



Mjölby kommun

Patientsäkerhetsberättelse

För Mjölby kommun

År 2024



2025-02-26

Ansvarig för innehållet: Hanna Bergkvist, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Diarienummer i LEX: 2025:63

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"

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 Omsorg- och socialnämnden.....	6
Förvaltningschef	6
Medicinskt ansvariga.....	7
Verksamhetschef	7
Enhetschef – verksamhetschef enligt HSL.....	7
Legitimerad personal.....	7
Omvårdnadspersonal	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Samverkan på enheten	8
Samverkan inom förvaltningen	8
Samverkan med andra vårdgivare	8
Samverkan med smittskydd/vårdhygien	9
Ledningsgrupp för medicinskt ansvariga (MALG)	9
En god säkerhetskultur	9
Patientsäkerhetsgrupp	9
Informationssäkerhet	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Utbildningar som genomförts under året:	10
Personalomsättning.....	11
Patienten som medskapare.....	11
Nära vård 2024.....	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Kvalitetsarbetets grund.....	12
Systematiskt förbättringsarbete	12
Egenkontroll	13
Apoteksgranskning	13
Klagomål och synpunkter	13
MAS-aktuellt	13

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet hos privata vårdgivare	13
Slomarp	14
Vifolkagården och Mantorps hemtjänst	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Har vården varit säker	14
Analys avvikelser	15
Lex Maria.....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Kvalitetsledningssystem.....	16
Delegering	16
Digital signering	16
Evondos läkemedelsautomat.....	17
Trygg och säker i hemmet	17
Basala demensutredningar och uppföljningar	17
Svenska demensregistret (SveDem).....	18
BPSD – registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom).....	18
Säker vård här och nu	18
Kollegial journalgranskning.....	18
Senior alert.....	19
Vårdhygien.....	19
Palliativa registret.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelser.....	20
Kvalitetsredovisning	20
Workshop	20
Introduktion avvikelser	21
Kvalitetsforum	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22
Mål och strategier för 2025	22
Utmaningar för 2025	22

SAMMANFATTNING

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Omsorg- och socialnämnden i Mjölby kommun ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.

2024 har präglats av ett år med uppstarter inom flera olika arbeten kopplade till ökad patientsäkerhet. En viktig erfarenhet förvaltningen tar med sig är att det tar tid att arbeta med förbättrings- och utvecklingsarbete. Verksamheterna har ett grunduppdrag som i första hand behöver säkerställas. Verksamheterna klara inte av att arbeta med för många förbättrings-/utvecklingsarbeten samtidigt. Det är bättre att skynda långsamt, ta ett förbättringsområde i taget och göra en noggrann implementering, vilket ger en bättre och mer långsiktig effekt. Under flera år har förvaltningen haft stort fokus på att utveckla och arbeta med avvikelshanteringen. Ett arbete som har tagit lång tid och kommer att vara prioriterat även framöver. Medicinskt ansvarig sjuksköterska kan redan nu se att arbetet bidrar till en ökad patientsäkerhet, ett exempel är läkemedelsavvikelser. Exempelvis har vissa enheter jobbat aktivt för att säkerställa att omvårdnadspersonalen kontrollerar läkemedelslistan i samband med läkemedelsadministrering. I samband med detta arbete ser förvaltningen nu en annan typ av avvikelser som inkommer, att signeringslista eller läkemedelslistan inte är korrekt. I takt med utvecklingen och inkommande avvikelser framkommer nya utvecklingsområden att arbeta med framåt.

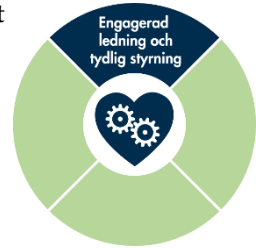
Förvaltningen fortsätter att arbeta med digitala lösningar såsom digital signering och läkemedelsautomat. De digitala lösningarna ses som en bidragande faktor till ökad patientsäkerhet.

Patienterna i våra verksamheter får allt mer komplexa sjukdomstillstånd vilket ställer högre krav på personalen som arbetar inom våra verksamheter. Därav kommer kompetensförsörjning och kompetensutveckling fortsatt att vara en utmaning för förvaltningen.

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

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

Kommunfullmäktige har tre mål till Omsorgs- och socialnämnden varav två av dem är delvis riktade mot hälso- och sjukvård och patientsäkerhet:

- Alla invånare ska erbjudas en god, nära, jämlik och samordnad hälso- och sjukvård, omsorg och socialtjänst som förebygger ohälsa och stärker hälsan. Antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar.
- Hälso- och sjukvård, omsorg och socialtjänst ska vara lättillgängliga och invånare ska vara delaktiga utifrån sina förutsättningar och behov. Andelen äldre som bor i särskilt boende och som anser sig ha inflytande och får tillräckligt med tid.

Vidare finns ett antal nämndspecifika mål, inget av dessa har direkt koppling till patientsäkerhet. Däremot finns även ett antal särskilda satsningar på nämndspecifik nivå, vilka har direkt eller indirekt koppling till patientsäkerhet:

- Delaktighet och inflytande
- Digital utveckling
- Nära vård

Under 2024 hade även Omsorgs- och socialförvaltningen fem styrtal, tre av dessa har en koppling till hälso- och sjukvård och patientsäkerhet:

- Andel av förvaltningens medarbetare har fått introduktion i Nära vård, %
- Andel personer inskrivna i kommunens hemsjukvård som har en rehabiliteringsplan, %
- Andel personer inskrivna i kommunens hemsjukvård som har en vårdplan, %

Förvaltningens arbete utgår ifrån ovan nämnda mål, särskilda satsningar och styrtal samt den Lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, 2022-2024 vilken bygger på Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren Omsorg- 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

Verksamhetschefen har ansvar över uppföljning och kvalitet inom sitt område. Ansvarar för att respektive ledningsgruppen arbetar med lärande inom organisationen och har 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 i de verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs. 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 ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring.

Legitimerad personal

Legitimerad personal består av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, Legitimerad personal ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet utifrån sin profession. Legitimerad personal ska bidra till att hög patientsäkerhets upprätthålls, följa beslutade processer och rutiner samt rapportera eventuella risker och/eller avvikelser. Alla medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet på enheten samt att medverka i utvecklingsarbete på enheten.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, följa beslutade processer och rutiner samt rapportera eventuella risker och/eller avvikelser. Alla medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet på enheten samt att medverka i utvecklingsarbete på enheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan på enheten

På alla enheter har personalen arbetsplatsträffar (APT), en del av 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 APT för att diskutera gemensamma frågor och även utbilda omvårdnadspersonalen inom olika områden. Vidare har enheterna specifika möten kopplat till bland annat demens och vårdhygien efter behov och årsagenda.

Samverkan inom förvaltningen

Alla enheter har teamträffar, vid dessa möten ses hela teamet för att diskutera gemensamma patienter och resurser. I teamet ingår omvårdnadspersonal, legitimerad personal, enhetschef och ibland även läkaren från Region Östergötland. Under året har flera grupper arbetat aktivt för att utveckla sina teamträffar. På teamträffarna går det multiprofessionella teamet igenom aktuella patienter och lyfter även aktuella avvikelser som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Inom vissa enheter finns fortsatta behov av att utveckla teamsamverkan bland annat genom systematiska teamträffar.

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 och lösa mer komplexa ärenden tillsammans.

I december 2024 startade ett nytt forum upp – Hemtagningsteamet, där ingår bistånd, legitimerad personal, hemtjänst samt Dacke korttids. Forumet ses 1 gång per vecka via teams och syftet är samverkan för att säkerställa att patienter kan komma hem från sjukhus/från Dacke på ett patientsäkert, hållbart och resurseffektivt sätt.

Samverkan med andra vårdgivare

Under stora delar av 2024 fortsatte samverkansforumet, som startades upp 2023, tillsammans med medicinska specialistkliniken i Motala. Representer från verksamhetsområde äldre, hemtjänst, hälso- och sjukvård samt individ- och familjeomsorgen i kommunen har mött representer från slutenvård och öppenvård från lasarettet i Motala. Träffarna har varit digitala och fokus har varit utskrivningsprocessen på en generell nivå, ibland har det även varit aktuellt att samverka kring enskilda individer. Förvaltningens ledningsgrupp fattade i slutet av året beslut om att pausa dessa avstämningar med Regionen tills vidare. Detta med anledning av att tid behövdes för att arbeta med de personer som behöver vår samordning för att kunna få vård och omsorg i hemmet. Det är oklart om och när avstämningarna kommer att tas upp igen. Det finns en dialog mellan ledningen inom Region Östergötland och omsorgs- och socialförvaltningen för att diskutera samverkan på en strategisk nivå.

Under året har legitimerad personal, chefer på hälso- och sjukvårdsenheten och MAS regelbundet samverkat via gemensamma möten tillsammans med Regionens vårdcentraler som kommunen arbetar emot. Mötena har varit uppskattade och en möjlighet att lyfta både strategiska och operativa

frågor. Under kommande år kommer även kommunen bjuda in den privata vårdcentralen i vårt område till ett liknande möte för samverkan.

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 med att upprätthålla patientsäkerheten.

Samverkan med smittskydd/vårdhygien

Under första halvan av 2024 träffades MAS:arna i länet digitalt med regionens enhet för smittskydd/vårdhygien regelbundet varje fjärde vecka. Den andra halvan av året glesades träffarna ut till 2-3 ggr per termin, då behovet inte fanns för tätare träffar. Träffarna har bestått av information från enheten för smittskydd men också dialog om läget i kommunerna. Information från mötena skickas ut från MAS till enhetscheferna via MAS-aktuellt. Samverkan med smittskydd/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 vissa är digitala. MALG har under året förändrat sitt arbetssätt och har nu fått ett ökat samarbete med Ledningsgrupp för vård och omsorg (LGVO). En fortsatt utveckling i MALG och tillsammans med LGVO kommer att ske under 2025.

En god säkerhetskultur

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

Patientsäkerhetsgrupp

Under 2024 startade förvaltningen upp en patientsäkerhetsgrupp, i gruppen finns följande representerade:

- MAS
- MAR
- Enhetschef hälso- och sjukvård
- Enhetschef särskilt boende
- Enhetschef hemtjänst
- Enhetschef LSS
- Enhetschef boendestöd, individ- och familjeomsorgen (IFO)

Gruppens huvudsakliga uppgift har under 2024 varit att göra en nulägesanalys samt en handlingsplan med åtgärder för ökad patientsäkerhet i förvaltningen. Arbetet med nulägesanalysen är klar och arbetet med handlingsplanen fortsätter en bit in i 2025. Under 2025 kommer även gruppens fortsatta syfte och mål diskuteras tillsammans med förvaltningens ledningsgrupp.



Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Inom omsorgs- och socialnämnden ansvarsområde ges insatser till enskilda individer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg samt vissa 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. Enlogg 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. Under 2024 har loggkontroller genomförts enligt gällande rutin i förvaltningen och det har inte upptäckts några oegentligheter i samband med kontrollerna.

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

Under 2024 införde Mjölby kommun tillsammans med Region Östergötland Cosmic Messenger. Detta är en säker meddelandefunktion som kan användas mellan kommunen och regionen. I funktionen skickas administrativ information som inte är akut mellan vårdgivarna.

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. I Mjölby kommun anställs i första hand utbildade undersköterskor som omvårdnadsnära personal. Kommunen erbjuder också vårdbiträden att studera till undersköterska alternativt undersköterskor att studera till specialistundersköterskor. Vid behov erbjuds medarbetare att läsa yrkessvenska för att stärkas i arbetet med patienterna. Mjölby kommun använder lärplattformen Evikomp, vilken är en digital modell för kompetensutveckling för personal inom vård och omsorg. Nedan följer en rad utbildningar som genomförts under året, alla kopplas till arbetet med Nära Vård och blir en del av det arbetet.



Utbildningar som genomförts under året:

- Delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal med delegering via Evikomp
- Förflytningsutbildning för omvårdnadspersonal
- Hygienutbildning – socialstyrelsens utbildning ”basala hygienrutiner inom vård och omsorg”
- Sårvårdsutbildning för sjuksköterska och undersköterska på Hälso- och sjukvårdsenheten

- Föreläsning om äldre och läkemedel med en läkare på Medicinska specialist kliniken för sjuksköterska och undersköterska på hälso- och sjukvårdsenheten
- Utbildning palliativ vård för palliativa ombud
- Sjuksköterskans kliniska bedömning, utbildning för sjuksköterskor på Hälso- och sjukvårdsenheten
- Senior alerts grundutbildning
- Tandvårdsutbildning för omvårdnadspersonal och intygsutfärdar-utbildning för sjuksköterskor
- Dokumentationsutbildning via Evikomp för legitimerad personal
- BPSD - Mjölby kommun har en certifierad utbildare (Demenssjuksköterskan) som utbildar administratörer för BPSD-registret i västra länsdelen tillsammans med Demenssjuksköterskan i Motala.

Personalomsättning

I verksamhetsområde LSS har personalomsättningen varit hög under 2024. Särskilt viktigt att ta i beaktande är omsättningen av tillsvidareanställda. Det finns alltid en risk utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv om det brister i personalkontinuitet. Omsättningen av vikarier kan medföra risker i och med kortare anställningar. Med kortare anställningar finns en utmaning i att säkerställa att vikarier hinner sätta sig in i hur kvalitetsarbetet ska utföras. Uppfattningen är dock att verksamheterna inom LSS på totalen har kunskap och erfarenhet av att introducera nya kollegor i rutiner, processer och genomförandeplaner. Dock kvarstår det ständigt pågående arbetet med att skriva och hantera avvikelser. Det har varit en minskad personalomsättning på enhetschefer 2024 jämfört med tidigare år vilket är positivt i avseendet att kunna hålla i det ständigt pågående kvalitetsarbetet.

I verksamhetsområde äldre ingår vårdboende respektive korttidsboende. Inom området har omsättningen av omvårdnadspersonal inte stuckit ut under 2024. De risker man dock kan se är när det finns behov av att ta in timvikarier som kanske inte jobbar lika ofta och därmed missar det som omvårdnadspersonal som möter personer boende på vårdboende och korttidsboende i stort sätt varje dag uppmärksammar. Det kan påverka personkännedomen. Sådan risk kan även inträffa när det finns behov av att personal flyttar mellan avdelningar.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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, vilka bidrar i kvalitetsutvecklingen av verksamheten. Under 2024 har patientsäkerhetsgruppen identifierat via nulägesanalysen att



förvaltningen behöver utveckla arbetet med patientens delaktighet. I nuläget görs patienten delaktig i olika stor utsträckning i sin vård genom sin genomförandeplan, vårdplan och/eller hälsoplan samt rehabiliteringsplan. Relevanta målsättningar ska sättas 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. Detta arbete finns med på handlingsplanen för ökat patientsäkerhet under 2025 och förvaltningen kommer att arbeta mer med patientens delaktighet, dels via ovan nämnda planer men också vid inträffande av vårdskador.

Nära vård 2024

Under året som gått har arbetet med Nära vård varit fokuserat på att genomsyra alla förbättringsarbeten som sker i förvaltningen. Påbörjade arbeten under 2023 har fortsatt men fokus har under 2024 legat på att använda begreppet och konceptet i det dagliga arbetet. Stort fokus har varit teamarbete, nationella metoden och arbetssättet IBIC (individens behov i centrum) samt att effektivisera arbetssätt och metoder. Detta för att öka patientsäkerheten och skapa större medbestämmande för individer i sin vård och omsorg. Ett annat stort fokus i Nära vårds arbete har varit välfärdsteknik och välfärdstekniska lösningar för att göra individer mer självständiga längre samt effektivisera personalens arbetssätt. Riktlinje för välfärdsteknik har arbetats fram under Nära vårdsarbetet tillsammans med verksamhetsutvecklare inom välfärdsteknik. Denna riktlinje är förvaltningsövergripande och påverkar de flesta delar av omsorgs- och socialförvaltningens områden.

Under 2024 har även arbetet med omställningen till ny socialtjänstlag tagit fart. En utvecklingsledare har anställts och tidigt 2025 börjar även en verksamhetsutvecklare inom området. Detta arbete kommer tangera arbetet med Nära vård åren framöver i förvaltningen och en förhoppning är att arbetet med Nära Vård stärks i och med den nya socialtjänstlagen.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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, bland annat genom kvalitetsredovisning till nämnd.

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.

Egenkontroll

Under 2024 har MAS, MAR och socialt ansvarig samordnare (SAS) arbetat fram en modell för egenkontroll av kvalitetsparametrar i verksamheten. Modellen bygger på att ansvarig chef för verksamheten fyller i ett webbformulär och upprättar därefter en handlingsplan med utvecklingsområden för verksamheten. I början på 2025 genomförs ett pilotprojekt enligt modellen och planen är att samtliga utförarverksamheten utför egenkontrollen innan sommaren 2025.

Apoteksgranskning

Under 2024 genomfördes en apoteksgranskning på Dacke korttidsboende. Granskningen visade på väl kontrollerad och engagerad verksamhet vad gäller läkemedelsrelaterade frågor. Efter granskningen skrevs en handlingsplan med förbättringsområden, åtgärderna i handlingsplanen tillämpas i samtliga verksamheter och är utförda samt uppföljda under året.

Klagomål och synpunkter

Inkomna synpunkter är en viktig del i omsorgs- och socialförvaltningens (OSF) kvalitetsarbete. Det finns ett kommunövergripande hanteringsförfarande, men det saknas rutiner och stöddokument för den specifika hanteringen inom förvaltningen. Under 2024 har verksamhetsutvecklare påbörjat ett arbete i att framarbета och tydliggöra synpunktshanteringen i OSF. En processkarta som ska ingå i kvalitetsledningssystemet tas fram liksom rutiner och andra stöddokument skapas för hantering av synpunkter och klagomål som inkommer till specifik verksamhet, generellt för förvaltningen samt de externa utförarna. En ny modul i Lifecare kommer under 2025 implementeras för att förenkla hanteringen hos den specifika verksamheten. Målet är att även de synpunkter och klagomål som inkommer ska utgöra underlag för det kvalitetsarbete som bedrivs i förvaltningen.

MAS-aktuellt

MAS skickar 1-2 gånger per månad ut ett nyhetsbrev som kallas MAS-aktuellt. Brevet skickas till samtliga Enhetschefer, ledningsgrupp samt stödfunktioner inom förvaltningen. Respektive enhetschef ansvarar för att skicka informationen vidare till sina medarbetare. I MAS-aktuellt är det fokus på patientsäkerhetsfrågor och där lyfts bland annat nya/reviderade rutiner, information om smittläge och vårdhygieniska frågor, avvikelsestatistik och statistik gällande kvalitetsregister och digital signering.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet hos privata vårdgivare

Under 2024 har MAS tillsammans med MAR och SAS följt upp de privata vårdgivarna i kommunen. Under året har Slomarps vårdboende drivits av Attendo och Vifolkagårdens äldreboende och Mantorps hemtjänst drevs fram till 1/4-24 av Vardaga och därefter av Förenede Care. Genom uppföljningsplanen har avtalsuppföljningarna gjorts per tertial 1, tertial 2 och tertial 3. Uppföljningarna bidrar till att säkerställa patientsäkerheten på de enheter som drivs av privata aktörer i kommunen.

Slomararp

I början av året framkom brister i avvikelshantering samt inom Dagverksamheten, dessa områden har arbetats med under året och fortsatta uppföljningar har visat på förbättringar Attendo har godkänts inom dessa områden. Vidare har brister i Attendos jourverksamhet framkommit, dessa brister följs fortsatt upp under 2025.

Vifolkagården och Mantorps hemtjänst

Förenede Care tog över driften för Vifolkagården och Mantorps hemtjänst den 1/4-24. Vid uppföljning tidig höst av tertial 2 framkom stora brister ibland annat gällande att säkerställa av patientsäkerhetsarbetet, avvikelshantering och bemanning. Uppföljningen fortlöpte under hela hösten 2024 och Omsorgs- och socialnämnden fattade i början av 2025 beslut om att bryta avtalet med Förenede Care och ta över driften i kommunal regi från och med 11/4-25.

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 §

Har vården varit säker

Under året har arbetet med implementering av nya arbetssätt kopplat till avvikelshantering fortsatt. Introduktionsprogram i avvikelser har tagit fram dels för nya chefer men också för legitimerad personal. Kvalitetsgruppen har också tagit fram material i form av PowerPoint som enhetschefer kan använda för att utbilda sin omvårdnadspersonal. Fokus har legat på att identifiera bakomliggande orsaker för att kunna vidta åtgärder för att en liknande händelse inte uppstår, eller minska risken för att en liknande händelse uppstår. Tre gånger under året har avvikelserna sammanställts och analyserats på en generell nivå i form av kvalitetsredovisning till nämnd och till verksamheterna. MAS, MAR och SAS ansvarar för rapporten och lämnar förslag på åtgärder för verksamheten. Sammantaget visar resultatet ett stort behov av att analyserna måste ske på verksamhets- och enhetsnivå. Idag sker analysen på förvaltningsövergripande nivå vilket inte ger den önskade effekten då förbättringsarbetet måste ske verksamhetsnära. MAS, MAR och SAS ser också behovet av att knyta samman respektive chefs egenkontroll av verksamheten med kvalitetsredovisningen. Ett fortsatt utvecklingsarbete kommer att ske under 2025 med kvalitetsredovisningarna.



Tabell 1: Inkommande avvikelser, visar 2023 och 2024

Rapporttyp	Avvikelsestyp	Antal 2023	Antal 2024
Vårdskador	Behandling / bedömning/undersökning	51	68
	Fall	1547	1361
	Informationsöverföring och dokumentation internt	52	59
	Läkemedel	803	926
	Medicinteknisk produkt	38	45
	Organisation och planering	27	49
	Rehabilitering	13	8
	Rutiner	71	70
	Vårdkedjebrist	123	129
Antal		2725	2715

Analys avvikelser

Antalet inkommande avvikelser är i stort sett identiskt mellan 2023 och 2024, de stora avvikelsestyperna är fortsatt fall respektive läkemedel. En viss förskjutning kan ses och antalet fallavvikelser har minskat samtidigt som antalet läkemedelsavvikelser har ökat under 2024 jämfört med 2023. Under året 2024 har antalet avvikelser relaterat till personalbrist inom rehab-gruppen ökat jämfört med tidigare år där effekten varit att patienternas rehabilitering uteblivit eller blir framskjuten. Rehab-gruppen är till stora delar utbytt och i avvikelseutredningar framkommer brister i kunskap kring rutiner och arbetssätt. I analysen av inkommande avvikelser ses att det finns inga eller väldigt få avvikelser inom vissa enheter, MAS, MAR och SAS har skrivit åtgärdsförslag till enhetschefer i kvalitetsredovisningen. Respektive enhetschef behöver analysera sin enhets behov och göra en handlingsplan med bland annat åtgärder som kompetensutveckling för omvårdnadspersonal. En annan del av att händelser ej rapporteras in tros vara kulturbundet, kvalitetsgruppen har tagit fram ett utbildningsmaterial som enhetschefer kan använda där det finns utrymme för att lyfta "kulturen hos oss".

Inom vissa verksamheter har ledning tillsammans med sjuksköterska arbetat mycket aktivt för att minska antalet läkemedelsavvikelser som är kopplade till att omvårdnadspersonal brister i rutinen att kontrollera ordinationshandlingen vid läkemedelsadministrering. Åtgärderna har varit effektiva och inom dessa verksamheter ses nu en annan typ av avvikelse istället, omvårdnadspersonal uppmärksammar nu istället om ordinationshandling eller signeringslista är felaktig.

Avvikelser i form av vårdkedjebrist, där extern part brister, har ökat marginellt från föregående år. Upplevelsen i kommunen är att patienterna skickas hem innan de är utskrivningsklara, det är ofta fler administrativa arbetsuppgifter som inte är genomförda. Exempelvis är läkemedelslistan inte aktuell, detta är en patientsäkerhetsrisk i kommunen eftersom det är den aktuella listan vi arbetar efter, i kommunen finns ingen läkare nära till hands som kan justera och revider efter hemkomst. När dessa brister uppstår ökar belastningen på legitimerad personal och omvårdnadspersonal i kommunen. Det uppstår ökade vårdbehov och samordningsbehov som är svåra att förutspå. Kommunen fortsätter att

fokusera på vår del i utskrivningsprocessen och sätter in åtgärder för att underlätta för utskrivande part.

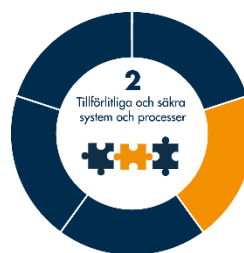
Lex Maria

Under 2024 har sju utvidgade utredningar genomförts i förvaltningen. Av dessa har en händelse bedömts som allvarlig vårdskada och anmäldes enligt lex Maria till IVO. Den aktuella vårdskadan gällde patienter som kan ha blivit smittade av Multiresistenta bakterier(MRSA) på ett boende i kommunen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Kvalitetsledningssystem

Arbetet med införande av ett nytt kvalitetsledningssystem har fortsatt under 2024, en projektledare leder arbetet och arbetet beräknas pågå även under 2025. Fokus ligger på att det ska vara processinriktad samt "lätt att göra rätt" för medarbetarna. Kvalitetsledningssystemet ska vara så tillgängligt och användbart som möjligt.



Delegering

Delegeringsprocessen i förvaltningen är en väl genomarbetad process som bidrar till hög patientsäkerhet. Omvårdnadspersonalen som först gör en digital utbildning för att sedan träffa sjuksköterskan upplevs i de flesta fall vara väl pålästa och kunniga inom området vilket ger en trygghet för sjuksköterskan som ska delegera. För att utveckla delegeringsprocessen framåt finns en delegeringsgrupp bestående av MAS tillsammans med sjuksköterskor från samtliga verksamhetsområden. Gruppen träffas en gång per termin.

Inom rehabiliteringsområdet jobbar legitimerad personal med personbundna delegeringar för TENS, tippbräda och specifik träning som bedöms som avancerad. I början på året såg man att delegeringsförfarandet, framförallt på tippbräda, inte taktade med. Slutsatsen av detta är resursbrist då ansvarig fysioterapeut var sjukskriven och ersättare inte kunde komma direkt. Inom rehabiliteringsområdet ses fortsatt behov av att utveckla delegeringsprocessen och vilka uppgifter som ska delegeras.

Digital signering

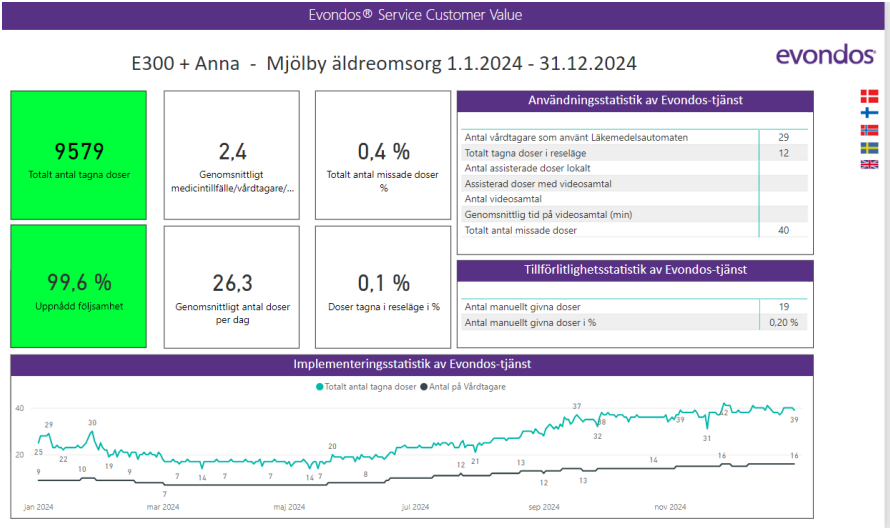
Förvaltningen använder fortsatt Appva digital signering vilket bidrar till ökad patientsäkerhet. Appva är ett digitalt system för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Legitimerad personal lägger in insatser i Appva som omvårdnadspersonalen signerar direkt i sina mobiltelefoner. Appva hjälper till genom att det blir mer struktur på signering av läkemedel. Arbetet med appva är tidseffektivt i jämförelse med tidigare arbete med signering i pappersform. I tabellen nedan ses antalet insatser samt andel signerade insatser. Antalet insatser ligger relativt jämt i jämförelse med föregående år och andel signerade insatser ligger fortsatt stabilt högt.

Tabell 2: Digital signering, antal insatser samt andel signerade insatser 2021, 2022, 2023 och 2024

Digital signering	2021	2022	2023	2024
Antal insatser	703 217	799 618	766 515	727 408
Andel signerade insatser	98%	99%	98%	98,6%

Evondos läkemedelsautomat

Evondos läkemedelsautomat är en digital lösning. Automaten ger vägledning när det är dags att inta läkemedel, både via talade instruktioner, ljudsignaler, och genom att visa skriftliga instruktioner på enhetens skärm med kontrollampor. Evondos läkemedelsautomat hjälper patienten att ta sitt läkemedel på rätt tid, ökar patientens delaktighet och bidrar till självständighet. Under 2024 har arbetet med Evondos läkemedelsautomat fortsatt, under året har mellan 7-16 automater varit placerade hos patienter. Nedan följer statistik från Evondos för året 2024. I statistiken ses god följsamhet i läkemedelsadministreringen, vilket är en bidragande faktor till ökad patientsäkerhet.



Trygg och säker i hemmet

Under 2024 har verksamhetsutvecklare på uppdrag av ledningsgrupp för Trygg och säker i hemmet lett en arbetsgrupp. I arbetsgruppen finns representanter från förvaltningens alla professioner som arbetar med Trygg och säker i hemmet. Arbetet har mynnat ut i flera aktiviteter som bland annat syftar till öka samverkan i förvaltningen när vi får komplexa hemgångar samt att utveckla det arbetssätt som idag finns rutin kring. Arbetet kommer fortgå under våren 2025 med fokus på att implementera en ny rutin gällande teamträffar.

Basala demensutredningar och uppföljningar

Under 2024 genomfördes 108 stycken demensutredningar i Mjölby kommun. Det har sjunkit något i antal varje år sedan 2022. Detta tros ha olika orsaker. En orsak kan vara att flera av de utredningar som kom i slutet av 2024 bokades in i januari 2025 och kommer då inte med i statistiken. Under 2023-2024 har en certifiering av utredningsprocessen fortsatt att prövats, genom att man samlat in siffror kring olika parametrar så som utredningstider och antal utförda besök, samt hur många återkopplingar vårdcentralen har skickat tillbaka till kommunen, huruvida patienten har fått en demensdiagnos eller inte. Sedan har siffrorna sammanställts och utvärderats.

Arbetet med att kunna ansöka om certifiering har ännu inte startats upp, men beräknas komma igång under 2025. Detta väntas ha positiv effekt på antalet återkopplingar.

Att göra årliga uppföljningar av personer med demenssjukdom är mycket viktigt för att följa sjukdomens förlopp samt kunna ge återkoppling till ansvarig läkare på vårdcentralen. Det är också 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 2024 varit 44 stycken, vilket är en ökning jämfört med åren innan, då uppföljningar fortsatt har prioriterats. Återkopplingen från vårdcentralerna till kommunen om patienten har fått demensdiagnos eller inte, är fortfarande bristfällig men har förbättras.

Under 2024 har kognitiva teamet deltagit på demensronder på Mjölby vårdcentral, Skänninge vårdcentral och Mantorps vårdcentral. Dessa ronder är nu obligatoriska på alla vårdcentraler i västra Östergötland efter beslut av Vårdprocessprogram Demens, västra Östergötland i januari 2024. Kognitiva teamet, specialistvården (minnesmottagningen) och vårdcentralen deltar vid dessa tillfällen.

Svenska demensregistret (SveDem)

Personer som fått demensdiagnos via vårdcentral och som gett sitt samtycke registreras i SveDems primärvårdsmodul av sjuksköterska i kognitiva teamet i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation. En förutsättning för registrering är att kognitiva teamet 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.

Antal grundregistreringar i SveDem ökade något under 2024 till 43 personer som nydiagnostiserats med demensdiagnos i Mjölby kommun. Årliga uppföljningar av demenssymtom har ökat mer markant under 2024. Registreringsfrekvensen är dock fortsatt låg. Av 44 gjorda uppföljningar registrerades 28 stycken år 2024. Under 2023 började arbetet med att åter implementera modulen för SÄBO. Under 2024 har registreringar utförts på samtliga boenden.

BPSD – registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

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. Registreringarna i BPSD-registret har fortsatt att öka under 2024, vilket troligtvis beror på att det finns många aktiva administratörer i kommunen.

Säker vård här och nu

Kollegial journalgranskning

Enligt Patientdatalagen(2008:355) är syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för, patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt



forskning. Journalgranskning ger en god inblick i hur verksamheten fungerar i patientsäkerhetsarbetet. Bristfälligt förda journaler utgör en risk för patienter, då det kan innebära att de inte får den vård de behöver. Kollegial journalgranskning bidrar dessutom till ett lärande i organisationen. Under 2024 arbetade MAS, MAR och dokumentationsansvarig fram rutiner och mallar för kollegial journalgranskning av HSL-dokumentation. Under hösten genomfördes ett pilotprojekt där de nya rutinerna och mallarna testades. Arbetet föll väl ut och under första halvan av 2025 startas arbetet upp i samtliga verksamheter.

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, utveckla undernäring och ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Under 2024 har arbetet med Senior alert återupptagits i förvaltningen. Fokus under året har varit att hitta arbetssätt för att kunna börja registrera, då detta har tagit tid har inte många registreringar utförts under året. Målet som sattes under föregående år med minst en registrerad patient per enhet under 2024 har inte uppnåtts. Målet reviderades under arbetets gång och fokus har istället alltså legat på att ta fram välfungerande arbetssätt. Med arbetssätt och rutiner på plats förväntas registreringarna genomföras systematiskt och öka under 2025.

Vårdhygien

För att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) och förhindra smittspridning krävs systematiskt vårdhygieniskt arbete som en del av patientsäkerheten. Sedan ett par år tillbaka finns ett upparbetat arbetssätt med en aktivitetsplan gällande förvaltningens vårdhygieniska arbete. Aktivitetsplanen innehåller aktiviteter såsom:

- Nätverksträffar för hygienombud
- Utbildningsinsatser inom vårdhygien
- Självskattnings
- Hygienrund

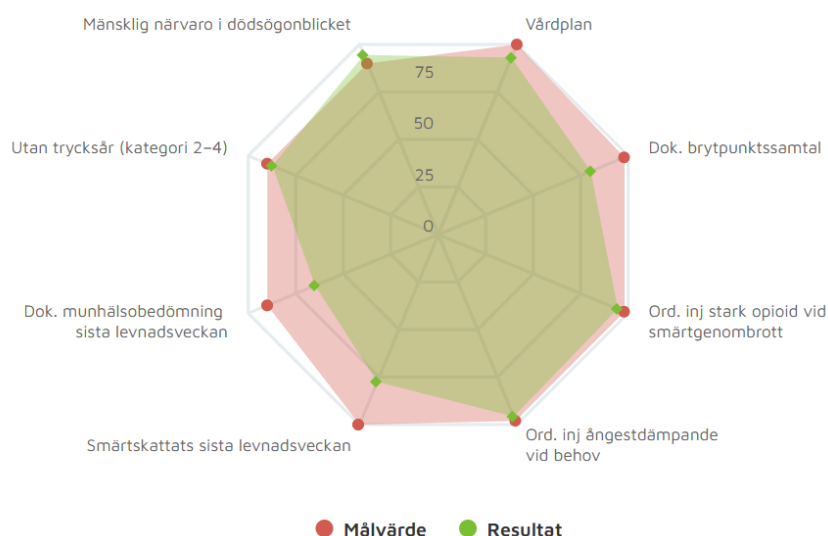
Under 2024 kom en länsgemensam hygienstrategi och en mall för respektive kommuns arbete. Förvaltningens redan implementerade arbete skrevs ned i mallen och utgör nu den vårdhygieniska strategin i förvaltningen. Tidigare arbete med aktivitetsplanen och dess aktiviteter uppfyller alla punkter i strategin och därav har inte aktivitetsplanen förändrats utan arbetet fortgår.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Underlag från palliativregistret avser det totala antalet registrerade dödsfall för perioden i registret. Resultatet (se spindeldiagram nedan) visar att det finns ett behov av att göra förbättringar inom flera kvalitetsindikatorer. För kommande år har omsorg- och socialförvaltningen valt att ha med några kvalitetsindikatorer från palliativregistret som styrta. Det leder till att resultatet kommer att följas upp regelbundet och få en större plats i det dagliga arbetet samt utgöra en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Varje enhet behöver bli bättre på att följa upp resultatet i palliativregistret för att utveckla och förbättra respektive verksamhet.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse

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

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 allvariga 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. Rapportering och arbete enligt ovan process har fungerat väl under året.



Kvalitetsredovisning

Avvikelse, synpunkter, klagomål och personuppgiftsincidenter har sammanställts i kvalitetsredovisning till nämnd tre gånger under året. Resultatet har redovisats på en förvaltningsövergripande nivå. För att utveckla arbetet kommer kvalitetsredovisningen redovisa resultat på verksamhetsområdes- och enhetsnivå samt kopplas samman med enhetens egenkontroll.

Workshop

Under 2024 erbjöd kvalitetsgruppen workshop i avvikelshantering för chefer och legitimerad personal. Under våren erbjöds gemensam workshops, dock kom fler önskemål om att rikta det mer mot respektive verksamhetsområde vilket ledde till att workshoparna under hösten var verksamhetsspecifika. Workshoparna under hösten blev mycket uppskattade och gav ett lärande inom organisationen.

Introduktion avvikelser

Kvalitetsgruppen i förvaltningen erbjuder introduktion för nya chefer och ny legitimerad personal inom avvikelser. Under 2024 erbjöds ett tillfälle per termin där alla nya samlades. För att utveckla arbetet framåt kommer chefer inbjudas individuell introduktion under 2025 istället. Målet är att fånga upp chefen och anpassa utbildningen efter chefens befintliga kunskaper inom området. Chefen får då också utbildningen direkt i anslutning till när hen startar sin anställning.

Kvalitetsforum

Kvalitetsgruppen tillsammans med förvaltningens ledningsgrupp har under året bjudit in till flera kvalitetsforum, ämnen som diskuterats har varit bland annat kvalitetsredovisning, skydds- och begränsningsåtgärder, nya socialtjänstlagen och teamsamverkan. Vid flera tillfällen har goda exempel från verksamheterna lyfts i forumet för att öka lärandet i organisationen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Avvikelsehanteringen kommer fortsatt vara ett prioriterat område under även under 2025, med fokus på att identifiera "risk för vårdskada". Det vanligaste är att en händelse rapporteras när den väl har hänt. Dock är det just vi "risk för" det finns en stor chans att minska riskerna och vidta åtgärder för att händelsen aldrig ska kunna inträffa i verksamheten.



Vidare blir kompetensutveckling ett stort fokusområde även under 2024, för att rusta medarbetarna så att verksamheten står redo att möta de utmaningar som kommer. Region Östergötlands minskade antal vårdplatser ger mer eller mindre direkta konsekvenser på kommunens verksamheter. Patienter skrivs ut i ett tidigare skede och mottagandet av kommunen ställer högre krav på kompetens hos våra medarbetare.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för 2025

2024 var ett händelserikt år där flera viktiga arbeten kopplade till patientsäkerhetsarbete påbörjades.

Arbetet med dessa ska nu fortsätta inom dessa områden. Målsättningar och strategier för 2025 är:

- Registreringar i Senior alert ska påbörjas inom alla aktuella verksamhetsområden
- Ökad uppföljningsfrekvens av Palliativregistret
- Egenkontroll ska genomföras två gånger per år. I samband med egenkontroll ska MAS, MAR, SAS genomföra utökade/fördjupade uppföljningar på minst två enheter per år.
- Kvalitetsredovisning utvecklas och analys ska ske på enhetsnivå respektive verksamhetsområdes-nivå.
- Kollektiv journalgranskning ska genomföras enligt ny rutin.
- Gemensamt arbete med avvikelsetypen vårdkedjebrist mellan kommunerna i Östergötland och Region Östergötland ska påbörjas under 2025. Målet är att hitta en väl fungerande process för hur avvikelser skickas mellan vårdgivarna samt på sikt också hur vårdgivarna kan få till en gemensam analys och förbättringsarbete inom området.
- Standardiserade vårdplaner ska användas i första hand, i de fall det är möjligt.
- Varje patient ska ha en namngiven ansvarig sjuksköterska
- Inkontinens - målsättning: Erbjuder adekvat kompetens och stöd vid inkontinens samt förskrivning av inkontinensförband. Behov av att kartlägga arbetet samt revidera rutiner och arbetssätt.
- Fortsatt utveckling i Evikomp med bland annat ett kompetensutvecklingsspår gällande avvikelser.

Utmaningar för 2025

Förvaltningen står fortsatt inför stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Personalen behöver ha den kompetens som krävs för de patienter som ska vårdas och i takt med att allt sjukare patienter finns i våra verksamheter ökar dessa krav. Viktiga områden att säkerställa i och med detta är utbildning, bland annat via Evikomp men också i 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 kompetensutvecklas för att vi ska kunna möta patienterna som behöver insatser från våra verksamheter.