



Mjölby kommun

# Patientsäkerhetsberättelse För Mjölby kommun År 2023



Datum: 27 februari 2024

Ansvarig för innehållet: Hanna Bergkvist, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Mjölby kommun

Diarienummer i LEX: OSN/2024:57

## Inledning

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"

## Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar.....	6
Vårdgivaren omsorgs- och socialnämnden .....	6
Förvaltningschef .....	6
Medicinskt ansvariga .....	6
Verksamhetschef.....	7
Enhetschef – verksamhetschef enligt HSL .....	7
Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Samverkan på enheten.....	7
Samverkan inom förvaltningen.....	8
Samverkan med andra vårdgivare.....	8
Samverkan Demens.....	8
Samverkan med smittskydd/vårdhygien.....	9
Ledningsgrupp för medicinskt ansvariga (MALG).....	9
Informationssäkerhet .....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Personalomsättning.....	11
Utbildning via Evikomp .....	12
BPSD .....	12
Lasarettansluten hemsjukvård (LAH) .....	12
Vårdhygien.....	13
Patienten som medskapare .....	13
Nära vård.....	13
Evondos läkemedelsautomat.....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
Kvalitetsarbetets grund .....	14
Systematiskt förbättringsarbete.....	14
Teamsamverkan.....	14

Apoteksgranskning .....	15
Tillsyn av funktionerna MAS och MAR.....	15
Medicin teknisk produkt (MTP) - kontroll .....	16
Egenskattning av följsamhet till basala hygienrutiner .....	16
Granskning av Inspektionen för vård och omsorg(IVO).....	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	17
Har vården varit säker .....	17
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	17
Säker vård här och nu .....	18
Appva.....	18
Basala demensutredningar och uppföljningar .....	18
Svenska demensregistret (SveDem).....	19
Tidiga tecken (TT).....	20
BPSD-registret.....	20
Certifiering av demensboenden .....	21
Riskhantering .....	21
Stärka analys, lärande och utveckling.....	21
Avvikelser.....	21
Kvalitetsrapport.....	22
Kommentar och analys samt förslag till åtgärder.....	22
Åtgärdsförslag för förbättringsarbete och lärande i organisationen.....	23
Statistik avvikelser.....	25
Allvarliga händelser.....	26
Kvalitetsarbete och lärande i organisationen .....	26
Klagomål och synpunkter .....	26
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	28

## SAMMANFATTNING

Kommunen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom kommunens särskilda boenden, daglig verksamhet, dagverksamhet för personer med demens samt hemsjukvård i ordinärt boende enligt hemsjukvårdsavtalet.

Under början av 2023 startades kvalitetsgruppen inom förvaltningen, som en del av Enheten för Utveckling och verksamhetsstöd. Kvalitetsgruppens huvudsakliga uppgift är att kvalitetssäkra processer och systematiskt följa upp, samt att bidra till en lärande organisation. Kvalitetsgruppen har fått uppdrag om övergripande utvecklingsområden av omsorgs- och socialnämnden och förvaltningens ledningsgrupp. Områden har konkretiserats och åtgärds- och tidsplan har tagits fram i form av kvalitetsgruppens strategidokument. Huvudfokus under året har varit arbetet med avvikelser. Arbetet inleddes på en chefsdag i förvaltningen där kvalitetsgruppen höll en grundläggande utbildning i avvikelshantering. Därefter har arbetet fortsatt med en arbetsgrupp med deltagare från samtliga verksamhetsområden, workshops för chefer och legitimerad personal samt introduktion i avvikelsearbetet för nya chefer och legitimerad personal. Vidare har en process och nya rutiner tagits fram under 2023.

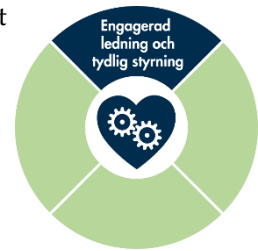
Uppdraget som processledare Nära vård har tydliggjorts och utökats i omfattning till 50 %. Vilket möjliggjort en nystart i arbetet, en kartläggning har gjorts och en styrgrupp är tillsatt för att arbeta vidare med frågorna framöver. Vidare har en verksamhetsutvecklare som är arbetsterapeut i grunden tillsatts för att utveckla och säkerställa det rehabiliterande arbetssättet samt tillsammans med Medicinskt ansvariga och andra professioner utveckla teamsamverkan i förvaltningen.

Under 2023 gjorde förvaltningen genom Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare en nystart med det vårdhygieniska arbetet. En handlingsplan är framtagen och två möten tillsammans med hela förvaltningens hygienombud är genomförda. En Uv-lampa är inköpt, den kan grupperna låna till sina APT för att testa hur bra vårdhygieniska rutiner som medarbetarna har, målet är att uppmärksamma svårigheter och öka lärande i organisationen kring vårdhygien.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## 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

Förvaltningens arbete utgår ifrån den Lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, 2022-2024 vilken bygger på socialstyrelsen Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.

Förvaltningen har under 2023 sammansatt kvalitetsgruppen, där Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR), Socialt ansvarig samordnare (SAS), flera verksamhetsutvecklare (VEU), demenssjuksköterskan och administrativ chef ingår. Kvalitetsgruppens målsättning och uppdrag är:

- Identifiera och utveckla stödjande processer och rutiner
- Ha pågående dialog och kontinuerlig samverkan med verksamheterna
- Anpassa och tydliggöra ledningssystemet
- Stötta verksamhetsutveckling samt kvalitets- och förbättringsarbeten
- Skapa arbetsgrupper för delaktighet och för att säkerställa kvalitén
- Standardisera arbetssätt och material
- Utreda, analysera och föreslå åtgärder i avvikelseprocesser
- Utveckla verktygslåda med goda exempel
- Ta fram olika utbildningar och kompetenshöjande åtgärder
- Utveckla olika sätt att implementera och följa upp
- Utveckla och stödja en lärande organisation

## Organisation och ansvar

### Vårdgivaren omsorgs- och socialnämnden

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer, i Mjölby kommun är det omsorgs- och socialnämnden.

Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.

### Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamheten så att patientsäkerhet, god vård och omsorg säkerställs.

### Medicinskt ansvariga

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det inom kommunal verksamhet finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). I Mjölby kommun finns även en medicinska ansvarig för rehabilitering(MAR).

Medicinskt ansvariga har ett särskilt medicinskt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.
- Det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkaren har bestämt.

- Rutiner för läkemedelshantering är säkra
- Besluten om delegering är patientsäkra
- Patientjournaler förs

I Mjölby kommun är det MAS som enligt delegationsordningen anmäler enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Verksamhetschef**

Förvaltningen är uppdelad i fyra områden, hälso- och sjukvård och hemtjänst, äldre (särskilt boende, korttidsboende), LSS (LSS-boende, daglig verksamhet, socialpsykiatri, personlig assistans) samt verksamhetsområde IFO (myndighet, råd, stöd och behandling, HVB och stödboende).

Verksamhetschefen har ansvar över uppföljning och kvalitet inom sitt område och att enhetscheferna i respektive ledningsgrupp arbetar med lärande inom organisationen och har patientsäkerhetsarbetet, utveckling och kvalitetsarbete på agendan.

### **Enhetschef – verksamhetschef enligt HSL**

I Mjölby kommun är det enhetscheferna som är utsedda av vårdgivaren att ha uppdraget som verksamhetschef enligt HSL. Verksamhetschef enligt HSL har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Enhetschefen ansvarar för att resursfördelning utförs på ett patientsäkert sätt samt att arbetsätt, riktlinjer och rutiner som fastställts efterföljs. Enhetschefen har ett huvudansvar för att utreda, följa upp och vidareutveckla kvalitet och säkerhet inom enhet.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal**

Legitimerad personal ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Alla medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet på enheten samt att medverka i utvecklingsarbetet.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

För att kunna lösa utmanande uppgifter på ett organisatoriskt sätt krävs samverkan både inom den egna enheten men framförallt tillsammans med andra aktörer, dels inom förvaltningen med också externa vårdgivare. En förutsättning för att arbeta förebyggande och förhindra att vårdskador uppkommer är att arbeta i multiprofessionella team. Ett multiprofessionellt team är ett team bestående av olika professioner, så som omvårdnadspersonal, enhetschef, legitimerad personal, biståndshandläggare, medicinskt ansvariga, läkare eller personal från en annan vårdgivare med flera. Teamet drar nytta av de olika kompetenserna som finns i gruppen och arbetar mot samma mål.

### **Samverkan på enheten**

På alla enheter har personalen personalmöten där en del av tiden på dessa används till verksamhetsfrågor samt för att jobba med utvecklingsfrågor. Inom hälso- och sjukvårdsenheten träffas personalen i olika konstellationer baserat på teamsamverkan mellan professioner. Vid specifika professionsmöten på hälso- och sjukvårdsenheten finns MAS respektive MAR med. Legitimerad personal deltar också vid behov på omvårdnadspersonalens personalmöten för att diskutera gemensamma frågor och även utbilda omvårdnadspersonalen inom olika områden.

På Dacke korttidsboende är det regelbundet vårdplaneringar, planeringarna utgår ifrån individens behov och biståndshandläggarna tillsammans med patienten och/eller företrädare för patienten och

personal på boendet deltar. Vidare har enheterna specifika möten kopplat till de olika kvalitetsregistren och vårdhygien efter behov och årsagenda.

### **Samverkan inom förvaltningen**

Inom hemsjukvård, socialpsykiatri, särskilt boende och på några LSS-gruppboendestäder har personalen teamträffar, där ses hela teamet för att diskutera gemensamma patienter och resurser. Inom LSS har man i dagsläget inte dessa möten på alla enheter, dock finns en målsättning om att starta upp dessa under 2024. Det pågår ett förvaltningsövergripande arbete med att standardisera teamträffarna, målet är att träffarna ska bli mer lika varandra och att träffarna ska fokusera på individen och dennes behov. Målet är också att biståndshandläggaren vara delaktig i teamträffarna på sikt, detta är för att göra det multiprofessionella teamet mer komplett runt patienten.

På Dacke korttidsboende träffas personal från boendet tillsammans med legitimerad personal och biståndshandläggare regelbundet för samverkansmöten. Målet med dessa möten är att öka förståelsen för varandras arbete, lära av varandra, ta till vara på varandras kompetens och lösa mer komplexa ärenden tillsammans.

### **Samverkan med andra vårdgivare**

Under våren 2023 startades samverkansforum upp tillsammans med Medicinska Specialistkliniken i Motala. Representanter från verksamhetsområde äldre, hemtjänst, hälso- och sjukvård samt IFO i kommunen har mött representanter från slutenvård och öppenvård från lasarettet i Motala. Träffarna har varit digitala och fokus har varit utskrivningsprocessen. Forumet har varit uppskattat från båda vårdgivarna och framförallt under sommaren. Under tidens gång har forumet utvecklats och under hösten 2023 började även representanter från Universitetssjukhuset i Linköping att vara med. Forumet kommer att fortlöpa även under 2024.

Förvaltningen har även bidragit till Medicinska specialistkliniken i Motalas arbete gällande översyn av utskrivningsprocessen tillsammans med kommunerna i väster. Bidrag från Mjölby är inlämnat och vi inväntar en fortsättning under 2024. Under 2024 kommer även ett separat samverkansforum startas upp tillsammans med Universitetssjukhuset i Linköping. Från Mjölby kommun kommer medicinskt ansvariga tillsammans med två verksamhetsutvecklare att delta.

Vidare har flertalet samverkansmöten genomfört med olika vårdgivare (slutenvård, öppenvård, primärvård), i vissa fall med en avvikelse som bakgrund. Samverkan med innehållande dialog är viktig för kommunen i arbetet att upprätthålla patientsäkerheten.

### **Samverkan Demens**

Demensutredningar görs i samverkan mellan läkare på vårdcentralen och det kognitiva teamet i kommunen. Läkaren gör sedan bedömning och ställer eventuell diagnos. Samverkan fungerar bra, men återkoppling till kommunen om patienten fått en demensdiagnos eller inte, har länge varit bristfällig. Denna är nödvändig för att patienter som fått en demenssjukdom ska kunna fortsätta följas upp av kommunen. Under våren 2023 togs beslut (i Vårdprocessprogram Demens, Västra Östergötland) att prova gemensamma träffar/ronder mellan Kognitiva teamet, Vårdcentralen och Minnesmottagningen i samband med diagnossättning. Mjölby Vårdcentral och två Vårdcentraler i Motala har varit piloter. Dessa träffar har varit mycket uppskattade av alla parter. Samverkan mellan vårdcentralen, Minnesmottagningen och Kognitiva teamet är värdefull och har lett till att kommunen snabbare har fått kännedom om patienter som fått demensdiagnos. Läkare på vårdcentralen har också kunnat konsultera läkare på Minnesmottagningen vid behov under samma tillfälle. Ställningstagande



till utvidgad utredning har också kunnat tas i samband med mötet. Under 2024 ska denna samverkan startas upp på samtliga vårdcentralen i Västra Östergötland.

Efter utredning och diagnosättning ska patienten följas upp av Kognitiva Teamet i kommunen regelbundet och då uppföljning är utförd skickas en sammanfattning till patientens ansvarige läkare på vårdcentralen.

### **VPP Demens**

VPP Demens är ett vårdprocessprogram i Västra Östergötland med syfte att säkra en struktur för vård och omsorg under hela sjukdomsförloppet för personer med demenssjukdom. Det är även ett multiprofessionellt nätverk över huvudmannagränserna. I VPP demens tas gemensamma riktlinjer fram för utredning, behandling samt vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

### **Samverkan med smittskydd/vårdhygien**

MAS:arna i länet har under året träffat smittskydd och vårdhygien regelbundet varje fjärde vecka via digitala möten. Träffarna har bestått av information från smittskydd och vårdhygien men också dialog om läget i kommunerna. Information från mötena skickas ut från MAS till enhetscheferna.

Mjölby kommun har vidare tagit hjälp av vårdhygien i samband med ett stort utbrott av magsjuka på ett särskilt boende under året. Vårdhygien fanns med som bollplank och deltog även på möten tillsammans med lokalvården, som är en del av samhällsbyggnadsförvaltningen i kommunen.

Samverkan med smittskydd och vårdhygien är enkel och förutsättningslös, samverkan bidrar starkt till ökad patientsäkerhet.

### **Ledningsgrupp för medicinskt ansvariga (MALG)**

MALG står för ledningsgrupp för medicinskt ansvariga i Östergötland. MALGs huvuduppgift är att främja en god och säker kommunal hälso- och sjukvård som är likvärdig och jämlik över hela länet. Detta uppnås genom, strategiskt patientsäkerhetsarbete, samverkan och nätverk, erfarenhetsutbyte samt Östgötastandard för kvalitet och patientsäkerhet. MAS och MAR i Mjölby kommun deltar i MALG, som ses en dag per månad, vissa träffar är fysiska och andra är digitala. MAS:arna har under året startat upp en samverkan med "faktagrupper" på Region Östergötland. Faktagrupperna består av läkare från flera olika vårdcentraler representerat från alla tre länsdelar. I MAR delen av nätverket har arbetet fokuserat på bland annat hur Europadirektivet MDR(förordning om medicintekniska produkter) påverkat hjälpmedelshanteringen och arbetet gällande hantering av medicintekniska produkter, slutet på året har fokus legat på revidering av regelverk för personligt förskrivna hjälpmedel tillsammans med hjälpmedelskonsulenter på Sodexo och projektledare i Motala kommun. Alla kommuner i Östergötland har avtal med Sodexo gällande hjälpmedelsförsörjning.

### **Informationssäkerhet**

Inom omsorgs- och socialnämnden ansvarsområde ges insatser till enskilda individer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg samt personer med funktionsnedsättning. Vid utredning, beslut och genomförande av dessa insatser sker dokumentation i verksamhetssystemet LifeCare. Enligt Patientdatalagen är det även möjligt att ha sammanhållen journalföring mellan vårdgivare, detta benämns som Nationell patientöversikt (NPÖ).

I Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten anges, i 6 §, att personuppgifter bara får behandlas om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten skall kunna utföras. För att säkerställa detta ska systematisk uppföljning av loggar ske. En logg är registreringar

och lagring av all aktivitet som sker av användare i verksamhetssystemet. Enligt 4 kap. 3 § Patientdatalagen ska en vårdgivare se till att åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras. Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller om någon obehörig kommer åt sådana uppgifter. Förvaltningens systemstöd slumpar ut loggkontroller på individer i de olika verksamheterna och skickar till ansvarig chef. Ansvarig chef ansvarar sedan för att göra kontrollen i aktuellt system utefter en nedskriven rutin.

Inom förvaltningen kan alla medarbetare kommunicera via LifeCare meddelande, vägen är säker. Vidare finns också möjligheter via tjänsten Sefos – en plattform för säker kommunikation. Där kan medarbetare ha teammöten eller kommunicera med säker e-post till andra vårdgivare, inom kommunen och med privatpersoner.

## En god säkerhetskultur

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i hemsjukvård och LSS/socialpsykiatri delar kontorsyta vilket ger förutsättningar för att mötas över yrkesgränserna och lära av varandra. På särskilt boende sitter sjuksköterskorna i direkt närhet till både patienter, omvårdnadspersonal och enhetschefer, vilket ger förutsättningar för teamsamverkan.

Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) bedrivs kontinuerligt genom APT och arbetsmiljögrupp. Kommunen har ett APT-kit som stöd till arbetet med SAM på APT.

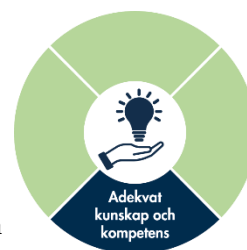
I samband med att patienter flyttar in på särskilt boende/LSS/socialpsykiatri eller påbörjar insatser från hemtjänster genomförs riskbedömningar, dels utifrån risker för patienter. Men också risker som kan finnas för personalen som ska arbeta med patienten. En gemensam blankett för riskbedömningen är framtagen och de olika enheterna arbetar med den på olika sätt.

Teamsamverkan mellan legitimerad personal, enhetschef och omvårdnadspersonal där teamträffar är en del för att identifiera risker och öka förutsättningarna för ett proaktivt arbetssätt utförs inom de flesta områdena. Här pågår ett arbete för att förbättra och utveckla teamträffarna som nämnts ovan. För en god säkerhetskultur krävs ett förbättringsarbete innefattande en nulägesanalys, identifierande av effektiva åtgärder, genomförande och uppföljning. Arbetet ska sedan leda till ett lärande för hela verksamheten. Ett arbete som kommer att påbörjas i början av 2024 i patientsäkerhetsgruppen. I patientsäkerhetsgruppen ingår MAS, MAR, samt enhetschefer från verksamhetsområde äldre (särskilt boende för äldre och korttidsboende), LSS, hemtjänst och hälso- och sjukvård. Syftet med gruppen är att öka patientsäkerheten i Mjölby kommun. Gruppen kommer att arbeta med den Lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, 2022-2024 vilken bygger på socialstyrelsen Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.



## Adekvat kunskap och kompetens

I första hand anställs utbildade undersköterskor. Kommunen erbjuder också vårdbiträden att studera till undersköterska alternativt undersköterskor att studera till specialist-undersköterskor, inom till exempel palliativ vård, demens, rehabilitering med mera. Vid behov erbjuds medarbetare att läsa yrkessvenska för att stärkas i arbetet med patienterna. Vidare erbjuds även andra utbildningar inom hälso- och sjukvård utefter behov via lär plattformen Evikomp, som beskrivs



nedan. Under hösten 2023 genomfördes storföreläsningar för omvårdnadspersonal, chefer och legitimerad personal. Föreläsningarna genomfördes för att sätta fokus på de vi är till för och hur vi bemöter dem för att öka möjligheterna för dem att kunna känna välbefinnande och meningsfullhet. Föreläsningarna innehöll, äldreomsorgens bakgrund, utmaningar och uppdrag, meningsfull vardag – en värdegrund som stärker ett hälsofrämjande synsätt, medarbetarskap och ledarskap, teamet samt fokusområden – 3 M: Måltid, Meningsfull vardag, Miljö. Utbildningsinsatsen blev mycket uppskattad och nu fortsätter arbetet med att arbeta vidare med främst måltidssituationerna. Enhetschefer och omvårdnadspersonal undersöker vad som kan bidra till meningsfull vardag för de äldre som bor hos oss.

Legitimerad personal är basen för kunskap inom hälso- och sjukvårdsfrågor och utbildar personal efter behov som uppstår i verksamheterna. Kunskap är en färskvara och verksamheterna arbetar ofta i nuet, vilket ställer höga krav på både omvårdnadspersonal, legitimerad personal och chefer.

Legitimerad personal handleder och utbildar sedan i sin tur efter behov omvårdnadspersonalen, verksamheten är bred och det krävs en bred kunskapsbas hos legitimerad personal. Legitimerad personal utbildar dels varandra inom verksamheten men vid behov tas extern utbildare in. Regionen bistår i vissa fall med specifik utbildning inom olika specialistområden.

### **Personalomsättning**

Inom verksamhetsområde äldre, vilket innefattar särskild boende för äldre och korttidsboende har det under året inte varit någon omsättning på chefer, däremot har området utökats med en chef under 2023. Enligt verksamhetschef har omsättningen av omvårdnadspersonal inte varit utöver det normala. Verksamhetschef kan se vissa patientsäkerhetsrisker med kunskapsnivån på omvårdnadspersonal och ser vikten i enhetschef, legitimerad personal och ordinarie personalens ansvar i att rusta vikarier så bra som möjligt. Så att de känner till sitt uppdrag och vet vad de står inför.

Under året har det börjat två nya enhetschefer på hälso- och sjukvårdsenheten, det har bidragit till att utvecklingsarbete inom enheten har prioriterats bort för att istället fokusera på introduktion av enhetschef och legitimerad personal. Det har varit stor omsättning på all legitimerade professioner under året. Under våren var det flera sjuksköterskor som slutade, vilka ersattes av sjuksköterske-konsulter under rekryteringsperioden för att säkerställa patientsäkerheten. Rekrytering av nya sjuksköterskor har gått bra och alla tjänster är tillsatta vid årsskifte 23/24. Under hösten har även två sjuksköterske-konsulter varit inne och stärkt upp vid frånvaro, då främst på särskilt boende. Vilket har gjort att sjuksköterskorna inom hemsjukvård ordinärt boende har haft arbetsro och börjat arbeta med att inför fast vårdkontakt. Tack vara att enheten tagit in sjuksköterske-konsulter vid vakanser har patientsäkerheten upprätthållits under året.

Under våren sa alla tre arbetsterapeuter inom hemsjukvård ordinärt boende, upp sig. All tre tjänster tillsattes under hösten och under rekryteringsperioden var det inne en Arbetsterapeut-konsult för att stärka upp i arbetsgruppen. Under hösten har arbetsterapeuter inom ordinärt boende fått extra stöd av enhetschef i hur de ska organisera sitt arbete och stöd med introduktion för att hitta sin roll som arbetsterapeut i kommunen. Det har varit några avvikelser där man gjort utvidgad utredning och där omsättning av personal identifierats som en bakomliggande orsak till händelsen. Det fallpreventiva arbetet har inte kunnat genomföras under hösten då man fått prioritera arbetsuppgifterna för att de nya arbetsterapeuterna ska ha en hanterbar arbetssituation.

Även Fysioterapeuterna har haft personalomsättning under året, då två av fysioterapeuter sagt upp sig under året. Konsult-fysioterapeut har tagits in periodvis under rekrytering för att stärka upp

bemanningen. Enhetschef tillsammans med MAS och MAR har stöttat ny fysioterapeut på Dacke, för att tydliggöra vårdnivå i kommunen.

I hemtjänsten började två nya enhetschefer i början av 2023, därefter har det inte varit någon omsättning under året. I hemtjänsten är det en hög personalomsättning och hög sjukfrånvaro bland omvårdnadspersonalen, vilket ersätts med timanställda och månadsanställda, de har ett långtidsvikariat. Att det är hög andel timvikarier ca 25 % (gäller hela äldreomsorgen) ökar risken för vårdskada. Under 2023 har man inom hemtjänsten börjat se över bemanningen och resurstiden hur den kan användas på ett mer optimalt sätt. Personalen ska erbjudas introduktion i flera arbetsgrupper för att säkerställa att man känner sig trygg i andra gruppers arbete. Under året har hemtjänsten också arbetet tillsammans med HR, med Sunt arbetsliv och "Friskfaktorer" för att minska sjukfrånvaro. Verksamhetsutvecklare har också varit inne i arbetsgrupperna och pratat värdegrund och bemötande. Inom hemtjänsten har vi haft några utökade utredningar men ingen utredning har visat att personalomsättning är en bakomliggande orsak. Dock finns flertalet avvikelser av "enkla" karaktär, där personalomsättning är identifierat som en bakomliggande orsak.

### **Utbildning via Evikomp**

Under 2023 har en dokumentationsansvarig sjuksköterska på Hälso- och sjukvårdsenheten arbetat fram ett dokumentationsspår i den digitala lärplattformen Evikomp för legitimerad personal tillsammans med MAS och MAR. Evikomp är en modell för kompetensutveckling för personal inom vård och omsorg. Flera kommuner i Östergötland hjälps åt och bidrar till olika spår med kunskap. Dokumentationsspåret består dels av grundläggande kunskaper inom dokumentationsstruktur men också specifik kunskap riktad mot LifeCare HSL, vilket är kommunens dokumentationssystem. Utbildningsspåret används dels vid repetition för befintlig personal, men i första hand riktar det sig emot nyanställd legitimerad personal och eventuella konsulter. Utbildningen är obligatorisk i samband med introduktionen.

För omvårdnadspersonal har ett liknande spår tagits fram riktad mot dokumentation inom SOL/LSS. Genom dokumentationsutbildningarna via Evikomp är kunskapen lättillgänglig och det finns möjlighet till repetition.

Vidare används Evikomp fortsatt för delegeringsutbildning i kommunen. Delegeringsgruppen arbetar ständigt med att utveckla det befintliga spåret samt att utveckla nya spår utefter vilket behov verksamheterna har. Sjuksköterskorna upplever att omvårdnadspersonalen som kommer till delegeringstillfällen nu är mer förberedda och har en högre kunskapsnivå än tidigare.

### **BPSD**

Mjölby kommun har en certifierad utbildare (Demenssjuksköterskan) som utbildar administratörer för BPSD-registret i västra länsdelen tillsammans med Demenssjuksköterskan i Motala. Under hösten 2022 och 2023 har många nya administratörer utbildats i Mjölby kommun.

### **Lasarettansluten hemsjukvård (LAH)**

Under 2023 har region Östergötland LAH i Mjölby bjudit in undersköterskor som är palliativa ombud inom hälso- och sjukvårdsenheten och hemtjänsten till olika utbildningstillfällen. Tillfällena har haft olika fokusområden med fokus på att stärka personalen inom omvårdnad vid olika sjukdomar i palliativt skede. Utbildningarna har varit uppskattade och ombuden har i sin tur förmedlat kunskapen vidare till sina kollegor.

Vidare har LAH utbildat personalgrupper i hemtjänsten inom specifika sjukdomar, så som exempelvis ALS (Amyotrofisk lateral skleros) i samband med att hemtjänsten och LAH har haft gemensamma patienter med denna sjukdom. ALS är en sjukdom som gör att armar och ben blir mer och mer förlamade. Förmågan att prata och svälja påverkas även hos många.

## Vårdhygien

Under 2023 gjordes ett omtag gällande det vårdhygieniska arbetet i kommunen. Att hygienombud finns på samtliga enheter är inventerat och de ingår nu i ett nätverk. Hygienombuden har träffats under ett par tillfällen under hösten 2023. Arbetet leds av MAS och verksamhetsutvecklare. En handlingsplan för det vårdhygieniska arbetet är framtagen vilken bland annat innehåller en plan för utbildning. Alla som arbetar inom vård och omsorg ska genomgå Socialstyrelsens utbildning gällande basala hygienrutiner minst en gång per år. Vidare har alla hygienombud och chefer ombetts att anmäla sig till en fördjupad utbildning för nyckelpersoner inom kommunen. Flera ombud och chefer har genomgått utbildningen. Egenkontroll utförs på enheterna och hygienombuden har tillsammans med chefen och sjuksköterskan på respektive enhet gått hygienronder och skrivit åtgärdsplaner. Enligt avtal mellan länets kommuner och Region Östergötland har kommunerna tillgång till vårdhygienisk expertis från regionen. Detta innefattar en hemsida med samlad information, verktyg för uppföljning, Vårdhygienisk handbok, e-utbildningar och länkar. Information om hemsidan har gått ut till samtliga verksamheter inom omsorgs- och socialförvaltningen vid flertalet tillfällen under året.

## Patienten som medskapare

Den kommunala hälso- och sjukvården arbetar för att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patient och närstående delges information om hälsotillstånd, hjälpmedel, vård och behandling. Kommunens verksamheter strävar efter att tillvarata synpunkter och klagomål.

Patienten görs i första hand delaktig i sin vård genom delaktighet i sin genomförandeplan, hälsoplan och rehabiliteringsplan. Relevanta målsättningar sätts upp tillsammans med patienten. Vidare är patienten och eventuella anhöriga delaktiga i vårdplaneringen tillsammans med biståndshandläggaren och/eller i samband med att en Samordnad individuell vårdplan(SIP) genomförs. Vid SIP deltar patientens alla aktuella vårdinstanser, vilket innebär samverkan mellan regionen och kommunen.

## Nära vård

Under året som gått har arbetet med Nära vård inventerats, både i omsorgs- och socialförvaltningen men även övergripande i kommunen. Arbetet har fokuserat på att identifiera det arbetet som pågår eller är i uppstart, i syfte att göra förflyttningen till en Nära vård. Kartläggningen utfördes under första delen av 2023 och presenterades för kommunledningsgruppen, KPR, omsorgs och socialförvaltningens nämnd samt beredningen för goda livsvillkor under hösten 2023. Arbetet med att göra förflyttningen mot Nära vård enligt avsiktsförklaring fortsätter och arbetet bedrivs vidare i styrgrupp där processledare är sammankallande, medicinskt ansvarig sjuksköterska, kommunikatör på OSF, förvaltningschef och verksamhetschef för IFO sitter som representanter.



### **Evondos läkemedelsautomat**

Evondos läkemedelsautomat säkerställer en säker läkemedelshantering som stöttar patienterna att ta rätt läkemedel i den ordinerade dosen vid rätt tidpunkt. Evondos läkemedelsautomat gör patienterna mer självständiga och oberoende av sjukvårdspersonal. Förvaltningen har arbetat med Evondos under ett par år och inledningsvis var det svårt att identifiera patienter som kunde ha en automat. Arbetet har dock tagit fart under 2023 och de flesta av kommunens 10 automater är ute hos patienter. I och med Evondos ser vi en följsamhet till läkemedelsadministration och patienterna är nöjda i och med ökad självständighet.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

### **Kvalitetsarbetets grund**

Förvaltningen arbetar med PGSA som grund. PGSA står för "Planera, Göra, Studera, Agera" och är en fyrstegsprocess för att genomföra förbättringar i framförallt processer, utvecklingsområden och arbetsuppgifter. Kvalitetsarbetet i förvaltningen följer denna fyrstegsprocess och fortlöpande rapporteras i enlighet med den.

### **Systematiskt förbättringsarbete**

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador och andra avvikelser inträffar.

Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Genom dessa olika sätt kan den som bedriver verksamhet få kännedom om de resultat verksamheten uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera.

Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen.

Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet.

### **Teamsamverkan**

Att jobba systematiskt med kvalitetsarbete och uppföljningar handlar i grunden om att involvera det multiprofessionella teamet i alla delar, i det förebyggande arbetet och även i aktuella utredningar och uppföljningar av brister i verksamheten.

I teamet genomförs det förebyggande arbetet där processer, rutiner och arbetssätt är förankrade, tillämpas och följs. För att säkerställa att lärande sker i verksamheten kontinuerligt och även efter att brister uppstått, åtgärder identifierats och genomförts för att sedan följas upp, är ett systematiskt teamarbete centralt för en individuell och personcentrerad Nära vård.

Teamarbetet ska genomföras dels på en övergripande, strukturell nivå, dels i förekommande fall på en, utifrån de enskildas anpassad, individuell nivå.

### **Teamsamverkan på strukturell nivå**

På en strukturell nivå innebär det bland annat att teamsamverkan behöver ske mellan verksamhetens enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och fast

omsorgskontakt/omvårdnadspersonal, men andra yrkeskategorier såsom biståndshandläggare ska ingå i teamsamverkan. Teamets kompetens och erfarenheter behöver systematiskt tas tillvara. Även demenssjuksköterskan, representanter från kommunens hemstödsgrupp för personer med demenssjukdom, olika professioner från Region Östergötland eller annan vårdgivare kan vid behov bli en del av det multiprofessionella teamet. Inom de olika verksamheterna har man kommit olika långt teamsamverkan på strukturell nivå. Vissa enheter har ett väl fungerande arbete medans andra enheter fortsatt behöver arbeta med detta. Teamsamverkan är ett förvaltningsövergripande fokusområde.

### **Teamsamverkan på individuell nivå**

Teamsamverkan kring den enskilde, individuell nivå, behöver ske när den enskildes behov varaktigt eller tillfälligt kräver samordning och insatser av mer än en profession för att möjliggöra att ett helhetsansvar tas rörande den enskildes individuella behov. Genom att den personal som arbetar nära den enskilde, utöver medverkan vid teamarbete på strukturell också i vardagen har möjlighet att diskutera och samordna insatser med andra professioner.

### **Apoteksgranskning**

Under 2023 har en extern apotekare genomfört en apoteksgranskning på hemsjukvården. Granskningen utmynnade i en åtgärdsplan vilket det arbetades med under hösten. Bland annat reviderades befintliga läkemedelsrutinerna och mallen för den lokala läkemedelsrutinen, där olika ansvarsområden förtydligades. Arbetet med handlingsplanen var övergripande och samtliga enheter deltog vid redovisning. Det finns en långsiktig plan om att en apoteksgranskning sker per år i någon av förvaltningens verksamheter. MAS tillsammans med Verksamhetschef HSL beslutar om vilken verksamhet som ska granskas. Dock sker alltid efterföljande arbete med handlingsplan förvaltningsövergripande och eventuella förändringar görs i alla verksamheter. Målet är att arbeta på så liknande sett som möjligt i våra verksamheter för att möjliggöra igenkänning både för legitimerad personal och för omvårdnadspersonal.

### **Tillsyn av funktionerna MAS och MAR**

Under året har ett arbete med att utveckla uppföljningarna fortsatt och gäller både egenregion och externa utförare, arbetet är inte klart och kommer att fortgå även under 2024. Även arbete med att utveckla analys och redovisningar av genomförda uppföljningar pågår.

Vid uppföljning framkommer att avvikelser i form av fall är frekvent inom korttidsboende i kommunen. MAS och MAR påbörjade en uppföljning relaterat till detta vilket inleddes våren/sommaren 2023 och pågår fortsatt. Under uppföljningen har det identifierats att lokaler och bemanning på korttidsboendet inte är anpassade för individer med demenssjukdom samt att det finns problematik med arbetssätt och teamsamverkan. Åtgärder har identifierats, genomförts, fortsätter att genomföras och följs upp. Exempel på åtgärder är att det alltid ska ske en riskanalys vid inflyttning samt att fokus ska ligga på det preventiva arbetet där MAR och demenssjuksköterska har en viktig roll. Teamsamverkan genomförs enligt en strukturerad dagordning och där rehabilitering blir en stående punkt. Rehabiliteringsplan ska synliggöras och varje rehabiliteringspatient ska visualiseras på en beläggningstavla samt att fallavvikelser systematiskt ska ha fokus på analys och preventiva åtgärder istället för på kompensatoriska. En processkartläggning för korttidsboende kommer under 2024 att genomföras och ledas av enhetschef på hälso- och sjukvårdsenheten med stöd av

verksamhetsutvecklare, för att identifiera fortsatta utvecklingsområden bland annat i syfte att undvika fall.

### **Medicin teknisk produkt (MTP) - kontroll**

Enligt rutin som är framtagen gemensamt för kommunerna i västra länsdelen och beslutad i ledningsgrupp för omsorgs- och socialförvaltningen i oktober 2019 så ska kontroll av medicintekniska produkter göras var fjärde vecka. Det har under slutet av 2023 framkommit svårigheter att anpassa rutinen till verksamhetssystem Lifecare. Under första kvartalet 2024 kommer rutinen att revideras utefter verksamhetssystem Lifecare funktioner. Arbetet som leds av MAR är påbörjat tillsammans i en arbetsgrupp där alla verksamhetsområden är representerade.

### **Egenskattning av följsamhet till basala hygienrutiner**

Det har genomförts uppföljningar av de basala hygienrutinerna genom egenskattning på samtliga enheter. Egenskattning av följsamhet får anses ge en påminnelse och reflektion snarare än ett resultat.

### **Granskning av Inspektionen för vård och omsorg(IVO)**

IVO fick tidigt under coronapandemin tecken på risker inom äldreomsorgen och myndigheten gjorde många granskningar i hela Sverige. Under 2022–2023 genomförde myndigheten fördjupade tillsyner av den medicinska vården på särskilda boenden i alla Sveriges kommuner. Så även i Mjölby kommun. IVO konstaterade då brister i kompetensen inom medicinska bedömningar, dokumentation, läkemedelshantering samt vård vid livets slutskede.

Förvaltningen har i samband med IVO:s inspektion identifierat flera områden att arbeta vidare med för en ökad patientsäkerhet. Den mest omfattande insatsen är byte av journalsystem, vilket påbörjades redan under 2022. Det nya journalsystemet har även nyligen uppdaterats och kommer att hjälpa oss att säkerställa dokumentationen enligt gällande lagstiftning.

Inom flera olika områden pågår utvecklingsarbete som kommer att ge svar på de brister som IVO uppmärksammar. IVO har gjort sin journalgranskning via AI och genom den kan vi se i att vi brustit i dokumentation gällande rätt KVÅ för ex palliativ vård och läkemedelsgenomgång. Momenten är i de flesta fall utförda även om det vid granskningen inte ser ut så i journalen, då man dokumenterat under fel sökord. Detta är såklart beklagligt utifrån att det ej utifrån sett går att följa vad som är gjort. Förvaltningen arbetar på att ta fram utbildning med yrkessvenska för de som arbetar inom förvaltningen och är i behov av att utveckla det svenska språket. Förvaltningen ser också över övriga utbildningsinsatser för personalen som arbetar närmast patienten.

Läkemedelshantering är ett gemensamt arbete där regionens läkare till stor del är involverade, kommunen kommer att fortsätta samverka tillsammans med våra vårdcentraler för att läkemedelshantering kommer att ske på ett patientsäkert sätt. Kommunen behöver se över rutinen för läkemedelsgenomgång och tydliggöra hur dokumentationen kring denna ska ske.

I Mjölby kommun utför inte omvårdnadspersonal medicinska bedömningar. Personalen ska däremot ha tillräckligt med kunskap om när legitimerad personal behöver tillkallas för att i sin tur göra en medicinsk bedömning.

I samband med att journalsystemet uppdaterades till Lifecare så infördes rollen dokumentationsansvarig Hälso- och sjukvård. Syftet med rollen är att kvalitetssäkra Hälso- och sjukvårds-dokumentationen i de verksamheter som Mjölby kommun är huvudman. Under 2023 har man arbetat med att ta fram utbildningsmaterial för legitimerad personal dels för att använda vid introduktionen av nyanställda men även vid behov av kunskaps påfyllnad.



I uppdraget ingår att ta fram rutiner och utbildningsmaterial för att säkerställa att dokumentationen följer den nationella informationsstrukturen som Socialstyrelsen tagit fram.

Den dokumentationsansvarige samverkar med enhetscheferna inom SÄBO, LSS och hemtjänst för att även säkerställa informationsöverföringen mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal är av god kvalitet och främjar patientsäkerheten.

Arbete med att utveckla dokumentationen kommer fortsätta under 2024, bland annat ska standardiserade vårdplaner tas fram och införas.

I augusti 2023 kom beskedet att avslutar tillsynsärendet. Efter svar på vilka insatser som gjorts och är planerade för inom de särskilda boendena i Mjölby kommun är IVO nöjda och beslutade att avsluta ärendet.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

### Har vården varit säker

Under 2022 infördes en ny modul i LifeCare för hantering av avvikelser i förvaltningen. Under 2023 har fortsatt stort fokus lagts på avvikelshantering och implementering av det nya systemet. Dels grundläggande kunskap i alla led men också kunskap i själva avvikelssystemet. Arbetet behöver vara levande och ständigt fortlöpande.

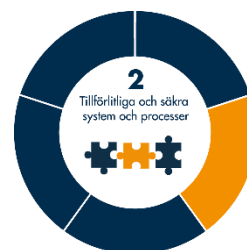
Arbetet med avvikelser ska vara fortlöpande i verksamheten och kvalitetsgruppen erbjuder olika utbildningspaket baserat på nivå på arbetsgruppen. Enhetschefen ansvarar för att regelbundet ta upp händelser i sin verksamhet. Fokus ska ligga på bakomliggande orsaker, åtgärder och "vad lärde vi oss av detta?" samt att använda 5 varför-metoden. 5 Varför-metoden är en analysmetod som används när du behöver ta reda på roten till ett problem, en så kallad rotfelsanalys. Att identifiera roten till problemet hjälper till att göra något åt orsaken och därmed åtgärda felet, istället för att enbart ta hand om symptomen. Kvalitetsgruppen arbetar övergripande med lärande inom organisationen och respektive verksamhetschef ansvarar för att avvikelser finns på agendan i ledningsgruppen. Målsättningen är att när en brist uppstått och en negativ händelse skett i en verksamhet inte upprepas och inte heller sker någon annanstans.



## Tillförlitliga och säkra system och processer

Under 2023 har utvecklingsarbetet med tydligare och mer tillgängligt kvalitetsledningssystem fortsatt och ttt arbete som kommer att fortlöpa även under 2024. Arbetet är en stor utmaning, där organisationen i slutändan kommer ha stor nytta av den kommande strukturen.

Vi ser en minskning av framförallt läkemedelsavvikelser vilket kan kopplas samman till förbättrad delegeringsprocess. En process som är väl genomarbetad och ett arbete som ständigt pågår.



## Säker vård här och nu

Vårdrelaterade infektioner, vårdkedjebrist, fall och läkemedelshanteringen är de största riskerna mot patientsäker vård både i Mjölby kommun och nationellt. Vårdrelaterade infektioner följs generellt sett upp dåligt i den kommunala vård och omsorgen. I och med återinförande av Senior alert under 2024 kommer kommunen även delta i HALT-mätning, där bland annat vårdrelaterade infektioner mäts. Rutinen för fall är reviderad och något som arbetas med aktivt inom förvaltningen.



Att säkerställa en säker läkemedelshantering kräver hög kompetens hos omvårdnadspersonalen, sjuksköterskan är den som utbildar omvårdnadspersonalen och med hjälp av delegeringsutbildningen kan vi "klä på" vår omvårdnadspersonal med mycket kunskap. Arbetet med att säkra läkemedelshanteringen handlar också om ett tätt samarbete med framförallt läkarna på Vårdcentralerna. Läkarna ordinerar läkemedel och sjuksköterskan hjälper till med bedömning om hanteringen på exempelvis ett säbo eller i hemmet blir säker. I vissa fall krävs individuella riskbedömningar.

### Appva

Appva är kommunens digitala signeringssystem av hälso- och sjukvårdsinsatser. Legitimerad personal lägger in insatser i Appva som omvårdnadspersonalen signerar direkt i sina mobiltelefoner. Det kan vara läkemedelsadministrering, ordinerad träning med mera. Appva ger en ökad patientsäkerhet genom att via digital signering säkerställa att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs. Appva används i första hand till signering av läkemedelsadministrering och arbetet med Appva är tidseffektivt i jämförelse med tidigare arbete med signering av läkemedelsadministrering i pappersform.

Tabell 1: Digital signering, antal insatser samt andel signerade insatser

	2021	2022	2023
Antal insatser	703 217	799 618	766 515
Andel signerade insatser	98%	99%	98%

### Analys statistik Appva

Statistiken för andel signerade insatser i kommunen är mycket bra. Målet i kommunen är minst 95% andel signerade insatser. Statistiken ska följas månadsvis av ansvarig enhetschef och sjuksköterska. Om en enhet inte uppnår målen ska en handlingsplan formars av enhetschef tillsammans med sjuksköterska. Det finns några få enheter i förvaltningen som inte uppnår satta mål. Dessa verksamheter arbetar med handlingsplan för att komma till rätta och förhoppningsvis inom kort uppnå målet.

### Basala demensutredningar och uppföljningar

Utredning initieras av läkare på vårdcentral efter läkarbesök. Hemsjukvårdens Kognitiva team, som består av Demenssjuksköterskan samt två sjuksköterskor och två arbetsterapeuter, ansvarar för att utföra de delar som sjuksköterska och arbetsterapeut genomför i de basala demensutredningarna. Läkare står för resterande delar. Läkaren gör också sammanställning av utredningen och tar ställning till eventuell diagnos.

Under 2023 genomfördes 119 stycken demensutredningar i Mjölby. Kötiden har legat från 2 veckor upp till 4 månader. De längsta väntetiderna beror främst på att personerna har fått vänta över sommaren då Kognitiva Teamet inte har verksamheten öppen under semesterperioden.

Tabell 2: Antalet demensutredningar och årliga uppföljningar av demenssjukdom 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Utredningar</b>	94	110	114	103	126	113	104	91	129	119
<b>Uppföljningar</b>	4	11	37	54	47	59	54	63	12	18

Socialstyrelsen uppskattar i sin nationella utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdom som gjordes 2014, att det i Mjölby årligen beräknas insjukna 78 personer i demens. Det betyder att man till stor del borde hitta de personer som insjuknat i demenssjukdom och att mörkertalet borde vara relativt lågt.

Att göra årliga uppföljningar av personer med demenssjukdom är mycket viktigt för att kunna hjälpa och stödja personen och dess anhöriga, för personcentrerade insatser, för att kunna bo kvar i ordinärt boende så länge som möjligt och för att öka livskvaliteten. Antalet årliga uppföljningar för personer med demenssjukdom har under 2023 varit 18 stycken, vilket är en liten ökning jämfört med åren innan, då uppföljningar åter prioriterats upp i slutet av året. Återkopplingen från vårdcentralerna till Kognitiva teamet, om patienten har fått demensdiagnos eller inte, är fortfarande bristfällig och behöver förbättras.

Under 2023 har en Certifiering av utredningsprocessen prövats och utvärderats, som kommuner tillsammans med Vårdcentraler i Västra Östergötland kan ansöka om från 2024. Detta väntas ha positiv effekt på antalet återkopplingar.

Under 2023 har ett Pilotprojekt i form av Demensronder/Konsultationsträffar genomförts på Mjölby Vårdcentral och två andra vårdcentraler i Västra Östergötland, efter beslut av VPP-Demens. Kognitiva teamet, Minnesmottagningen och Vårdcentralen deltagit vid dessa tillfällen. Dessa Piloter kommer att utvärderas under VPP-demens planeringsdag i Januari 2024.

### **Svenska demensregistret (SveDem)**

Personer som fått demensdiagnos via vårdcentral och som gett sitt samtycke registreras i SveDems primärvårdsmodul. En förutsättning för registrering är att kognitiva teamet i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation har fått återkoppling från vårdcentralen om patienten fått demensdiagnos eller inte. Kommunen gör den första grundregistreringen i vårdcentralens primärvårdsmodul i SveDem, då patienten fått demensdiagnos. Under 2023 har arbete med att återigen implementera modulen för SÄBO. Det hölls i December en första utbildning för sjuksköterskor och arbetet fortsätter under 2024 med att börja registrera i registret.

Tabell 3: Antal registreringar i SveDems primärvårdsmodul 2015-2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Grundregistrering</b>	4	11	37	54	29	25	27	21	40
<b>Årlig uppföljning</b>	2	5	22	39	37	34	41	3	7

Antal grundregistreringar i SveDem ökade under 2023 till 40 personer som nydiagnostiserats med demensdiagnos i Mjölby kommun. Årliga uppföljningar av demenssymtom har också ökat under 2023. Registreringsfrekvensen är fortsatt lite låg. Av 18 gjorda uppföljningar registrerades 2023, 7 stycken.

### Tidiga tecken (TT)

Personer med utvecklingsstörning kan ha en kombinerad problematik med fysiska och kognitiva svagheter. TT är ett kartläggningsverktyg för att bedöma praktiska, sociala och kognitiva funktioner. Kartläggning görs en gång per år. Genom att över tid jämföra resultaten, kan viktiga förändringar, som kan vara tecken på demenssjukdom, tydligare upptäckas. Tidiga tecken är inget diagnosinstrument utan ett verktyg. Verktuget har utvecklats för att skapa goda rutiner för tidig upptäckt av tecken på försämrade funktioner och sjukdomar hos vuxna och äldre med kognitiv funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning. TT har använts i kommunen sedan 2015.

Arbetsterapeuterna på LSS tillsammans med omvårdnadspersonal och sjuksköterska har utfört 23 kartläggningar av Tidiga Tecken under 2023. 17 kartläggningar står på kö som skulle utförts under 2023. Högt tryck i verksamheten samt vakanser i arbetsterapeutgruppen har påverkat antalet utförda kartläggningar.

Det handlar i stor utsträckning om att kartläggningar har fått skjutas framåt i tiden och därmed fått ett längre tidsspänn mellan kartläggningarna. I vissa fall har tidsspännet ökat från 1 år till 1,5 – 2 år.

Tabell 4: Antal kartläggningar i Mjölby kommun med instrumentet TT, 2015-2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Antal kartläggningar</b>	13	24	33	30	32	27	28	30	23

### BPSD-registret

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och är ett nationellt kvalitetsregister. Av de personer som lever med demenssjukdom drabbas ca 90 % någon gång av BPSD. Dessa symtom kan exempelvis vara motorisk rastlöshet, eufori, apati, hallucinationer, vanföreställningar eller sömnstörningar vilka kan orsaka stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Att arbeta med BPSD-registret förstärker teamarbetet kring personen och verkar för en personcentrerad omvårdnad och ger ett gemensamt språk för personalen. Det bidrar också till:

- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom och dess anhöriga
- Bra struktur och systematik i omvårdnadsarbetet
- Uppföljning av insatta åtgärder
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Tydliggör vårdtyngden och bidrar till verksamhetsutveckling

Tabell 5 Antal registreringar i Mjölby kommun i BPSD-registret, 2015-2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Antal registreringar</b>	17	13	69	43	54	34	13	9	80

BPSD-registret är en framgångsrik arbetsmetod som används på kommunens vårdboenden och i Hemtjänst, Hemstöd. Utbildade administratörer finns i samtliga verksamheter. Alla demensboenden i kommunen samt Hemtjänst, Hemstöd är anslutna till BPSD-registret.

Under 2021 skedde en rejäl minskning av registreringar på kommunens vårdboenden jämfört med 2017-2020, detta kan vara relaterat till pandemin och svårigheterna att då genomföra utbildningar på grund av restriktioner pandemin. Under 2023 ökade registreringarna kraftigt. Detta kan till viss del bero på att antalet utbildade administratörer åter har ökat i kommunen och att de nya nu hunnit komma igång.

### **Certifiering av demensboenden**

På initiativ av VPP demens i västra Östergötland utförs certifiering av demensboenden i tre nivåer. Styrgruppen vuxna och äldre (SVÄ) i västra Östergötland har godkänt kriterierna som grundar sig på Nationella riktlinjer för demens inom områdena utbildning, personcentrerad vård och nationella kvalitetsregister. Under 2023 två ansökningar inkommit från Mjölby Kommun .

Certifieringen av demensboenden i västra Östergötland har varit en stor framgång och fungerat som en motor för strukturerat kvalitetsarbete på vårdboenden för personer med demenssjukdom. Under 2023 har kriterier och nivåer omarbetats utifrån utvärdering av tidigare år. Från och med 2024 kommer de nya kriterierna och nivåerna att användas.

### **Riskhantering**

I verksamheterna arbetar man ständigt med riskmedvetet tänk. Legitimerad personal är tillsammans med ordinator ansvarig för att riskbedöma varje enskilt moment. Stort fokus på avvikelser bidrar till ett riskmedvetet tänk. Omvårdnaspersonalen och legitimerad personal skriver avvikelser även på risker som uppstår, inte enbart när en skada är skedd. Alla avvikelser gällande "risk för" är en möjlighet för verksamheten att åtgärda en brist så att en faktiskt vårdskada sedan inte inträffar. Förvaltningen ser alla avvikelser som en möjlighet till att förbättra verksamheterna, i vissa verksamheter behöver kompetensen stärkas och därmed också självklarheten att rapportera när en avvikelse uppstår.

Genom kvalitetsgruppens kontinuerliga kvalitetsrapporteringar till omsorgs- och socialnämnden och till verksamheterna uppmärksammas händelser förvaltningsövergripande vilket bidrar till ett lärande i organisation.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja ett proaktivt arbetssätt.

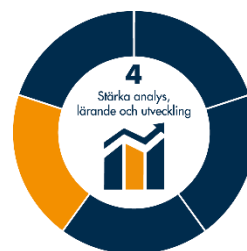
Mjölby kommun är anslutet till Senior alert men det används inte i den omfattning som det bör.

Arbete med Senior alert återupptas under 2024, enligt plan.

### **Stärka analys, lärande och utveckling**

#### **Avvikelser**

Medarbetaren ansvarar för att rapportera in en avvikande händelse, enhetschefen ansvarar för att utredning sker. Enhetschefen lägger vid behov till legitimerad personal i utredningen. Enhetschefen ansvarar för att vidta åtgärder och avsluta utredningen. Vid allvarliga händelser eller när ett värde på 8 eller över uppnås i riskmarisen ska MAS läggas till i utredningen för



bedömning. MAS begär efter behov en utvidgad utredning av ansvarig enhetschef. MAS ansvarar för anmälan till IVO. Avvikelse har under året varit ett betydelsefullt fokusområde. Kvalitetsgruppen har tagit fram olika utbildningsmaterial som chefen kan använda tillsammans med sina medarbetare. Ett grundmaterial där det bland annat tas upp vad en avvikelse är och möjlighet att diskutera runt avvikelsekulturen i gruppen. Vidare har alla chefer och nya legitimerade personal erbjudits att delta på utbildning gällande avvikelser samt systemet LifeCare avvikelser. Chefer har också erbjudits workshop gällande avvikelsehanteringen. Tillfällena har varit uppskattade och kvalitetsgruppen ser framsteg i avvikelsehantering efter genomförda utbildningar.

### **Kvalitetsrapport**

Under 2023 fattades beslut om att samla avvikelser och dess statistik i en kvalitetsrapport till omsorgs- och socialnämnden. Året har delats in per tertial och en första rapport skrevs under december månad. Den slutgiltiga analysen och sammanställning över förvaltningsövergripande åtgärder samt eventuella mönster redovisas i organisationen och rapporteras till nämnd enligt fastställd tidsplan och vid behov. För lärande i organisationen så kommer redovisning och rapportering göras till verksamheterna systematiskt och vid uppkommit behov.

### **Kommentar och analys samt förslag till åtgärder**

#### **Hemtjänst och särskilt boende**

Jämnt flöde inkommande och avslutade avvikelser. Hemtjänstgrupperna och de särskilda boende är olika stora, vilket påverkar antalet inkommande rapporter. Förhållandet mellan storlek på enhet och inkommande rapporter anses vara rimligt.

#### **Korttidsboende**

Det noteras många fall inom korttidsboende, vilket kan läsas om ovan under rubriken "Tillsyn av funktionerna MAS och MAR"

#### **LSS-boende och daglig verksamhet**

Inom LSS finns det några verksamheter som sticker med få antal registrerade avvikelser, vilket inte anses vara rimligt i förhållande till storlek på enhet och för aktuell period. Förslag till åtgärder: Kompetensutvecklingsinsatser för medarbetare och enhetschef.

#### **Socialpsykiatri**

Få antal registrerade läkemedelsavvikelse på flera enheter, vilket inte anses rimligt i förhållande till storleken på verksamheten. Förslag till åtgärder: Kompetensutvecklingsinsatser för medarbetare och enhetschef.

#### **IFO**

Generellt få antal registrerade avvikelser, vilken inte anses rimligt i förhållande till storleken på verksamheterna. Förslag till åtgärder: Kompetensutvecklingsinsatser för medarbetare och enhetschef.

#### **Generellt**

I övrigt noteras att antalet avslutade avvikelser är lågt, det vill säga, avvikelser ligger kvar öppna i systemet, trots att de troligen redan är hanterade. Det har varit en del chefsombyten på enheterna som kan vara en bidragande faktor till detta.

#### **Avvikelse i form av vårdkedjebuster**

Det finns en stor andel vårdkedjebustavvikelse främst avseende korttids, flödet från slutenvården är högt och det framkommer brister i utskrivningsprocessen.

Vårdkedjebristavvikelser är de avvikelser som är inrapporterade när en annan vårdgivare anses ha brustit, exempelvis vid utskrivning från regionen till kommunen. Flertalet rapporter visar att slutenvården(sjukhusen) brister i att följa den gemensamma checklistan vid utskrivning från slutenvård till kommunal verksamhet. Den gemensamma checklistan har sin utgångspunkt i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt den länsövergripande överenskommelsen gällande samverkan vid utskrivning.

Checklistan är framtagen av en arbetsgrupp som består av representanter från regionen och kommuner och ska användas både av regionen och också kommunen.

Syftet med checklistan är att underlätta i utskrivningsprocessen både för utskrivande enhet och mottagande enhet. Checklistan ger en gemensam bild över vad som behöver säkerställas innan en patient skrivs ut från slutenvården och över till kommunal hälso- och sjukvård för att säkerställa patientsäkerheten.

### **Pågående åtgärder**

**Samordnad vård och omsorgsplanering.** Lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård kom 2017 och i samband med denna tecknades en politisk överenskommelse mellan kommunerna i Östergötlands län och Region Östergötland gällande samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. För att uppnå en hög gemensam standard har en länsgemensam riktlinje tagits fram, i samverkan mellan Region Östergötland och länets 13 kommuner, inklusive privata utförare. Det finns också en processbeskrivning där aktiviteterna beskrivs steg för steg samt beslut om gemensamt kommunikationssystem (Cosmic Link) med tillhörande manualer. Enligt överenskommelsen förväntas samtliga aktörer följa riktlinje och framtagna arbetssätt. Inom ramen för samverkansorganisationen för vård och omsorg mellan Region Östergötland och länets kommuner har en stödstruktur (SVOP-gruppen) tillskapats för att stödja och utveckla processen för samordnad vård- och omsorgsplanering. Området ses som en viktig del i förflyttningen till Nära Vård. Förvaltningens MAS och MAR, biståndshandläggare och chefer, deltar på olika sätt i pågående länsövergripande processer liksom leder interna utvecklingsområden för att intensifiera och implementera de förebyggande och rehabiliterande arbetssätten.

**Delaktighet i Lasarettet i Motalas genomlysning av utskrivningsprocessen.** Kommunen fick möjlighet att delta i arbetet med utskrivningsprocessen som lasarettet i Motala gjort under hösten. Arbetet är pågående och ännu är kartläggning av hur processen ser ut gjord. Arbetet med åtgärder och fortsatta insatser kommer att ske under 2024.

**Samverkan med regionen.** Varannan fredag har representanter från kommunen och regionen(Universitetssjukhuset i Linköping och Lasarettet i Motala) en kortare avstämning för att se nuläget inom respektive organisationen. Syftet är att underlätta i utskrivningsprocessen för respektive part.

### **Åtgärdsförslag för förbättringsarbete och lärande i organisationen**

Mot bakgrund av de åtgärder som föreslagits i avsnitten ovan görs nedan på en förvaltningsövergripande nivå bedömningen av vilka ytterligare åtgärder som föreslås ligga till grund för fortsatt förbättringsarbete. Beslut om de förvaltningsövergripande åtgärdsförslagen tas av förvaltningens ledningsgrupp.

### **Gemensamma förbättringsarbeten**

Generellt sett inom förvaltningen så har en översyn av hur rutiner och riktlinjer ska samlas i ett kvalitetsledningssystem påbörjats.

Även utbildning i dokumentation för omvårdnadspersonal där även kompetensutveckling gällande arbetssättet individens behov i centrum (IBIC) och personcentrerad vård samt avvikelshantering ingår, genomförs i verksamheterna.

Befintlig avvikelseprocess har reviderats och till denna har kommunikationsprocessen tydliggjorts. En översyn av rutin för lex Sarah respektive rutin för lex Maria pågår.

### **Icke avslutade avvikelser**

Efter analys av avvikelsestatistik framkommer lågt andel avslutade avvikelser inom de områden som haft högre chefsomsättning. Bedömningen är att det finns ett behov av åtgärder för att förbättra informationsöverföringen vid avslut av tjänst i förhållande till när chef påbörjar sin tjänst.

Fortsatta insatser för att förbättra introduktionen sker på flera olika nivåer i förvaltningen.

Vidare reflektion är att om arbetet med avvikelser är systematiskt på enhetschefs nivå finns endast ett begränsat antal pågående utredningar per enhet igång, vilken underlättar för ansvarig enhetschef.

### **Avvikelser i form av fall**

Tidigt under år 2023 implementerade en ny rutin för hantering av fallavvikelser. Detta i syftar att minska antal fall samt stärka teamet kring hanteringen av fall. Detta är även en åtgärd i Nära vård, att jobba preventivt med bland annat fallförebyggande åtgärder minskar långa vårdtider, ökar möjligheten att bo i ordinärt boende längre och ökar livskvaliteten hos den enskilde då fall är en av de störst bidragande orsakerna till att äldre avlider.

För att möta upp behovet av fallförebyggande åtgärder har resurser tillsatts för legitimerade arbetsterapeuter på hemsjukvården inom ordinärt boende. Uppföljning behöver fortsätta att genomföras kontinuerligt.

### **Teamsamverkan i avvikelshanteringen**

Under 2023 har kompetensutvecklingsinsatser riktade i första hand mot chefer och legitimerad personal gällande avvikelshantering genomförts på en grundläggande nivå och i hanteringen i verksamhetssystemet samt erbjudit introduktion i avvikelshanteringen för nya chefer och ny legitimerad personal. Vidare har alla chefer och representanter från legitimerad personal bjudits in till workshops gällande avvikelshantering. Kompetensutvecklingsinsatserna kommer att fortgå även under 2024 med bland workshops för alla chefer.

Det finns behov av att förvaltningen lyfter fram vikten av en fungerande avvikelshantering på alla nivåer i organisationen. Kompetensutvecklingsinsatserna behöver intensifieras och verksamheterna behöver på olika sätt prioritera avvikelsetarbetet och utvecklingen för att säkerställa kvaliteten.

Generella åtgärder för sjuksköterskorna vid läkemedelsavvikelser är att kontrollera ordinationshandling mot signeringslista och apodos, så att allt stämmer överens med varandra.

Enhetschef inom hälso- och sjukvårdsenheten tar regelbundet upp avvikelser som sker i verksamheten, dels via informationsmejl till medarbetarna men också på arbetsplatsträffar för att diskutera inträffade händelser.

I detta sammanhang ska även utvecklingen av teamsamverkan och att ta tillvara alla professioners kompetens och erfarenheter lyftas fram som en väsentlig utgångspunkt för en fungerande avvikelshantering.

### **Utdrag från belastningsregister**

Utifrån att brukare utsatts för brott i form av stölder så pågår arbete med att undersöka möjligheterna att begära registerutdrag från belastningsregistret i samband med att en person anställs i verksamheten.



## Statistik avvikelser

Tabell 6: Rapporterade avvikelser över tid, 2020-2023

Rapporterade avvikelser	2020	2021	2022	2023
Läkemedel	1237	1174	1311	625
Fall	1221	1285	1219	1290
Vårdkedjebrist	41	61	118	111
<b>Totalt antal (alla avvikelsetyper är inte med i tabell)</b>	-	-	-	<b>2228</b>

Tabell 7: Inkommande avvikelser från extern vårdgivare, 2020-2023

	2020	2021	2022	2023
Vårdkedjebrist	9	10	10	13

### Analys avvikelsestatistik

Inom de flesta enheterna är medarbetarna snabba på att rapportera in avvikelser, dock har några enheter inom området IFO och LSS identifierats där väldigt få eller inga alls avvikelser registreras. Kvalitetsgruppen har i samband med kvalitetsrapportering till nämnd föreslagit kompetensutvecklingsinsatser i dessa grupper.

Då statistiken bakåt i tiden är utplockad från det gamla avvikelssystemet identifieras en eventuell felkälla att ta i beaktning. Statistiken kommer från två olika system, vilka har olika sätt att räkna och kategorisera avvikelser på. En tydlig positiv trend är dock en stor minskning i antalet läkemedelsavvikelser under 2023. Digitalt signeringssystem Appva tros vara en bidragande faktor här, vidare vittnar sjuksköterskorna om att omvårdnadspersonalen som kommer för delegering är mer förberedda och känslan är att det har mer kunskap när de träffar sjuksköterskan i samband med delegeringstillfället. Delegeringsutbildningen är något förvaltningen arbetat hårt med under flera år, vilket nu visar fina resultat. Sjuksköterskorna har också blivit tydliggjort kriterierna för godkänd delegering, i tveksamma fall väljer man att inte delegera omvårdnadspersonalen. Personalen får i stället läsa på ytterligare för att komma åter och göra testet.

Antalet avvikelser angående vårdkedjebrist behöver fortsatt uppmärksammas. Majoriteten av dessa gäller att utskrivningsprocessen inte följs. Det finns tydliga rutiner, riktlinjer och samarbetsöverenskommelser, vilka är förankrade i lagstiftningen men dessa följs inte då läget blir pressat. Det är när läget är pressat som det är ännu viktigare att alla följer den process som överenskommet. Samverkansform är upprättade och frågan tas upp både i MALG och Ledningsgrupp för vård och omsorg i Östergötland(LGVO)

## Allvarliga händelser

Tabell 8: Klassificering av avvikelser 2023

Verksamhetsområde	Risk för vårdskada	Vårdskada	Risk för allvarlig vårdskada	Allvarlig vårdskada	Antal
Individ- och familjeomsorg	2	0	0	0	2
HSE och Hemtjänst	476	371	1	0	848
Äldreomsorg	777	42	1	1	821
LSS	77	6	0	0	83
<b>Antal</b>	<b>1332</b>	<b>419</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1754</b>

Under 2023 inträffade tre allvarliga händelser i förvaltningen. En allvarlig vårdskada och två risk för allvarlig vårdskada. Alla tre händelser är utredda, bakomliggande orsaker har identifierats och åtgärder är vidtagna samt planeras att genomföras. MAS informerar om händelserna i informationsutskick för att bidra till lärande i organisationen. Enhetschefer ansvarar för att bidra till lärande i organisation genom att informera sina medarbetare.

### Beslut från IVO

IVO har avslutat båda anmälda lex Maria ärendena med bedömningen att Mjölby kommun har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet, genom att vidta åtgärder för att undanröja riskerna, utrett bakomliggande orsaker samt vidtagit åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

### Kvalitetsarbete och lärande i organisationen

En fungerande avvikelshantering är en av de viktigaste grundförutsättningarna för att säkerställa verksamhetens kvalitet och en ändamålsenlig socialtjänst, vård och omsorg.

Avvikelsehanteringen är ett av de utvecklingsområden som för hela förvaltningen fortsatt behöver prioriteras också för att utgöra ett självklart underlag för det systematiska förbättringsarbetet.

Med anledning av detta så planeras att i samband med övrig tertialuppföljning T, 1, T2 och T3/årsbokslut, ska kvalitetsredovisningen ha fokus på avvikelshantering i form av statistik, redovisningar, analys och åtgärdsförslag för att främja transparens och lärande i organisationen.

Under 2024 kommer så kallade kvalitetsforum genomföras kontinuerligt där förvaltningens chefer i dialog med stödfunktionerna på en förvaltningsövergripande nivå, har fokus på kvalitetsarbetet och gemensamt lärande, där bland annat inträffade avvikelser vid behov kan diskuteras.

### Klagomål och synpunkter

Klagomål hanteras i första hand i aktuell verksamhet av verksamhetschef eller enhetschef enligt kommunens rutiner för klagomålshantering. Vid specifika klagomål inom hälso- och sjukvården kan utredning ske tillsammans med medicinskt ansvariga. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i alla regioner. Patient och närstående kan vända sig direkt till kommunen eller via patientnämnden om man vill klaga på vården som kommunen ger.

Under 2024 kommer ett arbete ledas av enheten för utveckling och verksamhetsstöd i att framarbete och tydliggöra klagomålshanteringsprocessen i omsorgs- och socialförvaltningen (OSF). Kommunen har idag en digital plattform för synpunkter, "Infracontrol" som är kommunövergripande där medborgaren direkt kan gå in och göra lämna en synpunkt eller klagomål. Hanteringen efter att det

inkommit från "Infracontrol" till OSF behöver tydliggöras och rutin skapas. Det behövs även en marknadsföringsinsats till medborgare och medarbetare i förvaltningen om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål. Målet är att öka andelen synpunkter och klagomål för att det ska kunna bli underlag för det kvalitetsarbete som bedrivs och i syfte att bli en lärande organisation.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Avvikelsehantering kommer fortsatt vara ett prioriterat område under 2024. Fokus på ökad kompetens, utveckling av förhållningssätt i arbetsgrupperna och ett lärande i organisationen kräver fortsatt arbete. Förvaltningen kommer också lägga stort fokus på patientsäkerhetsgruppen som är nystartad. En kartläggning av nuläget kommer att göras och en handlingsplan utformas för att se vad vi som kommun har för utmaningar och prioriterade områden att fortsätta arbeta med framöver.

Under 2023 har förvaltningen valt att rikta fokus på förebyggande arbete inom rehabiliteringsområdet, bland annat har ett pilotprojekt startat upp inom SÄBO för att utbilda i rehabiliterande förhållningssätt, projektet drivs av MAR tillsammans med EC på utvalda enheter och sträcker sig till april 2024. En verksamhetsutvecklare har även anställts på förvaltningen under 2023 med mer riktat fokus på rehabilitering och preventivt arbete. Fallförebyggande arbete, aktiv vardag och ökad samverkan mellan rehab och bistånd är huvudfokus för utvecklingsarbetet.

2024 kommer fortsatt ge stora utmaningar i förflyttningen mot en Nära vård och det preventiva arbetet, pilotprojekt för rehabiliterande förhållningssätt planeras att breddinföras i kommunen, förflyttningsutbildningen ska stärkas upp och ett nytt koncept lanseras. Möjligheterna till digital rehabilitering via verksamhetssystemet Exorlive kommer undersökas och utvecklingsarbetet med fokus på fallförebyggande och preventivt arbete fortsätter.

Vidare blir kompetensutveckling ett stort fokusområde under 2024, där samtlig personal behöver stärkas för att vara redo att möta de utmaningar som kommer. Region Östergötlands minskade antal vårdplatser ger indirekta konsekvenser på kommunen. Patienter skrivs ut i ett tidigare skede och mottagandet av kommunen ställer högre krav på kompetens hos våra medarbetare. Under 2023 gjorde förvaltningen inköp av multifunktionella träningsdockor. De multifunktionella dockorna är väldigt verklighetstroga och tillräckligt multifunktionella för att möjliggöra träning för ett flertal olika situationer. Med övningsdockan så kan verksamheten erbjuda situationsbaserade övningar som på största möjliga sätt efterliknar arbete med riktiga brukare och patienter. Dockorna ska finnas i ett metodrum där utbildning av medarbetare inom vård och omsorg sker.



# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

2023 var ett händelserikt år, förvaltningen stärker kvalitets-, utvecklings- och uppföljningsarbetet genom att genom att tillsätta kvalitetsgruppen. Det krävs en grupp som håller samman kvalitets- och utvecklingsarbeten och fokuserar på uppföljning. Under året har många arbeten påbörjats och det har varit ett otroligt engagemang från alla verksamheter i förvaltningen. 2023 var en början på något bra, som kommer ta en fortsättning under 2024. Kvalitetsgruppens arbete ska dels utgå ifrån vad nämnden och ledningsgruppen ger för uppdrag dels ska arbetet vara verksamhetsnära, en utmaning vi står inför är att man ute i verksamheten inte alltid hinner med i utvecklingstempot. Det gemensamma utgångspunkten och grunden i allt kvalitetsarbete är individen i centrum och personcentreringen. Förvaltningen kommer under 2024 starta ett forum för ledningsgrupp, enhetschefer och medarbetare i utveckling och verksamhetsstöd. Forumet kallas "Kvalitetsforum" och hålls en gång per månad, i de flesta fall digitalt men ibland även fysiska träffar. Agendan på forumen skapas i dialog, utefter vad verksamheterna behöver, det kan handla om utbildning, information eller exempelvis arbeta gruppvis med olika teman och/eller case.

Under 2024 kommer förvaltningen att återinföra Senior alert. Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. En handlingsplan är utformad och arbetet kommer att starta på säbo under våren 24, det första målet är att alla enheter på säbo ska ha registrerat minst en patient i Senior alert innan sommaren. Till hösten 2024 fortsätter implementeringen inom hemtjänst och LSS/socialpsykiatri och det slutliga målet för 2024 är att alla enheter ska ha registrerat minst en patient innan året är slut.

Utmaningar vi står inför är kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Personalen behöver ha kompetens för patienterna vi ska vårda. Viktiga områden att säkerställa i och med detta är utbildning, bland annat via Evikomp, kontinuerlig handledning men också introduktionen för våra medarbetare. För att vi ska få medarbetare att stanna hos oss behöver introduktionen vara bra och utvecklingsmöjligheter inom yrket finnas. Patientflödet kräver också att personalen kompetensutvecklar för att vi ska kunna möta patienterna som kommer till våra verksamheter.

Hemsjukvården kommer under början på 2024 genomföra ett pilotprojekt tillsammans med Kungshöga hemtjänst. Omvårdnadspersonalen kommer först få göra en webutbildning i SBAR(situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation), vilket är en väl beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring. Samt utbildning i att kontrollera blodsocker via Evikomp. Sedan ska en utbildningsdag genomföras då sjuksköterskan deltar och pratar mer om SBAR. Personalen får öva praktiskt samt får en genomgång av bedömning av patient enligt ABCDE. Ett strukturerat omhändertagande av en patient enligt ABCDE syftar primärt till att identifiera och behandla livshotande tillstånd i rätt ordning. Bokstäverna bygger på de engelska orden; Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure. Denna dag kommer också övning med att praktiskt kontrollera vitala parametrar, inklusive kontroll av blodsocker.

Om pilotprojektet faller väl ut är tanken att utbilda alla hemtjänstpersonal inom samma koncept.

Centrala delar under 2024 kommer även att vara utvecklingsområdena teamsamverkan och uppföljning. Arbetet med att strukturera teamsamverkan i förvaltningen och påbörjat och det krävs en fortsatt implementering av arbetssätt och rutiner i arbetet, för att komma vidare i arbetet. Uppföljning av egenregi kommer att utvecklas under året, där både individuell och strukturell uppföljning kommer att vara centrala delar.