

Patientsäkerhetsberättelse 2023

# Socialförvaltningen

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>5</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
3.2 En god säkerhetskultur .....	6
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	7
3.4 Patienten som medskapare .....	8
3.5 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
<b>4 Agera för säker vård .....</b>	<b>11</b>
4.1 Egenkontroll .....	11
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	11
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	14
4.4 Säker vård här och nu .....	16
4.4.1 Riskhantering .....	18
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling .....	19
4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	21
<b>5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>23</b>

# 1 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"

## 2 Sammanfattning

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen ”Agera för säker vård” för ökad patientsäkerhet. Denna patientsäkerhetsrapport bygger på dessa förutsättningar. Rapporten beskriver hur det arbetas med indikatorer för patientsäkerhetsarbete 2023 i Älmhults kommun för att få till en god och säker vård.

Att arbeta med patientsäkerheten vad gäller läkemedelshantering, basala hygienrutiner, smittskydd, dokumentation, bemötande, kvalitetsregister mm är ett ständigt grundläggande arbete. Resultatet i rapporten visar på ett engagemang ute i verksamheterna där man arbetar med indikatorerna och har verktyg för att förbättra där det behövs. Flera resultat i rapporten visar direkt på ett förbättrat resultat genom att man systematiskt använt pdsahulets arbetssätt. Presenterar ett resultat, gör handlingsplaner utefter vad som behövs förbättras, åtgärddar och följer upp det man infört. Sedan behövs resultaten spridas för ett lärande i alla verksamheter. Detta görs idag i samverkan både internt via chefsled som externt via medverkan i samverkansgrupper och nätverk.

## 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



#### Organisation och ansvar

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

*Socialnämnden*, är ansvarig vårdgivare som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

*Förvaltningschef/Verksamhetschef*, skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS)* skall enligt hälso- och sjukvårdslagen ha det medicinska ansvaret i kommunen. Ansvaret utövas genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet i fokus. Den medicinska sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

*Verksamhets/Enhetschef* ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som förvaltningschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att omvårdnads/leg. personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

*Hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

#### Övriga samverkans och informationspartners inom patientsäkerhetsområdet;

Region Kronoberg med smittskydd, vårdhygien, läkemedelsenheten, AMK, patientsäkerhetsrådet, dokumentationsgrupper mm.

Övriga kommuner i Kronobergs län i samverkan

Patientnämnden, Skr, IVO, Socialstyrelsen mm

#### Övergripande mål och strategier

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

Varje patient bör känna sig trygg och säker i kontakten med vården och varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kommunens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.. För att mäta hur verksamhetens mål uppnås samt få ett underlag till förbättringsarbete för en säkrare vård så används resultat från till exempel hygienronder, granskning av läkemedelshantering, resultat från kvalitetsregister till exempel Senior alert, resultat

från öppna jämförelser, rapporter om vårdskada och andra avvikelser. Dessa redovisas i patientsäkerhetsberättelsens resultatdel.

Målen är beslutade av Socialnämnden och fastställdes 2016. De täcker in flertalet av patientsäkerhetsområdena och har beskrivits i en egen verksamhetsplan. I samband med att denna patientsäkerhetsberättelses mål och strategier för 2024 beslutas föreslås att denna rapport blir helt vägledande för de mål som socialnämnden tar för patientsäkerhetsarbetet 2024.

## 3.2 En god säkerhetskultur

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



Under 2022-2023 har med stöd av SKR:s analysverktyg ett arbete påbörjats utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet Agera för säker vård. En förvaltningsövergripande nulägesanalys har genomförts och prioriteringsområden har tagits fram. Prioriteringsområden har presenterats i ledningsgrupperna och de stämmer väl överens med det förvaltningen redan är medveten om.

### Fokusområde 2024

*Öka kunskap om inträffade vårdskador.*

Mätning och sammanställning av information om vårdskador. Förslag är att framarbeta en lathund kring hur statistik tas ut ur avvikelssystemet lifecare. Detta som underlag till enhetschefer för att kunna arbeta med på sina respektive APT.

Exempel på enhetsnivå;

Enheter ska följa upp rutiner kring skyddsronder, avvikelshantering, bemanning, hygienronder, förflyttningsutbildningar med mera och skapa åtgärder när brister upptäcks. Detta följs kontinuerligt upp på APT, gruppmöten, samverkan och team-träffar.

*Tillförlitliga och säkra system och processer.*

Förebyggande arbete för att minska risker för individer genom att fortsätta arbete med att skapa en fördjupad utbildning i senior alert ska prioriteras. Omvärldsbevaka någon form av riskbedömningsinstrument för FS brukare bör göras.

Exempel på enhetsnivå;

Förvaltningen har under året påbörjat implementering av kvalitetsråd. I dessa möte träffas enhetschef, samordnare, sjuksköterska samt rehab 1 gång/vecka. Förvaltningen arbetar intensivt för att skapa en lärande organisation över helheten.

*Säker vård här och nu.*

Säker arbetsmiljö samt säker bemanning genom utökad stöd via HR på ledningsgrupper och APT.

Exempel på enhetsnivå;

Arbetet kring uppföljningar behöver förbättras utifrån om vi gör rätt saker. Det behövs samverkan

mellan myndighet, verkställighet och legitimerad personal för att möjliggöra en tydlighet i bifall av beslut. Vårdtyngden ses dagligen över för att uppmärksamma behov av omfördelning av personalresurser. Säker arbetsmiljö uppnås genom det systematiska arbetsmiljöarbetet och vid behov genom upprättande av riskbedömningar och handlingsplaner.

*Stärka analys, lärande och utveckling.*

Analysera resultat som möjliggör lärande och att sprida analyser, kunskap och lärande. Verksamhetsutvecklare har som uppdrag att analysera, presentera resultat och sedan vara delaktiga i förbättringsarbetet ute på enheterna. Det finns förslag att skapa forum för Hälso- och sjukvårdsfrågor där enhetschefer, leg. personal och handläggare träffas för att få resultat presenterat och för att planera inför förbättringsarbete.

Exempel på enhetsnivå;

I ett lärande syfte delges alla medarbetare avvikelser av vikt vid ex APT och morgonmöte. Allvarliga vårdskador hanteras enligt rutin. Rutiner såsom personalrutiner och Hälso- och sjukvårdsrutiner följs regelbundet upp på APT.

*Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete*

En enkät med frågor om säkerhetskulturen bör göras under 2024 för att analysera brister i engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur och adekvat kunskap och kompetens.

I dagsläget används inget specifikt verktyg i Älmhults kommun för att säkerställa patientsäkerhetskulturen men det hade varit lämpligt att tillsammans med medarbetarenkäten infoga HSE (hållbart säkerhetsengagemang). Dessa frågor finns att hämta via SKR och används av alla regioner.

Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling samt patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap bör ta sin form i påbörjat arbetssätt med brukarmöten samt anhörigstöd. Resultatet av brukarundersökningen ger indikationer på vad som behöver förbättras i vården.

### 3.3 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 ledningsgrupperna förs dialog och planering kring arbetet med att få bemanning med kompetent personal som kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt. Det finns en kompetensförsörjningsplan både på övergripande nivå och på verksamhetsnivå. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har som uppdrag att presentera resultat från tillsyner, mätningar och allvarliga avvikelser som rör patientsäkerheten. Resultaten presenteras i ledningsgrupper och planering/handlingsplaner görs för förbättringsarbete.

**Omvårdnadspersonal;**

Kunskapsbanken började tas fram med start våren 2022 och används för att säkerställa och tillgängliggöra kompetensutveckling via lärande i vården för omvårdnadspersonal. Här finns avsnitt om lex maria, råd vid värmebölja, senior alert, fotvård och omvårdnad mm.

I samband med läkemedelsdelegering säkerställs medarbetarens kompetens genom personlig utbildning och kunskapstest. Under 2023 har delegeringsmaterialet setts över och en sjuksköterska

som också är vårdlärare har anställts för att ha som uppdrag att hålla i hälso- och sjukvårdens kompetensutveckling för omvårdnadspersonal.

I verksamheterna arbetas det med att fortbilda och kompetensutveckla via språkombud, hygienombud och dokumentationsombud. Dessa ombud ska få till sig utbildning och arbetssätt och föra detta vidare med hjälp av sin enhetschef ut till alla medarbetare.

Exempel på enhetsnivå;

Förvaltningen har infört årshjul för att på ett strukturerat och regelbundet sätt arbeta med kompetenshöjande krav/utbildningar. Några utbildningar finns på kunskapsbanken. I samband med medarbetarsamtal dokumenteras vilken kompetens som medarbetaren har och vad som behövs framåt

### **Leg. sjuksköterskor/arbetsterapeuter samt fysioterapeuter;**

Leg. personal har en checklista och en längre bredvid gång innan man startar sitt självständiga arbete beroende på tidigare erfarenhet.

Några sjuksköterskor har under 2023 fått bidrag för att kunna fortbilda sig till specialistsjuksköterskor.

Under flera år har hemsjukvården använt Visam, ett beslutsstöd för sjuksköterskor, för att skapa en säkrare och mer lika vård och bedömning vid försämrade tillstånd.

Kronobergs läns kommuner har startat professionsråd inom demens, dokumentation, urininkontinens, palliativ vård, nutrition samt diabetes för att kompetensutveckla och sprida arbetssätt till legitimerad personal. Allmän medicinsk kunskapscentrum samt läkemedelskommittén har också utbildningar där legitimerad personal i kommunerna ska medverka.

Utöver de utbildningar som erbjuds via regionen har vi under 2023 även haft utb för ssk inom diabetes (i samverkan med VC), förskrivningsrätt inkontinens, sårvård, undertrycksbehandling, munhälsa och BPSD.

Hemtjänst Östra har blivit Silviahemscertifierat där deltog även legitimerad personal.

Exempel på enhetsnivå;

Avvikelser används som grund för att upptäcka behov av utbildning.. Till exempel planerades och genomfördes diabetesutbildning för samtliga sjuksköterskor under 2023 med anledning av avvikelser som inkommit rörande brister i diabetesvården. Kompetensutveckling sker fortlöpande vid nya insatser som kräver fortbildning till exempel trach- och dialysvård. Sjuksköterskor deltar regelbundet de utbildningar som erbjuds i regionens regi. Övriga kompetenshöjande utbildningar som genomförts under 2023 för en del sjuksköterskor är utbildning i svåra samtal i Cancerfondens regi och utbildning i förskrivningsrätt för inkontinens.

## **3.4 Patienten som medskapare**

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





Verksamheten ska skapa förutsättningar för den enskilde att få insyn och möjlighet att påverka sina insatser. Detta sker med stöd av personal och närstående. Patienter och närstående ska bli lyssnade på och deras kunskap ska ses som en värdefull resurs för verksamheten i planeringen kring och arbetet gentemot den enskilde.

Vid vårdskada eller risk för vårdskada rapporteras händelsen i avvikelsemodulen. Där skadet även ska framgå att berörd patient och/eller anhörig har informerats om händelsen. Vid händelser med hög risk och/eller allvarlig konsekvens tar medicinskt ansvarig sjuksköterska alltid kontakt med patient och närstående för att ge dem möjlighet att yttra sig.

Patient/anhöriga ska alltid få svar från verksamheten avseende utfallet av de utredningar som gjorts. Det ska framgå vad som hänt, varför händelsen inträffat och vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra att händelsen ska upprepas.

Vidare sker samverkan med patient och närstående exempelvis vid vårdplanering, riskanalys av skyddsåtgärder samt vid planering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Varje patient/brukare får även i upprättande av genomförandeplan/vårdplan möjlighet att beskriva hur denne vill ha sina insatser utförda.

Genom brukarundersökning får patient/brukare möjlighet att återkoppla sina åsikter och upplevelser gällande socialförvaltningens insatser och verksamhet. *Brukarundersökningens resultat presenteras i kvalitetsberättelsen.*

*Exempel på enhetsnivå;*

Utsedd kontaktman har i uppdrag att i samråd med den enskilde tillgodose att brukaren får så meningsfulla dagar som möjligt och möjlighet till aktivering.

Vid journalgranskning har det framkommit att det ibland saknas dokumentation om patientens delaktighet vid planeringen av vården. Under 2023 har arbete påbörjats med att förbättra innehållet i vårdplanerna. Förebyggande och hälsofrämjande arbete sker bland annat genom att aktivt se över hälso- och sjukvårdsbehovet fortlöpande i syfte att inte ta över och hjälpa patienten med insatser som hen klarar själv.

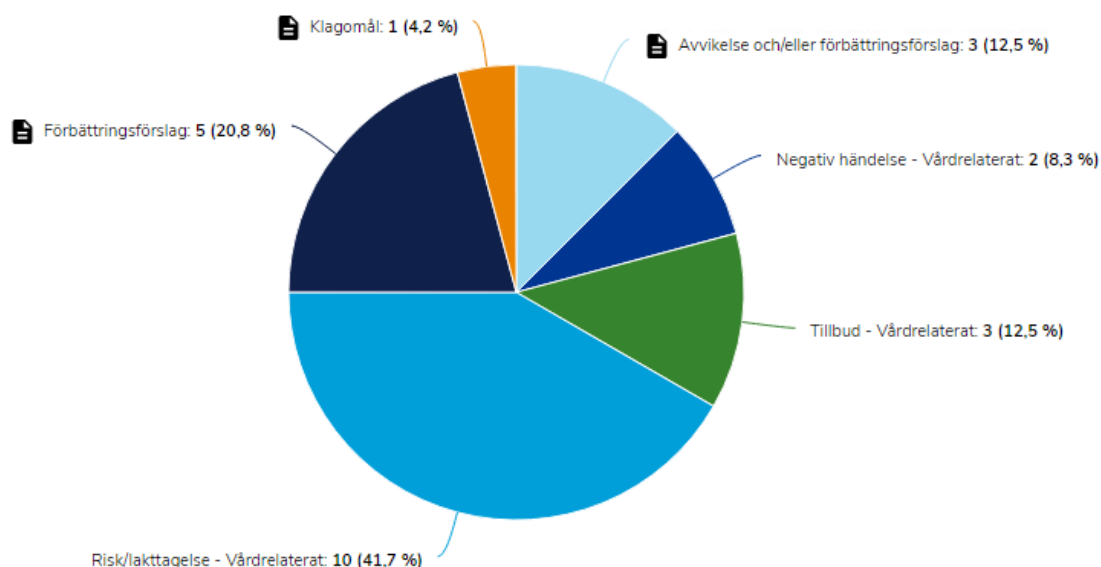
### **3.5 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Vid samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från slutna vården eller vid flytt från annan kommun är en riskprocess där vårdskada kan uppstå. Även när patienter skickas in till sjukhuset. Riskerna ligger främst i kommunikationen mellan parterna vad gäller patientens aktuella status, omvårdnadsbehov, läkemedel samt hjälpmedelsbehov, Systemet Link (i cambio cosmic) underlättar en del av denna överföring.

Överföring av läkemedelsordinationer utgör stor risk för att vårdskada ska uppstå. Detta för att olika system används såsom Pascal (ordinationsverktyg för dosdispensering) och aktuell läkemedelslista i Cambio Cosmic och att dessa inte synkroniserar. Samverkan och förbättringsarbeten utifrån rapporterade avvikelser såväl internt som i samverkan med Regionens slutenvård och primärvården sker kontinuerligt.

För att påtala bristerna läggs avvikelser i syfte att förbättra system och arbetssätt. Region Kronoberg samt alla kommuner har en "Rutin för avvikelshantering av avvikelser som rör samverkan mellan region Kronoberg och kommunerna i Kronobergs län". Professioner ifrån kommun och region medverkar i en analysgrupp för att några gånger per år lyfta gemensamma avvikelser, analysera dem och komma med förslag på förbättringar.

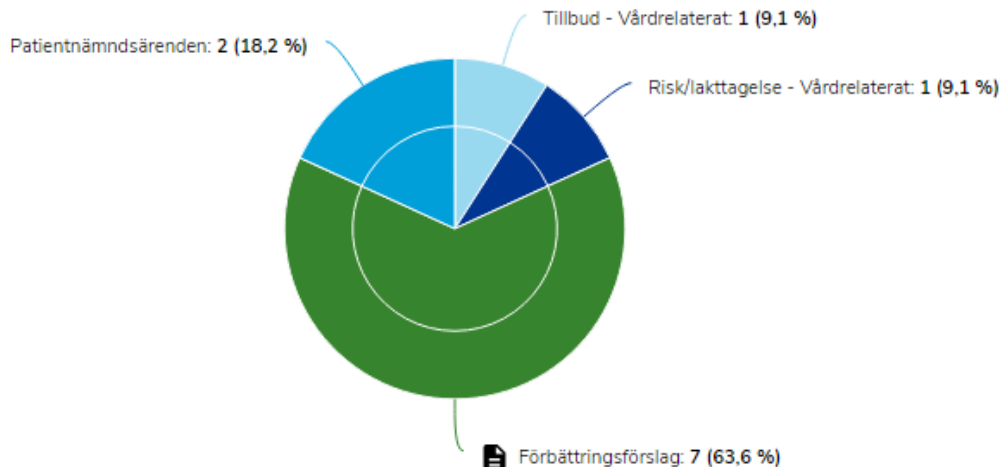
## Avvikelse Älmhults kommun skickat till annan vårdgivare 2023;



## Avvikelse Älmhults kommun fått ifrån annan vårdgivare 2023;

Ärendetyp

- Tillbud - Vårdrelaterat
- Risk/lakttagelse - Vårdrelaterat
- Förbättringsförslag
- Patientnämndsärenden



Det finns en samverkansöverenskommelse mellan kommunerna i Kronobergs län samt Region Kronoberg för att underlätta vården för den enskilde. Genom samverkan i vården dvs att få rätt vård av rätt vårdinstans vid rätt tid gör att vi tillsammans arbetar för att förebygga vårdskador.

Samverkansavtal finns också med kommunens vårdcentraler (Achima Care och Kry) och kommunen. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala och regionala primärvården. Här regleras b.la läkarmedverkan.

## 4 Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



### 4.1 Egenkontroll

#### Årsschema för egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Klar /delvis / ej gjord
Basala hygienrutiner och kläddregler	Minst 1g/år	Klar
Hygienrund/vårdhygienisk egenkontroll	Hygienrund 1g vartannat år/ Egenkontroll varje år	Klar
Nattfastamätning	1 gång/år	Klar
Vårdskadeavvikelser	Kontinuerligt/ redovisas övergripande på delår och helår	Klar
Klagomål och synpunkter	Kontinuerligt/ redovisas övergripande på delår och helår	Klar
Palliativ vård	Kontinuerligt/ redovisas övergripande på delår och helår	Klar
BPSD	Kontinuerligt/ redovisas övergripande på delår och helår	Klar
Läkemedelsgenomgångar i teammodell	Kontinuerligt	Klar
Extern kontroll av läkemedelshandling	1 g/år	Delvis
Patientriskfaktorer via kvalitetsregister senior alert	Kontinuerligt/ redovisas övergripande på delår och helår	Klar
Vårdtyngdmätning HSV	2 gånger/år	Klar
MTUkontroll	1 g/år	Klar
HSL Journalgranskning i syfte att hitta förbättringsområden	1 g/år	Klar
HSL loggkontroll	1 g/månad	Klar

### 4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



## Utredning av händelser - vårdskador

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

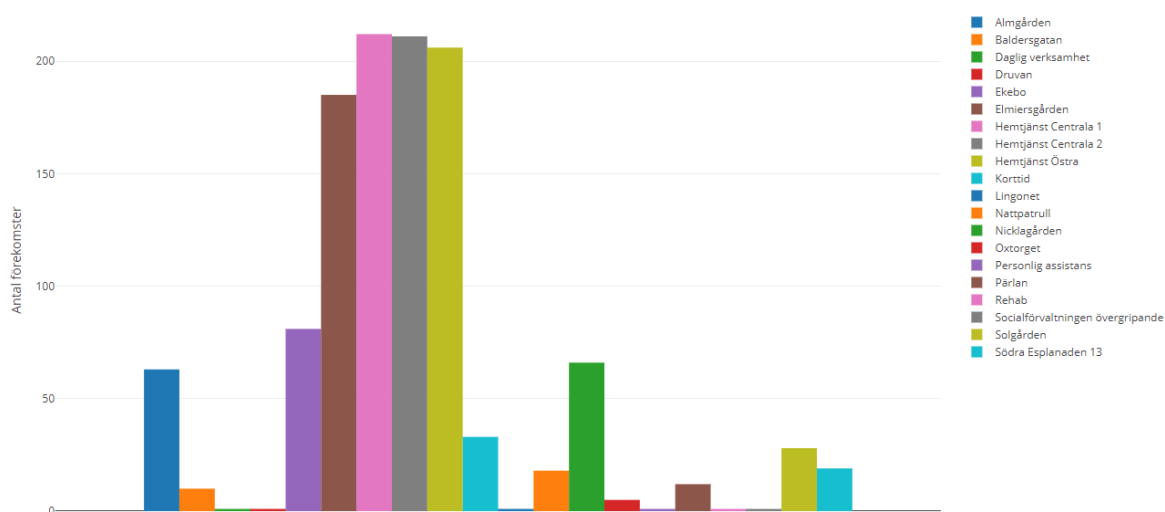
Utredningar av avvikelser som kunnat medföra en allvarlig vårdskada eller medförde en allvarlig vårdskada har utretts 2023 efter anmälan till Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt rutinen ständiga förbättringar

<https://kommunsamverkan.sharepoint.com/sites/information/Forvaltningar/Socialforvaltningen/Ledningssystem/Standiga-forbattringar/Sidor/Rapporteringsskyldighet---avvikelser,-lex-Maria.aspx>.

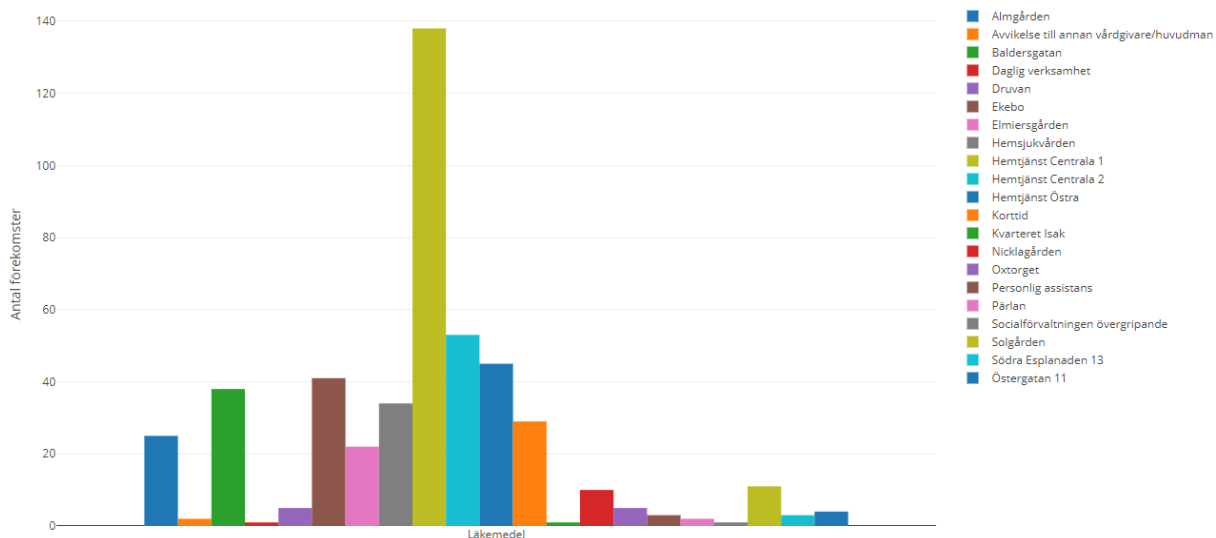
Avvikelserna har berört läkemedelshandling, dokumentation, samverkan internt och extern samt bedömningar och kontakt med läkare vid försämrat allmäntillstånd. En avvikelse har ansetts så allvarlig att den skickats till IVO som en Lex Maria. Den berörde samverkan internt samt rapportering och dokumentation. Svar ifrån IVO visar att de var nöjda med förvaltningens åtgärder och avslutade utredningen. Presentation av av alla händelser har gjorts i verksamheten via ledningsgrupper för ett lärande och förebyggande arbete.

### Orsaker till flest avvikelser;

#### Fall



#### Läkemedel



Typ av avvikelse	2021	2022	2023
Fall	918	1092	1155
Läkemedel	227	299	473
Vårdkedjan	46	41	45
Medicinteknik	11	37	33

Exempel på enhetsnivå;

Flest avvikelser har orsakats av fall. Avvikelserna lyfts på teamträffar och åtgärder som sedan följs upp.

Andra avvikelser har även handlat om bemötande och kommunikation. Åtgärder i form av handledning, personal från andra enheter har stöttat, förändring i arbetsgrupper, diskussioner om förändrat arbetssätt, samarbete med anhöriga, använda hjälpmedel etc har satts in.

En enhet fick många läkemedelsavvikelser på kort tid. I samband med utredning så framkom det att sms notis i signIT (system för påminnelse och signering av läkemedel) inte funnits på samtliga telefoner. Efter åtgärd har förvaltningen sett en förbättring av antalet avvikelser.

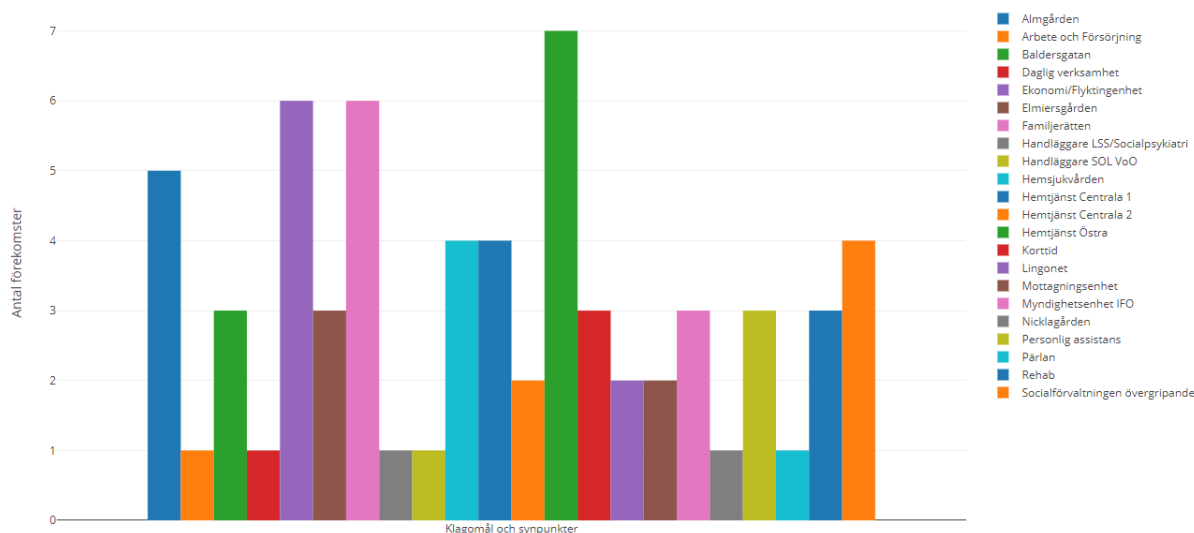
Avvikelser kring diabetesvård har medfört utbildning till samtliga medarbetare i samverkan med vårdcentralen. Avvikelser kring läkemedel har bla medfört justering av arbetet i Sign-It samt arbete med att uppdatera och utveckla delegeringsrutinen. En sjuksköterska med uppdrag att hålla i samtliga delegeringsutbildningar har anställts. Avvikelse och Lex Mariaanmälan kring händelse kopplad till brist i intern samverkan har medfört arbete med och förbättring av rapporteringsrutin, rutin kring dokumentation samt omfördelning av bemanning på eftermiddag/kväll på fredagar.

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter bidrar till att verksamheten ska kunna förbättras och utvecklas. När ett klagomål eller en synpunkt inkommer så är det alltid ett tillfälle för reflektion och lärdom. Det är så vi blir bättre tillsammans.

Under 2023 har det inkommit 66st klagomål och synpunkter att jämföras med 2022 s 80st. Dessa utreds för det mesta av den egna enheten och besvaras av berörd chef. Klagomål och synpunkter av allvarigare karaktär utreds via förvaltningen då de kan leda till en lex Maria eller en lex Sara.

2023



Exempel på enhetsnivå;

Flertalet av de klagomål som inkommit har handlat om brist i kommunikationen.

Klagomål gällande brist i kompetens för stomi åtgärdades med utbildning till både ordinarie och vikarier via APT och vikariemöte. Enheterna skapade även en så kallad stomilådan där aktuellt material finns. Detta för att personal kan förbereda sig samt ställa frågor redan innan de går ut till en brukare.

Klagomålen har kunnat avslutas genom utredning och återkoppling till den som framfört klagomålet. I inget av fallen bedömdes fel ha begåtts avseende behandlingen. I det ena fallet visade utredningen att brist på kommunikation var en stor grund till klagomålet. Handlingsplan kring hur kommunikationen mellan vårdpersonal och anhörig skulle förlöpa upprättades.

### Vårdrelaterade infektioner 2023

Alla kommuner i länet samverkar med vårdhygien smittskydd. Gemensamma rutiner och riktlinjer både när det gäller att arbeta smittförebyggande som att arbeta när smittan redan är där finns. Som exempel kan nämnas Covidpandemin, magsjuka, influensa.

Under 2023 har 1 magsjuka utbrott rapporterats och 1 influensautbrott. Utbrott är när det är 3 eller fler som insjuknar inom samma enhet. Vårdrelaterade infektioner kan spridas inom vården när man behöver vården.

Covidsjukdomen räknad som pandemi är över men vi har fortfarande patienter som insjuknar. Under 2023 uppkom utbrott inom verksamheten både vid årets början och årets slut. Vaccinering, som görs 2ggr/år för de mest sköra gör att symtomen dämpas. Dock har vi samma restriktioner vad gäller provtagning och skyddsutrustning för de mest sjuka samt äldre sköra.

## 4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

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

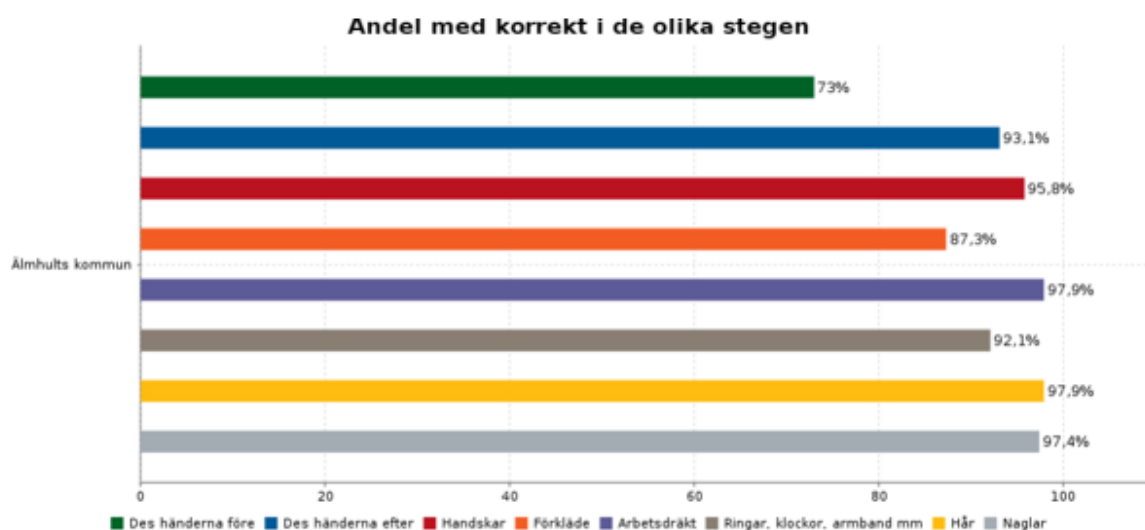


## Vårdhygien

Våren 2023 följdes den vårdhygieniska egenkontrollen upp som gjordes 2022 och vid behov skapades nya handlingsplaner. Denna egenkontroll gör enhetscheferna själva med hjälp av hygienombuden.

Hygienrund gjordes av medicinskt ansvarig sjuksköterska hygiensjuksköterska ifrån Region Kronoberg, enhetschef, ssk och hygienombud i maj 2023 på alla våra särskilda boenden för äldre. Detta med syfte att kontrollera om det finns en god vårdhygienisk standard, arbetaa förebyggande för att motverka vårdrelaterade infektioner och smittspridning och vad vi kan förbättra. Resultatet är redovisat i alla ledningsgrupper för lärande och förbättringsarbete.

Vecka 40-41 (lokal mätning) gjorde förvaltningen basala hygien och klädreglermätning. Det övergripande resultatet från årets mätning redovisas.



Resultatet har presenterats för samtliga enhetschefer och arbetet har påbörjats för att åtgärda och ytterligare förbättra följsamhet till vårdhygien, särskilt avseende desinfektion av händer före vårdarbete samt korrekt användning av förkläde. Hygienombud ska finnas inom alla verksamheter, ha tydliga uppdragsbeskrivningar och utbildning för att kunna stötta och aktivt arbeta med vårdhygien samt medverka i mätningar på respektive enhet.

Exempel på enhetsnivå;

Resultatet har redovisats på APT och vårdhygien och arbetssätt bör vara en stående punkt på APT och gruppmöte.

Handlingsplaner med åtgärder kopplade till vårdhygienisk kontroll utförd av hygiensjuksköterska har upprättats och följts upp under 2023.

### Extern läkemedelshanteringsgranskning

Är inte genomförd under året. Däremot har medicinskt ansvarig sjuksköterska granskat de läkemedelsavvikelser som inkommit och presenterat förbättringsförslag i ledningsgrupper och på hälso- och sjukvårdsmöten. Delegeringsprocessen är också uppdaterad och förbättrad. Extern granskning planeras för våren 2024.

## Läkemedelsgenomgångar i teammodell

Under 2023 genomfördes totalt 107 läkemedelsgenomgångar i teammodell tillsammans med vårdcentral och farmaceut ifrån sjukhusapoteket. Alla våra patienter med mer än 5 läkemedel boende på våra särskilda boenden för äldre är gjorda 2023. Endast 8st är gjorda i ordinärt boende. Samtal och planering har startats för att få till dessa våren 2024.

## Läkemedelsrobot- digital teknik

2023 infördes ett pilotprojekt med införande av 10 läkemedelsrobotar i ett hemtjänstområde. syftet var att se om en läkemedelsrobot kan ge;

- ökat ansvar för den egna vården för den enskilde patienten ett led i god och nära vård
- att andra insatsers tid styrs mer utefter egna önskemål och inte pga läkemedelsbesök
- säkerställa att rätt läkemedel tas på rätt tid ökar patientsäkerheten
- minskat behovet av läkemedelsrelaterade besök ger en ökad självständighet
- med färre läkemedelsrelaterade besök blir det mindre arbetsbelastning för vård- och omsorgspersonal särskilt morgon och kväll

När piloten var klar gjordes en utvärdering som visade på så goda resultat att det bestämdes att pilotprojektet ska permanentas och att övriga två hemtjänstgrupper ska ingå. Vid årets slut leasas 20 läkemedelsrobotar.

## Vårdtyngdsmätning för hemsjukvården

Sedan våren 2020 genomförs vårdtyngdsmätning inom HSV 2 ggr/år genom att patientansvariga sjuksköterskor fyller i en enkät. Resultatet visar att vårdtyngden minskar avseende behov av vård för patienter på särskilt boende men att det är en liten ökning i ordinärt boende. Total parenteral nutrition dvs näringsdropp iv har minskat men vi ser allt fler som behandlas med iv antibiotika både i särskilt och ordinärt boende. Andel med blodtransfusioner och sondmat ligger oförändrat och övriga avancerade HSL insatser är relativt oförändrade. Resultatet kan vara ett tecken på att patienterna som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård blir allt sjukare och att vi möter upp med den insats som behövs för att patienter kan vara kvar hemma om det går. Detta skulle i så fall överensstämma med den tendens man förutspår i landet i övrigt och påvisar att arbetet mot omställningen till en God och Nära Vård är av yttersta vikt.

## 4.4 Säker vård här och nu

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



### God och nära vård och omsorg

Nära vård är ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård och omsorg med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov och förutsättningar. Att få den vård och det stöd och de insatser man behöver på rätt vårdnivå ger en trygghet och säker vård.





### Samverkan

Samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården eller vid flytt från annan kommun är processer där förvaltningen ständigt gör förbättringar för att säkra vården. Verktöget Link används för att planera vården vid utskrivning från slutenvården och via NPÖ kan verksamheten läsa andra vårdgivares anteckningar om patienter flyttar in från andra kommuner.

Samverkansöverenskommelser finns mellan kommunerna i Kronobergs län samt Region Kronoberg för att underlätta vården för den enskilde. Som exempel kan nämnas hemsjukvårdsavtalet, samverkan vid egenvård och trachvården se bifogad länk <https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/vardriktlinjer/vardoverenskommelser/overenskommelser-mellan-regionen-kommunerna/#tab-13713>

Samverkansavtal finns också med kommunens vårdcentraler (Achima Care och Kry) och kommunen. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala och regionala primärvården. Här regleras b.l.a läkarmedverkan.

### Rutiner och vårdprogram publiceras på socialförvaltningens ledningssystem

<https://kommunsamverkan.sharepoint.com/sites/information/Forvaltningar/Socialforvaltningen/Ledningssystem/Halso--och-sjukvard/Sidor/H%C3%A4lsa--och-sjukv%C3%A5rdsrutiner.aspx>

Implementering av rutiner och riktlinjer sker tillsammans med berörd arbetsgrupp och på möten med verksamhetschefer, enhetschefer samt legitimerad personal.

Region Kronoberg har tillsammans med alla kommuner i länet sammanhållen journalföring, det vill säga att vårddokumentation mellan olika vårdgivare kan delas via samtycke från den enskilde. Detta arbetssätt bidrar stort till att förbättra patientsäkerheten. Att hitta information här och nu gör att man kan ge rätt vård vid rätt tidpunkt.

### Rehab i vardagen

Rehab i vardagen är ett arbetssätt som förvaltningen förväntar sig ska leda till att brukaren blir trygg och självständig samt att besluten om omvårdnadsinsatser hamnar på rätt nivå. Detta ska göras genom att stödja brukaren i tidigt skede att använda sina förmågor och klara vardagen med ett

rehabiliterande och förebyggande arbetssätt. Projektet har haft en trög start då det har varit brist på fysioterapeuter. En omstart görs 2023/2024

### **Skörhetsskattning**

Våren 2023 infördes skörhetsskattning i hela Kronoberg för våra mest sjuka äldre patienter. För denna patientgrupp är även samverkan mellan region och kommun av särskild vikt. Ett huvudsyfte med att identifiera skörhet är att hitta de äldre personer som behöver en noggrannare kartläggning ur ett helhetsperspektiv. Målet är att ge de bästa förutsättningarna för fortsatt vård och planering att få rätt vård på rätt vårdnivå leder till en säkrare vård.

När ska skattningen göras?

☑ Patienter 65 år då skalan är validerad från denna ålder.

☑ Vid sjukvårdskontakter som exempelvis inskrivning i hemsjukvård eller på äldremottagning, årliga kontroller på VC, på akuten, på mottagning och vid ankomstsamtal på avdelning.

☑ Primärvårdens äldremottagningar och HSV årligen.

Bedömningen görs, i multiprofessionell samverkan, av vård- och omsorgspersonal som har god kännedom om individen och vi har utbildat skörhetsskattningsambassadörer inom hela äldreomsorgen. Rutin och arbetssätt beskriv närmre i ledningssystemet

[https://kommunsamverkan.sharepoint.com/sites/information/Forvaltningar/Socialforvaltningen/Ledningssystem/Halso--och-sjukvard/Sidor/Sk%\*c3\*%\*b6\*rhetsskattning.aspx](https://kommunsamverkan.sharepoint.com/sites/information/Forvaltningar/Socialforvaltningen/Ledningssystem/Halso--och-sjukvard/Sidor/Sk%c3%b6rhetsskattning.aspx).

**Älmhults kommun har registrerat 418 skörhetsskattningar i hälso och sjukvårdens journalsystem under 2023.**

## **4.4.1 Riskhantering**

### **Risikanalys**

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

Om det kan förutses att något kan inträffa som kan skada en patient, så finns det en risk (möjligheten att en negativ händelse inträffar). Om orsaken till risken identifieras och bedöms (risikanalys) kan åtgärder sättas in i förebyggande syfte.

Risikanalys görs inför förändringar i verksamheten eller vid införande av nya behandlingsmetoder/arbetssätt som kan komma att påverka patientsäkerheten. Exempel kan vara nya tekniska behandlingsmetoder.

Inom socialförvaltningen i Älmhults kommun räknas samtliga granskningar och tillsyner, såsom exempelvis extern läkemedelshanteringsgranskning, nattfastamätning, hygienrond m fl, som riskanalyser och handlingsplaner uppförs efter de resultat som granskningarna visar. Vidtagna åtgärder och efterlevnad till upprättade handlingsplaner följs upp vid förvaltningens verksamhetsuppföljningar.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Älmhults kommun har en egen organisation för utgivning av SITHS-kort. SITHS står för Säker IT i Hälso- och Sjukvården och innebär att inloggning mot olika verksamhetssystem som behandlar personuppgifter blir säkrare. I nuläget finns kort utgivna till all legitimerad personal, chefer samt all omvårdnadspersonal inom socialförvaltningen.

Rutin finns att månadsvis logga medarbetare vad gäller läsning i aktuella journalsystemet Cambio

Cosmic. Dessa kontrolleras av enhetschef och rapporteras till Verksamhetschef. I egenkontrollen visas den som klar.

Samtycke till att läsa patients journal vid sammanhållen journalföring med andra vårdgivare frågas efter av inskrivna hemsjukvårdspatienter. Detta kontrolleras vid loggning varje månad samt vid granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring.

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring är gjord 2023. Resultatet har analyserats och diskuterats med Medicinskt ansvarig sjuksköterska och förslag till åtgärder för förbättringar ska arbetas vidare med 2024.

Informationsklassificering av Cambio Cosmic är gjord. Då identifierades risker och konsekvenser av dessa beskrevs. Riskanalys och förslag till åtgärder beslutades.

Exempel på enhetnivå;

Under 2023 har det arbetat aktivt med att förbättra och utveckla användandet och upprättandet av vårdplaner. Dokumentationsombudet har deltagit i samtliga professionsråd och därefter delgivit sina kollegor nyheter och uppdateringar. Det finns fortfarande förbättringsområde gällande ex delaktighet och upprättande av vårdplaner inom vissa område, såsom läkemedelsgenomgångar och Senior Alert.

## 4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

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



### Palliativ vård

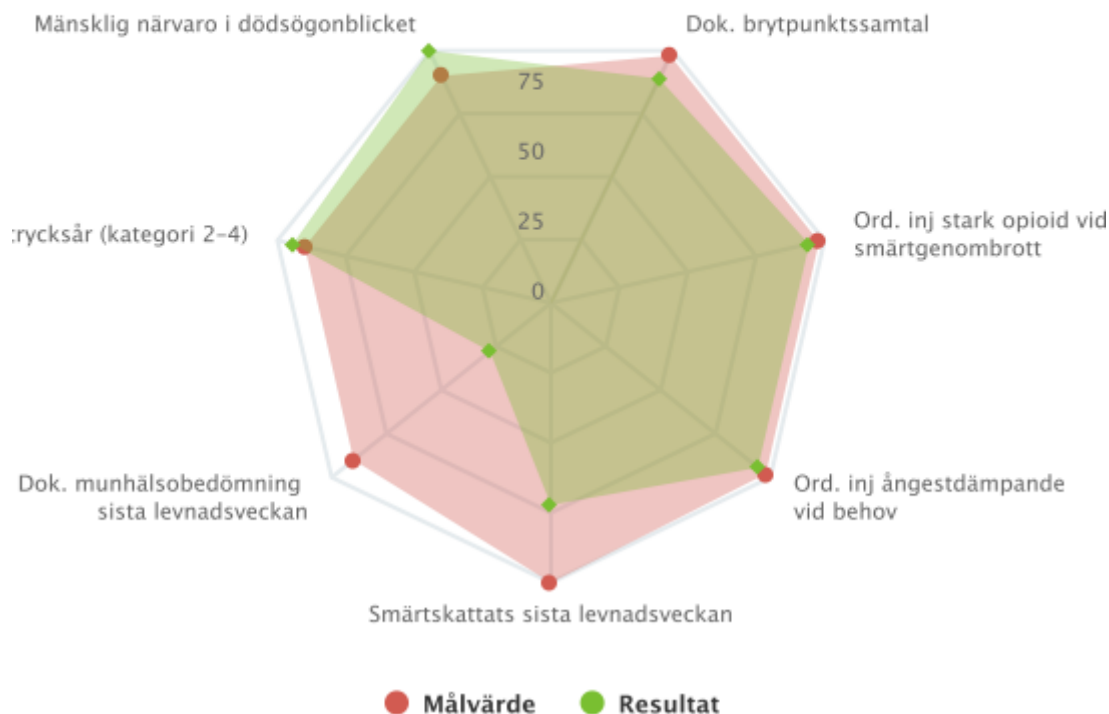
IVO granskningen som gjordes i alla kommuner 2020-2023 visar på att förbättringar behöver till. IVO betonade att ingen ska behöva dö ensam och att förbättra planering inför vård i livets slut. I förvaltningen har vi lyft extravakrutinen för ökad kännedom och effekten av det är att fler får vak, de som vi registrerat visar på **100%**. Hemsjukvårdens chefer granskar alla patienters journal som får ett VILSbeslut och där brister finns så påtalas det. I en uppföljningsenkät som utfördes november 2023 bland sjuksköterskor på säbo utefter granskningsresultatet så visade det att de flesta var nöjda med vad vårdplanen vid livets slut innefattade.

**Svenska palliativregistret** är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att belysa och visa på områden som kan förbättras vid vård i livets slut. Registreringen görs av hemsjukvård eller av slutenvården i de fall dödsfallet sker där. Totalt antal registreringar kopplade till Älmhults kommun kan således inte till fullo påverkas av hemsjukvård. Resultatet ger ändå en hint om vad som behöver förbättras där målet måste vara att komma upp i målvärde för. Analys av de kvalitetsindikatorer som presenterats 2023 visar att vi fortfarande ifrån 2022 har ett arbete med att dokumentera munhälsobedömning under sista levnadsveckan. Förvaltningen har under hösten 2023 bestämt att vid vård i livets slut så ska munhälsobedömning signeras i vårt planeringssystem för hälso- och sjukvårdsinsatser för påminnelse.

### Resultat

# Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 – 2023-12



## Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Syftet med registret är att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och använda föreslagna åtgärder för att förbättra vård och omhändertagandet samt öka säkerheten för patienter och personer i hälso- och sjukvård och sociala omsorger. Systemet används både på individnivå såsom att analysera för att hitta organisatoriska och på enhetsnivå förbättringsområden. Älmhults kommun använder sig av parametrarna undernäring, trycksår, fallolyckor samt munhälsa (ROAG).

De som registreras och har en ökad risk får en åtgärdsplan som ska följas upp. Nedan följer resultat för 2023 samt 2022 som en jämförelse.

## Resultat

### 2022

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2
Älmhults kommun	233	92% ↑ 349 av 378	79% ↓ 276 av 349	93% ↔ 323 av 349	73% ↓ 237 av 326	14 ↔ 14 personer	92 ↔ 92 personer	43 ↔ 15 personer	77 ↓ 77 personer

### 2023

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2
Älmhults kommun	240	88% ↓ 340 av 386	69% ↓ 233 av 340	92% ↓ 312 av 340	85% ↔ 266 av 302	27 ↔ 24 personer	82 ↔ 82 personer	40 ↔ 19 personer	90 ↔ 90 personer

Glädjande har följsamheten i att använda Senior alert, sett till antal registreringar av unika personer, ökat under 2023 jmf med 2022. Det procentuella antalet utförda åtgärder vid risk har också förbättrats. Vidare visar resultatet ett minskat antal brukare med BMI >22. Nattfastamätning görs 1g/år och för 2023 visade den att vi har 52 % med en nattfasta över 11 timmar jämfört med 2022 när

den siffran var 45%. Det finns enheter som har nära ingen patient med nattfasta över 11 timmar och dessa bör bli goda exempel för övriga inför förbättringsarbete.

## **BPSD**

BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem, diagnos, behandling/åtgärder och resultat vad gäller beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Behandlingen/åtgärderna kan omfatta bemötande, omvårdnadsstrategier och, i vissa fall, läkemedel. Att arbeta med BPSD bidrar till en ökad förståelse för demenssjukdomens symtom samt anpassat bemötandet gentemot patienten med syfte att öka livskvaliteten för den enskilde. Antal registreringar har glädjande ökat igen **2023 har gjorts 22 registreringar att jämföras med 2022 då det gjordes 5st.** Pågående pandemi och det faktum att rollen som demenssköterska saknats i kommunen under ett par år kan vara faktorer som påverkat det minskade antalet registreringar. 2022 startade ett demensteam, med syfte att samordna kommunens demensvård, vilket medverkar till att antalet registreringar ökar och således även möjligheten för den enskilde att få bästa möjliga demensvård.

Exempel på enhetsnivå;

Senior Alert är ett verktyg på teamträffarna där vi arbetar med en stor tydlighet och målinriktat med 100 % registrering. Skörhetskattning följs upp i samplanering med senior alert.

Funktionsstöd efterlyser kvalitetsregister som är riktade till deras verksamhet.

## **4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



### **KHOSS krisberedskap**

Under våren kom ett nationellt uppdrag att jobba med stärkt beredskap inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Länsstyrelserna har fått i uppgift att samordna och stötta kommunerna samt bidra till erfarenhet- och kunskapsutbyte (samordningsarbetet döpt till KHOSS). Alla kommuner har haft i uppdrag att under 2023 kartlägga och analysera det civila försvaret och påbörja arbetet med en övergripande plan för fortsatt arbete utefter analysen. Denna strategi fokuserar på att förbättra samordningen, öka flexibiliteten och stärka kunskapen för att kunna hantera akuta situationer. Den stärkta beredskapen är en viktig del för att även under en samhällsstörning har kommunen det yttersta ansvaret att alla som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp de behöver på ett patientsäkert sätt.

### **Kompetensutveckling för omvårdnadspersonal**

En sjuksköterska med vårdlärarkompetens är anställd från hösten 2023 på deltid och nu från januari 2024 på heltid. Hon ska utveckla och hålla i de utbildningar verksamheten ser behövs och också för att den kompetensutvecklingen blir lika i hela kommunen. Planering är introduktion för nyanställda, delegeringsutbildningar, diabetesutbildningar och vår senaste satsning med beslutstödsinförande för omvårdnadspersonal vid försämrat allmäntillstånd av patienter.

### *Beslutstöd för omvårdnadspersonal*

Medicinskt ansvarig sjuksköterska startade en utredning 2023 pga ett flertal allvarliga avvikelser där kommunikation och rapportering mellan professioner är orsak till att patienter får fel eller ingen behandling. IVOs nationella tillsyn visar också på brister i att de som är på plats, ofta omvårdnadspersonalen som har den lägsta kompetensen för medicinska bedömningar, gör bedömningar vid förändrade och försämrade allmäntillstånd och då om de ska kontakta annan profession eller inte utefter situationen. Utredningen visade på att på åtgärder behövdes för att stärka omvårdnadspersonalens kompetens i att göra rätt bedömning och rapportera rätt saker till legitimerad personal.

Ett verktyg (Evig utveckling) som en app att ha i telefon samt en utbildning på nätet (30minuter) är inköpt och arbetet med detta införande ska starta upp vinter/vår 2024. MTU utrustning såsom digital blttrsapparat och örontermometer ska också köpas in.

### *Kunskapsbanken*

Är ett verktyg där kompetensutvecklingsfilmer och annat material läggs upp främst för omvårdnadspersonal. Där finns tex information om vad man kan göra vid en värmebölja, basala hygienutbildningar, omvårdnadsutbildningar mm.

### **Kompetensutveckling för leg. personal**

För sjuksköterskor finns ett beslutsstöd som heter Visam. Verksamheten under åren haft utbildning i detta verktyg samt även i kliniskt utbildningsstöd. En trend är att sjuksköterskor oftare byter arbetsplats och därför planeras under 2024 för att kunna hålla dessa i egne regi..

Allmän medicinsk kunskapscentrum samt läkemedelskommittén inom Region Kronoberg har utbildningar för leg. personal och det är viktigt att de medverkar på dessa när det är relevant för oss.

Kompetensutveckling sker fortlöpande vid nya insatser som kräver fortbildning, ex trach- och dialysvård. Ssk erbjuds regelbundet deltagande vid de utbildningar som erbjuds i regionens regi. Det inhämtas även önskemål om kompetenshöjande utbildningar från medarbetarna och man försöker tillgodose dessa utefter vad verksamheten behöver.

Kronobergs kommuner samt Region Kronoberg arbetar i samverkan ofta i nätverk som ex att arbeta med utskrivningsprocessen. Vi har startat professionsråd för att utveckla kompetens och samverkan för den bästa och säkraste vården för patienter ex inom palliativ vård, nutrition, diabetes mm.

## 5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år

Egenkontrollen som vi har sedan flera år fortsätter att sätta fokus på patientsäkerheten och fortsätter att följas. 2023 infördes en delårsavstämning som presenterades i nämnd och i alla ledningsgrupper och den avses användas även 2024. För att vården ska bli säkrare så måste man följa resultat mer än 1g/år och utefter resultat göra handlingsplaner på förbättringsområden.



Nedan beskrivs de områden som följs extra med tanke på aktiviteter som görs och införs 2024. Många områden är dock lagstyrda och går inte att inte göra.

### Läkemedel, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsgranskning;

- Fortsatt arbete med att sjuksköterskor i samband med förnyande av läkemedel erbjuder hjälp med bokning av läkarbesök 1g/år samt i samverkan med primärvården, fortsatt arbete med att finna lösningar som möjliggör att patienten erbjuds enkel läkemedelsgenomgång vid inskrivning i hemsjukvården.
- Granskning av läkemedelshantering med apotekare enligt bestämmelse 1g/år med förbättringar som fokus. Planen är att detta görs våren 2024.
- I samverkan med primärvården fortsatt arbete med regelbundna läkemedelsgenomgångar med läkare och apotekare inom såväl särskilt som ordinärt boende.
- Fortsatt centrala utbildningar i delegering av läkemedelshantering var 3; e vecka för nyanställda. Likaså fortsatt regelbunden central delegeringsutbildning i diabetes och insulingivning.
- Arbete med att införa uppdaterat och förbättrat innehåll i de centrala delegeringsutbildningarna inom läkemedelshantering och diabetes samt insulingivning samt att följa upp om det ledde till förbättringar.
- Webbutbildningar ska utvecklas och permanentas. Arbetet med e-learning filmer för lärande kommer att fortsätta under 2024.
- Digital signering via mobiler av hälso- och sjukvårdsuppgifter fortsätter att användas och utvecklas.

### Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner ;



- Uppföljning av och medverkan i vårdhygienmätningar samt vårdhygienisk egenkontroll planeras även under 2024. Även hygienrund med regionens hygiensjuksköterska planeras under 2024 för de enheter som inte fick besök 2023.

#### Öka kunskapen om inträffade vårdskador- Avvikelser/klagomål och synpunkter;

- Under året belysa och fortsätta arbeta för att få till ytterligare förbättringsarbete i verksamheterna med avvikelser och klagomål/synpunkter som grund.

#### Dokumentation och välfärdsteknik;

- 1 januari 2023 kom lagen och sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (Svoden). Via den lagen är det möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att dela information med varandra genom elektroniska system. En sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation har som syfte att förbättra och förenkla kommunikationen mellan olika vårdgivare och omsorgsgivare och därmed förbättra och ge en säkrare vård. Genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan också onödigt dubbeldokumentation undvikas. Det är frivilligt att tillämpa lagen och ett förslag ska tas fram 2024 om hur förvaltningen bör tillämpa lagen i verksamheterna för att förenkla och förbättra vårdinformationen.
- Granskning av dokumentation i Cambio cosmic i syfte komma med förbättringsförslag samt säkerställa att åtgärder kopplade till utredningar efterlevs.
- I samverkan med regionen utveckla mobil dokumentation i Cambio cosmic för hemsjukvård. Är igång i 2 kommuner i Kronoberg som projekt vintern 2023.
- Fortsätta utveckla handhavande i befintligt digitalt signeringsverktyg, SignIt.
- Införa Evig utveckling som är ett beslutsverktyg för omvårdnadspersonal vid förändrade allmäntillstånd av patienter.

#### Förebyggande och rehabiliterande arbete

- Rehab i vardagen bör utvecklas.
- Förflyttningsteknikutbildning till omvårdnadspersonal ska utvecklas våren 2024.
- Nytt träningsprogram till patienter ska köpas in som ska kunna användas i andra system som cambio och sign IT.

#### Nationella kvalitetsregister;

Synen på och nyttan av att använda kvalitetsregister måste hållas i och följas upp med syfte att alla ska få en förståelse för att registren fungerar som en hjälp i att förbättra och bedriva patientsäkerhet i vård. En hållbar organisation runt varje kvalitetsregister är viktig för att få följsamhet i användandet.

- **Senior alert:** Viktigt med fortsatt och arbete för ökat användandet i syfte att arbetaförebyggande för att minska risker och skapa tryggare miljö
- Ny lokal nattfastamätning våren 2024 för att följa upp vidtagna åtgärder och analys om nattfastatiden förbättrats. Resultatet används i förbättringsarbetet inom respektive enhet.
- **Palliativ registret** visar att kan vi arbeta med förbättringar utefter de brister vi ser via registret så förbättrar vi vården för den enskilde. Önskvärt är även att få till en bättre samverkan runt rapporteringen till registret när någon avlider, så hela teamet involveras. Har startats upp på några enheter och uppföljningar 2024 får visa om det blivit förbättringar.
- **BPSD** fortsatt arbete med att registrera och öka användandet av BPSD registret som hjälp för åtgärder där patienter med demens har problem med beteendemässiga och/eller psykiska symtom.

Förvaltningen har mötesplatser och arenor för att sprida lärdomar och förbättringar mellan verksamheter. Viktigt att vi håller i dessa möten så att förvaltningen möjliggör spridning av förbättringsarbeten som kommer patienter och brukare till godo. Detta ökar patientsäkerheten och förbättrar vården.