksamheterna att det i år gått att lägga in avvikelse i journalsystemet Viva. Detta är något som behöver framföras till både hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal i verksamheterna.

Näringsrik kost, regelbundna måltider och tryckavlastande åtgärder är av stort värde för att motverka trycksår. Ett arbete som görs för att undvika näringsbrist för omsorgstagare på särskilt boende är att mäta nattfasta.

Nattfasta

Mätning av nattfasta genomfördes i kommunens särskilda boende under november månad och resultatet visar ett medelvärde på 12,12 timmar vilket ungefär samma resultat som förra året. Enligt livsmedelsverket bör inte nattfastan överstiga 11 timmar.

Resultatet av värdena är liknade med förra årets siffror. Det har gått många timmar mellan dygnets sista och första måltid för många omsorgstagaren. Personal har hos ett flertal erbjudit mellanmål av olika slag men personen har tackat nej. I dessa fall är det svårt att undvika den långa nattfastan. De tillfällen där personal inte erbjudit mellanmål finns utvecklingspotential för alla professioner som jobbar mot omsorgstagaren att komma fram till hållbara åtgärder för att minska nattfastan. De nya samordnarna som arbetat och samlat ihop information kring nattfasta har visat intresse och funderar på hur vi kan jobba vidare med detta.

Läkemedelsgenomgång

Alla patienter på särskilt boende ska erbjudas läkemedelsgenomgång minst en gång under året av hälsocentralens läkare. Inför läkemedelsgenomgången genomförs bland annat symtomskattningsskala Phase 20 eller Phase 20 Proxy i syfte att hitta läkemedelsrelaterade symtom. Har personen en annan hälsocentral eller är inskriven i hemsjukvård ombesörjs detta under patientens årsbesök. När det under året fanns en läkare på hälsocentralen som hade del av tjänst mot hemsjukvård blev det



arbetet med läkemedelsgenomgångar smidigare för sjuksköterskorna i kommunen. Att åter få en läkare på hälsocentralen som har sitt arbete inriktat på hemsjukvård är önskvärt.

Kvalitetsgranskning läkemedel

Högsby kommun har avtal med Apoteket AB som genomför extern kvalitetsgranskning av kommunens läkemedelshantering. En farmacikonstult genomför granskning tillsammans med sjuksköterska, MAS, enhetschef och omvårdnadspersonal. En åtgärdsplan av granskningen har lämnats vilket synliggör vilka insatsen som behöver göras och arbetas vidare med inför nästkommande år. Det rörde sig bland annat om otydliga ordinationer, omärkta öppnade förpackningar och lokala rutiner som behöver upprättas. Planering kring arbetet för åtgärdsplanerna kommer påbörjas i början på 2024 och det finns vidare en planering för hela året för uppföljning kring detta. I slutet av 2024 kommer det åter genomföras en kvalitetsgranskning av kommunens läkemedelshantering.

Intern kontroll av kontrollräkning för narkotiska läkemedel

Intern kontroll av narkotiska läkemedel har genomförts enligt kontrollplan för 2023 och redovisas för socialutskottet. Det som kontrollerades var om sjuksköterska gör en kontrollräkning 1 gång i månaden av narkotiska läkemedel. Detta har visat på ett fullbordat resultat. Denna interna kontroll kommer inte fortgå 2024.

Basala hygienrutiner och klädregler

Personal inom hälso- och sjukvård och vård och omsorg behöver tillämpa basala hygienrutiner i sitt arbete. Det är den mest grundläggande åtgärd för att förebygga vårdrelaterade infektioner. För att hålla en god hygienstandard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att riskerna för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Enligt lokal rutin ska det ske egenkontroll för att veta om personal följer de basala vårdhygienrutinerna genom SKR:s nationella punktprevalensmätning samt självskattning. Enhetscheferna ska samla in informationen och skicka vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Självskattning av basala hygienrutiner ska göras genom att en checklista som fylls i efter att man gjort ett vårdnära arbete. Det har i år inte följt upp enligt rutin då den behöver ses över och eventuellt justeras

I slutet av 2022 uppkom det nya regler i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder. Syftet med författningen är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och därigenom bidra till insatser av god kvalitet. Det är till exempel inte tillräckligt att enbart tillämpa de basala hygienkrav som anges i SOSFS 2015:10, utan riskerna behöver förebyggas och förhindras även på andra sätt, t.ex. genom att det finns rutiner om hur smitta ska förebyggas och att personalen erbjuds utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. Detta är särskilt viktigt eftersom verksamheterna ger insatser till personer som ofta löper stor risk att drabbas särskilt hårt av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner. Föreskrifterna förtydligar på vilket sätt verksamheterna behöver arbeta för att kunna förebygga och förhindra smitta och smittspridning i den egna verksamheten för att uppfylla kraven på god kvalitet. För att förebygga smittspridning behövs kunskaper om smittämnen och smittvägar liksom om basala hygienrutiner och klädregler. Det krävs en planering vidare för arbetet med hygienrutiner och hur vi i fortsättningen ska jobba med dessa frågor.



Kvalitetsregister

Kvalitetsregister finns för att utveckla och säkra vårdens kvalitet, framför allt statistik och för forskning inom hälso-och sjukvård. Personuppgifter i dessa register får inte behandlas för några andra ändamål.

Register	Omfattning	När
Senior alert	1 gång per år	Insamlar statistik 2 gånger per år.
Palliativa registret	1 gång per år	Insamlar statistik 2 gånger per år.
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	1 gång per år	Insamlar statistik i början på följande år

Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att stödja vårdprevention för att äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsfunktionen. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Riskbedömningar och registreringar ska göras enligt rutin.

Statistiken för hur vi arbetet med Senior alert varierar för 2023 men det planeras redan nu kring att ses över framåt för att få till ett gott arbete med senior alert.

Det har blivit två nya utvalda senior alert samordnare som ska vara länk mellan enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Utbildning för ombud ska fortsätta.

LSS boendena har påbörjat arbetet kring Senior alert för alla boende över 55 år. Personer med intellektuell funktionsvariation har generellt sett en högre sjuklighet och lägre medellivslängd än befolkningen i övrigt då vi på LSS-boenden påbörjar arbetet med Senior alert vid 55 års ålder i stället för 65 år. Förbättrade livsvillkoren de senaste fyrtio åren har gjort att överlevnaden har ökat rejält för äldre med någon form av funktionsvariation då det är viktigt att få med LSS boenden i kvalitetsarbetet.



↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Högsby kommun	82	96% ↑ 133 av 138	78% ↑ 104 av 133	94% ↑ 125 av 133	91% ↑ 116 av 127	33 ↓ 19 personer	31 ↓ personer	47 ↑ 19 personer	37 ↓ personer
Dr Mobergers väg 10	9	100% ↑ 9 av 9	67% ↓ 6 av 9	89% ↑ 8 av 9	100% ↑ 7 av 7	2 ↓ 2 personer	2 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	3 ↓ personer
Dr Mobergers väg 8	27	96% ↑ 45 av 47	80% ↓ 36 av 45	100% ↑ 45 av 45	92% ↓ 54 av 59	13 ↓ 6 personer	17 ↑ personer	14 ↑ 6 personer	11 ↓ personer
Dr Mobergersväg 12	18	91% ↓ 32 av 35	81% ↓ 26 av 32	100% ↑ 32 av 32	94% ↑ 32 av 34	5 ↓ 4 personer	5 → personer	33 ↑ 13 personer	11 ↓ personer
Dr Mobergersväg 14	4	100% ↑ 12 av 12	50% ↑ 6 av 12	67% ↑ 8 av 12	86% ↑ 6 av 7	3 ↓ 1 personer	2 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	1 ↓ personer
Högsby hemsjukvård	6	100% ↑ 6 av 6	50% → 3 av 6	50% ↓ 3 av 6	0% ↓ 0 av 1	4 ↓ 3 personer	3 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	3 ↓ personer
Kyrkvägen 14	16	100% ↑ 27 av 27	93% ↑ 25 av 27	100% ↑ 27 av 27	89% ↓ 17 av 19	4 ↓ 2 personer	3 ↓ personer	0 → 0 personer	6 ↓ personer
LSS-boende	2	100% ↑ 2 av 2	100% ↑ 2 av 2	100% ↑ 2 av 2	0% → 0 av 0	2 ↑ 1 personer	0 → personer	0 → 0 personer	2 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Förklaring på tabell:

Alla summor baseras på urvalsperioden-1 januari till 31 december 2023

Unika personer: Antal personer som har fått minst en riskbedömning. Observera att i totalen för uppdragsgivande kommun/regionen räknas varje person som unik endast en gång, samma person kan ha varit inskriven på flera enheter/avdelningar och räknas därmed som unik på fler registrerande enheter.

Pil nedåt: Minskning jämfört med föregående period.

Pil uppåt: Ökning jämfört med föregående period.

Pil höger: Ingen skillnad jämfört med föregående period.

Data från Senior alert skapar ett värdefullt material att arbeta vidare med. Det betonar på styrkor och svagheter i verksamheterna. Upplevelsen från sjuksköterskorna är att de behöver samverka mer kring arbetet med Senior alert men statistik visar ändå att de är på god väg.

Palliativregistret

Palliativregistret är ett kvalitetsregister vars syfte är att förbättra vården vid livets slut för patient och närstående. Det sker en registrering vid varje dödsfall för patienter i verksamheten i palliativa registret. När förbättring görs kan man använda resultatet från registret för uppföljning och vårdpersonal kan använda kunskapsstöd som hjälper dem att kunna erbjuda en jämlik och god vård.

Diagram för Högsby kommun 2023

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

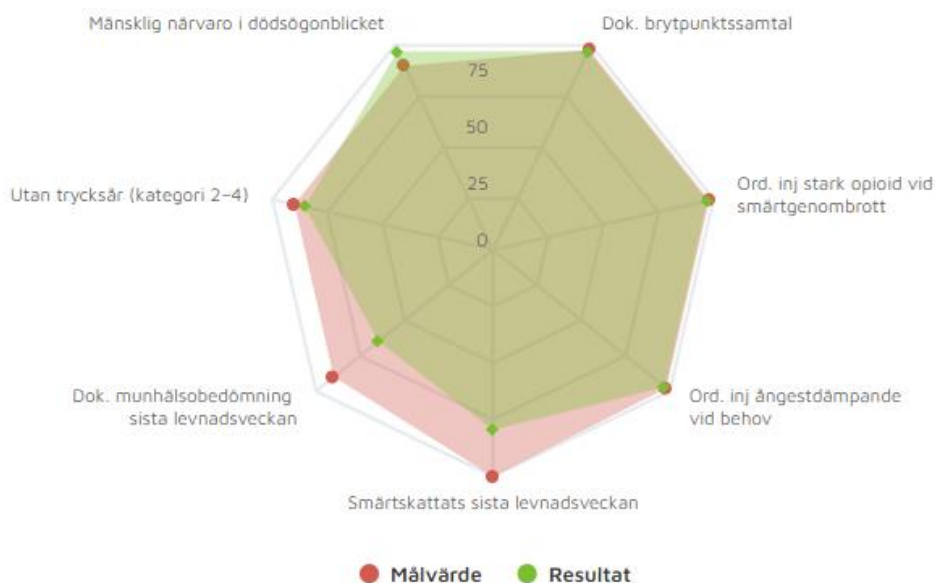
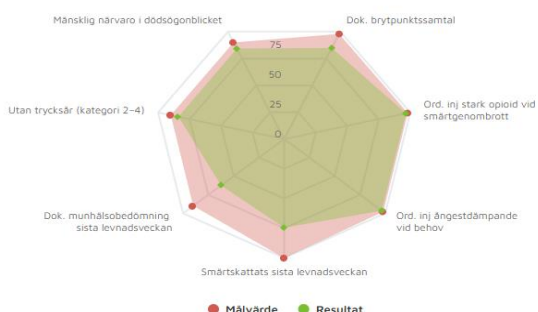


Diagram för Kalmar län 2023

Diagram för riket 2023

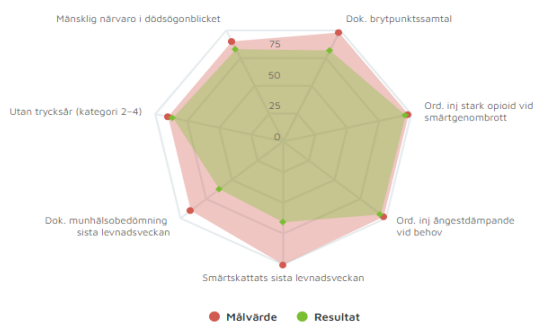
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



(Källa svenska palliativregistret)

Under 2023 rapporterades 41 st dödsfall i kvalitetsregistret. Kommunen har en bra täckningsgrad i jämförelse med Regionen och Riket. Det som upprepas från förra året i registreringen som inte blivit utfört i samma utsträckning är att dokumentera munhälsobedömning sista levnadsveckan samt smärtskattning sista levnadsveckan trots vissa åtgärder från förra året. Det har redan påbörjats en



planering hos sjuksköterskorna kring vidare åtgärder för att få till både dokumentation för munhalsbedömning och smärtskattning sista levnadsveckan.

Något vi även vidare behöver se över är värdet som visar att patienten inte ska haft trycksår. Målvärdet här är att 90 % av patienterna inte ska ha trycksår och vi ligger på 87,8%.

Dokumenterade brytpunktsamtal är något som IVO haft synpunkter på vid granskning av SÄBO. Målvärdet är 98 % och vårt värde ligger på 95,1 i Högsby. Det är ett bättre resultat från förra året men inte riktigt framme vid målvärdet.

BPSD

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Av 23 boende på demensplats har det genomförts 42 BPSD registreringar under 2023.

Utifrån bedömningarna ska det skapas bemötandeplaner och omvårdnadspersonal får utbildning både internt och externt.

Avvikelser

Avvikelser i hälso- och sjukvården kan vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan handla om allt från mindre störningar i det dagliga arbetet som inte leder till att patienter skadas, till händelser som medför en vårdskada där patienten avlider.

Avvikelser	Omfattning	Källa	När
Avvikelser externt	Följs upp regelbundet	Stella	Insamlar statistik i början på följande år
Avvikelser internt	Följs upp regelbundet	Viva	Insamlar statistik i början på följande år

Sammanställning av avvikelserna finns att läsa under rubriken "Stärka analys, lärande och utveckling".

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.



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.

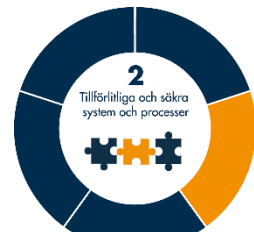
Vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kontaktas MAS för utredning och bedömning om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. I utredning används mall för internutredning. Resultaten som framkommer i internutredningen mynnar ut i en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen listas de identifierade förbättringsförslagen och åtgärderna, vem/vilka som är ansvariga för genomförande och uppföljning samt tidsplan för implementering av åtgärderna och uppföljningen. Internutredningen presenteras för socialutskottet, på socialförvaltningens ledningsgrupp samt på APT på berörda enheter för att få kunskap om och möjlighet att vara delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kring patientsäkerhet.

Lex Maria

En händelse i ordinärt boende har under året utretts och bedömts som risk för vårdskada. Händelsen har anmälts av medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Avvikelsen ledde till en internutredning då händelsen kunde lett till en allvarlig vårdskada. Åtgärder som har vidtagits är exempelvis revidering av rutin för delegering, information till personal kring egenvård och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser och utbildning i diabetes.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



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.



Utbildningsinsats

För att öka patientsäkerhet har det under 2023 fortsatt med utbildningsinsatser för ordinarie omvårdnadspersonal och timvikarier utöver den ordinarie introduktionen. Utbildningen har varit bland annat inom förflyttningsteknik, hjälpmedel, diabetes, basal vårdhygien och palliativ vård. Det har varit positiv feedback från deltagare kring utbildningarna och dessa kommer fortlöpande under nästa år. Det finns även digital utbildning i form av en app, Visible Care, där medarbetare snabbt kan se moment som de är osäkra på. I denna app gör även omvårdnadspersonalen sin delgeringsutbildning för läkemedel.

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.

Avvikelser, klagomål och synpunkter

Chefer ansvarar för att avvikelser, klagomål och synpunkter hanteras. I samband med att avvikelser utreds görs analys, förbättringsåtgärd/er och uppföljning enligt rutin. I avvikelssystemet ska utredaren bedöma allvarlighetsgraden och uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen. Vid behov revideras riktlinjer och rutiner när risker identifieras. Alla avvikelser sammanställs varje år av medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen och presenteras i patientsäkerhetsberättelsen.

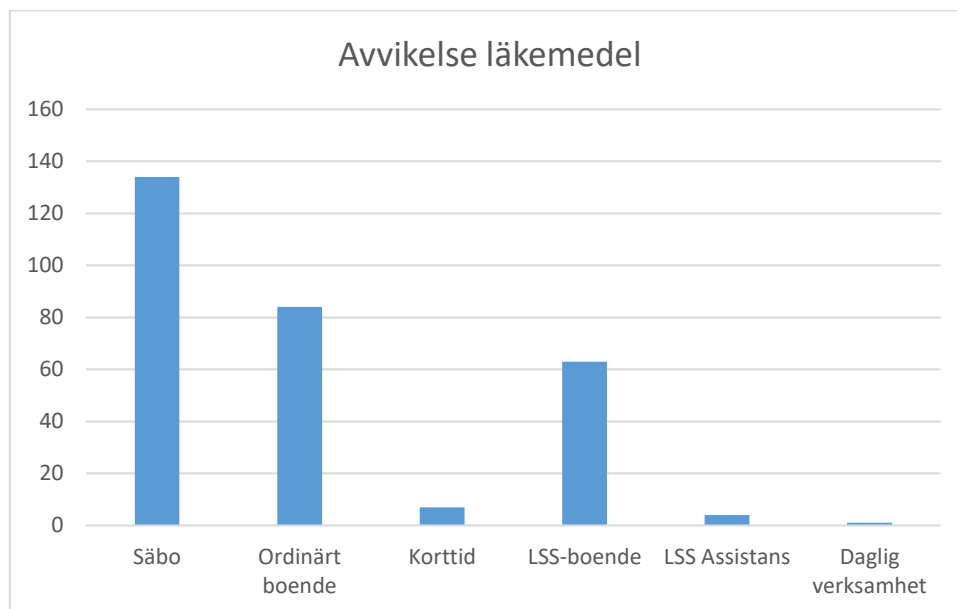
Avvikelser

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

Interna avvikelser

För att höja kvalitet och patientsäkerhet kring hanteringen av avvikelser finns det, i kvalitetsledningssystemet för socialförvaltningen, rutiner för hur avvikelser ska rapporteras, utredas och analyseras samt hur identifierade förbättringsförslag ska implementeras i verksamheten. Alla avvikelser sammanställs, analyseras och övergripande åtgärder preciseras varje år i patientsäkerhetsberättelse. Analyserna och åtgärderna läggs in i planering för nästkommande år. Det kan förekomma felvärde då personal lägger in avvikelserna fel i systemet och det kan bli felvärde i det slutgiltiga totalvärdet.

Läkemedelsavvikelser



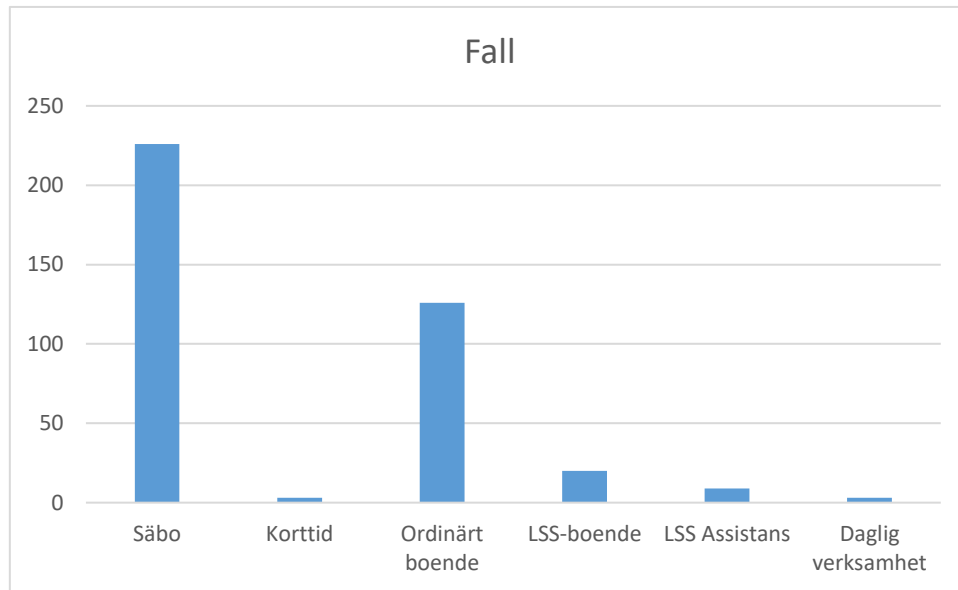
Den vanligaste avvikelserna är att omsorgstagare inte fått sin medicin då personal missat att ge den. Jämförelsevis är det ett mindre antal läkemedelsavvikelser 2023 än året innan.

Socialförvaltningen har 2023 infört digital signering. Detta har upplevts något rörigt till att börja med framförallt för omvårdnadspersonal. Några har upplevt att det varit brist i information och utbildning i systemet men tekniken har fungerat bra i de flesta verksamheterna. Där tekniken framför allt har



strulat är ute i vissa områden i hemtjänsten. Därav finns det en hemtjänstgrupp som fortfarande inte implementerat SignIt men målet är att få till detta i början på 2024 då alla verksamheter komma vara inne i Alfa, SignIt. Det som är bra med signeringsystemet är bland annat att man i sin telefon får en påminnelse som skickas ut till personal när läkemedlet ska ges och om det inte ges i tid får sjuksköterskan en notis om det.

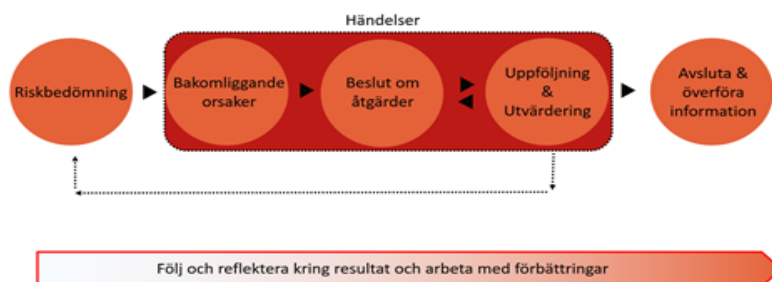
Fallavvikelser



I alla verksamheter inom hälso- och sjukvården ska det skrivas en fallavvikelse. Omvårdnadspersonal genomför riskbedömning i Senior alert och i samband med detta kan fallrisk identifieras för en omsorgstagare. Utifrån detta skapas åtgärder tillsammans med omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Fallavvikelser har minskat från föregående år och det kan bero på det förebyggande och vårdpreventiva arbetet med Senior alert som präglar på struktur, systematik och synliggör resultat.

Den vårdpreventiva processen - Senior alert





Avvikelse gällande träning och behandling handlar om oönskade/negativa händelser som har lett till eller skulle kunna ha lett till skada för individ. Exempel är att hjälpmedel inte har använts på rätt sätt eller att träning som delegerats inte har utförts. Antalet avvikelser har minskat i jämförelse med föregående år. En faktor kan vara utbildningsåtgärder för personal och är det så har vi kommit en bit på vägen och hoppas på att det fortsätter i denna riktning.

Externa avvikelser

Kommunen har skickat 39 avvikelser till regionen och tagit emot 7 st. Avvikelserna handlar om läkemedelsordination, samordnad individuell plan, utskrivningsplanering, vård/behandling, bristande/felaktighet. Samtliga avvikelser som kommunen tar emot behandlas och tas upp på APT eller verksamhetsmöte för information och åtgärder. Kommunikation och bättre samarbetet är något regionen och kommunen behöver jobba vidare med.

Klagomål och synpunkter

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

Socialutskottet eftersträvar att det ska vara enkelt att lämna klagomål och synpunkter och att det ska kunna göras på flera olika sätt. På Högsby kommuns hemsida går det bra att lämna klagomål och synpunkter. Klagomålet och synpunkten kan även lämnas anonymt. Muntliga klagomål och synpunkter ska dokumenteras av mottagaren. Ansvarig chef/handläggare ansvarar för utredning, analys och åtgärder. När utredningen är klar ska återkoppling ges till uppgiftslämnaren. Om den som lämnat klagomålet eller synpunkten valt att vara anonym kan ingen bekräftelse eller annan återkoppling ges. Alla klagomål och synpunkter är grund för förbättringsarbete och lärande.

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.





HÖGSBY
K O M M U N

Samverkan

En välfungerande samverkan, internt och externt, är en förutsättning för ett gott patientsäkerhetsarbete under förändrade och oväntade förhållanden. Socialförvaltningen har en utvecklad och bra samverkan med bland annat Region Kalmar län och andra kommuner i länet och det finns flera olika forum som hanterar gemensamma kvalitet- och utvecklingsfrågor. I och med utvecklingen av Nära vård kommer samverkan sannolikt öka, inte minst vid hantering av komplexa ärenden. God teamsamverkan internt är en framgångsfaktor och fortsatt arbete för att stärka teamsamverkan pågår på flera håll inom socialförvaltningen. Arbetsätt att sprida erfarenheter och åtgärder med god effekt behöver dock fortsatt utvecklas.



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder och aktiviteter
Kompetensutveckling	Upprätthålla legitimerad personals kompetens	Möjliggöra vidareutbildning till specialistutbildning och kompetensutveckling
Läkemedel	Säkrare läkemedelshantering anpassad till aktuella lagar och författningar och minskade läkemedelsavvikelser	Implementera förbättringsförslagen som framkom i den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering i december 2023. Revidera och uppdatera läkemedelsrutinen och införa lokala rutiner för varje verksamhet. Upprättad ny rutin för det generella läkemedelsförrådet och därmed tydliggöra ansvarsfördelningen. Ny läkemedelsgranskning av extern utförare planeras i december. Alfa, Signit ska användas i hela äldreomsorgen och LSS verksamheterna.
Delegering	Ökad följsamhet och säkrare delegeringsförfarande anpassad till aktuella lagar, författningar och digitala förutsättningar	Utbildningssatsning för omvårdnadspersonal gällande hantering av läkemedel och delegering. Detta genom utbildningsföretaget Visible Care AB. Revidera och uppdatera delegeringsrutinen och utbildningsplan.
Rehabilitering	Rehabilitera tillbaka till rimligt god livskvalitet. Äkta möten och livsnära samtal där omsorgstagare kan få kunskap och kraft	Fortsätta med dagrehabilitering som ska erbjudas en gång i veckan. Utbildningssatsning för omvårdnadspersonal i rehabilitering och förflyttningsteknik.
Dokumentation	Tydlig, säker och korrekt dokumentation	Utbildningssatsning för omvårdnadspersonal i verksamhetssystem Viva. Planering pågår inför 2024 gällande införande av dokumentation för hälso- och sjukvårdspersonal i Cosmic. Systematisk Journalgranskning planeras två gånger per år med start i januari, 2024.



Avvikelser	Öka följsamheten till att rapportera avvikelser	Justera i avvikelsemodulen för att göra det tydligare och smidigare för personal att skriva avvikelser. Utbildning i avvikelshantering.
Egenkontroller	Kvalitetssäkra och utveckla verksamheten och förbättra resultat	Fortsätta med egenkontroller och öka följsamheten i arbetet för egenkontroller och dess rutiner. <ul style="list-style-type: none">- Egenkontroll genomförandeplan- Egenkontroll journalgranskning- Egenkontroller narkotiska preparat- Egenkontroller i det generella läkemedelsförrådet.- Egenkontroll patientnöjdhet.- Egenkontroll nationella kvalitetsregister- Egenkontroll i basala hygienrutiner
Palliativ vård	Trygg, delaktig och meningsfull vård i livets slutskede	Utbildningsåtgärder för omvårdnadspersonal i palliativ vård. Upprätthålla och utveckla arbetet inom det palliativa teamet utefter ny rutin. Öka på kunskap och involvera fler professioner i teamet. Tydliggöra uppdraget för palliativt ansvariga sjuksköterskor. Upprättat ett närmre samarbete med palliativa rådgivningsteamet. Upprättat nya rutiner och reviderat befintliga.
Sårvård	Öka kunskapen om och minska andelen och risken för trycksår	Genomföra punktprevalensmätning (PPM) gällande trycksår via Senior alert och följa statistik i sårappen Onewound Förenklad process, sårvård i samverkan med hälsocentralen. Nätverksträffar med Onemed/Onewound 1 gång/månad.



		Omtag kring trycksår behöver tas under 2024.
Basala hygienrutiner och klädregler	Minska riskerna för smittspridning genom ökad kunskap och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Hygienombud på varje enhet och att de får tydliga instruktion vad uppdraget innebär. Planering för struktur och justering i rutin kring utbildning för alla professioner inom hälso- och sjukvård och vård och omsorg. Fortsätta med självskattning av basala hygienrutiner och klädregler och klargöra och eventuellt justera rutin.
Nutrition	Minska andelen brukare med undernäring eller risk för undernäring	Fortsätta jobba med kontroller och arbetet med målen kring nattfasta som inte ska överstiga 11 timmar Fortsätta arbeta mot kvalitetsregistret Senior alert.
Kvalitetsledningssystem	Implementera, uppdatera och utveckla kvalitetsledningssystemet	Planera, genomföra, utvärdera och förbättra genom att: <ul style="list-style-type: none">- Identifiera krav och mål i lagstiftningen.- Riskanalyser.- Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner.- Följa upp och utvärdera resultatet.- Egenkontroller.- Utveckla och förbättra processer och rutiner.- Arbeta för att uppnå krav och mål.
Samverkan	Fördjupa den interna samverkan mellan enhetscheferna, omvårdnadspersonalen och kommunens hälso- och sjukvårdsenhet	Ledning ska säkerställa att det finns rutiner: <ul style="list-style-type: none">- som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda omsorgstagare till exempel när det gäller överföring av information.- för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden.- hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.



		<ul style="list-style-type: none">- arbeta för att de planerade lokala team-möten blir av och att de får en kontinuitet.
Omvårdnadsarbete	Öka kunskap, kompetens och kvalité i omvårdnadsarbetet. Mål är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för ett fridfullt och värdigt avslut av livet, med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor	Utbildningsåtgärder för omvårdnadspersonal i omvårdnadsarbetet. Både interna utbildningar och externa. Hållbar utveckling för legitimerad personal och möjlighet att arbeta utifrån kompetens, erfarenhet och utbildningsnivå. Yrkesmässig handledning och möjlighet till reflektion. Mål att ha hög omvårdnadskompetens på samtliga ledningsnivåer. Ökad möjlighet att bedriva utvecklingsarbete i det patientnära arbetet. Hälsofrämjande omvårdnad, vikten av att kunna arbeta med förbyggande insatser
Demens	God och säker demensvård med delaktighet efter personens egna förutsättningar	Utbildningsåtgärder för både legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal i kvalitetsregistret BPSD.
Delaktighet	Göra omsorgstagare mer delaktiga och tillvarata deras synpunkter	Arbeta mot omställningen god och nära vård som innebär att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Detta genom att slumpmässigt dela ut frågeformulär till patienter i hemsjukvård för att fånga upp vad hur de vill ha sin vård. Enkätundersökning för att mäta upplevelsen av delaktighet hos legitimerad personal. Målet är att göra undersökning på att mäta patientens upplevelse av delaktighet genom enkätundersökning.