



Torsås
kommun

Patientsäkerhetsberättelse
Socialnämnden, Torsås kommun
År 2024



Innehåll	
Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	
Övergripande mål och strategier	
Organisation och ansvar	
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	9
Loggkontroll	
Tvåfaktorsautentisering	
En god säkerhetskultur	9–11
Beslutsstöd ViSam	
Adekvat kunskap och kompetens	
Kommunal hälso- och sjukvård	
Patient som medskapare	
Omställning till Nära vård	
Samordnad Individuell Planering (SIP)	
Agera för säker vård	11–16
Egenkontroller	
Intern kontroll av läkemedel	
Digital signering	
Lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus	
Palliativ registret	
Senior alert	
BPSD	
HALT	
Läkemedelsgenomgång	
Kvalitetsgranskning läkemedel	
Basala hygienrutiner	
Nattfastemätning	
Rikssår	
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17–18
Inspektionen för vård och omsorg	
Lex Sarah	
Lex Maria	
Säker vård här och nu	18
Riskhantering	
Klagomål och synpunkter	
Patientnämnden	
Stärka analys, lärande och utveckling	18–20
Avvikelser	
Interna avvikelser	
Fallavvikelser	
Läkemedelsavvikelser	
Externa avvikelser	
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
Samverkan	
Mål, strategi och utmaningar 2024	21

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.



Källa:

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

SAMMANFATTNING

Att skapa förutsättningar för att få en god och säker hälso- och sjukvård i Torsås kommun kräver god samverkan och delaktighet från Socialnämnden, Socialförvaltningen, enhetschefer, HSL enheten, omsorgen, bistånd och Regionen.

De mål som formulerades i patientsäkerhetsberättelsen inför 2024 var fortsatt arbete med LifeCare HSL. Arbete har under året pågått med att förbättra och strukturera journaldokumentation som överensstämmer med krav från Patientdalagen och gällande föreskrifter. En mall för journalgranskning med syfte att uppnå detta mål men också att skapa en lärande organisation har tagits fram och journalgranskning har genomförts varje månad. Under hösten har en ny modul köpts in, Standardiserade vårdplaner, vilka ger förslag på åtgärder kopplade till vårdplanen. Standardiserade vårdplaner skapas både i utrednings och behandlingssyfte. Dessa vårdplaner med standardiserade åtgärder underlättar även kodning av KVÅ åtgärder.

Resultat som samlats in från kvalitetsregister, avvikelser och egenkontroller under året visar på att verksamheterna har områden där det finns förbättringspotential men det finns också områden som visar på resultat där vi arbetat framåt och utvecklats. De kvalitetsregister som är implementerade i Torsås kommun är Senior Alert, BPSD samt Palliativ registret. Arbetet med Senior Alert fortsätter och vi har under året skapat en process med två årliga resultatuppföljningar som ska underlätta för utvecklingen av registreringen. Målet är i första hand att skapa nytta för individen till exempel genom att minska antalet fall eller minska nattfastan. För att skapa den största nyttan för varje individ måste de åtgärder och planer som Senior Alert genererar dokumenteras i den sociala dokumentationen och genomförandeplanen. Antalet registreringar i BPSD registret har ökat och implementeringen har fortsatt under 2024 inom hemtjänsten. Täckningsgraden i Palliativregistret har ökat, vi har en 100 % täckningsgrad 2024. Syftet med att sträva efter en hög täckningsgrad är att förbättra vården i livets slut för individen och deras närstående. Resultatet används sedan för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Vi har dock ett fortsatt förbättringsarbete att göra för att förbättra kvalitetsindikatorerna som Socialstyrelsen har utarbetat.

Syftet med egenkontrollerna är att förebygga risker samt att systematiskt och snabbt reagera på observerade kritiska arbetsmoment eller omständigheter som kräver förbättring. Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser. Därför är det av största vikt att vi fortsätter att utveckla kvaliteten i vår verksamhet genom att analysera egenkontroller och avvikelser. Rehabenheten har fortsatt arbetet med omställning till nära vård och ett proaktivt arbetssätt. I det förebyggande arbetet har det under året genomförts ett projekt tillsammans med e-Health arena, för att testa ett nytt digitalt arbetssätt för träning. Det har även skapats en samverkan mellan biståndshandläggare, arbetsterapeut/fysioterapeut. Rutiner har skapats i arbetsgruppen för ett nytt arbetssätt vid nybesök.

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.

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.



Övergripande mål och strategier

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

Kommunens hälso- och sjukvård arbetar med Socialnämndens mål, beskrivet i Verksamhetsplanen. De prioriterade områden för hälso- och sjukvårdsenheten i Torsås kommun är att:

- utveckla samordning och samarbete inom och mellan vårdgivare
- öka kontinuitet och arbeta relationsskapande
- vara samskapande tillsammans med patienter och närstående
- arbeta hälsofrämjande och förebyggande

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, prioriterade områden för Torsås kommun är att:

- stödja hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö
- stärka förutsättningarna för ledarskapet
- använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt
- stärka ett teambaserat arbetssätt och samverkan mellan huvudmän

Organisation och ansvar

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

Hög patientsäkerhet är beroende av en fungerande samverkan och teamwork med engagemang från alla medarbetare inom förvaltningen.

Vårdgivare

Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som till exempel hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SOL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Förvaltningslagen (FL) och offentlighets- och sekretesslagen (OSL), patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientlagen. Hälso- och sjukvård samt vård och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att tillse att gällande lagstiftning uppfylls (SOSFS 2011:9).

Socialnämnden

Socialnämnden i Torsås kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter, samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven, bland annat i hälso- och sjukvårdslagen, som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamheten ska ta fram, fastställa, dokumentera och följa upp rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning (HSL (2017:30) 11 kap. 4 § samt Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. §6).

MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355). Vidare ansvarar MAS för att riktlinjer och rutiner efterlevs i verksamheten samt att delegering sker på ett patientsäkert sätt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att utreda och anmäla allvarlig vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria.

I Torsås kommun är det medicinskt ansvarig sjuksköterska som även har ansvar för rehabiliteringen (MAR) samt för utredning och rapportering enligt lex Sarah.

Enhetschef HSL

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens riktlinjer och rutiner är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter samt har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Vidare har enhetschefen det övergripande kvalitet- och säkerhetsansvaret samt ansvar för ekonomi/budget och arbetsmiljö inom sin verksamhet och ska arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vård-skador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vård-skada.

Medarbetare inom omsorgen

Omsorgspersonal med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när en delegerad arbetsuppgift utförs. De har därmed också en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risk för vårdskada samt händelse som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården har lett till olika samverkansforum för att säkerställa patientsäkerhet till vårdens övergångar (2017:612).

Samverkan sker internt och externt genom ett flertal nätverksgrupper. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen samt länsgemensamt. Omställningen till nära vård, det vill säga arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande innebär också utökad och förbättrad samverkan mellan alla aktörer runt den enskilde.

Samverkan mellan Kalmar läns kommuner och region Kalmar län		
Samverkansform	Omfattning	Beskrivning/Källa
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL)	5 ggr/år	Genom Länsgemensam ledning sker en länsövergripande samverkan kring hälso-och sjukvårdsfrågor mellan länets tolv kommuner och Region Kalmar län. Länsgemensam ledning - Vårdgivare Region Kalmar län
Samordnade gruppen äldre	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan .
Samordnade gruppen psykisk hälsa	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan .
Samverkansområdesgruppen Invånarmedverkan	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan .
Informationsöverföringsgruppen	4 gånger/år	Mer information om arbetet i länk ovan .
Samverkansområdes-gruppen Länsgrupp Hab/Rehab	4 gånger/år	Ett gemensamt samarbete avseende arbetsterapi och fysioterapi inom kommunernas och regionens habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Via ovan länk kan man finna mer information om arbetet.

VC/MAS/MAS nätverk	1 gång/månad	VC/MAS/MAR, kommunal HSL, i samverkan med Region Kalmar län och Kommunförbundet i Kalmar län
Kommunernas hjälpmedelssamverkan (KHS)	8 ggr/år	12 kommuner samverkar genom gemensam nämnd
Analysgruppsmöte	4 ggr/år	Minnesanteckning
Avstämning kommuner i södra länsdelen	Varannan vecka	Minnesanteckning

Samverkan mellan Torsås kommun och Region Kalmar län

Samverkansform	Omfattning	Beskrivning/källa
LINK möte med vårdsamordnare Torsås hälsocentral, biståndshandläggare och HSL enheten.	5 ggr/vecka (vardagar)	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Samordnad Individuell plan (SIP)	Vid inskrivning i hemsjukvården samt vid behov	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Samverkansmöte med Torsås HC och kommunal HSL	2 ggr/år	Minnesanteckning
Samverkansmöte med MAL och MAS	1 gång/månad	Informationen kommuniceras vidare till HSL
Demensteam	1 gång/varannan vecka	Minnesanteckning

Intern samverkan

Samverkansform	Omfattning	Beskrivning/källa
Socialförvaltningens stab	Varannan vecka	Minnesanteckning
Omsorgens ledningsgrupp	En gång/vecka	Minnesanteckning
Teamträffar	Hemtjänst och SÄBO varannan vecka, varje vecka på korttid	Rutin Teamträffar
BPSD uppföljning i verksamheten	2 gånger/år. Februari och september	Minnesanteckning
Senior alert – uppföljning i verksamheten	2 gånger/år. Februari och september.	Minnesanteckning
Palliativ registret	2 gånger/år. Februari och september.	Resultatet sker i dialog på APT.
Samverkansmöte HSL och biståndshandläggare	1 gång/termin	Minnesanteckning

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 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.

Loggkontroll

För att förhindra att obehörig personal har åtkomst till sekretesskyddade uppgifter är kommunen skyldig enligt *HSLF-FS 2016:40* att genomföra loggkontroll. Loggning i Cosmic sker dels genom systematiskt slumpvald metod, dels genom manuell granskning av legitimerade personal. Under 2024 har detta inte genomförts, orsaken är en brist i övergången till ny systemförvaltare, vilket utgör en risk för bristande sekretess. Under 2025 ska loggkontroller i Cosmic återupptas kvartalsvis. Under 2025 kommer även loggkontroll i APPVAMCSS implementeras. Detta kommer att ske månadsvis av MAS/systemförvaltare.

Tvåfaktorsautentisering

Autentisering är en åtgärd som säkerställer att en användare är den som den utger sig för att vara. Det behövs en effektiv behörighetsstyrning som möjliggör att endast behöriga användare kommer åt dokumentation som de behöver ha tillgång till i sin roll. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder e-legitimationen SITHS, som är en säker tvåfaktorsautentisering, för att logga in i regionens journalsystem Cosmic, NPÖ samt LifeCare.

En god säkerhetskultur

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 verksamheten 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 tar del av det som gått bra.

Under hösten 2024 har HSL chef och MAS genomfört en kurs i *Patientsäkerhet*, 7,5 hp, på Högskolan Dalarna. Intentionen är att under 2025 utbilda övriga enhetschefer i omsorgens ledningsgrupp i patientsäkerhet genom Socialstyrelsens digitala kurs. Hösten 2025 är fortsatt planering att genomföra en analys genom SKR:s Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner samt fastställa handlingsplan våren 2024.

Inom Socialförvaltningen används verksamhetssystemet DF Respons för avvikelserapportering. Riktlinjen för avvikelshantering har reviderats 2024 för att förtydliga processen kring utredning och åtgärder. För att medvetandegöra vad en god säkerhetskultur innebär kommer MAS och

verksamhetschef genomföra workshop årligen där avvikelseriktlinjen utgör grunden. Ambitionen 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.

Beslutsstöd ViSam

Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård när den äldres hälsotillstånd hastigt försämrats. Checklistan ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst kan ske. Den kommunala primärvården i Torsås kommun arbetar efter Läns gemensam ledningsriktlinje. Syftet är att bedömningen blir strukturerad, patienten får vård på optimal vårdnivå och informationsöverföring till nästa vårdgivare säkras.

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.



Kommunal hälso- och sjukvård

Inom kommunal hälso- och sjukvård arbetar specialistsjuksköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, samtliga legitimerad personal. Inom teamet ingår även en undersköterska samt rehabassistent. De insatser som utförs i hemmet är hälso- och sjukvård och kan till exempel vara läkemedelshantering, såromläggningar, provtagningar, vård i livets slutskede, rehabilitering eller annan omvårdnad. Legitimerad personal arbetar tillsammans i team med hemtjänst, särskilda boenden för äldre och boende med särskild service enligt LSS samt tillsammans med rehab assistent. För att säkra kvalitén i samarbetet och säkerställa att samtliga undersköterskor har rätt kunskap och kompetens sker systematiskt undervisning i metodrummet i Söderåkra.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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.



Omställning till Nära vård

En god och nära vård utgår från individens behov och förutsättningar samt har ett främjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt som kan minska behov av mer omfattande insatser i ett längre perspektiv. Genom att rätt person får rätt insats kan såväl kvaliteten som effektiviteten öka. 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 den enskilde individen. Att gå från invånare och patienter som passiva

mottagare till aktiva medskapare. Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.

Förebyggande arbete

Under 2024 har Rehabenheten, efter avslutat projekt kring ett nytt digitalt arbetssätt, fortsatt med att implementera ett förebyggande arbete. Samverkan mellan arbetsterapeut/fysioterapeut och biståndshandläggare har initierats och rutiner har skapats i arbetsgruppen för ett nytt arbetssätt vid nybesök. Arbetsterapeut/fysioterapeut använder sig av bedömningsverktyget SPPB-s och efter ca 4 veckor görs en ny bedömning för att utvärdera behandlingen. Stickprov visar att ca 70% av patienterna har en förbättrad fysisk kapacitet vid den uppföljande bedömningen.

Strukturerad uppföljning av hjälpmedel

Arbete har under årets initierats med att strukturerat uppföljningar av hjälpmedel. Syftet är att förhindra ej brukbara hjälpmedel med risk för skador. Tidigare har leverantörernas rekommendation varit den styrande men nu finns även en systematisk struktur i journalen.

Samordnad Individuell Planering (SIP)

Genom samordnad individuell plan, SIP, formas en planering 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 närstående och omsorgstagare för att utvärdera kvaliteten och om vidare insatser krävs. Målet för Torsås kommun är att en SIP genomförs före inskrivning i kommunal hemsjukvård. Enligt statistik från Region Kalmar län har det genomförts 95 SIP.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroller

Syftet med egenkontrollerna är att förebygga risker realiserar samt att systematiskt och snabbt reagera på observerade kritiska arbetsmoment eller omständigheter som kräver förbättring.

Identifiering	Omfattning	Källa	När
Intern kontroll av narkotiska läkemedel	1 gång/månad	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Appva.	Kontinuerligt
Digital signering, resultatuppföljning	1 gång/månad	Appva	Kontinuerligt

Lag om samverkan vid utskrivning	1 gång/månad	Region Kalmar län	Kontinuerligt
Loggkontroll AppvaMCSS	1 gång/månad	AppvaMCSS	Månadsvis
Avvikelse	1 gång/halvår	DF Respons	Halvårsvis
BPSD	2 gånger/år	BPSD Registret/lokal riktlinje/process	Febr./september
Senior alert	2 gånger/år	Senior alert/lokal rutin	Februari/september
Svenska Palliativregistret	2 gånger/år	Svenska Palliativregistret	Februari/september
HALT	1 gång/år	Senior alert, Folkhälsomyndigheten	November
Läkemedelsgenomgång	1 gång/år	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	Kontinuerligt
Kvalitetsgranskning läkemedel	1 gång/år	Apoteket AB	Mars/april
Basala hygienrutiner	1 gång/år	Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen	Oktober
Nattfastemätning	2 gånger/år	Senior alert/lokal rutin	April / Oktober
Rikssår	1 gång/år	RiksSår	Januari

Intern kontroll av läkemedel

Sjuksköterskan genomför enligt lokal rutin kontrollräkning en gång i månaden av narkotiska läkemedel. Kontroller görs även av MAS genom att granska kontrollräkningar i Appva. Kontroller i gemensamt förråd i Söderåkra genomförs var tredje månad enligt skriftlig rutin.

Digital signering

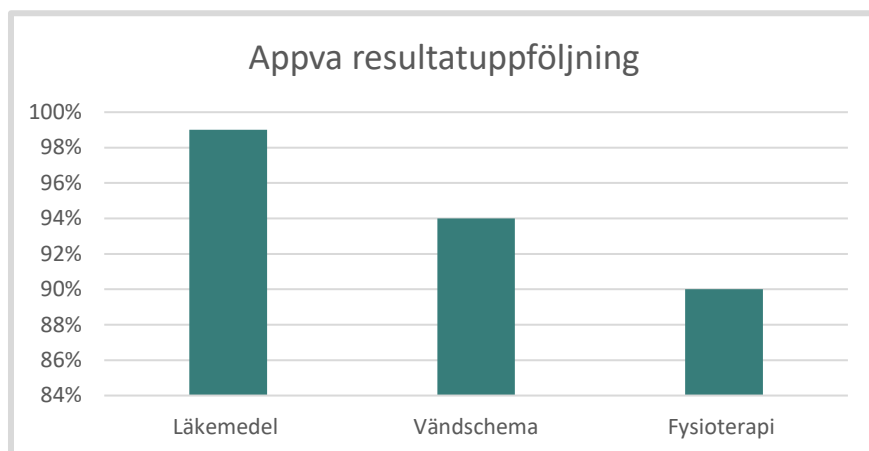
Appva MCSS är ett system för digital signering. Omsorgspersonal ser HSL insatser med tillhörande instruktioner och signerar utförda HSL insatser, begär påfyllnad av originalförpackade läkemedel och förbrukningsvaror samt tar emot, ser och signerar sina delegeringar.

Mål: Andelen signerade insatser i Appva ska vara minst 97 % för varje typ av insats – läkemedel, vändschema och fysioterapi.

Resultat: Andel signerade insatser för läkemedel 2024 att andel signerade insatser når upp till överenskommet målvärde, genomsnitt 99 %. Andel signerade insatser för vändschema samt fysioterapi är lägre och når inte målvärdet, se tabell.

Analys: Det finns ingen tydlig orsak till att målvärdet inte har kunnat identifierats. För att öka kunskap kring konsekvenser när ordinationer gällande fysioterapi och vändschema inte följs, har under våren 2024 samtlig omsorgspersonal erhålla undervisning i orörlighetskomplikationer och vardagsträning men detta har inte gett de positiva effekter som förväntat. Det krävs en kulturförflyttning mot en ökad personcentrerad vård för att kunna omsätta teoretisk kunskap i det patientnära arbetet. Under året har rutin för resultatuppföljning av andel signerade insatser reviderats. MAS gör en månatlig sammanställning av resultatuppföljning och enhetschef ansvarar för att sprida denna uppföljning och att enheten ska arbeta aktivt för att förbättra resultatet.

Enhetschef lyfter följsamheten till delegerade insatser inom rehab på APT med omsorgspersonalen.



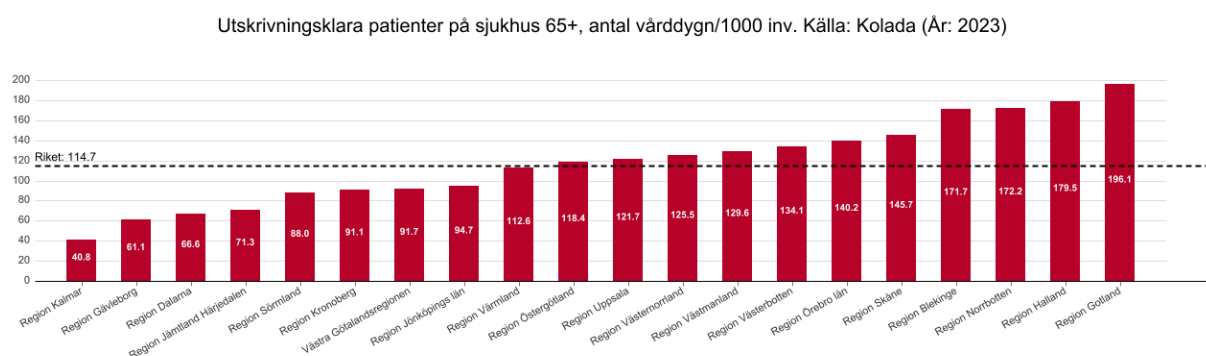
Lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus

Lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården (2017:612) samt överenskommelsen mellan Region och kommunerna i Kalmar län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har lett till olika samverkans forum för att säkerställa patientsäkerhet till vårdens övergångar. Samverkan sker internt och externt genom ett flertal nätverksgrupper. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen samt länsgemensamt. Omställningen till nära vård, det vill säga arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande innebär också utökad och förbättrad samverkan mellan alla aktörer runt den enskilde.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:27) ska information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten, om patienten lämnar samtycke. Varje månad skrivs en rapport med föregående månads utskrivningsklara dagar/antal kontakter, antal utskrivningsplaner samt antal SIP. Rapporten granskas och bedöms varje månad av MAS och enhetschef inom HSL för vidare information till HSL enheten.

År	Antal utskrivna senaste året	Antal återinlagda senaste året	Andel återinlagda senaste året
2024	291	56	19,2%
2023	213	34	16%

Analys: Den regionala överenskommelsen, som är 0,8 vård dygn, leder till snabbare utskrivning eftersom kraven på Kalmar läns kommuner är högre än vad kraven i Lagen om samverkan är (3 vård dygn). Torsås kommuns genomsnitt under 2024 var 0,01 vård dygn efter patienten blivit bedömd som utskrivningsklar. Antal återinläggningar har dock ökat, analys visar att återinläggningar till största delen beror på för kort vårdtid det vill säga patienten har inte varit färdigbehandlad inom slutenvården.

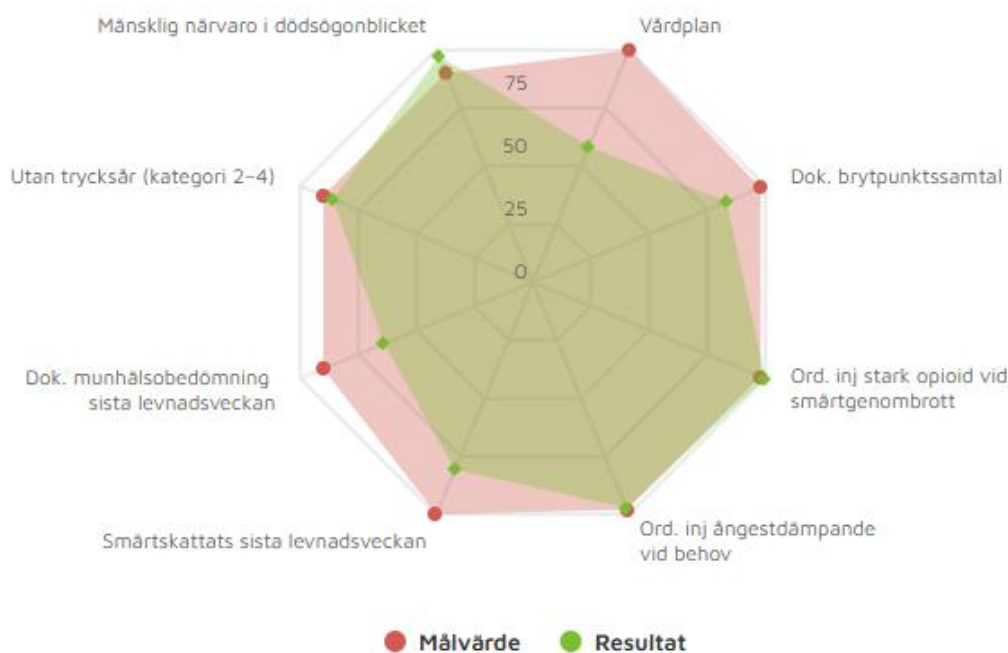


Figur 1 visar att Region Kalmar har lägst antal vårddygn för målgruppen äldre sett till riket.

Palliativ registret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Det sker en registrering vid varje dödsfall för patienter i verksamheten i palliativa registret. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet används sedan för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

Analys: Under 2024 har målsättningen i Torsås kommun varit att höja täckningsgraden det vill säga att antalet avlidna ska överensstämma med antalet registreringar. Detta mål är uppnått tack vare systematiskt uppföljningsarbete, täckningsgraden är 100 %. Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård, se spindeldiagram nedan. Följande kvalitetsindikatorer har ökat under 2024: dokumenterat brytpunktssamtal, smärtskattas under sista levnadsvecka, munhälsobedömning, utan trycksår samt vårdplan. Övriga kvalitetsindikatorer har samma resultat som föregående år. För att följa kvalitetsindikatorerna och förbättra kvaliteten gällande den palliativa vården har det under 2024 bildats en arbetsgrupp där bland annat två sjuksköterskor med fördjupad kunskap inom området ingår. Dessa samverkar även om ombud inom omsorgen. Under 2024 har beslut tagits att samtliga sjuksköterskor ska vidareutbildas i palliativ vård enligt fastställd kompetensutvecklingsplan.



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. Under 2024 har teamarbetet på särskilt boende fortgått som förra året med samarbete mellan omsorgens medarbetare och sjuksköterska. Det genomförs riskbedömningar, orsaker identifieras och åtgärdsplan registreras. Den delen av processen som inte fungerar är att åtgärder ska föras in i Genomförandeplan och användas av samtliga medarbetare samt att uppföljningarna oftast riskeras att inte bli genomförda.

Analys: Det saknas en samsyn kring nyttan med Senior Alert och anledningen till att det gör det är att det saknas kunskap. En annan orsak kan vara brist i den sociala dokumentationen och följsamhet till genomförandeplan. Ledningsgruppen för HSL har för avsikt att planera en Senior Alert utbildning för undersköterskor på särskilt boende under hösten 2025. Kvalitetsregistret används inte i ordinärt boende men vår intention är att implementera det under nästkommande år.

	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
Torsås kommun	60	94% ⬇️ 63 av 67	81% ⬇️ 51 av 63	98% ⬆️ 62 av 63	84% ⬆️ 32 av 38	2 ⬇️ 2 personer	21 ⬆️ personer	3 ⬆️ 2 personer	24 ⬆️ personer
Mariahemmet	47	93% ⬇️ 50 av 54	80% ⬇️ 40 av 50	98% ⬇️ 49 av 50	85% ⬆️ 28 av 33	1 ⬇️ 1 personer	16 ⬆️ personer	3 ⬆️ 2 personer	19 ⬆️ personer
Solgläntan	13	100% ⬆️ 13 av 13	85% ⬇️ 11 av 13	100% ⬆️ 13 av 13	80% ⬆️ 4 av 5	0 ⬇️ 0 personer	5 ⬇️ personer	0 ⬆️ 0 personer	5 ⬇️ personer

Antalet unika personer kan används som täckningsgrad, antalet har ökat under 2024 från 46 personer till 60. Detta motsvarar en ökning med 30 %. Det betyder att fler personer har blivit erbjudna en riskbedömning.

BPSD

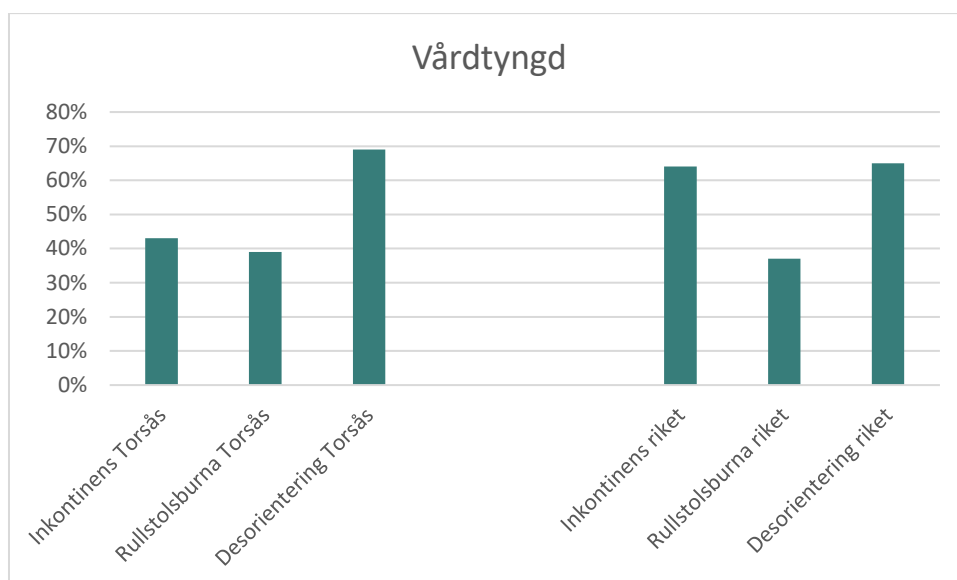
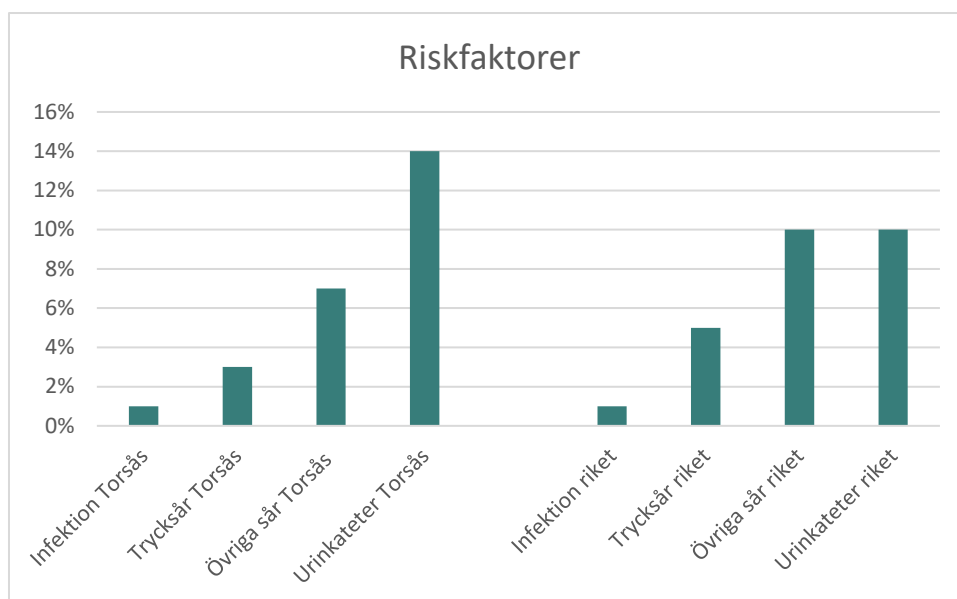
Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Under 2024 har implementeringen fortsatt med ordinärt boende. Det betyder att det nu finns BPSD administratörer inom samtliga verksamheter. De kvalitetsindikatorer som vi följer är NPI poäng, läkemedel, teamarbete, smärtfrihet och syfte med åtgärder. Systematisk uppföljning genomförs två gånger/år; februari och september, tillsammans med BPSD utbildare och administratörer. Under 2024 genomfördes 47 registreringar i Torsås kommun, 2023 var antalet 41 registreringar och 2022 6 registreringar.

Analys: BPSD har en fortsatt god kvalitet i det systematiska arbetssättet. Projektgruppen som består av MAS, enhetschef HSL samt två sjuksköterskor som arbetar med utbildning av BPSD administratörer har resultatuppföljning två gånger/år samt regelbundna avstämningar.

HALT

Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. HALT är ett verktyg för att samla data gällande förekomst av riskfaktorer samt vårdtyngd på särskilda boenden. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag. Vid årets mätning inkluderades sammanlagt 72 individer i Torsås kommun. Syftet är att utveckla patientsäkerhetsarbetet inom särskilda boende, höja medvetenheten, förebygga infektioner och identifiera förbättringsområden. Enligt Folkhälsomyndigheten är vårdtyngden inom LSS-boenden i riket lägre men konstaterar att resultatet är osäkert eftersom det är ett lägre antal. Riskfaktorer har stor betydelse för uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och användande av antibiotika. Om vårdtagaren dessutom har flera riskfaktorer samtidigt ökar risken avsevärt. Den vanligaste riskfaktorn i Riket hos de äldre vårdtagarna är sår och urinkateter.

Analys: I jämförelse med riket är urinkateter den vanligaste riskfaktorn i Torsås kommun. Ett förebyggande arbetssätt har initierats under 2024 genom ett utvecklingsarbete och kvalitetssäkring av inkontinensvård, ”Individuell Inkontinensvård”. I Torsås kommun har antalet riskfaktorer ökat inom LSS-boende under året och den främsta anledningen är att flera av de personer som bor på kommunens boende har åldrats.



Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Syftet med läkemedelsgenomgångar är att öka säkerheten och kvaliteten i läkemedelsbehandling till äldre. Målet är en korrekt och aktuell läkemedelslista. Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat under 2024 och det har enligt KVÅ statistik genomförts 40 st.

Kvalitetsgranskning läkemedel

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs enligt gällande föreskrift en gång per år. Denna granskning görs av farmakikonsult från Apoteket AB. Efterföljande arbete sker kontinuerligt fram till sommaren och innehåller bland annat uppföljning av förbättringsförslag och åtgärder. På dessa uppföljningsmöten medverkar enhetschef, omsorgspersonal, sjuksköterska samt MAS.

Basala hygienrutiner

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. Även 2024 genomfördes en fokusvecka kring hygien. Under denna vecka genomfördes bland annat en självskattning av hygien. Resultatet påvisade god följsamhet gällande rena arbetskläder, arbeta i överdel med kort ärm, inga smycken eller nagellack. Självskattningen visade också en överanvändning av handskar vilket beror på en övertro på att händer med handskar är renare än händer som har tvättats med vatten, tvål och handsprit. Vi kommer att fortsätta arbetet med Hygienvecka hösten 2025 med bland annat tillhörande självskattning.

Det har under 2024 initierats ett arbete från regionen kring samverkan och kompetensstöd avseende vårdhygien. För att skapa struktur i samverkan föreslås varje kommun utse en sjuksköterska som är kontaktperson och kan fungera som en länk för utbildningar och information från Vårdhygien och som för ut kunskaper i sin organisation. Sedan tidigare erbjuder Vårdhygien stöd med smittspårning, utredning och handlingsstöd vid utbrott av smittsamma sjukdomar och antibiotikaresistenta bakterier.

Analys: Fortsatta brister har identifierats i samband med bland annat självskattning. Det finns en kunskapsbrist samt en kultur som skapats under de senaste åren vilket har bidragit till att bristerna inte kunnat åtgärdas.

Nattfastemätning

För personer med nedsatt aptit bör maten fördelas på flera måltider under dygnet, till exempel i tre huvudmål och två till tre mellanmål. Fördelning över dygnet bör anpassas individuellt, det bör finnas möjlighet till sena nattmål eller tidiga morgonmål beroende på patientens tillstånd och dygnsrytm. Nattfastan är antalet timmar mellan dygnets sista och nästa dygns första måltid. Om nattfastan blir för lång minskar möjligheten för personen att nå upp till sitt energi och näringsbehov. Enligt Livsmedelsverket bör nattfastan inte överstiga 11 timmar. Målet är att genomföra en mätning av nattfastan årligen, detta mål är inte uppnått under 2024.

Analys: Orsaken till att mätning endast genomfördes en gång under 2024 är att det saknas en systematik av denna åtgärd. Detta är nu säkrat genom ett systematiskt årshjul för sjuksköterskorna. 2025 kommer nattfastemätning genomföras april och oktober. För att analysera resultatet av mätningen kommer det att skapas en arbetsgrupp.

En mätning genomfördes i december med följande resultat:

Särskilt boende	Antal personer	Genomsnittlig nattfasta
Solgläntan	11	12 timmar
Mariahemmet	40	13 timmar
LSS	3	12 timmar

Rikssår

Torsås kommun är anslutna till RiksSår, vilket är ett kvalitetsregister för patienter med svårålkta sår. Genom att registrera i RiksSår effektiviseras omhändertagandet och vårdgivaren får data som

kan utgöra en grund för kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete. Under 2024 arbetade Torsås kommun tillsammans med Torsås Hälsocentral fram en gemensam rutin som följer det nationella Vårdförloppet Svårläkta sår. Syftet med rutinen är att stärka samarbetet mellan region och kommun för att tidigt identifiera patienter med svårläkt sår och erbjuda en adekvat behandling med målet kortare läkningstider och minskat lidande för patientgruppen. Under 2024 fanns det 27 patienter med svårläkta sår i hemsjukvården. Vid årsskiftet var hälften av patienterna läkta. Mediantid för läkning var 26 veckor vilket kan jämföras med mediantid för läkning vid landets övriga registrerande kommunala enheter som var 32 veckor.

Individuell inkontinensvård

Genom stöd och samverkan med TENA har ett utvecklingsarbete kring inkontinensvård implementerats under 2024. Syftet är att skapa en individuell inkontinensvård genom en process där varje enskild individ får en individuell kontinensplan baserad på hans eller hennes unika möjligheter och behov. Det har skapats en standardiserad plan för individuell inkontinensvård i LifeCare HSL för att stödja sjuksköterskan i detta arbete. Målet är att vi årligen under en vecka i februari genomför en utbildning för ombud.

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.



Lex Sarah

Vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kontaktas MAS för utredning. Rapportering och utredning av risk för missförhållande eller missförhållande sker i DF Respons. Efter utredning görs en bedömning tillsammans med verksamhetschef och förvaltningschef om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Internutredningen presenteras för socialnämnden, på socialförvaltningens ledningsgrupp samt på APT på berörda enheter för att alla berörda ska få kunskap om och vara delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kring patientsäkerhet.

Under 2024 har tre händelser rapporterats enligt lex Sarah. En av dessa händelser bedömdes som allvarlig och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg.

Lex Maria

En utredning med efterföljande rapportering till IVO gjordes under 2024. IVO bedömde att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

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.



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.

Klagomål och synpunkter

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

Socialnämnden eftersträvar att det ska vara enkelt att lämna klagomål och synpunkter och att det ska kunna göras på flera olika sätt. Det går att lämna synpunkter via kommunens hemsida, mejl och telefon. Klagomålet eller synpunkten kan lämnas anonymt. Muntliga klagomål och synpunkter ska dokumenteras av mottagaren samt diarieföras.

Patientnämnden

Den enskilde eller anhöriga kan, förutom till kommunen, även vända sig till Patientnämnden i Region Kalmar län, med klagomål och synpunkter på vården. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans vars uppgift är att stödja och hjälpa patienter som har synpunkter på vården. 2024 har Torsås kommun inte varit inblandad i något ärende från patientnämnden.

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

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

Avvikelser i hälso- och sjukvården samt omsorgen 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. 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.

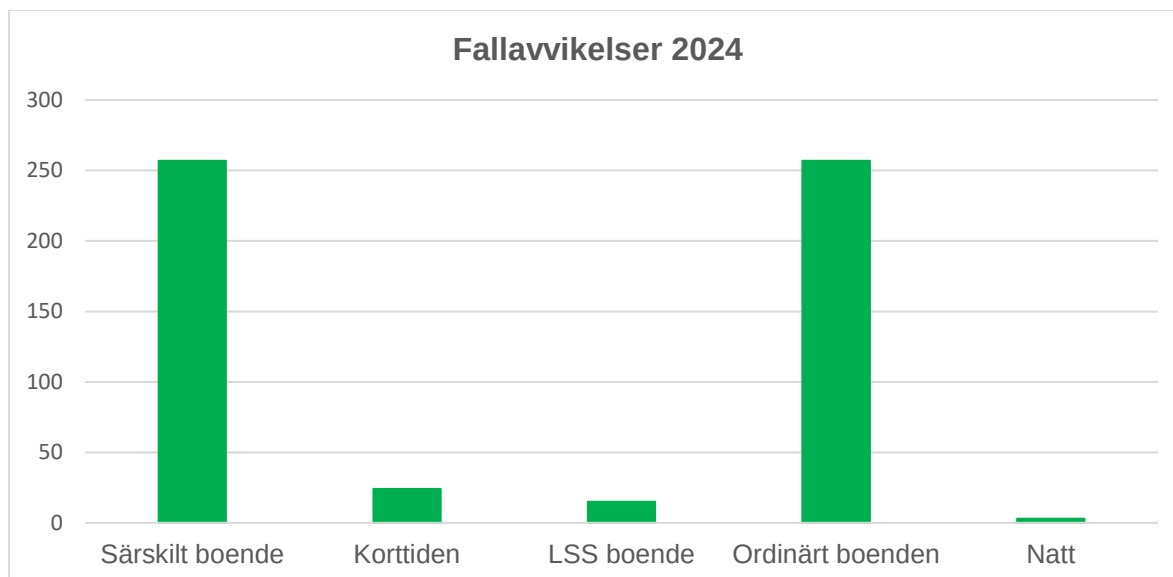
Avvikelser	Omfattning	Källa	När
Avvikelser internt	Halvårsvis samt regelbundet	DF Respons	Sammanställning halvårsvis
Avvikelser externt	Regelbundet	Stella	Sammanställning årligen

Interna avvikelser

För att höja kvalitet och patientsäkerhet kring hanteringen av avvikelser finns det, i kvalitetsledningssystemet för socialförvaltningen, riktlinje för hur avvikelsen ska rapporteras, utredas och analyseras samt hur identifierade förbättringsförslag ska implementeras i verksamheten. Alla avvikelser sammanställs, analyseras och övergripande åtgärder diskuteras halvårsvis som sedan redovisas på ledningens omsorgsgrupp, APT i verksamheten samt på AU och nämnd.

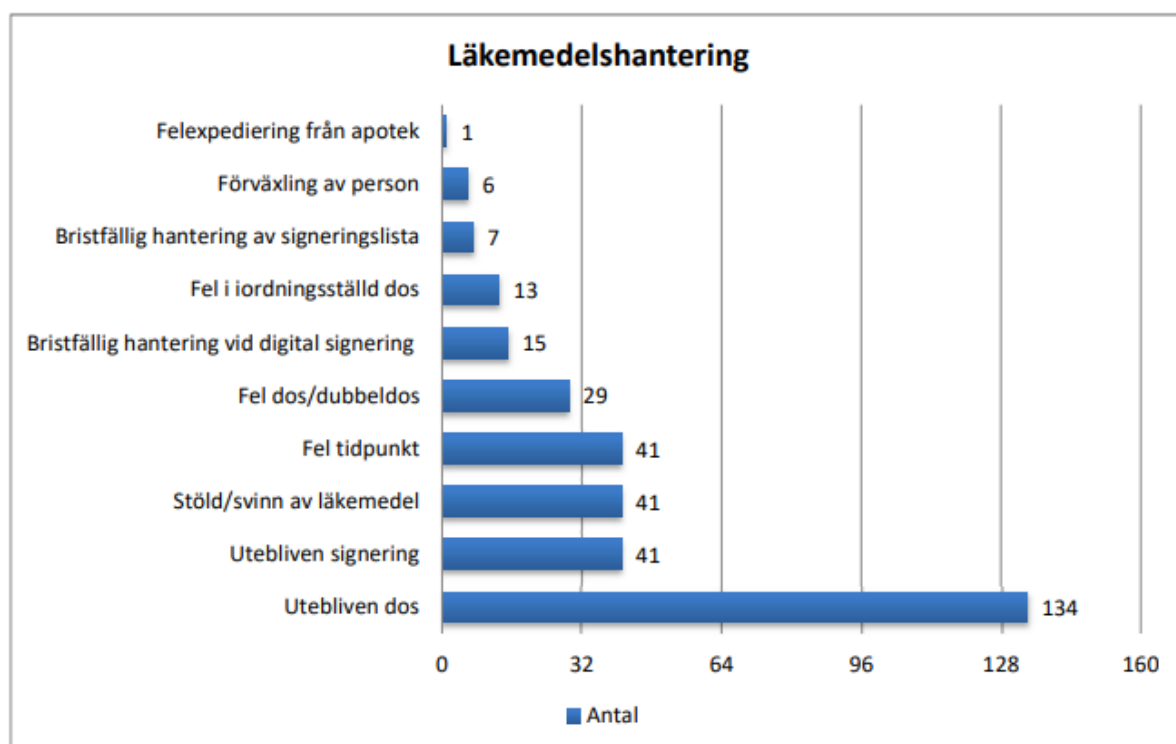
Fallavvikelser

Vid fall inom all verksamhet inom hälso- och sjukvården i kommunen ska det skrivas en fallavvikelse. Fallavvikelser har ökat från 528 förgående år till 598. 55 % av fallen var upprepade fall. Målet är att minska antalet fallskador, arbete pågår med att analysera orsaken till fall och att diskutera detta på teamträffar. Det förebyggande arbetet med Senior alert behöver utvecklas ytterligare och säkerställa att överenskomna åtgärder och handlingsplaner dokumenteras i genomförandeplan.



Läkemedelsavvikelser

Under 2024 har 284 209 läkemedelsinsatser utförts i socialförvaltningen. 299 av dessa läkemedelsinsatser har rapporterats som en avvikelse.



Externa avvikelser

I systemet Stella rapporteras avvikelser som gäller vårdens övergångar mellan region och kommun. Antalet rapporterade avvikelser i Stella för Torsås kommun var totalt 50. Av dessa är 45 rapporterade av kommun och 5 av Region Kalmar län. Avvikelserna handlar bland annat om otydligheter och sent ändrat datum för beräknat utskrivningsdatum, samverkan med primärvård samt habiliteringen, utskrivningsplanering, utebliven kallelse för SIP samt ej uppdaterad läkemedelslista i Pascal. Avvikelserna hanteras inom respektive verksamhet och analyseras inom HSL.

KVÅ åtgärder

En KVÅ kod är en kod som används för statistisk beskrivning av vårdåtgärder inom hälso- och sjukvård. Syftet med KVÅ är att utgå från en gemensam terminologi och ett enhetligt sätt att beskriva vårdåtgärder som ges till en patient. Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister. Föreskrifterna innebär bland annat att kommunerna ska komplettera de patientuppgifter de lämnar till Socialstyrelsen i dag med nya uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits (utförts) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare. Under 2024 har MAS och superanvändarna inom HSL valt att lägga ett ökat fokus på statistiken, införandet av standardiserade vårdplaner har underlättat detta förbättringsarbete.

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.



Samverkan

En välfungerande samverkan, internt och externt, är en förutsättning för ett gott patientsäkerhetsarbete under förändrade och oväntade förhållanden. Socialförvaltningen har arbetat kontinuerligt med att stärka samverkan med Region Kalmar län och det finns flera olika forum som hanterar gemensamma kvalitet- och utvecklingsfrågor. I och med utvecklingen av Nära vård kommer samverkan att 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. Länsstyrelsen har fått uppdrag att utgöra ett regionalt stöd till kommunerna i deras arbete med den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap och civilt försvar det så kallade KHOSS-uppdraget.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 2025

Utifrån genomförda egenkontroller, avvikelser och i samverkan med omsorgens enhetschefer har följande fokusområden med mål, planerade åtgärder och aktiviteter identifierats för att nå en säkrare vård.

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder och aktiviteter
Patientsäkerhet	Samtliga enhetschefer ska genomföra Socialstyrelsens digitala utbildning våren 2025. Genomföra analys för stärkt patientsäkerhetsarbete hösten 2025.	Socialstyrelsens digitala utbildning. Genomföra analys genom ”Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner” (SKR)
Dokumentation	Fortsatt granskning av journaldokumentation som överensstämmer med krav från Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40).	Journalgranskning en gång/månad. Konsult från Tieto är inplanerad två heldagar våren 2025.
Säker läkemedelshantering	Läkemedelshantering som överensstämmer med krav från lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37).	Genomföra läkemedelsgranskning i mars 2025. Efterföljande uppföljning av åtgärder. Uppföljning avvikelser. Resultatuppföljning Appva.
BPSD	Säkerställa registrering på särskilt boende och inom ordinärt boende.	Resultatuppföljning i februari och september.
Senior alert	Riskbedömningar ska genomföras varje halvår. Standardiserade vårdplaner ska skapas för varje individ på särskilt boende som har lämnat samtycke till medverkan.	Resultatuppföljning i februari och september
Palliativ vård	Öka följande kvalitetsindikatorer: Vårdplan (68 %) Dokumentera brytpunktssamtal (90%) Smärtskattas sista levnadsvecka (90 %)	Resultatuppföljning i februari och september

	Dok. Munhälsobedömning (75 %)	
Basala hygienrutiner	Öka antalet självskattningar med 10 % årligen.	Stötta hygienombud i deras lokala arbete Genomföra hygienvecka hösten 2025
Metodrum	Säkerställa att samtliga undersköterskor har rätt kunskap och kompetens. 90 % av alla usk ska ha genomfört utbildningen	Våren 2025: Palliativ vård Hösten 2025: Senior Alert
Nattfastemätning	Genomföra mätningar två gånger under 2025. Minska nattfastan <11 timmar.	Genomföra nattfastemätning två gånger/år, mars och oktober. Arbetsgrupp för att analysera och åtgärda.
Individuell inkontinensvård	Samtliga individer med inkontinens ska ha en vårdplan i LifeCare. Varje individ med inkontinens ska erhålla ett omvårdnadskort.	Utbildning för ombud i februari. Resultatuppföljning kontinuerligt under året i samband med APT.