

# Patientsäkerhetsberättelse för division social omsorg 2023



2024-02-29

Mattias Carlsson, Verksamhetschef HSL

Malin Eriksson, Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård

## Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*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”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	9
Verksamheter inom organisationen .....	11
Särskilt boende äldre (SÄBO) .....	11
Hemtjänst (HT) .....	11
Funktionsstödomsorg (FSO) .....	12
Hemsjukvård.....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	12
Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.....	13
Patientsäkerhetsdialoger SÄBO .....	13
Samverkan inom divisionen .....	14
Informationssäkerhet.....	15
Strålskydd .....	16
En god säkerhetskultur.....	16
Adekvat kunskap och kompetens .....	17
Patienten som medskapare .....	18
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	18
Palliativregistrets kvalitetsindikatorer .....	19
Senior alert .....	22
BPSD .....	23
Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler .....	24
Delegeringar .....	25
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	25
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	26
Svenska HALT.....	26
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.....	28
Läkemedelsgenomgångar .....	28
Suicidprevention .....	28
Läkemedelshantering.....	28
Säker vård här och nu.....	29
Digitalisering.....	30

Riskhantering.....	31
Stärka analys, lärande och utveckling .....	31
Avvikelse .....	31
Avvikelse informationsöverföring och samordnad vårdplanering .....	33
Klagomål och synpunkter .....	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	36
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	37

## **SAMMANFATTNING**

Under 2023 har arbetet med att sammanställa och analysera resultat av genomfört arbete förbättrats inom många områden, vilket är positivt. Det har skapats en ökad förståelse för vad patientsäkerhet innebär i organisationen genom utbildning för enhetschefer och upplevelsen är att det finns en ökad medvetenhet inom samtliga verksamhetsområden.

Vi har blivit betydligt bättre på att besvara och åtgärda inkomna synpunkter och avvikelser från externa verksamheter jämfört med föregående år, vilket tyder på att det arbete som sker med sammanställning och analys har haft en positiv påverkan på hur vi arbetar. Det finns fortfarande områden där vi ser att de åtgärder som vidtagits inte ännu gett något resultat, men förhoppningen är att de åtgärder som införts under 2023 ger genomslag i resultaten för 2024. Ett exempel på detta är följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, där det skett ett stort arbete med utbildningsinsatser, sammanställningar och åtgärdsplaner under 2023.

Arbetet med patientsäkerhet har tagit stora kliv framåt under 2023, och många åtgärder som planeras under 2024 kommer förhoppningsvis att förbättra resultaten under kommande år.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

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

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Det är vård- och omsorgsnämndens ansvar att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt att följa upp och utvärdera målen. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

Grunduppdrag inom hälso- och sjukvården enligt överenskommelse med vård- och omsorgsnämnden för 2023 är följande:

- Ansvara för arbetsuppgifter som åligger verksamhetschef enligt HSL.
- Ansvara för den kommunala hälso- och sjukvården enligt HSL 12 kap § 1-2.
- Ansvara för den kommunala hemsjukvården enligt avtal med Region Sörmland. (Gäller även privata utförare)
- Ansvara för rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt HSL 12 kap § 5. (Gäller även privata utförare)
- Ge handledning och utbildning till medarbetare gällande demenssjukdomar (Gäller även privata utförare).
- Upprätta årlig patientsäkerhetsberättelse.
- Använda kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert och Svenska Palliativregistret på avsett sätt.
- Tillhandahålla särskild personal med kompetens inom demensområdet i form av ”Resursteam demens” (Gäller även privata utförare).

Särskilt uppdrag i överenskommelsen för 2023 var att det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom hemtjänsten. Önskat resultat var att Rehabenheten ska ha deltagit i samtal med ny hemtjänstkund i 70 % av fallen och att antalet fallskador bland 80+ ska minska. Rehabenheten hade i uppdrag att återrapportera resultat till vård- och omsorgsnämnden i april och i oktober 2023. Antalet fallskador bland 80+ följs upp utifrån de siffror som presenteras i Kolada; *Fallskador bland personer 80+, 3-årsrm (genomsnitt för de tre senaste åren), antal / 1000 invånare*. Vid återrapportering till nämnd i oktober var målet för deltagande i samtal med ny hemtjänstkund uppnått, 84% av de nya kunderna hade fått ett besök. Gällande fallskador bland personer 80+ finns siffrorna ännu ej uppdaterade i Kolada.

Mål för 2023 från PSB 2022	Aktiviteter 2023 för att uppnå mål	Aktivitet för uppföljning	Resultat
Att kartlägga hälso- och sjukvårdsprocessen, öka kunskapen om alla delar samt tydliggöra ansvarsfördelningen	Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård sammankallar arbetsgrupp med representanter som arbetar med att utveckla processen	Arbetet följs upp i ledningslag ÄO och när processen är kartlagd ska den implementeras i samtliga verksamheter.	Ej genomfört. Fokus under 2023 har varit att samla och säkerställa kunskap om befintliga rutiner samt skapa ordning i det som finns sedan tidigare.
Att implementera avvikelseprocessen, utveckla och förbättra analysarbetet för att förebygga risker i verksamheterna.	Den utbildningsfilm som påbörjats ska färdigställas och arbetssättet implementeras i samtliga verksamheter. Avvikelseprocessen ska utvecklas så att den även omfattar HSL-avvikelser samt uppföljning och analys av dessa.	Sammanställning och analys av avvikelsernas alla delar inklusive åtgärder efter implementering för att säkerställa att processen implementerats och att arbetet med avvikelseprocessen följs.	Utbildningsfilm om avvikelser färdigställd i slutet av 2023. Kvarstår att under 2024 implementera den i samtliga verksamheter, en del har hunnit gå igenom den.  Sammanställning och analys av avvikelser har gjorts på övergripande nivå av MAS, med återrapportering till nämnd februari 2024.
Att öka kunskapen hos chefer om att analysera information från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser.	Äldre och hälso- och sjukvård: Arbetet med att analysera och förbättra utifrån resultat behöver arbetas vidare med för att säkerställa att vi använder oss av resultaten för att vidareutveckla både på verksamhets- och enhetsnivå.  FSO: Behövs ett fortsatt arbete under 2023 för att påbörja arbetet med att sammanställa och analysera information från egenkontroller och hygienronder för uppföljning på verksamhets- respektive enhetsnivå.	Sammanställning och analys av resultat på enhetsnivå med återkoppling till verksamhetsnivå för att säkerställa att åtgärdsarbete genomförs.	Arbetet har löpt på under året med uppföljning och åtgärder utifrån egenkontroller inom respektive verksamhetsområde.  Samtliga verksamhetsområden arbetar efter ett årshjul med återkommande egenkontroller.  Det kvarstår att arbeta med förbättringar av resultatet.
Att börja analysera risker i verksamheterna både på verksamhetsnivå och enhetsnivå	Att implementera användandet av mall och handlingsplan för riskanalyser på brukarnivå på enheterna.  Att fortsätta arbetet med att genomföra riskanalyser även på enhets- och verksamhetsnivå.	Sammanställning och analys på enhetsnivå av antal och typ av genomförda riskanalyser för att säkerställa att arbetssättet implementerats. Återkoppling till verksamhetsnivå för uppföljning av genomförandet.	Riskanalyser har genomförts under året, både på patientnivå och på verksamhetsnivå utifrån patientsäkerhet. Inför sommaren gjordes en gemensam riskanalys för hela äldreomsorgen.  Inom FSO görs riskanalyser på individnivå där man ser över patientens hela situation.
Att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete.	FSO: Utveckla sammanställning och analys av resultatet från egenkontroller och ta fram åtgärdsplan som följs upp.	Att regelbundet under året följa upp resultat av egenkontroller med analys och förslag för att förbättra resultatet.	Resultat av egenkontroller har följts upp och analyserats.

	Äldre: Behov av att vidareutveckla hur vi ska arbeta med resultatet för att uppnå förbättring ute på enheterna.		Åtgärder på enhetsnivå har tagits fram utifrån resultat.  Behov av att ytterligare förbättra resultat.
Att utveckla arbetet med hälsokonferenser och därigenom förbättra samverkan inom organisationen, möjliggöra multiprofessionellt arbete på individnivå.	Att hålla hälsokonferenserna levande med alla delar som ska ingå enligt den rutin som tagits fram under 2022.	Uppföljning görs genom att resultat av nationella kvalitetsregister genomförs regelbundet på verksamhetsnivå med återkoppling till enhetsnivå.	Hälsokonferensen har implementerats under 2023 i samtliga verksamhetsområden. I de områden där det finns ett väl fungerande samarbete mellan enhetschef och legitimerad personal kring hälsokonferensen ser man att det finns vinster för den enskilde patienten utifrån riskanalyser och förebyggande åtgärder.
Hemgångsteam: Att i samverkan med primärvården forma arbetsmetoder för att förebygga, bibehålla eller återställa den enskildes funktions- och aktivitetsförmåga, trygghetsskapande åtgärder och kontinuitet vid hemgång efter sjukhusvistelse.	Att utveckla ett bättre samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralen när det finns behov av stöd med läkemedelshantering.  Att vidareutveckla teamets kriterier för inskrivning och samarbete med rehabenheten och tidigt i processen ta fram tydliga mål på individnivå.	Uppföljning på enhetsnivå med återkoppling till ledningslag ÄO.	Nya kriterier för inskrivning i teamet har utvecklats under 2023.  Teamarbetet har vidareutvecklats, mål på individnivå har tagits fram separat av rehab och hemgångsteamet. Fortsatt behov 2024 att arbeta med att gemensamt i teamet ta fram tydliga mål på individnivå och förbättra samarbetet med sjuksköterskorna i HSV.
Kompetensutveckling: Att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård. Bland annat att det finns en plan för uppföljning av dokumentationsutbildning och en översyn av introduktionen för legitimerad personal.	Äldre: Arbetsgrupp SÄBO har startats upp jan-mars 2023, ska ta fram stödmaterial, utbildningsmaterial, granskningsmallar och uppdatera guider i assistenten. Kvarstår att följa upp den dokumentationsutbildning som genomförts. FSO: Fortsätta arbetet med att rekrytera personal med rätt kompetens. HSO: Arbeta vidare med att säkerställa en god introduktion för nyanställda.	Uppföljning av att åtgärder genomförts återkopplas till ledningslag ÄO.	Äldre: Arbetet genomfört och uppföljning med slutsatser finns. Finns fortfarande utvecklingsområden. FSO: Stödpedagoger har anställts till samtliga områden under 2023 för att stötta och säkerställa kompetens. HSO: Arbeta med att förbättra introduktionen har genomförts under 2023.
Säkerställa en god vård i livets slutskede för varje enskild individ	Implementera funktionen palliativt ombud på samtliga enheter  Säkerställa en god symtomlindring genom att implementera arbetssättet med subkutan kvarliggande kateter	Systematisk uppföljning månadsvis på enhetsnivå av resultat från palliativregistret med framtagande av åtgärdsplan för att förbättra resultatet under 2023. Uppföljning av resultat på verksamhetsnivå kvartalsvis med insamling av åtgärdsplaner från enheter.	Palliativt ombud finns, men ej ännu på alla enheter. Ett arbete för att tydliggöra ombudsroller och ansvar för dessa har påbörjats 2023, fortsatt arbete 2024.  Arbetssättet med subkutan kvarliggande kateter har



	Förbättra arbetet med palliativregistret		implementerats under 2023.  Det syns en förbättring i resultatet från palliativregistret 2023 jämfört med 2022.
Utveckla en god säkerhetskultur	Att samtliga enheter genomför Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) under 2023.	Återkoppling från enhetsnivå till verksamhetsstrateg och/eller kvalitetsutvecklare som sammanställer genomfört arbete som återkopplas till ledningslag ÄO.	Har ej genomförts. Påbörjat arbete med handlingsplan för patientsäkerhet på övergripande nivå har gjort att vi inväntat denna och åtgärder framåt.
Säker bemanning utifrån kunskap och kompetens	Att utveckla arbetet med att rekrytera och behålla personal inom hälso- och sjukvården i samarbete med HR och kommunikation för att minska behovet av inhyrd personal och därigenom förbättra patientsäkerhet och kontinuitet för den enskilde patienten	Uppföljning av arbetet sker kontinuerligt under året vid ledningslag hälso- och sjukvård.	Är ett ständigt pågående arbete med resultat som varierar över tid. Under 2023 har det framför allt saknats sjuksköterskor inom SÄBO, men det ser bättre ut inför 2024.
Agera för säker vård och stärka analys, lärande och utveckling	Att utveckla arbetet med egenkontroller inom hälso- och sjukvården med ett systematiskt arbetssätt som innehåller sammanställning, analys och åtgärder utifrån resultat för att bidra till förbättringar.	Uppföljning av delegeringar, resultat av kvalitetsregister och avvikelser och synpunkter var tredje månad på verksamhetsnivå med återkoppling till enhetsnivå - där åtgärdsplan ska arbetas fram för att förbättra.	Arbetet har påbörjats och genomförts under 2023, fortsatt arbete med uppföljning av effekter under 2024 behövs för att kunna se resultat.

## Organisation och ansvar

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

Kommunfullmäktige i Nyköpings kommun har beslutat att vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att nämnden har det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller Hälso- och sjukvårdslagens (HSL 2017:30) krav på en god och säker vård. Ansvaret för det direkta utförandet av hälso- och sjukvårdsarbetet innehas av verksamhetschef enligt HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

**Verksamhetschef för HSL** är på nämndens uppdrag ansvarig för att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det ska ske genom systematiskt kvalitetsarbete samt genom att styra, följa upp och förbättra arbetet med att analysera, hantera och åtgärda verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)** har ett ansvar som regleras i hälso- och sjukvårdslagen respektive hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär ett medicinskt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare och annan legitimerad personal ordinerat.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och säkra rutiner för läkemedelshantering, rapportering av händelser och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det. MAS utarbetar riktlinjer för de krav som ställs på hälso- och sjukvårdens utförande utifrån lagar och föreskrifter samt kontrollerar och utvärderar verksamhetens kvalitet i samråd med nämnden. MAS ska även vara ett stöd till verksamheten i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerheten.

**Biträdande verksamhetschefer äldreomsorg** ansvarar för att tillsammans med enhetschefer och andra funktioner inom sitt verksamhetsområde (till exempel kvalitetsutvecklare) säkerställa att arbetet som bedrivs är av god kvalitet utifrån gällande styrdokument.

**Enhetschef** ansvarar för att leda och fördela arbetet på den egna enheten utifrån gällande styrdokument och även att säkerställa att medarbetare arbetar enligt dessa.

**Medarbetare** ska aktivt medverka och bidra i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt uppmärksamma och rapportera händelser som har eller kunde ha lett till vårdskada. Medarbetare ska aktivt delta i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

**Legitimerad personal** ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens kvalitetsledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Delegerad personal** tar emot delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal, och är vid utförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. Med det följer yrkesansvar i och med att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

**Kvalitetsutvecklare** finns inom varje verksamhetsområde samt även inom nära vård, digitalisering, psykisk hälsa och anhörigstöd. Kvalitetsutvecklarna ska stödja verksamheterna i kvalitetsfrågor och samverka i divisionsövergripande uppdrag.

**Resursteam demens** ska arbeta gränsöverskridande mellan regionen och kommunen för att genom samordning säkerställa vård och omsorg av god kvalitet. Resursteamet ska stödja privata och kommunala utförare i arbetet med personer med demenssjukdom och deras anhöriga, och säkerställa god vård genom tidiga insatser. Resursteamet ansvarar för att utbilda och handleda personal i Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp samt säkerställa systematisk planering av insatser så att vården blir mer jämlik. Resursteam demens är även sammanhållande av undersköterskor med specialistutbildning inom demens och ansvarar för att planera och genomföra minst tre möten per år för att handleda och utveckla arbetet i verksamheterna.

**Omvårdnadspersonal med ombudsroller** finns inom till exempel palliativ vård och demens. Har särskilda uppdrag för att stärka arbetet inom ombudets ämnesområde. Under 2023 har ombudsrollerna setts över för att det ska tas ett gemensamt beslut om vilka roller som ska finnas och för att skapa tydlighet i deras uppdrag. Detta är ett arbete som inte färdigställts ännu, men kommer bli klart under 2024.

**Hemgångsteam** startades upp under 2022, och arbetet har fortgått även under 2023. Ett särskilt team inom hemtjänsten med stöd av legitimerad personal, som tar emot de patienter som går hem från sjukhus. Patienten är inskriven under ett visst antal veckor och teamet tar fram mål utifrån patientens behov och arbetar med ett hälsofrämjande förhållningssätt med fokus på rehabilitering. Tanken bakom detta är

patienten ska klara så mycket som möjligt själv och att beslutet om hemtjänstinsatser utgår från patientens verkliga behov innan ordinarie hemtjänstgrupp tar över.

**Hygiensjuksköterskan** är anställd i region Sörmland med avtalad tid för kommunala verksamheter. Hygiensköterskan arbetar på uppdrag av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor som en expertfunktion för verksamheterna att tillfråga vid behov. Några av uppgifterna som hygiensjuksköterskan utför är utbildning och handledning inom vårdhygien, samt stöd vid utredning av smittutbrott på enheterna. Hygiensjuksköterskan ger även stöd i arbete med hygienronder och vid ny-/ombyggnad av enheter inom kommunen.

## Verksamheter inom organisationen

### Särskilt boende äldre (SÄBO)

Särskilt boende är ett samlingsnamn för äldre- och demensboenden i Nyköpings kommun. Utöver de kommunala boendena finns även ett antal privat drivna boenden. Alla som bor på ett särskilt boende har en egen lägenhet i nära anknytning till gemensamma utrymmen där det finns matsal och umgängesytor. De som bor på särskilt boende får hjälp utifrån sina behov och det finns tillgång till omvårdnadspersonal och möjlighet till kontakt med sjuksköterska dygnet runt. På dagtid, vardagar finns även tillgång till sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut. Det även finns möjlighet till läkarkontakt utifrån samverkansavtal med vårdcentralerna, som innebär att det kommer läkare till boendet regelbundet för att ha rond tillsammans med sjuksköterska och vid behov genomföra hembesök.

Sjukgymnaster/Fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom särskilt boende har ansvar för flera boenden, och i snitt ansvarar de för 100 patienter per heltidsanställd. Sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar även för rehabilitering på de privatdrivna boendena i kommunen.

Enhet	Antal brukare	Antal sjuksköterskor
Lundagården	32	1
Mariebergsgården	129	5
Koggen	63	3
Myntan	104	4
Väverskan	48	2
Fruängskällan	72	3
Rönnliden	17	1
Korttidsboendet	24	2

### Hemtjänst (HT)

Hemtjänst beviljas för de som är äldre eller har en funktionsnedsättning som innebär att stöd och hjälp behövs i hemmet. Det finns både kommunal och privat utförare av hemtjänst, och kunderna får själva välja utförare. Inom hemtjänsten fanns det under 2023 totalt 1213 personer med beviljade hemtjänstbeslut i Nyköpings kommun.

## Funktionsstödomsorg (FSO)

Funktionsstödomsorgen omfattar boenden eller stöd till personer som har en funktionsnedsättning eller långvarig och allvarlig psykisk ohälsa. Det arbetar 6 sjuksköterskor, 2 sjukgymnaster och 2 arbetsterapeuter inom funktionsstödomsorgen som ansvarar för grupp- och servicebostäder samt SoL-boenden. Gällande personlig assistans och boendestöd är de som har behov av kommunal hälso- och sjukvård inskrivna i hemsjukvården.

Enhet	Antal brukare
Personlig assistans	17
Boendestöd	150
Daglig verksamhet	190
Daglig sysselsättning	75
SoL-boende	45
Gruppboende	120
Serviceboende	100

## Hemsjukvård

Antal inskrivna patienter 2023	Antal sjuksköterskor	Antal sjukgymnast/fysioterapeut	Antal Arbetsterapeut	Antal undersköterskor
395	30	7,5	7,5	10

Antal äldre per fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut inom hemsjukvården är ca 2500, då alla som är över 18 år och inte kan ta sig till vårdcentralen och har behov av rehab insatser i bostaden ingår i rehab enhetens ansvarsområde. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna/fysioterapeuterna inom hemsjukvården genomför ca 250 hembesök per profession och månad, varav drygt hälften av dessa är till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS 2011:94 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

En väl fungerande samverkan både internt och externt och på alla nivåer är nödvändig för att främja patientens bästa och för att minska risken för att patienten ska drabbas av en vårdskada. Till exempel behöver övergångar mellan vårdenheter och samverkan med primärvården vara väl fungerande för att patienten ska få en god och säker vård.

Nyköpings kommun ingår i den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) med gemensamma samverkansmål för Sörmland. Uppdrag kommer från länets huvudmän genom länets närvårdsstruktur samt från nationell nivå genom bland annat partnerskap med SKR och Socialstyrelsen, men det kan också komma direkt från myndigheter med ansvar för frågor inom socialtjänst och vård. NSV har ansvar för att stödja och främja samverkan mellan region Sörmland och länets nio kommuner när det gäller olika målgrupper och områden.

Nyköpings kommun ingår även i den länsgemensamma styrgruppen för närvård, där representanter från länets nio kommuner, region Sörmland och FoU Sörmland arbetar för att skapa förutsättningar för att

invånarna i Sörmland ska få en jämlik vård. Divisionschef för DSO är representant för Nyköpings kommun i länsstyrgruppen.

Det finns även samverkansgrupper inom samverkansstrukturen för närvård i Sörmland, där verksamhetschef HSL är representant för Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra äldre (ASÄ), och verksamhetschef inom funktionsstödomsorgen representerar Nyköpings kommun i arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder (ASPF). I dessa samverkansgrupper ligger frågorna på verksamhetsnivå och representanterna i dessa grupper ansvarar för att förankra beslut som tas i länsstyrgruppen i respektive verksamhet. Arbetsgrupperna syftar även till att stärka samverkan mellan kommunen och regionen samt vara ett forum för samråd och erfarenhetsutbyte inom respektive område.

Sedan 2021 finns även arbetsgruppen ”Lokal samverkan äldre” som uppkom för att säkerställa en bättre samverkan på verksamhetsnivå. I arbetsgruppen finns representanter för samtliga vårdcentraler i Nyköping, kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, geriatriska kliniken, SSIH, Alma-teamet och ambulansen. Syftet med arbetsgruppen är att förbättra samarbetet mellan verksamheterna och utifrån beslut som tas på ASÄ utveckla identifierade förbättringsområden, till exempel gällande utskrivningsprocessen och utvecklandet av nära vård. Det har varit lågt deltagande från flera av vårdcentralerna i Nyköping i denna arbetsgrupp under 2023, och därför har det varit svårt att driva förbättringsarbeten i det forumet.

Hemsjukvården har flera olika regelbundna samverkansmöten med olika enheter inom regionen, som till exempel psykiatri, vårdcentraler, SSIH och ambulansen, för att stärka samverkan och föra en öppen dialog gällande gemensamma frågor. Enhetschef för sjuksköterskor i särskilt boende bokar samverkansmöten med andra enheter när det dyker upp ett behov av det.

Det finns även en del länsgemensamma ämnesspecifika arbetsgrupper där det finns representanter från kommunal verksamhet, bland annat arbetsgrupper i diabetes, palliativ vård och hjärtsvikt.

#### **Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården**

Det länsövergripande avtalet om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården mellan regionen och samtliga kommuner i Sörmland beskriver hur läkarmedverkan ska utformas och att uppföljning ska ske årligen. Det länsövergripande avtalet är översatt till lokala överenskommelser mellan respektive vårdcentral och Nyköpings kommun. Uppföljning av avtal genomförs av MAS och rapport skickas till enheten för Hälsoval, som är ansvariga för administration av invånarnas val av vårdcentral. Uppföljningar görs under slutet av året och vid uppföljningstillfällena medverkar MAS, kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård och enhetscheferna för sjuksköterskor tillsammans med verksamhetschef för respektive vårdcentral. De utvecklingsområden som lyfts vid 2023 års uppföljningar av avtal för läkarmedverkan är följande:

- Att utveckla samarbete med digitala ronder och hembesök för hemsjukvårdens del.
- Önskemål om att läkare på korttidsboendet skickar remiss till VC när patient går hem från korttidsboendet.
- Önskemål om enklare kontaktväg till hemsjukvården, ofta kö i telefonen.
- Bättre kommunikation kring läkemedelsgenomgångar, för att säkerställa att det dokumenteras rätt i respektive journalsystem.

#### **Patientsäkerhetsdialoger SÄBO**

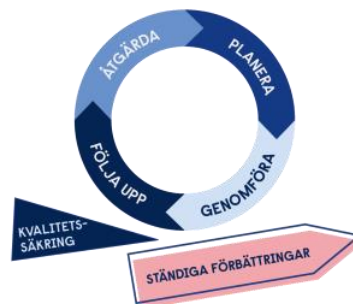
För att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på SÄBO i Sörmland har Länsstyrgruppen beslutat att det ska genomföras gemensamma patientsäkerhetsdialoger. Patientsäkerhetsdialogerna innefattar inte någon diskussion kring enskilda patienter, utan sker utifrån ett

strukturellt perspektiv där man ser till verksamhetens behov. Målet med patientsäkerhetsdialogerna är att genom en gemensam dialog identifiera brister, risker och framgångsfaktorer i verksamheten. Utifrån det som framkommer kan det därefter initieras verksamhetsförbättringar i samverkan inom de berörda verksamheterna. Under 2022 genomfördes detta som en pilot på enstaka boenden, men under 2023 har det införts i hela kommunen och arbetet fortgår fram till våren 2024 med att genomföra träffarna.

Deltagare vid patientsäkerhetsdialog är följande: Från kommunen: Alla enhetschefer på boendet, all legitimerad personal, en omvårdnadspersonal per avdelning. Det är valbart om chef för legitimerad personal ska delta. Från vårdcentralen ska samtliga patientansvariga läkare för boendet delta samt verksamhetschef eller medicinskt ledningsansvarig. Utifrån det som framkommer vid patientsäkerhetsdialogen arbetas en handlingsplan fram för enheten. Därefter ska resultatdialog ske även på kommunnivå, länsdelsnivå och länsnivå.

### Samverkan inom divisionen

Inom division social omsorg finns ett styrdokument som beskriver hur divisionen ska arbeta med kvalitetsledningssystemet för att säkerställa att processer och rutiner säkrar verksamhetens kvalitet på ett systematiskt sätt. Arbetet med kvalitetsledningssystemet fick en nystart under 2022 i och med framtagande och implementering av detta styrdokument, och det är ett omfattande arbete som fortgår för att förbättra och vidareutveckla processer och rutiner. Kvalitetsutvecklare finns inom varje verksamhetsområde och samverkan sker mellan de olika kvalitetsutvecklarna över områdesgränserna när det finns gemensamma frågor. Genom ett systematiskt arbete med kvalitetssäkring sprids goda erfarenheter i organisationen. Vi lär av varandra, vi förhindrar att fel upprepas och vi säkerställer en säker vård för medborgarna. I division social omsorg ska vi arbeta enligt förbättringshjulet:



En övergripande strategi för att säkerställa patientsäkerheten är att vi arbetar med årshjul för respektive verksamhetsområde, som innehåller de egenkontroller och uppföljningar som behöver göras både på divisionsövergripande, verksamhetsövergripande och på enhetsnivå för att säkerställa att verksamheterna lever upp till de krav som ställs för en god och säker vård.

Årshjulet har inom äldreomsorgen följts upp månadsvis. Vid ledningslag äldreomsorg ses det över vem som ska ansvara för att åtgärderna för kommande månad blir genomförda och hur det ska genomföras, samt följs upp att återkopplingar och rapporter till nämnd blir genomförda och vem som ansvarar för det. Syftet med årshjulet är att ge en tydlighet och överblick av vilka åtgärder som ska göras under året. Det säkerställs även att de sker i samtliga verksamhetsområden under samma period och att de blir genomförda enligt plan.

Inom funktionsstödomsorgen finns ett kvalitetsteam bestående av enhetschef, HR-partner, två socialpedagoger och en stödpedagog. Kvalitetsteamet har varit ute på enheterna under 2023 och informerat om avvikelshantering och finns till för föreläsningar och stöd på alla nivåer inom funktionsstödomsorgen.

Under 2022 utarbetades det en ny rutin för hälsokonferens, som sedan tidigare implementerats inom särskilt boende för äldre och under 2023 även inom hemtjänsten. Vid hälsokonferensen deltar enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Hälsokonferensen är ett forum som finns till för att säkerställa en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering genom en väl fungerande samverkan mellan de olika professionerna med fokus på den enskilde patienten. Hälsokonferensen syftar även till att höja kvaliteten i vården genom att man arbetar systematiskt med nationella kvalitetsregister och ett hälsofrämjande förhållningssätt. På de enheter där man under en längre tid arbetat aktivt med hälsokonferenser syns det en tydlig skillnad i statistiken gällande genomförda bedömningar och åtgärder i senior alert. En försvårande faktor för hemsjukvårdens del är att inte hemtjänsten får ersättning från nämnden för hälsokonferenser, och därför finns inte arbetssättet inom de privata hemtjänstgrupperna där hemsjukvården har hälso- och sjukvårdsansvaret.

Inom funktionsstödomsorgen genomförs hälsokonferenser en till två gånger per termin på varje enhet inom grupp- och servicebostad samt SoL-boenden. Eftersom man inte arbetar med Senior Alert eller BPSD inom FSO har enhetschefer tillsammans med sjuksköterskor gjort bedömningen att hälsokonferenser inte behöver ske lika ofta som inom område äldre.

Under 2023 har hälso- och sjukvårdsorganisationen tagit fram ett årshjul för legitimerad personal med fyra olika teman som följs under året. De teman som valts ut är utifrån kvalitetsregister, då arbetet med dessa ingår i uppdraget från nämnden. Hösten 2023 började med tema fallprevention, följt av tema sår under slutet av året. Vårens teman 2024 är nutrition och palliativ vård. Under varje tema erbjuds utbildningar/föreläsningar för legitimerad personal och en utsedd arbetsgrupp utifrån varje tema skickar ut nyhetsbrev med länkar och information som är bra att ta del av. De sätter ihop utbildningsmaterial för att legitimerad personal ska kunna utföra utbildningsinsatser för att utbilda omvårdnadspersonal på sin arbetsplats i samband med APT. Det anordnas även en workshop för legitimerad personal kopplad till varje tema. Syftet med detta är att öka kunskaperna både hos legitimerad personal och omvårdnadspersonal i ämnen som förbättrar vården för den enskilde patienten.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Inom Nyköpings kommun finns ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete som styrs av en kommunövergripande policy för IT-säkerhet och riktlinje för IT-resurser inom kommunen. Det finns även en kommunövergripande rutin för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar. IT-enheten ansvarar för centrala system och för IT-infrastrukturen i kommunens samlade IT-miljö medan divisionerna och de centrala enheterna ansvarar för sina verksamhetsspecifika system. Således följer ansvaret för informationssäkerhet det ordinarie verksamhetsansvaret. Det innebär att den som är ansvarig för ett visst verksamhetsområde och är ansvarig för själva informationssäkerheten inom det specifika området.

Enligt dataskyddsförordningen ska det finnas rutiner för att kunna upptäcka, rapportera och utreda personuppgiftsincidenter. Av rutinen för behandling av säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter och handlingar framgår vad som är att betrakta som en personuppgiftsincident och hur det ska rapporteras till dataskyddsombudet. I varje division och verksamhet ska det finnas en eller flera lokala informationssäkerhetssamordnare som har i uppgift att stötta ledningen, verksamheterna och medarbetare i informationssäkerhetsfrågor. Under 2023 har DSO fått en utsedd informationssäkerhetssamordnare efter att ha saknat den rollen under tidigare år.

Rapporter om säkerhetsincidenter går till en gemensam funktionsbrevlåda som medarbetare på räddning och säkerhet, enheten för informationsförvaltningen och IT-enheten bevakar. De gör en första

bedömning och skickar rapporten vidare till rätt enhet för åtgärd och det är rapportören som får återkoppling i ärendet.

Under 2023 har en obligatorisk utbildning i flera olika steg inom informationssäkerhet skickats ut via e-post med påminnelser om delarna inte genomförts. Utbildningen har gått ut till alla medarbetare i Nyköpings kommun. Det finns ytterligare en utbildning om informationssäkerhet som inte är obligatorisk, den handlar om dataskydd i kommunal verksamhet och GDPR.

Det finns en riktlinje framtagen av MAS för hantering av NPÖ (Nationell patientöversikt). NPÖ är ett nationellt system som syftar till att stärka patientsäkerheten genom effektivare flöden och övergång mellan region, kommun och privata vårdgivare. Med stöd i patientdatalagen skapas genom NPÖ en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av patientuppgifter och därmed säkerställa en patientsäker vård. Patienten ska informeras om legitimerad personals möjlighet att inhämta information, under förutsättning att patienten samtycker till att uppgifterna hämtas ur patientens journal.

För säker informationsöverföring, planering och kommunikation mellan kommunens verksamheter, slutenvård, primärvård och psykiatrisk öppenvård används systemet Prator.

Vid tidigare års journalgranskningar genomförda av medicinskt ansvarig sjuksköterska har det funnits brister i dokumentation av samtycke till bland annat informationsöverföring, men det är något som har förbättrats de senaste åren.

### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Inom divisionen bedrivs ingen verksamhet där strålskyddsarbete förekommer.

## **En god säkerhetskultur**

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

Hur enheterna arbetar för att främja en öppen dialog för att främja patientsäkerheten sker på olika vis, och arbetet med detta har förbättrats under 2023 i och med att MAS haft informationstillfällen om patientsäkerhet för samtliga enhetschefer.

Samtliga verksamheter inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård har avvikelser som en stående punkt på APT, där det ges utrymme för öppna frågor kring ämnet. Även vikten av att skriva avvikelser diskuteras, och att det behöver finnas en öppenhet i det. Att avvikelser inte sker för att peka ut enskilda personer görs tydligt för grupperna vid dessa tillfällen och exempel på avvikelser lyfts för att erfarenheter av inträffade händelser ska bidra till ett lärande i grupperna.

Även inom funktionsstödomsorgen finns avvikelser som en stående punkt på APT, och det ges utrymme för att prata öppet om ämnet.





## 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.



En av de stora utmaningarna vi har idag är att rekrytera personal med rätt kompetens, och det är därför av största vikt att det finns möjlighet att erbjuda utbildningar till den personal som är anställd både för att bibehålla och utveckla kunskaper. Inom samtliga verksamheter bemannas och schemaläggs personal utifrån kunskap och erfarenhet. Till exempel säkerställer enhetschefer och planerare att det ska finnas tillräckligt med personal i tjänst för att utföra delegerade uppdrag och HSL-insatser. Vid enstaka tillfällen vid hög frånvaro i verksamheterna händer det att legitimerad personal får hjälpa till med att administrera till exempel insulin, då det inte finns delegerad personal i tjänst.

Inom både äldreomsorg och funktionsstödomsorg erbjuds utbildning inom ramen för äldreomsorgslyftet/omsorgslyftet, där personal som är anställd i kommunen får utbilda sig till undersköterska. Inom äldreomsorgen erbjuds personal även specialistundersköterskeutbildning inom demens och vidareutbildning i palliativ vård. Att det finns specialistutbildade undersköterskor i verksamheterna som i sin ombudsroll får ett utökat ansvar och genom det använda sig av sina kunskaper ger en vinst för den enskilde patienten och även för övrig personal som får ta del av kunskaperna.

All personal inom äldreomsorg och funktionsstödomsorg genomför Socialstyrelsens webbutbildning i basal hygien var tredje månad. Enhetschefer och hygienombud, som finns på varje enhet, bjuds in till utbildning av vårdhygien en gång per termin. Under 2023 har även all legitimerad personal fått utbildning i basal hygien. Tyvärr har vi ännu inte kunnat se några tydliga förbättringar i resultatet av egenkontroller efter att regelbundna utbildningar inom basal hygien införts. Förhoppningsvis ses en förbättring under 2024 när arbetssätt med utbildning, åtgärder och uppföljningar fortsätter.

Samtliga enhetschefer inom äldreomsorgen har fått utbildning av MAS inom Patientsäkerhet vid ett chefsmöte under 2023. Resursteam demens utbildar omvårdnadspersonal, enhetschefer och legitimerad personal som arbetar på enheter för personer med demenssjukdom i BPSD.

Rehabenheten har genomfört utbildning i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal och under 2023 har 577 personer genomfört utbildningen. Legitimerad personal har under 2023 utbildat omvårdnadspersonal, på de enheter de ansvarar för, inom fallprevention och sårvård utifrån hälso- och sjukvårdens teman i årshjulet.

Utöver detta har personal inom äldreomsorgen gått utbildning i exempelvis HLR, bemötande vid psykisk ohälsa och anhörigombud. Personal på Myntan och Väverskan har fått utbildning i äldreomsorgens nationella värdegrund, en utbildning som fortsätter under 2024 för fler grupper. På Koggen har kvalitetsutvecklare i första linjen genomfört en satsning i att utbilda personal inom både HSL- och SOL-dokumentation.

Inom funktionsstödomsorgen har utbildning genomförts för personal inom vissa grupper där behov funnits i till exempel konsten att bemöta utmanande beteenden, sexuell hälsa inom LSS, lågaffektivt bemötande och motiverande samtal. Stödpedagoger med utökat ansvar har fått utbildning inom IBIC, och socialpedagogerna har fått utbildning som processhandledare inom IBIC. Handläggarna har fått juridisk handledning och utbildning i AKK (Alternativ kompletterande kommunikation). Det har även erbjudits utbildning inom suicidprevention.

Hälso- och sjukvården har en del personal som genomfört högskoleutbildningar under året. Hos rehabenheten finns en arbetsterapeut som går en magisterutbildning i gerontologi med inriktning våld i nära relation. En sjuksköterska har utbildats inom diabetes, 7,5 högskolepoäng och en sjuksköterska har läst 7,5 högskolepoäng ”Personcentrerad vård till äldre personer med komplexa vårdbehov”. Det finns även under 2023 en distriktssköterska som blivit klar med sin vidareutbildning.

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Inom äldreomsorgen genomförs välkomstsamtal för alla nya hemtjänstkunder och nyinflyttade på särskilt boende. Vid samtalet informerar man om verksamheten och om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter. Patient och eventuella närstående får kontaktuppgifter till enhetschef, planerare (inom hemtjänst) och omvårdnadspersonal. När det kallas till en SIP för patienten erbjuds närstående att medverka, i de fall det finns samtycke från den enskilde. Hemtjänsten har under 2023 genomfört ett arbete för att de ska vara mer lättillgängliga för patient och närstående. Vissa särskilda boenden har under 2023 börjat erbjuda hembesök inför inflytt på boendet, en åtgärd som tagits fram i och med omställningen till nära vård. Det är då enhetschef och tilltänkt kontaktpersonal som åker hem till individen.

Funktionsstödomsorgen har en inflyttningsrutin som innehåller anhörigperspektivet, och många enheter följer en rutin för anhörigstöd, där man på ett systematiskt sätt genomför anhörigsamtal regelbundet. En utveckling av det pedagogiska arbetet inom funktionsstödomsorgen har skett under 2023, som innebär att man har anställt stödpedagoger till samtliga enheter inom hela FSO. Stödpedagogerna arbetar tillsammans med enhetschef och har riktade arbetsuppgifter kring genomförandeplaner, pedagogiskt arbete, motiverande samtal och att jobba med delaktighet och trygghet för den enskilde. Stödpedagogerna har även ökat kunskaperna hos personal kring alternativ kompletterande kommunikation.

Både inom äldreomsorg och funktionsstödomsorg finns det på enheterna utsedda personer som arbetar som anhörigombud, med fokus på att göra närstående delaktiga. Genomförandeplaner utarbetas när det är möjligt med delaktighet från individen själv, och/eller närstående. Genomförandeplanen arbetas fram utifrån ett hälsofrämjande perspektiv och utgår ifrån att individens behov.

Hälso- och sjukvården har som rutin att formulera hälsoplaner och mål för patientens vård i samråd med patient och/eller närstående i de fall det är möjligt. Målformuleringar tas fram utifrån vilka åtgärder som passar bäst utifrån patientens situation. Synpunkter och klagomål besvaras med återkoppling till rapportör när de inkommer.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

## Palliativregistrets kvalitetsindikatorer

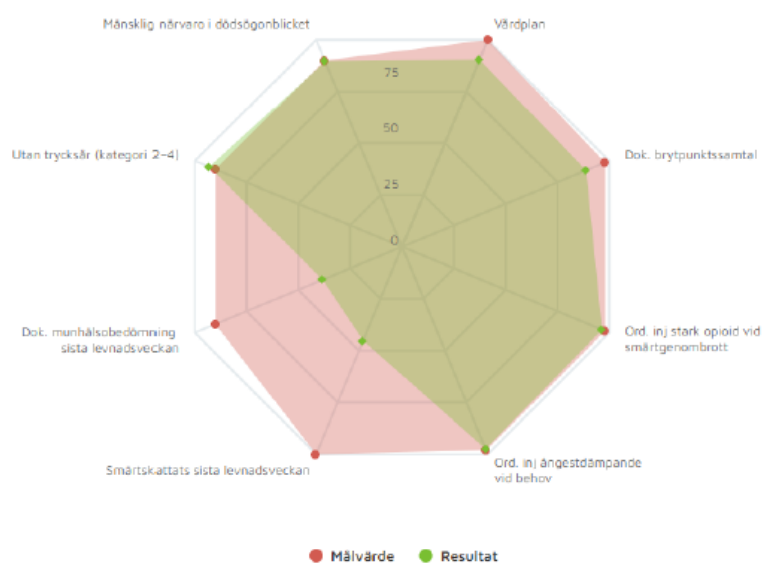
**Mål:** Samtliga dödsfall som sker i kommunens verksamheter ska registreras i palliativregistret. De målvärden som anges för riket ska uppnås.

**Resultat:**

### Särskilt boende

#### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



2022:

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	87,0	100	94	108
Dok. brytpunktssamtal	79,6	98	86	108
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	93,5	98	101	108
Ord. inj ångestdämpande vid behov	92,6	98	100	108
Smärtskattats sista levnadsveckan	36,1	100	39	108
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	47,2	90	51	108
Utan trycksår (kategori 2-4)	89,8	90	97	108
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	75,9	90	82	108

2023:

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	90,4	100	104	115
Dok. brytpunktssamtal	88,7	98	102	115
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96,5	98	111	115
Ord. inj ångestdämpande vid behov	97,4	98	112	115
Smärtskattats sista levnadsveckan	45,2	100	52	115
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	38,3	90	44	115
Utan trycksår (kategori 2-4)	93,0	90	107	115
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	89,6	90	103	115

# Hemsjukvård

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



2022:

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	100,0	100	3	3
Dok. brytpunktssamtal	100,0	98	3	3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	3	3
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	3	3
Smärtskattats sista levnadsveckan	,0	100		3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	,0	90		3
Utan trycksår (kategori 2-4)	66,7	90	2	3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	66,7	90	2	3

2023:

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	88,9	100	8	9
Dok. brytpunktssamtal	88,9	98	8	9
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	9	9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	9	9
Smärtskattats sista levnadsveckan	55,6	100	5	9
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	33,3	90	3	9
Utan trycksår (kategori 2-4)	77,8	90	7	9
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	77,8	90	7	9

**Analys av resultat:** 115 patienter som avlidit på särskilt boende finns registrerade i palliativregistret, och 9 patienter som avlidit i ordinarie boende med hemsjukvård under 2023. Det finns i nuvarande verksamhetssystem ingen möjlighet att få fram siffror för hur många patienter som avlidit i sitt hem inom respektive verksamhet, och därför går det inte att avgöra om samtliga dödsfall registreras eller inte. Vi vet att det är totalt 218 patienter som avlidit inom särskilt boende under 2023, men det går inte att veta hur

många av dessa som avlidit på annan plats än i hemmet (på sjukhus), men förmodligen finns en underregistrering då upplevelsen är att betydligt mer än 50% av de boende på SÄBO avlider i sitt eget hem. En förklaring kan vara att det under 2023 varit brist på sjuksköterskor inom SÄBO och att inhyrd personal inte haft inloggning till registret, vilket lett till att många dödsfall inte registrerats. I ordinärt boende med hemsjukvård är upplevelsen att fler än 9 patienter vårdats i livets slut och avlidit i sitt hem under 2023, men inte heller detta kan vi få fram en siffra för. Upplevelsen är att det är åtminstone några fler än 9 som borde ha registrerats, och att det finns förbättringar att genomföra.

Vid jämförelse av statistiken fördelat på enhetsnivå syns det tydligt att vi inte har ett liknande arbetssätt på olika enheter, utan att resultatet varierar väldigt mycket mellan kommunens egna verksamheter.

Av resultatet för särskilt boende kan vi se en tydlig förbättring av resultaten utifrån kvalitetsindikatorerna för palliativ vård inom samtliga områden utom munhälsobedömning under sista levnadsveckan, där resultatet försämrats jämfört med 2022. För flera indikatorer är vi nära att uppnå målvärdet, men det finns utrymme för förbättringar. Det enda värdet där man inom särskilt boende uppnår nivå över målvärdet är att patienten avlider utan trycksår i 93% av fallen (målvärde 90%). De två indikatorer där vi har ett störst arbete med förbättring att genomföra är dokumenterad munhälsobedömning och dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan, där vi uppnår 38,3% (målvärde 90%) respektive 45,2% (målvärde 100%).

Resultatet för patienter i ordinärt boende som är inskrivna i hemsjukvård visar en förbättring av antal registreringar från 3 år 2022 till 9 år 2023. Målvärde uppnås för både att det finns en ordinerad injektion av stark opioid vid smärta och injektion ångstdämpande vid behov hos 100% av patienterna. 77,8% av patienterna avlider utan trycksår, och 77,8% av patienterna har haft mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Båda dessa värden har ökat från 66,7% under 2022, men det är en bit kvar innan målvärdet på 90% uppnås. Gällande dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan finns det dokumenterat hos 33,3% av patienterna, och dokumenterad smärtskattning finns hos 55,6%. Att resultatet är så lågt på dessa två punkter innebär inte att patienterna inte fått någon bedömning av sin smärta under sista levnadsveckan eller att ingen munvård har genomförts. Som exempel är frågan i dödsfallsenkäten ställd utifrån att en smärtskattning ska ha genomförts med hjälp av en validerad smärtskattningsskala och dokumenterats utifrån denna smärtskattning, och om den inte finns dokumenterad och inlagd i bedömningsmodulen i verksamhetssystemet blir svaret att det inte finns någon dokumenterad smärtskattning i patientens journal under den sista levnadsveckan.

**Åtgärd:** Det behöver säkerställas att inhyrd personal har inloggning till palliativregistret och kunskap om att samtliga dödsfall inom hälso- och sjukvården ska registreras.

En ny rutin för omvårdnad vid vård i livets slutskede har tagits fram under 2023. Implementering har påbörjats, och fortsätter under 2024. Rutinen innehåller åtgärder och tydliggörande av ansvar för respektive yrkesroll i teamet kring patienten som vårdas i livets slutskede. Förhoppningen är att rutinen ska skapa kvalitet och tydlighet i ansvar och att det leder till bättre vård för den enskilde individen samt att vi arbetar mer lika på samtliga enheter.

**Uppföljning av åtgärd:** Arbetsgrupp palliativ vård, bestående av legitimerad personal och kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård följer upp resultat 4 gånger per år och återkopplar till respektive verksamhetsområde för att säkerställa åtgärder för förbättring.

## Senior alert

**Mål:** 80% av patienterna inom särskilt boende och 50% av hemsjukvårdspatienterna ska få en bedömning med bakomliggande orsak, åtgärder och uppföljning inom områdena trycksår, fall, undernäring och munhälsa.

## Resultat:

### Särskilt boende:

2023 (Inklusive privata SÄBO):

	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Nyköpings kommun	518	89% ↓ 588 av 660	79% ↓ 467 av 588	86% ↓ 508 av 588	48% ↓ 208 av 430
Trycksår		31% ↓ 207 av 660	87% ↓ 181 av 207	89% ↓ 185 av 207	47% ↓ 72 av 154
Undernäring		56% ↓ 370 av 660	89% ↓ 330 av 370	91% ↓ 336 av 370	49% ↓ 138 av 282
Fall		77% ↓ 505 av 660	89% ↓ 450 av 505	90% ↓ 457 av 505	51% ↓ 190 av 374
Munhälsa		44% ↓ 142 av 320	58% ↓ 83 av 142	73% ↑ 104 av 142	49% ↑ 49 av 101

### Hemsjukvård:

2023:

	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Nyköping Hemsjukvård	48	76% ↑ 48 av 63	81% ↓ 39 av 48	81% ↓ 39 av 48	56% ↑ 15 av 27
Trycksår		11% → 7 av 63	57% ↓ 4 av 7	57% ↓ 4 av 7	33% ↑ 1 av 3
Undernäring		46% ↑ 29 av 63	83% ↓ 24 av 29	83% ↓ 24 av 29	60% ↑ 9 av 15
Fall		51% ↑ 32 av 63	81% ↓ 26 av 32	81% ↓ 26 av 32	42% ↑ 8 av 19
Munhälsa		31% ↑ 11 av 35	91% ↓ 10 av 11	91% ↓ 10 av 11	75% ↑ 6 av 8

**Analys av resultat:** Inom särskilt boende är det positivt att antalet unika personer som registrerats ökat från 349 år 2022 till 518 under 2023. På övergripande nivå är dock trenden minskande för registreringar, bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljningar inom nästan samtliga områden jämfört med föregående år vid konstaterad risk efter bedömning. Den ökningen som kan ses är åtgärder och uppföljning vid konstaterad risk efter munhälsobedömning.

På enhetsnivå syns stora skillnader mellan andel registreringar och hur man arbetar med att titta på bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning vid jämförelse mellan de olika enheterna. Goda exempel finns, som exempel Myntan, där antalet registreringar ökat från 46 under 2022 till 93 under 2023. Det syns också en ökande trend inom samtliga områden utom uppföljning av utförda åtgärder där andelen minskat något. På Lundagården är det tydligt att det finns ett väl fungerande arbete med kvalitetsregistret, då det syns en ökande trend gällande åtgärder och uppföljning av utförda åtgärder inom samtliga områden där risk konstaterats.

Inom hemsjukvården har antalet unika personer som registrerats ökat från 28 under 2022 till 48 under 2023. En ökande trend ses av uppföljningar inom samtliga riskområden. Störst förbättring ses inom demensteamet, där antal registreringar gått från inga alls under 2022 till 17 under 2023. I demensteamet har man under året utvecklat ett väl fungerande arbete med Senior alert innehållande riskbedömning, bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning av utförda åtgärder inom samtliga riskområden.

**Åtgärd:** En arbetsgrupp bestående av enhetschef från hemtjänst och särskilt boende samt legitimerad personal har tagit fram ett förslag till rutin för arbete med senior alert som kommer att implementeras under 2024 för att tydliggöra ansvar och säkerställa att samtliga enheter arbetar aktivt med Senior alerts samtliga delar.

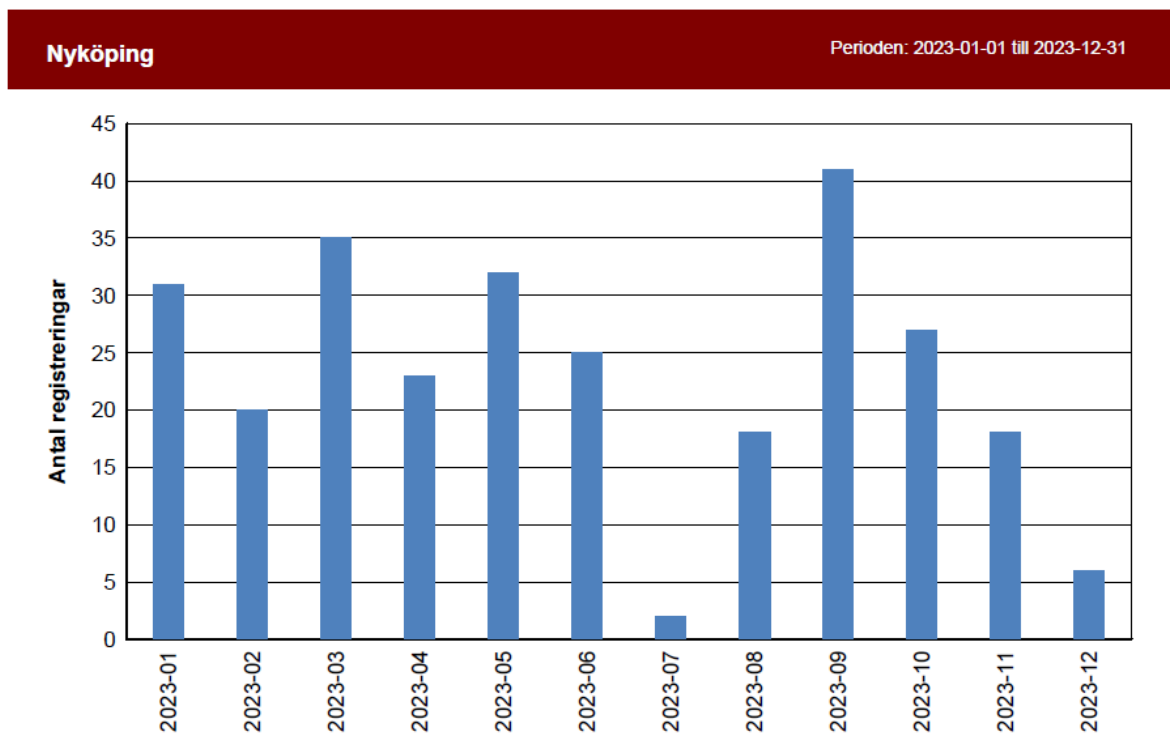
**Uppföljning av åtgärd:** Statistiken följs upp i arbetsgruppen fyra gånger per år för att följa utveckling och ta fram åtgärder för områden som behöver förbättras. Resultat och förslag till åtgärder återkopplas till respektive verksamhet.

### BPSD

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte och mål att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD), och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom eller kognitiv sjukdom. Resursteam demens ansvarar för att utbilda enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal på de enheter där man vårdar personer med demenssjukdom inom kommunens verksamheter.

**Mål:** Att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom genom vårdåtgärder som minskar förekomst av BPSD.

**Resultat:** Under 2023 har 278 registreringar gjorts i BPSD. Detta är en ökning jämfört med 2022, då 248 registreringar genomfördes.



## Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler

**Mål:** Patientjournaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

**Resultat:** 289 egenkontroller av hälso- och sjukvårdsjournal lämnades in till MAS i 2023 års journalgranskning från sjuksköterskor. Rehabenheten omfattades inte av journalgranskningen år 2023.

Dokumentation av:	SÄBO	Hemsjukvård	LSS	Socialpsykiatri
Samtycke	92%	93%	88%	100%
Angivna uppgifter	96%	94%	88%	100%
Medicinska diagnoser	81%	96%	84%	100%
Modifierad Norton (bedömning risk för trycksår)	75%	24%	5%	23%
MNA initial bedömning (riskbedömning undernäring)	70%	19%	5%	23%
MNA slutlig bedömning (riskbedömning undernäring)	14%	12%	5%	23%
Downton fall risk index (bedömning fallrisk)	70%	18%	5%	23%
Registrering Senior Alert	80%	20%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Hälsoplan	96%	100%	88%	100%
Mål i hälsoplan	89%	65%	75%	100%
Patient delaktig i framtagande av mål	62%	48%	78%	100%
Uppföljning av åtgärder i hälsoplan	68%	83%	73%	100%
Journal skriven med respekt för patienten	100%	100%	100%	100%
Ej HLR	30%	14%	0%	100% (ja eller ej aktuellt)
Vårdsmitta	36%	36%	6%	13%
Överkänslighet	73%	56%	56%	94%
Läkemedelsgenomgång	57%	21%	Frågan ej med i underlag	Frågan ej med i underlag

**Analys av resultat:** Det finns fortsatt behov av att förbättra dokumentationen inom flera områden. MAS/MAR ansvarar för årlig journalgranskning och återkopplar resultat till verksamheterna med förslag till åtgärder.

**Åtgärd:** De områden som behöver förbättras för att uppnå goda resultat inom dokumentation är följande:

- Att göra patienten delaktig i framtagande av mål och att patientens önskan ska synliggöras i hälsoplanen. I de fall patienten inte bedöms kunna vara delaktig ska det dokumenteras.
- Att dokumentera uppföljning av hälsoplaner i hälsoplanen.
- Att förbättra arbetet med riskbedömningar utifrån bedömningsinstrument.
- Att tydliggöra hur arbetet med Senior alert och dess delar ska ske och hur det ska dokumenteras.
- Att öka andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar.



En ytterligare åtgärd som planerats är att anställa en projektledare som under tre år ska arbeta med att förbättra dokumentationen genom översyn av rutiner och utbildning av personal inom hälso- och sjukvården. Rekrytering pågår och tjänsten kommer att tillsättas under 2024.

**Uppföljning av åtgärd:** Dokumentationen följs upp vid årlig journalgranskning av MAS/MAR.

### Delegeringar

**Mål:** Delegeringsförfarandet ska följa den riktlinje som MAS upprättat samt följa processkarta *Delegering av Hälso- och sjukvårdsinsatser*, och delegering får endast ske när det är förenligt med god och säker vård.

**Resultat:** MAS skickade ut en enkät till legitimerad personal och till enhetschefer med förfrågan om de känner till riktlinjer och processkarta samt följer dessa. Dock var det extremt låg svarsfrekvens på enkäten från legitimerad personal. De som svarat angav att de känner till riktlinje och processkarta och arbetar enligt dem, samt att de genomför ett praktiskt/teoretiskt prov innan delegering utförs.

Svarsfrekvensen bland enhetscheferna var 57,1%. Av dessa angav 95% att de känner till processkarta och riktlinje och att de arbetar enligt gällande rutiner i Appva och Procapita gällande nyanställd personal. De uppgav att 60–80% av omvårdnadspersonalen har en delegering. Enligt rutin ska samtlig personal läggas in i systemet för digital signering och detta är enhetschefs ansvar, och vid avslutad anställning ansvarar enhetschef för att ta bort inaktuell personal ur systemet. Vid kontroll av antal personer som är inlagda i systemet konstateras det att det är betydligt fler än vad som finns anställda inom divisionen, vilket tyder på att rutin inte följs.

Det framkommer även vid MAS granskning att legitimerad personal arbetar på olika sätt vid bedömning och kontroll av den reella kompetensen hos den personal som ska delegeras. Det skiljer även mycket mellan sjuksköterskor och rehabpersonal.

**Analys av resultat:** Det finns behov av att ta fram åtgärder för att säkerställa att enhetschefer följer delegeringsprocessen och rutin för digital signering samt att legitimerad personal har ett gemensamt underlag för bedömning av reell kompetens hos den person som ska delegeras.

**Åtgärd:** Implementering av delegeringsprocessen och rutin för digital signering för enhetschefer samt framtagande av underlag för bedömning av reell kompetens inför delegering för legitimerad personal.

**Uppföljning av åtgärd:** MAS genomför årlig granskning och åiterrapportering till nämnd.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Har vården varit säker

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds sedan hösten 2023 i samarbete mellan kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering. Tidigare genomfördes utredningen av kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård, och medicinskt ansvarig sjuksköterska gjorde därefter ett ställningstagande till om händelsen skulle anmälas till IVO eller inte. Det finns en vinst i att MAS/MAR är involverade i utredningen och att den görs i samarbete med verksamheten, då det ger ett vidare perspektiv på det inträffade och vilka åtgärder som behöver tas fram.

Utredningen följer en mall med innehåll utifrån det som står i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete enligt följande:

- Händelseförlopp
- När händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades
- Vilka konsekvenser händelsen medfört eller hade kunnat medföra för patienten
- Vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen
- Vilka åtgärder som är beslutade och har vidtagits/ska vidtas för att förhindra att händelsen inträffar igen, eller för att begränsa effekterna av en händelse som inte helt går att förhindra
- När åtgärderna ska vara vidtagna
- Vem eller vilka som ansvarar för uppföljning av åtgärder
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen, i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet
- Patientens beskrivning och upplevelse av händelsen. Om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse ska det framgå i utredningen.

Efter genomförd utredning återkopplas den till den verksamhet där händelsen inträffat, och en åtgärdsplan arbetas fram av verksamheten. Händelsen och planerade åtgärder presenteras därefter för de som berörs av den för att dra lärdom av det inträffade. Uppföljning av genomförda åtgärder planeras in tillsammans med MAS/MAR.

Under 2023 har fem händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada utretts. Av dessa är det en händelse som bedömts som allvarlig risk för vårdskada och anmälts till IVO i enlighet med Lex Maria. Föregående år genomfördes två utredningar, ingen av dem ledde till en anmälan till IVO. Att utreda fem händelser på ett år, varav en leder till en anmälan till IVO, är ett litet antal i förhållande till storlek på organisationen vid jämförelse med andra kommuner.

En av de händelser som uppmärksammats har inkommit via avvikelser från regionen, en händelse har inkommit som klagomål från närstående och två utredningar har inletts efter förfrågan från IVO till följd av klagomål från närstående. Det är endast en av utredningarna som inletts efter att vårdpersonal uppmärksammat risk för inträffad vårdskada.

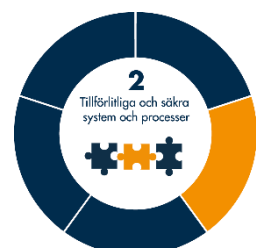
Bedömningen är att det finns behov av att öka kunskaperna kring att uppmärksamma vårdskador eller risk för vårdskador hos personal och chefer i kommunen och att det förmodligen skulle behöva utredas fler händelser per år.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

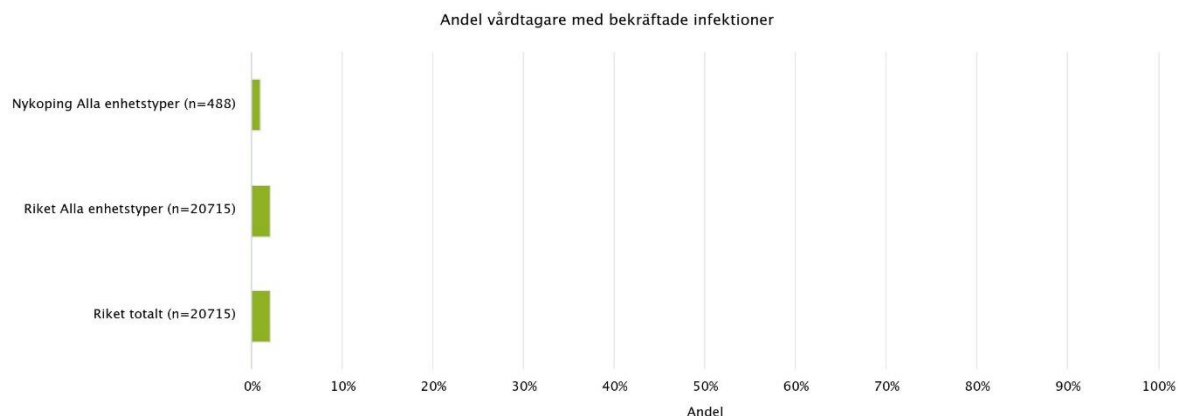
Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### Svenska HALT

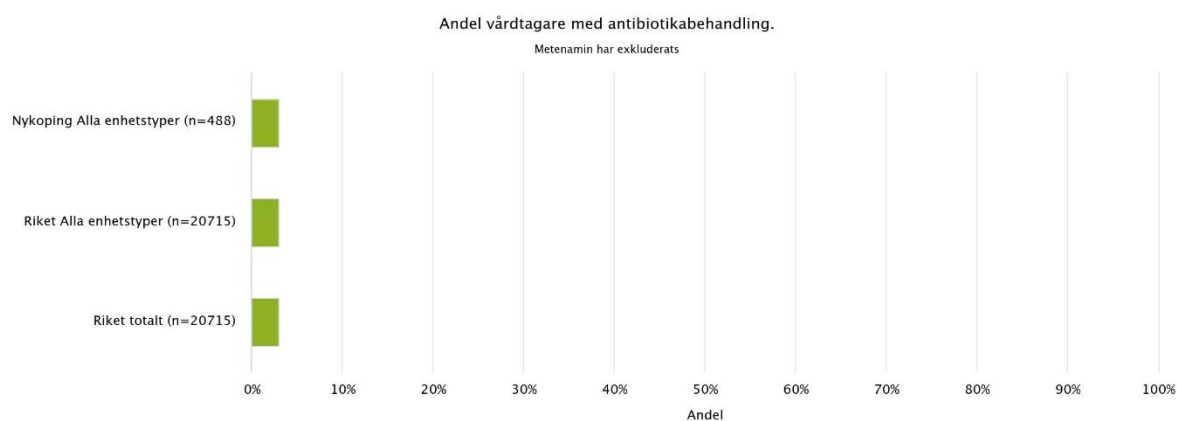
Nyköpings kommun deltog för första gången i svenska HALT under 2023. Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Mätningen syftar till att skapa medvetenhet kring antibiotikaanvändande och att minska riskerna för vårdrelaterade infektioner



(VRI).



Andel vårdtagare med bekräftad infektion är i Nyköpings kommun 1,4%, och genomsnittet i riket är 1,6%.



Andel vårdtagare med antibiotikabehandling är 2,7% i Nyköpings kommun, och genomsnittet för riket är också 2,7%.

Gällande riskfaktorer har vi en något större andel patienter med urinkateter jämfört med riket, 11,5% (10,5 för riket). Förekomst av trycksår på 4,1% i Nyköping är lägre än riksgenomsnittet på 5%. För övriga riskfaktorer som kärlkateter, förekomst av andra sår och kirurgiska ingrepp ligger vi på liknade nivåer som riksgenomsnittet. En högre andel urinkatetrar kan innebära en högre risk för vårdrelaterade infektioner, men ändå är förekomsten av VRI lägre i Nyköping (1,4%) än riksgenomsnittet (1,6%). Målet att uppnå bättre resultat än genomsnittet i riket uppnås därmed gällande förekomst av vårdrelaterade infektioner.

Vårdtyngden på särskilt boende i Nyköpings kommun är något lägre än riksgenomsnittet gällande inkontinens och desorientering där vi uppnår 54,5% (63,9 för riket) respektive 58,8% (65,2 för riket), medan vi har högre andel patienter som är sängliggande eller rullstolsburna, 45,1% jämfört med 40,4% i riket.

HALT-mätning har inte utförts tidigare år inom Nyköpings kommun, så därför finns det inga tidigare resultat att följa upp. Planen framåt är att registrera i svenska HALT varje år för att kunna följa resultat i kommunen över tid och sätta in åtgärder där behov finns. Resultat av kommande HALT-mätningar kommer att följas upp årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska och i patientsäkerhetsberättelsen.

### **Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler**

Samtlig omvårdnadspersonal inom äldreomsorg och funktionsstödomsorg genomgår Socialstyrelsens webbutbildning inom basal hygien och genomför självskattningar tre gånger per år. Hygienronder genomförs på enheterna en gång per år. Resultat följs upp på verksamhetsnivå, med sammanställning och återkoppling till enhetschefer. Sammanställning under 2023 har visat att det finns brister i användande av förkläde vid arbetsmoment som kräver det, och att det finns en överanvändning av handskar vid moment som inte kräver det. Det har även blivit lite sämre resultat för användande av handdesinfektion.

Varje enhet har efter sammanställning tagit fram åtgärder för att förbättra resultatet på enheten. All legitimerad personal har fått utbildning av Vårdhygien i basala hygienrutiner och klädregler. En ansvarsförbindelse för följsamhet till basala hygienrutiner, som all personal fått signera, har tagits fram under 2023. Vårdhygien anordnar regelbundna utbildningar för enhetschefer och hygienombud, och har varit ute i vissa arbetsgrupper och utbildat när de fått förfrågan om det.

### **Läkemedelsgenomgångar**

Genomförs i samråd mellan sjuksköterska och patientansvarig läkare utifrån riktlinjer som finns på regionens samverkanswebb. Enligt HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda en enkel läkemedelsgenomgång till de patienter som är 75 år eller äldre och som har fem läkemedel eller fler vid inskrivning i hemsjukvård eller inflyttning på särskilt boende, och därefter minst en gång per år. Om patienten efter en förenklad läkemedelsgenomgång har läkemedelsrelaterade problem eller om det finns en misstanke om sådana ska en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras.

Det har identifierats vid granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler att det finns brister i dokumentation av läkemedelsgenomgångar, vilket är en kvarstående brist från 2022 års granskningar. Ofta dokumenteras en enkel läkemedelsgenomgång som en läkarkontakt i journal i stället för en anteckning om läkemedelsgenomgång, vilket gör statistiken missvisande. Det har lyfts vid uppföljningsmöten tillsammans med vårdcentralerna som en påminnelse om att både läkare och sjuksköterska ska dokumentera en genomförd läkemedelsgenomgång i respektive journalsystem.

### **Suicidprevention**

Inom division social omsorg finns det en kvalitetsutvecklare som arbetar specifikt med psykisk hälsa. Det finns en handlingsplan för suicidprevention framtagen, som gäller vid hot, risk och vid fullbordad suicid. Det har utifrån denna arbetats fram egna rutiner för respektive verksamhetsområde. På intranätet finns det material som kan användas på APT kring suicidfrågor samt utbildningar för medarbetare för att öka medvetenheten och patientsäkerheten i frågan. Det finns även en utbildning för all personal framtagen som handlar om bemötande i olika situationer. Ett gott bemötande och insikten av att vi behöver bemötas olika utifrån våra olika förutsättningar ökar patientsäkerheten.

### **Läkemedelshantering**

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering sker årligen av apotekare från ett externt bolag enligt avtal med kommunen. Syftet med kvalitetsgranskningen är att säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån de krav som ställs i Socialstyrelsens författningar, i den länsövergripande riktlinjen för läkemedelshantering ”Läkemedelshantering i Sörmland” samt i enheternas egna lokala rutiner för läkemedelshantering.

Under 2023 granskades endast särskilt boende för äldre och hemtjänst. Inom funktionsstödomsorgen genomfördes inga granskningar.

Samtliga enheter hade arbetat aktivt med åtgärder utifrån föregående års resultat. Det finns generellt en god kännedom om de lokala rutinerna och att de ska revideras en gång per år eller vid ändring, men det förekom hos flera enheter att de hunnit bli ogiltiga vid granskningstillfället. På en enhet saknades lokal rutin helt.

På de flesta enheterna fungerar det bra med läkemedelsleveranser, och de kvitteras vid leverans. Dock förekommer det enheter där leveranser lämnas utan kvittens och tillsyn, vilket berörda enheter uppmanats att skriva avvikelser till dosleverantören gällande.

Nyckelhanteringen är utan anmärkning inom hemtjänsten, där samtliga enheter använder sig av digital spårbar nyckelhantering och enbart delegerad personal har åtkomst till läkemedelsskåpen. Inom särskilt boende fanns flera enheter där nyckelhanteringen brister och spårbarheten ej är möjlig att följa.

Batchnummer ska dokumenteras i journal i de fall ett biologiskt läkemedel (till exempel insulin) tas från akut- och buffertläkemedelsförråd för att det ska gå att säkerställa spårbarhet, men om det biologiska läkemedlet är patientbundet finns en spårbarhet från apoteksexpeditionen. Det upplevdes ofta en osäkerhet i den frågan vid granskningstillfällena. MAS har förtydligat detta i mallen ”lokal rutin för läkemedelshantering” för att minska osäkerheten hos sjuksköterskorna.

Det konstaterades att det finns goda kunskaper om narkotikahantering i verksamheterna och samtliga stickprover både i akut- och buffertförråd och bland de personbundna läkemedlen utfördes utan anmärkning. Inom hemtjänsten finns inga läkemedelsförråd på enheterna och därför togs inte heller några stickprover. För kassation av narkotikapläster används avsedd mall och samlas in av sjuksköterskor för kassation. Gällande förvaring av personbundna läkemedel förekom få anmärkningar, generellt var det god ordning och god dokumentation i medicinskåpen. Vid vissa enheter förekom viss brist av dokumentation, framför allt var det signaturlista vid driftstopp som kunde saknas.

Vid granskning av skötseln av läkemedelsförråd på SÄBO var det god ordning i förråden. Hos några få enheter saknades dokumentation om dagligt städ och det förekom även bristande dokumentation av månadsstäd samt hållbarhetskontroller. I ett fall påträffades utgångna läkemedel i förrådet.

Rumstemperatur dokumenterades enligt rutin veckovis, medan det på vissa enheter saknades daglig kontroll av temperatur i kylskåp.

Inom särskilt boende följdes rutin för kassering av läkemedel väl, medan det hos hemtjänstenheterna var något oklart. Vissa enheter lämnade läkemedel för kassation till sjuksköterska för hantering hos avtalat företag, medan andra lämnade läkemedel direkt hos lokalt apotek. Enligt rutin ska läkemedel från hemtjänsten kasseras i avsedd box hos hemsjukvården och hanteras av avtalat företag.

Alla enheter inom kommunen arbetar aktivt med avvikelshantering och den vanligaste avvikelserna var missad signering vid dosgivning eller missad dos.

Generellt hos enheterna fanns en osäkerhet kring arkiveringstider gällande följesedlar, förbrukningsjournaler och städ-/temperaturloggar. Det finns ett behov av att göra dokumenthanteringsplan känd i verksamheterna.

## 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.



## **Digitalisering**

Det finns inom division social omsorg en kvalitetsutvecklare inom välfärdsteknik och digitalisering. Digitaliseringen inom divisionen har en mycket nära koppling till Nära vård. Nya tekniska lösningar skapar stora möjligheter att bo kvar hemma, till exempel trygghetskameror.

Särskilt boende har sedan slutet av 2021 arbetat med digital signering av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och under slutet av 2022 och början av 2023 har även hemsjukvård och hemtjänst övergått från signering på papper till digital signering. Att signera digitalt innebär en stor tidsbesparing, då det tidigare gått åt mycket tid för legitimerad personal att skriva ut och lämna ut signeringslistor samt att lämna ut nya vid förändringar. I systemet för digital signering kan legitimerad personal direkt se när en insats inte är utförd inom rätt tid, vilket är en kvalitetssäkring av att till exempel läkemedel blir givna i rätt tid. Tidigare fick legitimerad personal tillbaka papperslistor i början av nästkommande månad, och då är det ofta svårt att ta reda på orsaken till att en avvikelse skett tidigare i månaden. Det har också blivit lättare att ändra insatser när det görs direkt i datorn i stället för att till exempel hemsjukvården tidigare behövt skriva ut en ny signeringslista och åka ut med den till patientens läkemedelsskåp.

Under 2023 påbörjades ett pilotprojekt på väverskans äldreboende där man testar smarta kameror.

## **Nära vård**

Inom divisionen finns en kvalitetsutvecklare som arbetar med omställningsarbetet till nära vård och utvecklingen av en mer lättillgänglig vård som med hjälp av nya arbetssätt kan få resurserna att användas bättre och räcka till fler med tanke på utvecklingen som väntar oss med färre personer i arbetsför ålder och allt fler äldre i befolkningen. En god och nära vård bygger på att vården utgår ifrån patientens individuella förutsättningar och behov. Nära vård är inte ett arbetssätt utan ett förhållningssätt som bygger på att vården ska vara relationsbaserad, hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. Den nära vården ska även bidra till en jämlik hälsa, trygghet och självständighet som är grundad i ett gemensamt ansvarstagande och tillit (SKR).

I Nyköpings kommun har omställningen till nära vård startat, till exempel genom hemtjänstens hemgångsteam och resursteamet demens. De startades utan koppling till nära vård men är exempel på insatser som går hand i hand med omställningen. Rehabiliteringen jobbar med att förebygga fall i hemmet och det palliativa arbetet är på väg att utvecklas inom äldreboenden och hemtjänst. Rutinen för Trygg och effektiv hemgång som tagits fram i ett samarbete mellan kommuner och regionen är under revidering, och ska förbättras med tydlig nära vård-inriktning, där kommunens och regionens samverkan ska förbättras.

Nyköpings kommun öppnade i juni en visningslägenhet för målgruppen äldre och personer med behov av funktionsstöd. Den är öppen för alla intresserade invånare och medarbetare. Tanken är att lägenheten ska fungera som ett showroom för olika typer av hjälpmedel. Det finns hjälpmedel från specialbutiker och digitala hjälpmedel som kan tillhandahållas av kommunen. Där visas också vad kommunen kan förskriva, samt vilken digital välfärdsteknik som finns i kommunen.

Det har under 2023 implementerats ett arbete med att använda subkutan infart för symtomlindring vid vård i livets slutskede, vilket innebär att de patienter som vårdas i livets slutskede snabbare kan få hjälp med symtomlindring vid behov av det.

## **Inhyrd personal**

Hälso- och sjukvården har under många års tid varit beroende av inhyrda sjuksköterskor för att det dels varit en hög personalomsättning inom framför allt hemsjukvården med medföljande svårigheter att rekrytera och behålla ordinarie personal. Att hyra in personal är en väl fungerande lösning ur ett kortsiktigt perspektiv, då det innebär att det finns personal på plats att utföra det dagliga arbetet. Det som sker när en

hög andel av personalen är inhyrda är att kvalitets- och utvecklingsarbete inom organisationen blir lidande, då kortsiktiga lösningar av vakanser orsakar att fokus förflyttas från ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv till ett fokus på akuta insatser här och nu. Under 2023 har hemsjukvården lyckats rekrytera ordinarie personal och kunnat minska ner på inhyrd personal, medan det inom särskilt boende har varit stor brist på sjuksköterskor under större delen av året. Inför 2024 ser bemanningen bättre ut, och förhoppningen är att det ska kunna ge följdeffekten av en mer stabil organisation med fokus på att höja kvalitet och att utveckla det vårdpreventiva arbetet.

## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

MAS har utarbetat en riktlinje gällande riskhantering för patientsäkerhet som divisionen ska arbeta efter. Riskbedömningar görs inför förändring av verksamhet eller vid behov på individnivå. Inför sommaren 2023 gjordes en riskbedömning av patientsäkerheten på generell nivå inom äldreomsorgen. Det görs även riskbedömningar på individuell nivå i hemmet. Inom äldreomsorgen görs det alltid en arbetsmiljöbedömning som även uppmärksammar vad kunden behöver för hjälpmedel.

Inom funktionsstödomsorgen genomförs riskanalyser på individnivå där man ser över individens hela situation, från fysiska till kognitiva funktioner och behov. Samtliga individer ska ha en genomförd riskbedömning med framtagna åtgärder utifrån de behov som framkommer.

När patienter ska skrivas ut från slutenvård och har omfattande behov behöver en riskbedömning göras inför hemgång, vilket sällan görs idag. Under 2023 har mycket risker kring det uppmärksammats, och det är ett arbete som behöver utvecklas i samarbete med region Sörmland.

## Stärka analys, lärande och utveckling

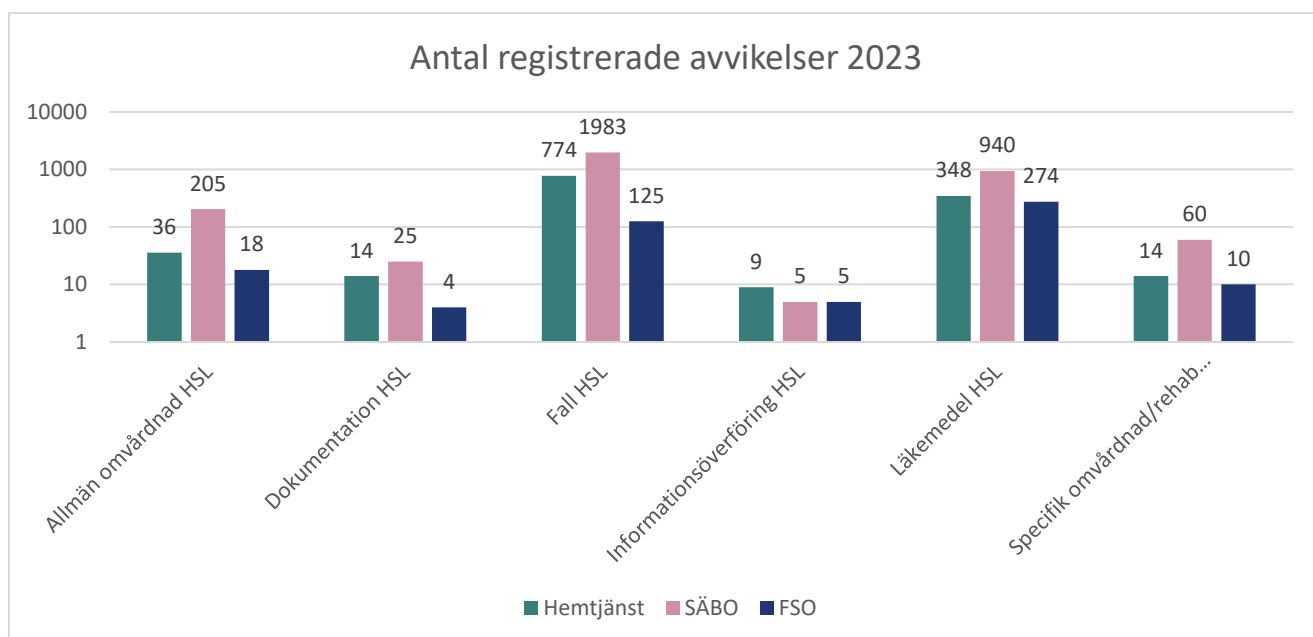
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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

### Avvikelse

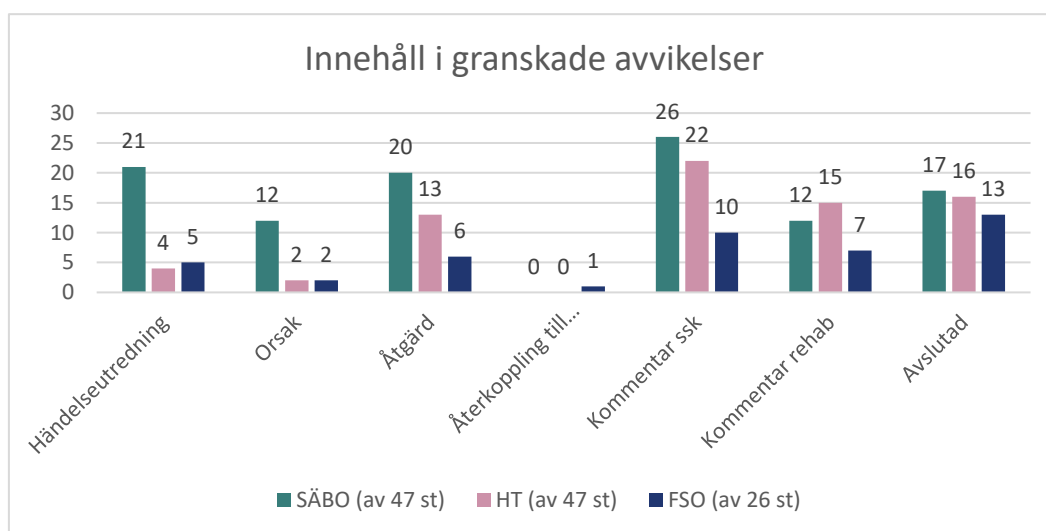
*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera avvikande händelser för patienten i en avvikelse. Inträffade avvikelser analyseras i en händelseutredning som genomförs av enhetschef. Händelseanalysen ska leda fram till åtgärder för att förhindra upprepning av händelsen.





Granskning av totalt 120 slumpmässigt utvalda HSL-avvikelser (47 inom SÄBO, 47 inom hemtjänst/hemsjukvård och 26 inom funktionsstödomsorgen) gav följande resultat:



Antal registrerade avvikelser är relativt stabilt från år till år. Det syns dock en ökning av registrerade avvikelser jämfört med föregående år inom funktionsstödomsorgen, något som kan vara ett resultat av att man under 2023 arbetat aktivt med att utbilda samtlig personal i avvikelshantering. Även inom äldreomsorgen har implementering av den utbildningsfilm som tagits fram gällande avvikelshantering för omvårdnadspersonal påbörjats, vilket förhoppningsvis kommer leda till ökat antal registreringar där alla delar finns med under 2024.

Vid granskning av avvikelser registrerade 2023 blir det tydligt att registrering av avvikelsernas alla delar inte alltid finns, och att bevakningar om inträffad avvikelse inte alltid skickas till rätt personer. Ofta är avvikelserna endast skickade till enhetschef, medan det missas att skicka den även till berörd legitimerad personal. Det finns även brister i händelseutredning, och därmed behov av att enhetschefer får utbildning i hur en avvikelse ska utredas och hur åtgärder tas fram för att förhindra upprepning av händelsen. Det finns goda exempel på enhetschefer som har ett väl fungerande arbetssätt i sin avvikelshantering och kunskaper som kan spridas i verksamheterna.



Idag sammanställer enhetscheferna avvikelser månadsvis i sin månadsrapport och dokumenterar antal inträffade avvikelser. Samtliga verksamheter har avvikelser som en stående punkt på APT/verksamhetsträff/teamträffar, där man diskuterar det inträffade. Upplevelsen i verksamheterna är att det finns en större medvetenhet om avvikelser och att man under 2023 börjat prata mer om dem på alla nivåer. Personalen har blivit mer trygga med att skriva avvikelser och syftet är tydligare.

Inom funktionsstödomsorgen har stödpedagogerna, som nu finns på samtliga enheter, varit ett stort stöd för personal i att uppmärksamma och skriva avvikelser och har varit drivande i det arbetet. Kvalitetsteamet har kommit ut till enheterna för att informera om avvikelshantering.

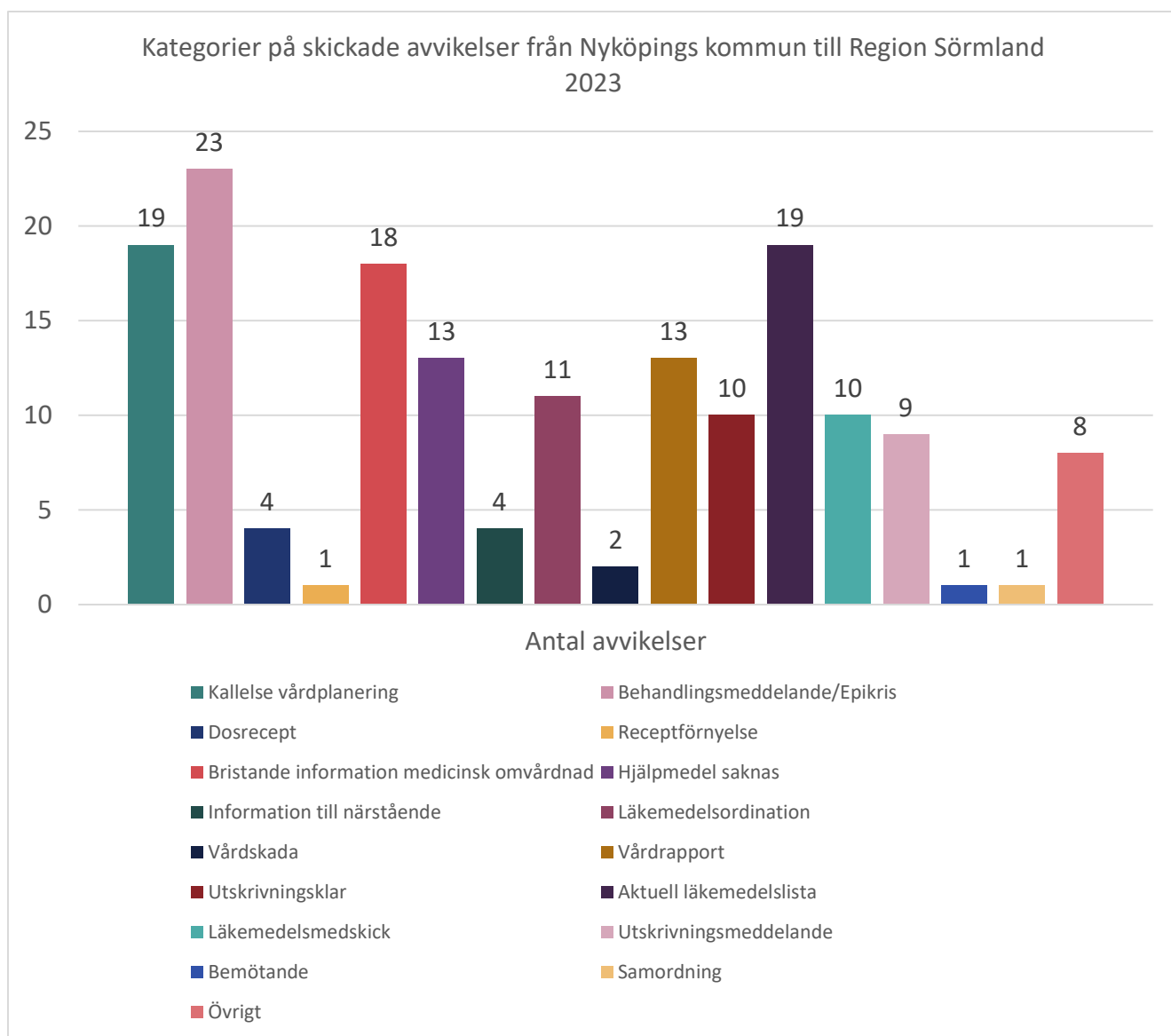
En åtgärd som införts under 2023 är att rehabenhetens fallpreventionsteam tar emot fallavvikelser från hemtjänsten gällande personer som inte är inskrivna i hemsjukvården. Därefter erbjuder fallpreventionsteamet ett fallpreventivt hembesök, som ofta blir till flera besök med åtgärder i form av till exempel förskrivning av hjälpmedel. När åtgärder vidtagits överrapporteras patienten till vårdcentralen, hemsjukvården eller så får patienten höra av sig själv vid behov.

Enhetschef för hemsjukvården har utöver avvikelser som en stående punkt på APT ett veckobrev som skickas ut till samtliga medarbetare, med kort info om inträffade avvikelser. I samband med detta bifogas gällande rutiner eller exempelvis länk till aktuellt kapitel i vårdhandboken, för att öka lärande och kunskap om befintliga rutiner.

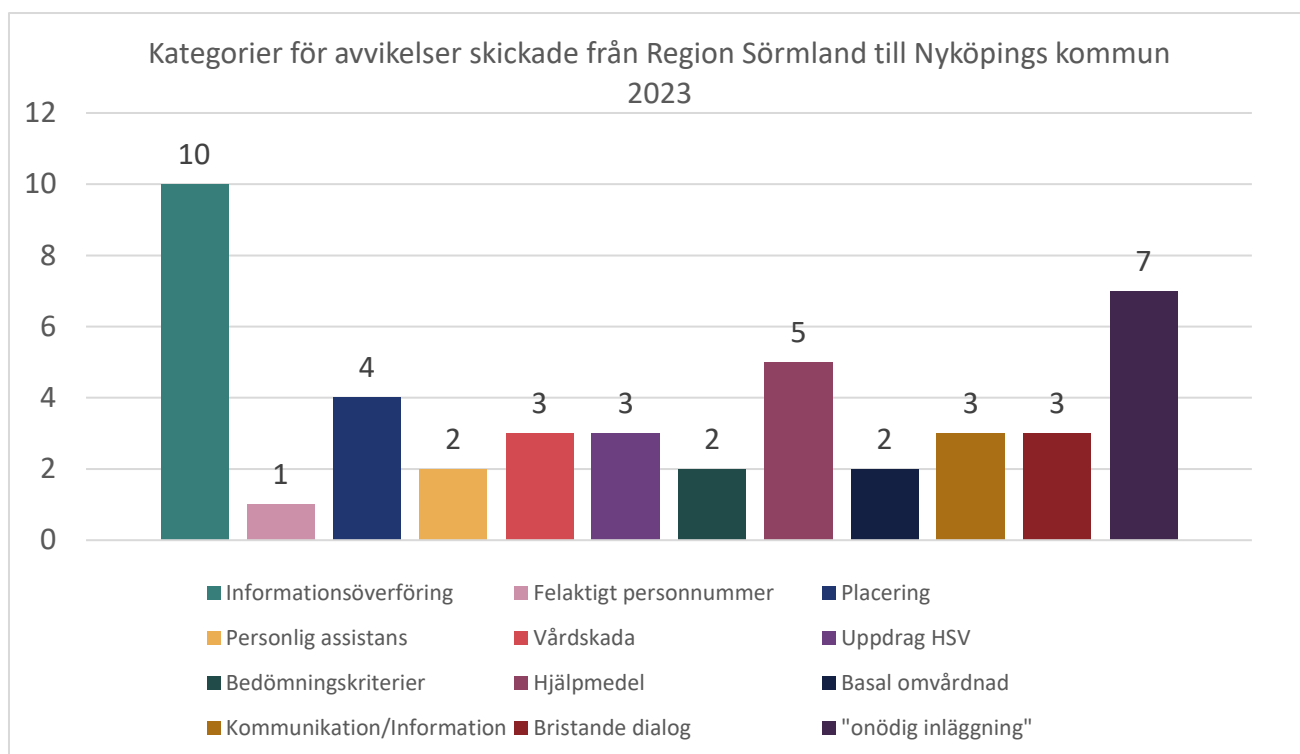
### **Avvikelser informationsöverföring och samordnad vårdplanering**

När en avvikelse inträffar gällande informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och annan vårdgivare skickas en avvikelse till den vårdgivare som orsakat avvikelsen. Nyköpings kommun skickade under 2023 totalt 91 avvikelser till Region Sörmland, av dessa har 47 besvarats av mottagaren.

Störst andel av de skickade avvikelserna går till ortopedkliniken (13), kirurgkliniken (8) och psykiatriska kliniken (8) på Nyköpings lasarett. De allra flesta avvikelserna skickas till slutenvården och rör brister när patienter skrivs ut till hemmet och de vanligaste kategorierna är att det saknas behandlingsmeddelande/epikris, aktuell läkemedelslista och/eller att det finns brister i information kring medicinsk omvårdnad vid utskrivning från slutenvård. En avvikelse kan innehålla fler än en brist, så därför skiljer sig summan i diagrammet nedan från det totala antalet skickade avvikelser.



Region Sörmland har skickat totalt 45 avvikelser till Nyköpings kommun under 2023, av dessa är 32 besvarade av mottagaren. Vanligaste kategorin är informationsöverföring (10) följt av ”Onödig inläggning” (7).



Vanliga ämnen i avvikelserna gäller till exempel patient som skickats in med ambulans utan rapport från kommunen, och där akutmottagningen inte kan avgöra varför patienten hamnat där. Vid granskning av dessa avvikelser visar det sig i många fall att det rör patienter som har hemtjänst men inte är inskrivna i hemsjukvård, vilket innebär att ingen medicinsk rapport kan lämnas. I vissa fall handlar det om patienter som själva bitt hemtjänsten ringa ambulans eller att det är närstående som ringt.

Gällande kategorin ”onödig inläggning” rör det ofta patienter som skickas in till sjukhus till följd av ohållbar hemsituation. Dessa situationer bör kunna förebyggas genom planering i god tid för att möta upp ökade behov med stöd i hemmet. Detta är dock inte alltid möjligt, då patienten har rätt till självbestämmande och inte alltid vill ta emot hjälp och stöd i sitt hem.

## Klagomål och synpunkter

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

Hantering av klagomål och synpunkter sker enligt den övergripande rutin som finns i divisionen. Samtliga verksamheter har som rutin att informera patienter och närstående om att möjlighet finns att lämna synpunkter. Under 2023 syns en stor förbättring inom äldreomsorgen av besvarande och återkoppling vid inkomna synpunkter och klagomål jämfört med 2022. Under 2022 hade 48% av synpunkterna som inkom besvarats, och under 2023 har verksamheterna besvarat 96% av inkomna synpunkter. I antal var det endast två synpunkter som inte hanterats vid sammanställning.

Under 2023 har antalet synpunkter och klagomål som inkommit till funktionsstödomsorgen mer än fördubblats jämfört med 2022. 70% av de inkomna synpunkterna har inkommit från en och samma individ, vilket kan förklara volymökningen. Ett förbättringsarbete har genomförts avseende rutinstöd och resursförstärkning vid hantering av externa avvikelser, vilket resulterat i att samtliga inkomna synpunkter till funktionsstödomsorgen har hanterats och avslutats under 2023.

Inom samtliga verksamheter lyfts inkomna synpunkter och klagomål i samband med APT för att skapa diskussion och se över åtgärder för att förbättra i verksamheten. Gäller det mer övergripande frågor lyfts det i verksamhetsträff eller ledningslag för cheferna.

Som exempel inkom det under 2023 in en synpunkt till hemsjukvården från en närstående till en patient som avlidit i sitt hem, där hemtjänsten lämnat den närstående ensam i väntan på att hemsjukvården skulle komma på plats. Eftersom hemtjänsten inte haft i sitt uppdrag att hjälpa till med omhändertagande av kroppen efter dödsfall fick den närstående i detta fall hjälpa till med detta, vilket den närstående inte kände sig bekväm med. Detta har efter diskussion i ledningslag och efter att ha diskuterats med nämnden lett till en förändring av rutin i verksamheten, med ändring till att hemtjänst ska kunna vara behjälplig med att göra i ordning kroppen efter dödsfall med stöd av hemsjukvården.

## 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.



Ett sätt att säkerställa en mer patientsäker framtida vård är att utveckla en mer sammanhållen hälso- och sjukvård med gemensamma rutiner och arbetssätt, vilket även leder till ett kompetensutbyte mellan verksamheterna. Arbetet med detta har påbörjats under 2023 genom att en gemensam rutin för skapande och revidering av rutiner tagits fram inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Rutiner har samlats på ett och samma ställe för att finnas lätt tillgängliga, men det är ett stort arbete som tar tid och kommer att fortgå även under 2024. Det finns även behov av ett arbete kring implementering av rutiner i verksamheten, och detta kommer en gemensam arbetsgrupp att se över under 2024. Medvetenheten kring patientsäkerhetsarbete behöver ökas i organisationen. Under våren 2024 ska analysverktyget för stärkt patientsäkerhet införas.

Fallpreventionsteamet skapar större medvetenhet kring fallprevention och främjar det förebyggande arbetet för att minska risken för fall. Rehabiliteringen har genomfört förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal för att stärka kompetensen och säkerställa att förflyttningar sker på ett säkert sätt, detta arbete kommer att fortsätta under 2024.

I divisionens verksamheter där det inom många enheter finns en hög personalomsättning behöver kompetensutveckling ske kontinuerligt för att säkerställa att det finns personal med kunskap och erfarenhet som lever upp till den komplexitet som hälso- och sjukvården idag innebär, för att kunna ge god vård och omsorg till de patienter som vi ansvarar för.

Inom särskilt boende har det identifierats att det finns behov av att förbättra samverkan mellan enhetschefer och legitimerad personal, vilket är ett arbete som kommer påbörjas under 2024. Det finns planer på att genomföra en workshop med enhetschefer och legitimerad personal, för att ta fram en plan för hur man ska arbeta tillsammans och vad som är viktigt i samarbetet. Hälsokonferensen är en viktig del i samarbetet med hälso- och sjukvården. Under våren 2024 ska analysverktyget för stärkt patientsäkerhet införas som en pilot i vissa verksamheter inom SÄBO.

Inom hemtjänsten har man under 2023 infört fast omsorgskontakt för samtliga kunder, vilket ska vara en utbildad undersköterska. Det finns behov av att ha fler undersköterskor i verksamheterna, och under 2023 har det gjorts en inventering av hur många vårdbiträden det finns och om det finns intresse av att studera

till undersköterska. Det har även gjorts en inventering inom både SÄBO och hemtjänst av behov av utbildning i yrkessvenska, vilket det finns förhoppning om att man ska kunna starta upp under 2024.

Inom funktionsstödomsorgen har man satsar på att gå igenom delegeringsprocessen i samtliga verksamheter för att säkerställa att delegeringar sker på ett säkert sätt.

Inom samtliga verksamheter har det under slutet av 2023 arbetats fram kontinuitetsplaner. Syftet med dessa är att planera för att vi ska kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Område	Mål	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Ansvarig för åtgärd
<b>Hantering av HSL-avvikelser</b>	Öka antalet registrerade avvikelser och säkerställa att risker för vårdskador uppmärksammas och åtgärdas	Implementera utbildningsfilm för omvårdnadspersonal inom samtliga enheter  Utbildning för enhetschefer i hantering, utredning och åtgärder.	Ny granskning av avvikelser med stickprovskontroll, uppföljning i ledningslag ÄO.	Stickprovskontroll med granskning av 20 avvikelser per verksamhetsområde i juni och oktober.	Kvalitetsutveckla re hälso- och sjukvård genomför och sammanställer stickprovskontroller.
<b>Senior alert</b>	Uppnå nämndens mål för registreringar, bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning av genomförda åtgärder för 2024.	Besluta och implementera framtagen rutin för arbete med Senior alert.	Följa upp statistik under året i arbetsgrupp Senior alert med återkoppling till respektive verksamhetsområde och ledningslag ÄO. Utifrån de siffror som presenteras tas åtgärder för förbättring fram.	Uppföljning av statistik från registret i maj, september och november.	Kvalitetsutveckla re hälso- och sjukvård sammanställer statistik och återkopplar till arbetsgrupp + ledningslag ÄO
<b>Palliativregistret</b>	Uppnå målvärden för kvalitetsindikatorerna samt öka antalet registreringar under 2024.	Implementera rutin för omvårdnad vid vård i livets slutskede i samtliga verksamheter	Följa upp statistik på enhetsnivå och följ resultat under året i arbetsgrupp palliativ vård med återkoppling till respektive verksamhetsområde och ledningslag ÄO. Utifrån den statistik som presenteras tas åtgärder fram	Uppföljning av statistik från registret i april, augusti och november.	Kvalitetsutveckla re hälso- och sjukvård sammanställer statistik och återkopplar till arbetsgrupp + ledningslag ÄO
<b>HSL-dokumentation</b>	Förbättra dokumentation	Utbildning för legitimerad	Journalgranskningar	Utifrån den omfattning som	Projektledare HSL-

	nen i hälso- och sjukvårdsjournalerna utifrån de identifierade bristerna som framkommit vid journalgranskning	personal inom dokumentation		beslutas av MAS/MAR för 2024.	dokumentation genomförs utbildning när anställning påbörjats.  Journalgranskningar ansvarar MAS/MAR för.
<b>Delegering</b>	Säkerställa att enhetschefer arbetar enligt delegeringsprocess samt rutin för digital signering  Säkerställa en kvalitetssäkrad bedömning av reell kompetens hos den som ska delegeras	Implementera delegeringsprocessen och rutin för digital signering för enhetschefer SÄBO/FSO/HT  Ta fram ett gemensamt underlag för bedömning av reell kompetens vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Ny årlig uppföljning av MAS med rapport till nämnd	Information för samtliga enhetschefer om delegeringsprocessen samt rutin för digital signering  Framtagande av underlag som gäller för samtlig legitimerad personal vid delegering	Verksamhetschef HSL  Kvalitetsutveckla re hälso- och sjukvård samt enhetschefer HSO