

Patientsäkerhetsberättelse För division social omsorg 2024



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

Inledning	2
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	8
Verksamheter inom organisationen	10
En god säkerhetskultur.....	18
Adekvat kunskap och kompetens	18
Patienten som medskapare	20
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	21
Palliativregistrets kvalitetsindikatorer.....	21
Senior Alert.....	23
BPSD	24
Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler	25
Delegeringar	26
Öka kunskap om inträffade vårdskador	27
Tillförlitliga och säkra system och processer	29
Läkemedelsgenomgångar	29
Medicinsktekniska produkter	29
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.....	29
Svenska HALT	31
Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner	32
Suicidprevention	34
Säker vård här och nu.....	34
Digitalisering.....	34
Nära vård.....	35
Inhyrd personal.....	37
Riskhantering.....	37
Stärka analys, lärande och utveckling	38
Avvikelse.....	38
HSL-avvikelse.....	38
Avvikelse och synergier mellan Nyköpings kommun och Region Sörmland.....	40
Klagomål och synpunkter	42
Öka riskmedvetenhet och beredskap	43
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	43

SAMMANFATTNING

Vid uppföljning med kontinuerliga sammanställningar och åtgärdsplaner inom områden som basal hygien, kvalitetsregister, avvikelser och synpunkter har det under 2024 blivit möjligt att konstatera att åtgärderna ger resultat. Inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård har det inom flera av dessa områden tagits stora kliv framåt under året, medan andra förbättringar varit lite mer blygsamma. Inom funktionsstödsomsorgen har arbetet påbörjats med sammanställningar och det behöver fortsätta arbetas med åtgärder för att kunna se förbättrade resultat framåt.

Det har under året identifierats områden där det finns brister i verksamheterna om rutiner och arbetssätt, till exempel lokal rutin för läkemedelshantering och medicinsktekniska produkter. Dessa områden kommer att arbetas vidare med under 2025 för att säkerställa att verksamheterna har upprättat och följer de rutiner som ska finnas.

Mycket fokus har legat på hälso- och sjukvårdsdokumentation under 2024, och det är ett arbete som kommer fortsätta under flera år framöver för att säkerställa en patientsäker dokumentation.

Omställningen till Nära vård, samarbete med Region Sörmland och digitalisering är aktuella områden där det ständigt sker arbeten för att förbättra vården för medborgarna i Nyköpings kommun.

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 2024 var 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, HALT och Svenska Palliativregistret på avsett sätt.
- Tillhandahålla särskild personal med kompetens inom demensområdet i form av ”Resursteam demens” (Gäller även privata utförare).
- Medverka till omställningen till Nära vård enligt beslutade fokusområden.

Särskilda uppdrag i överenskommelse med vård- och omsorgsnämnden för 2024 var följande:

Mål: Ett aktivt användande av kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD, Palliativa registret och HALT, ger en kvalitetssäkrad och preventiv vård.

Önskat resultat: Samtliga verksamheter deltar aktivt.

Målvärden: Senior alert, hemsjukvård: 50% av patienterna ska registreras inkl bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning. Senior alert, särskilt boende: 80%. HALT, särskilt boende 80%. Palliativregistret: 100 % ska registreras. BPSD: 70 % på demensboende ska ha två skattningar gjorda under året.

Mål: Implementera vårdförlopp ”svårläkta sår” enligt nationellt program.

Önskat resultat: Genom kompetenshöjande insatser samt införande av ett strukturerat och evidensbaserat omhändertagande för hemsjukvårdens patienter med svårläkta sår, främjas en jämlik och effektiv vård.

Förbättringsområde från PSB 2023 inför 2024	Mål	Genomförda åtgärder under 2024	Resultat	Kvarstår
Hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser	Öka antalet registrerade avvikelser och säkerställa att risker för vårdskador uppmärksammas och åtgärdas	- Utbildningsfilm för omvårdnadspersonal gällande avvikelshantering implementerad i verksamheterna. - Utbildning för enhetschefer i hantering, utredning och åtgärder. - Utbildning för legitimerad personal i avvikelshantering. - Granskning av innehåll i utredningar av avvikelser, stickprovskontroll var tredje månad med uppföljning till ledningsgrupp. - Uppdatering av frastexter i journalsystemets avvikelsemodul för att underlätta utredning.	- Något förbättrat resultat i enhetschefernas utredningar av avvikelser. - Antalet registrerade avvikelser ligger på liknande nivåer som föregående år. - Ökat antal fördjupade utredningar av avvikelser/Lex Maria jämfört med föregående år.	- Behov av ytterligare förbättringar av enhetschefer utredningar. - Fortsatta stickprovskontroller med granskning av innehåll i utredningar under 2025.
Senior alert	Uppnå nämndens mål för registreringar, bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning av genomförda åtgärder för 2024.	-Statistik har följts under året i arbetsgrupp Senior alert med återkoppling till respektive verksamhetsområde och ledningsgrupp äldreomsorg. Utifrån de siffror som presenteras har diskussion lyfts i respektive arbetsgrupp om hur man ska kunna förbättra resultatet.	- Inom särskilt boende för äldre uppnås målvärdet på 80% för registreringar. - Hemsjukvården har gjort ett stort förbättringsarbete jämfört med föregående år. Uppnår ej målvärdet på 50%.	-Fortsätta jobba med att förbättra resultat och öka antalet registreringar inom både särskilt boende och hemsjukvård. -Säkerställa att alla enheter jobbar på likvärdigt sätt med registret, idag skiljer det mycket mellan olika enheter. -Besluta och implementera framtagna rutiner för

				arbete med Senior alert. -Starta upp arbetet med senior alert inom funktionsstödsomsgen.
Palliativregistret	Uppnå målvärden för kvalitetsindikatorerna samt öka antalet registreringar under 2024.	-Implementerat rutin för omvårdnad vid vård i livets slutskede i samtliga verksamheter -Följt upp statistik på enhetsnivå och följt resultat under året i arbetsgrupp palliativ vård med återkoppling till respektive verksamhetsområde och ledningslag äldreomsorg. Utifrån den statistik som presenteras har åtgärder tagits fram inom respektive verksamhetsområde.	- Förbättrat resultat inom vissa områden, medan det försämrats inom andra. (Se statistiken längre ner i dokumentet) - Antal registreringar har ökat från 125 st år 2023 till 128 st 2024.	- Fortsätta arbetet med att följa statistik för att arbeta för att uppnå målvärden för registrets kvalitetsindikatorer samt öka antalet registreringar i registret under 2025.
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Förbättra dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalerna utifrån de identifierade bristerna som framkommit vid journalgranskning	-Kvalitetsutvecklare med uppdrag att arbeta med utbildning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har anställts i juni 2024. -Utbildningar och arbetsgrupper inom hälso- och sjukvårdsdokumentation har påbörjats. Stödmaterial i form av guider i assistenten har tagits fram.	- De medarbetare som deltagit på utbildningar och dokumentationshjälp känner sig säkrare på hur de ska dokumentera.	- Utbildningar för samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården. - Enhetsvisa förbättringsarbeten inom dokumentation. - Uppföljning av rutin för dokumentation. -Framtagande av stödmaterial för dokumentation vid ny patient, hälsoplaner och åtgärder.
Delegering	Säkerställa att enhetschefer arbetar enligt delegeringsprocess samt rutin för digital signering Säkerställa en kvalitetssäkrad bedömning av reell kompetens	-Genomgång av delegeringsprocessen samt rutin för digital signering för enhetschefer Särskilt boende/funktionsstödsomsg/hemtjänst. -Arbetet med att ta fram ett gemensamt underlag för bedömning av reell kompetens vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	- Resultat av åtgärderna kommer följas upp vid medicinskt ansvarig sjuksköterskas rapport till nämnd gällande delegering.	- Färdigställa underlag för bedömning av reell kompetens vid delegering.

	hos den som ska delegeras	är påbörjat under 2024, men ännu ej färdigt.		
--	---------------------------	--	--	--

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 enligt 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 patientsäkerhet.
- 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.

Områdeschefer 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. Ombuden har särskilda uppdrag för att stärka arbetet inom ombudets ämnesområde. Under 2023-2024 har ombudsrollerna setts över för att ta ett gemensamt beslut om vilka roller som ska finnas och för att skapa tydlighet i deras uppdrag. Detta är ett arbete som färdigställts under 2024.

Hemgångsteamet är ett särskilt team inom hemtjänsten som tar emot de patienter som går hem från sjukhus, med stöd av legitimerad personal. Patienten är inskriven under ett begränsat antal veckor. 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.

Fallpreventionsteamet träffar alla medborgare i Nyköpings kommun som har hemtjänst och/eller trygghetslarm och faller men inte är inskrivna i hemsjukvård. De utbildar kollegor och hemtjänstpersonal i fallprevention och hälsofrämjande arbetssätt. De håller även i informationsträffar/föreläsningar för medborgare, via ex. patientföreningar eller pensionärsföreningar.

Verksamheter inom organisationen

Särskilt boende äldre

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. Sjuksköterskorna på särskilt boende har ett omvårdnadsansvar för de personer som bor på boendet, vilket omfattar ett samordningsansvar för de hälso- och sjukvårdsinsatser som åligger en sjuksköterska utifrån dennes kunskapsområde. Det finns även 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 hos den enskilde.

Sjukgymnaster/Fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom särskilt boende ansvarar för flera enheter, 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

På kvällar och helger finns två sjuksköterskor i tjänst inom särskilt boende som ansvarar för de jourärenden som uppstår inom särskilt boende samt vård i livets slutskede. Under jourtid fokuserar sjuksköterskorna på de akuta ärenden som uppstår och inte kan vänta till nästkommande vardag. Det som kan planeras till att utföras på dagtid ska göra det. Kommunens jour-sjuksköterskor inom särskilt boende ansvarar även för de ärenden som eventuellt uppstår på

kvällar och helger på det privatdrivna äldreboendet Betelhemmet i Jönåker, inom funktionsstödsomsorgens grupp- och servicebostäder samt socialpsykiatrins boenden. Det har under 2024 konstaterats att det finns behov av utökad bemanning under helger inom särskilt boende, så under 2025 kommer det utökas till att tre sjuksköterskor finns i tjänst på dagtid under helgerna. Åtgärden förväntas ge en högre patientsäkerhet under helgerna.

Hemtjänst

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 den kommunala hemtjänsten fanns det under 2024 i genomsnitt 830 personer med verkställda hemtjänstbeslut, med totalt 228 547 beslutade timmar.

Dagverksamhet

Inom äldreomsorgen finns det dagverksamhet för äldre och dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Under 2024 var det 52 individer som hade beslut om dagverksamhet för äldre, medan 72 individer hade beslut om dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

Funktionsstödsomsorg

Funktionsstödsomsorgen omfattar boenden eller stöd till personer som har en funktionsnedsättning eller långvarig och allvarig psykisk ohälsa. Det arbetar 8 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, 2,5 sjukgymnaster och 2,5 arbetsterapeuter inom funktionsstödsomsorgen. Den legitimerade personalen ansvarar för hälso- och sjukvården inom grupp- och servicebostäder, socialpsykiatriboenden, personlig assistans, boendestöd samt daglig verksamhet och sysselsättning.

Enhet	Antal brukare 2024
Personlig assistans	16
Boendestöd	155
Daglig verksamhet	261
Daglig sysselsättning	53
Socialpsykiatriboende	46
Gruppboende	82
Serviceboende	98

Hemsjukvård

Antal inskrivna patienter 2024 (genomsnitt per månad)	Antal sjuksköterskor	Antal sjukgymnast/fysioterapeut	Antal Arbetsterapeut	Antal undersköterskor
400	30	7,5	7,5	10

Sjuksköterskorna inom hemsjukvården har på dagtid ett omvårdnadsansvar för anslutna patienter som även kan vara hemtjänstkunder inom både kommunal och privat driven hemtjänst. På vardagkvällar mellan kl 16-21 finns en sjuksköterska och en undersköterska i tjänst. På helger

finns två sjuksköterskor och två undersköterskor i tjänst under dagtid, medan det på kvällen finns en sjuksköterska och en undersköterska i tjänst. På jourtid ansvarar sjuksköterskorna för jourärenden som inkommer vid förändrat hälsotillstånd hos patienterna samt vissa planerade insatser för patienter som är anslutna till hemsjukvården samt för de patienter som har boendestöd eller personlig assistans i sitt hem. Inför varje helg sker en genomgång av att göra listorna i hemsjukvården för att säkerställa tillräcklig bemanning vid till exempel hög vårdtyngd eller palliativ vård.

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 ansvarsområdet. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna/fysioterapeuterna inom hemsjukvården genomför ca 300 hembesök per profession och månad, varav drygt hälften av dessa är till patienter som inte är anslutna till hemsjukvården.

Nattsjuksköterskor

Alla dagar mellan klockan 21-07 finns det två sjuksköterskor i tjänst i division social omsorg. De ansvarar för de patienter som vårdas i livets slutskede samt jourärenden som behöver följas upp eller uppstår under arbetspasset inom samtliga verksamhetsområden där det finns ett hälso- och sjukvårdsansvar - hemsjukvård, särskilt boende för äldre och funktionsstödsomsorgen. Ärenden kan även inkomma på jourtid via 1177 gällande personer som inte är anslutna till kommunal hälso- och sjukvård sedan tidigare.

Omorganisation inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har tidigare bestått av tre enheter med lika många enhetschefer.

Rehabenheten har varit en enhet, hemsjukvården och nattsjuksköterskorna har tillhört en enhet och sjuksköterskor särskilt boende och funktionsstödsomsorg har varit en tredje enhet. Sedan första november 2024 har en omorganisation gjorts med en utökning till fem enheter:

- Hemsjukvård sjuksköterskor och undersköterskor, en enhetschef
- Rehabenheten hemsjukvård, en enhetschef
- Sjuksköterskor särskilt boende, en enhetschef
- Rehab särskilt boende, en enhetschef
- Hälso- och sjukvård inom funktionsstödsomsorg och nattsjuksköterskor, en enhetschef.

Att dela in hälso- och sjukvården i enheter utifrån verksamhetsgrenar ger en ökad möjlighet för enhetscheferna att samverka med andra enhetschefer inom området. Utökningen har även gjort att enhetscheferna inom hälso- och sjukvården fått en bättre arbetsmiljö med ansvar för färre medarbetare än tidigare och möjliggör att arbeta aktivt med verksamhetsutveckling. Det har i sin tur skapat större möjligheter att säkerställa patientsäkerhetsarbetet inom enheten. Hälso- och sjukvården växer ständigt och uppdragen som legitimerad personal arbetar med blir allt mer komplexa, vilket även ställer högre krav på enhetschefernas tillgänglighet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 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 i 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.

2021 startades arbetsgruppen ”Lokal samverkan äldre” för att säkerställa en bättre samverkan på verksamhetsnivå. I arbetsgruppen fanns representanter för vårdcentraler i Nyköping, kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, geriatriska kliniken, SSIH, Alma-teamet och ambulansen. Syftet med arbetsgruppen var 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 var lågt/inget deltagande från flera av vårdcentralerna i Nyköping i denna arbetsgrupp under 2023. Under 2024 har arbetsgruppen varit pausad, då det bedömts vara svårt att driva förbättringsarbeten i det forumet när inte samtliga vårdcentraler funnits representerade.

Enhetschefer för legitimerad personal bokar samverkansmöten med andra enheter inom till exempel region Sörmland 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, hjälpmedel 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 och enhetscheferna för sjuksköterskor tillsammans med verksamhetschef för respektive vårdcentral.

De utvecklingsområden som lyfts vid 2024 års uppföljningar av avtal för läkarmedverkan är följande:

- Planerad fast tid för rond stämmer oftast inte överens med de antal timmar som anges i regelbok för primärvård. Dock upplever den kommunala verksamheten att den tid som behövs ges genom samtal vid andra tillfällen.
- Önskemål om fast läkarkontakt inom hemsjukvård och fasta rondtider.
- SKILS-bedömningar görs och det fungerar bra med läkare på vårdcentral, dock vet ej läkare på kliniken för akutgeriatrik, stroke- och palliativ vård vad SKILS är. SKILS är en förkortning av Sörmlands Kommuner i Landstings Samverkan och är en bedömning som görs av patientens vitalparametrar, som till exempel blodtryck, puls och syresättning, vid förändrat hälsotillstånd. Bedömningen ger en poäng som ska ge grund till hur brådskande det är för patienten att träffa en läkare eller skickas in till slutenvården.
- Otydligheter kring formuleringar av frågor i hälsovals nya uppföljningsmall har gjort att det varit svårt att besvara några frågor.
- Brytpunktsamtal samt dokumentation kring brytpunktsamtal och dialog kring detta kan bli bättre.
- Enkel läkemedelsgenomgång genomförs men dokumenteras sällan.
- Fördjupade läkemedelsgenomgångar kan bli bättre. Det uppges att det är svårt att få till på grund av begränsad tillgång till apotekare. Identifiering av patienter som kan vara aktuella för fördjupade läkemedelsgenomgångar behöver bli bättre. Utbildning och information om läkemedelsgenomgångar behövs för kommunens sjuksköterskor.
- Sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård får ibland inte direktkontakt med läkare när de ringer till vårdcentralen, istället upplevs de bli "överprövade" av de sjuksköterskor som svarar i telefonen på vårdcentralerna.
- Då det inte finns något rehabfokus i uppföljningsmallen går inte samverkan mellan vårdcentral och kommunens rehab att följa upp.

Patientsäkerhetsdialoger särskilt boende

För att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på särskilt boende 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, under 2023 har infördes patientsäkerhetsdialogerna i hela kommunen, ett arbete som har fortsatt under 2024.

Deltagare vid patientsäkerhetsdialog är följande: Från kommunen: Alla enhetschefer på boendet, all legitimerad personal, en omvårdnadspersonal per avdelning. Det är valfritt 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.

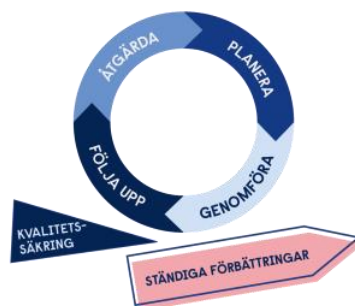
Genomförda patientsäkerhetsdialoger 2024:

Vårdcentral	Sammanfattning
VC Ekensberg	Patientsäkerhetsdialoger är genomförda med vårdcentral och Koggen samt Rönnliden. Det upplevdes att det var bra dialoger, men att det var mycket att gå igenom. Handlingsplan har upprättats men inte följts upp.
VC Stadsfjärden	VC Stadsfjärden har blivit inbjudna till 2 patientsäkerhetsdialoger, på Fruängskällan och Myntan. Ingen uppföljning har gjorts. Verksamhetschef på vårdcentralen deltog inte. Ansvarig läkare samt enhetschef på boendet deltog tillsammans med sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.
VC Bagaregatan	Patientsäkerhetsdialog och uppföljningsmöte har skett på Lundagården. Dialogerna har lett till ökad direktkontakt vilket varit positivt. Mallen för utvärdering styr samverkan till vissa specifika områden, det uppges att det finns en risk att det blir ”stuprörsarbete”.
VC Åsidan	Patientsäkerhetsdialog har hållits med Mariebergsgården, men inte med nystartade Hället.
VC Min Doktor	Vårdcentralen hade vid uppföljning ingen info om patientsäkerhetsdialog från sitt håll, då både verksamhetschef och läkare var nya där. Väverskan och Fruängskällan har hållit patientsäkerhetsdialog med vårdcentralen, men det har inte gått att följa upp då läkare och verksamhetschef bytts ut under året.
VC Kry	Ej aktuellt
KASP	Ingen patientsäkerhetsdialog har genomförts på korttidsboendet.

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. 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. Verksamheterna lär av varandra, förhindrar att fel upprepas och

säkerställer en säker vård för medborgarna. I division social omsorg ska verksamheterna arbeta enligt förbättringshjulet:



En övergripande strategi för att säkerställa patientsäkerheten är att arbeta 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. 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.

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. Vid hälsokonferensen deltar enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. 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 har tidigare varit att inte hemtjänsten fått ersättning från nämnden för hälsokonferenser, och därför har inte arbetssättet fungerat inom de privata hemtjänstgrupperna där hemsjukvården har hälso- och sjukvårdsansvaret. Under 2024 har vård- och omsorgsnämnden godkänt att hemtjänsten avsätter 30 minuter per månad för hälsokonferens, och från och med 2025 ges ersättning för 60 minuter.

Inom funktionsstödomsorgen genomförs hälsokonferenser en till två gånger per termin på varje enhet inom grupp- och servicebostad samt socialpsykiatriboenden. Eftersom man inte arbetat med Senior Alert eller BPSD inom funktionsstödomsorgen har enhetschefer tillsammans med sjuksköterskor gjort bedömningen att hälsokonferenser inte behöver ske lika ofta som inom område äldre. Under 2024 har sjuksköterskorna som arbetar inom funktionsstödomsorgen påbörjat registrering i senior alert för de individer som är över 65 år, och arbetet med registret kommer vidareutvecklas under kommande år. Det pågår även en översyn av arbetet med hälsokonferenser och rutin för hur det ska fungera framåt.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har 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. Vårens teman 2024 var nutrition och palliativ vård, följt av fallprevention och sårvård under hösten. 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 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. Division social omsorg har en utsedd informationssäkerhetssamordnare.

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.

Det finns en obligatorisk webbutbildning inom informationssäkerhet som samtliga medarbetare i Nyköpings kommun ska genomgå. Det finns även 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.

Under 2024 upptäcktes att det är möjligt att ha två hälso- och sjukvårdsjournaler som är aktiva samtidigt i journalsystemet Procapita. Efter denna upptäckt har det åtgärdats med hjälp av leverantören så att den funktionen inte längre är tillgänglig. Det har under 2024 konstaterats att det ska finnas en informationssäkerhetspolicy som är specifik för hälso- och sjukvården, men att detta saknas idag. Denna informationssäkerhetspolicy är under framtagande och förväntas bli klar under våren 2025.

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.

Under 2024 har MAS/MAR arbetat fram en introduktion för nyanställda enhetschefer gällande deras hälso- och sjukvårdsansvar samt patientsäkerhet. Utbildningen ges i syfte att öka medvetenheten kring patientsäkerhet i verksamheterna.

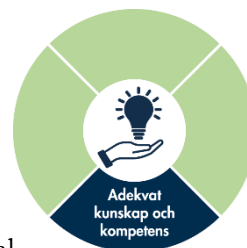


Samtliga verksamheter har avvikelser som en stående punkt på APT, där det ges utrymme för öppna frågor kring ämnet. Även vikten av att skriva avvikelser diskuteras, och att det behöver finnas en öppenhet i det. Att avvikelser inte sker för att peka ut enskilda personer görs tydligt för grupperna vid dessa tillfällen och exempel på avvikelser lyfts för att erfarenheter av inträffade händelser ska bidra till ett lärande i grupperna. Att det finns en öppen dialog kring inträffade avvikelser ger en stärkt patientsäkerhet genom att det ökar chansen att medarbetarna uppmärksammar risker och rapporterar dessa, vilket i sin tur kan bidra till att inträffade avvikelser förebyggs.

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 verksamheterna 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 hemtjänsten är det brist på undersköterskor i verksamheterna, detta ställer framför allt till problem vid frånvaro. Det kommer nya kunder med omfattande behov som innebär snabba förändringar i arbete och planering. Enhetschefer och planerare arbetar hela tiden för att schemalägga och bemanna för att säkra upp patientsäkerheten.

Inom äldreomsorgen har 20 medarbetare under 2024 påbörjat eller avslutat vidareutbildning i palliativ vård. Det finns även sedan tidigare undersköterskor som gått specialistundersköterskeutbildning inom demens. 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. Att ha personal med rätt utbildning är en förutsättning för att säkerställa en patientsäker verksamhet.

All personal inom äldreomsorgen genomför Socialstyrelsens webbutbildning i basal hygien var tredje månad, och inom funktionsstödsomsorgen genomförs den en gång per år. Enhetschefer och hygienombud, som finns på varje enhet, bjuds in till utbildning av vårdhygien en gång per termin, två gånger per år bjuder vårdhygien in till utbildning för enhetschefer. Inom särskilt boende för äldre har Regionens sektion för vårdhygien genomfört hygienronder på Rönnliden, Fruängskällan, Lundagården, Myntan och Mariebergsgården under 2024. Det har även genomförts uppföljningsmöten på Rönnliden och Lundagården.

Samtliga enheter inom särskilt boende för äldre, funktionsstödsomsorg och hemtjänst erbjuds en årlig munvårdsutbildning för omvårdnadspersonal. Under 2024 har munvårdsutbildningen genomförts på tre enheter inom särskilt boende för äldre, två gruppboendestäder inom funktionsstödsomsorgen och två hemtjänstgrupper.

Under 2024 har personal inom hemtjänsten fått utbildning i hälsofrämjande förhållningssätt av rehabenheten. Inom hela divisionen har det gjorts ett stort arbete med att uppdatera lokala rutiner för läkemedelshantering och göra dem kända i verksamheterna. Inom vissa enheter har det under året genomförts HLR-utbildning, Demens ABC, BPSD, utbildning i senior alert eller genomförts handledning kopplad till dokumentation.

Inför sommaren 2024 genomfördes en introduktionsutbildning för samtliga semestervikarier där det bland annat ingick utbildning i basal hygien och förflyttningsteknik. Introduktionsutbildningen blev mycket uppskattad och planen är att den ska genomföras även under 2025.

Hälso- och sjukvården har under 2024 haft stort fokus på att starta upp utbildningar för att förbättra dokumentationen, där det vid journalgranskningar under flera års tid visat att det finns brister att åtgärda. Det har även genomförts interna utbildningar och workshops inom sårvård, fallprevention, nutrition och palliativ vård. Legitimerad personal har under 2024 utbildat omvårdnadspersonal, på de enheter de ansvarar för, inom fallprevention, sårvård, palliativ vård

och nutrition utifrån hälso- och sjukvårdens teman i årshjulet. Syftet med utbildningsinsatserna är att stärka kunskaperna hos omvårdnadspersonal och därmed bidra till högre patientsäkerhet.

Under våren 2024 bjöds samtlig legitimerad personal in till en föreläsning om svåra samtal vid vård i livets slutskede, som hölls av en läkare med lång erfarenhet inom palliativ vård i livets slutskede. Kommunens sjuksköterskor bjuds varje år in till regionens sjuksköterskedagar, där det 2024 gavs föreläsningar inom följande områden: ”Läkemedel och äldre i praktiken”, ”Kognitiv sjukdom av demenstyp, före och efter diagnos – Samarbete mellan regional och kommunal primärvård” samt ”Venösa bensår och praktiska tips vid såromläggning”. Inom hemsjukvården finns det sjuksköterskor som har gått en 7,5 poängs högskoleutbildning i palliativ vård under 2024.

Inom rehabenheten har det under 2024 genomförts interna utbildningar och man har även haft diskussionsforum gällande till exempel kontrakturprofylax, där man tagit del av den senaste forskningen och diskuterat vid vilka tillfällen det bör användas. En fysioterapeut och två arbetsterapeuter har deltagit i en kurs i 24 timmars positionering. Det finns en magisterstudent inom våld i nära relation som utbildar sina kollegor i ämnet. Man har inom rehabenheten även en doktorand i fysioterapi och en magisterstudent med inriktning e-hälsa som påbörjat sina studier under 2024. Rehabenheten har erbjudit utbildning i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal och under 2024 har totalt 94 av kommunens medarbetare deltagit i utbildningen.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



Inom funktionsstödsomsorgen genomförs brukarråd för att erbjuda brukarna delaktighet. I de fall det finns behov av samordning kring patienten genomförs det samordnad individuell planering, där den enskilde är delaktig. Den enskilde är delaktig i upprättande samt vid revidering av genomförandeplan enligt gällande lagstiftning och utifrån den enskildes behov. Det erbjuds alltid välkomstsamtal där även sjuksköterska deltar vid behov och närstående kan bjudas in.

Inom hemtjänsten genomförs välkomstssamtal med alla nya kunder. Det sker alltid genom ett personligt möte för att skapa en bra relation som ska göra att kunden och eventuella närstående känner trygghet. Nya kunder och närstående får i samband med välkomstsamtalet informationsmaterial om vad hemtjänst är och vad det innebär samt vad hemtjänstens hälsofrämjande förhållningssätt innebär. Det lämnas även ut information om kontaktvägar till anhörigstöd, polisen, BPSD och om inköp på nätet. Telefonlistor lämnas ut och samtycke samt kontaktuppgifter inhämtas. Det genomförs uppföljningssamtal när det finns behov av det.

Under 2024 har hemtjänsten jobbat för att utveckla en utökad tillgänglighet på telefon, vilket innebär att det nu finns möjlighet att nå hemtjänsten dygnet runt. Det har även upprättats

funktionsbrevlådor till alla hemtjänstgrupper. Kunden görs alltid delaktig i genomförandeplanen efter sin förmåga och sina individuella behov. Hemtjänsten fungerar som en länk mellan kund eller närstående och sjuksköterskan i hemsjukvården.

Även inom särskilt boende genomförs brukarråd fyra gånger per år för att göra de boende delaktiga i verksamheten. Anhörigombud finns inom samtliga verksamheter och dessa bjuds in till nätverksträffar hos anhörigstöd för utbildning. Inom särskilt boende har all personal under 2024 genomgått webbutbildning för att öka stöd till anhöriga. Vissa enheter har haft anhörigstöd på plats för utbildning i samband med APT. Det genomförs även regelbundna träffar på boendena för närstående.

Inom två av kommunens särskilda boenden finns det rutin om att göra ett hembesök till de personer som ska flytta in på boendet och vid de träffarna kan även närstående medverka. Det genomförs välkomstsamtal där även legitimerad personal deltar. Vid upprättande av genomförandeplan är den enskilde delaktig utifrån sina behov och möjligheter tillsammans med kontaktpersonal. Om den enskilde inte kan tala för sig görs observationer. Ingen insats genomförs utan att den enskilde godkänner det.

Det har under hösten 2024 gjorts en granskning av genomförandeplanerna utifrån hälsofrämjande perspektiv. I granskningen kontrolleras om genomförandeplanen innehåller de punkter som tagits fram för en hälsofrämjande genomförandeplan. Detta arbete påbörjades i september och då uppnådde 7% av de granskade genomförandeplanerna målen. Nu i början av 2025 har detta ökat till 56%.

Inom hälso- och sjukvården ingår hälsoplaner i de pågående utbildningarna inom dokumentation, och där ingår patientens delaktighet och hur det ska dokumenteras. Diskussion lyfts även i samband med verksamhetsträffar hur det går att arbeta för att göra patienten mer delaktig i sin egen vård. Hemsjukvården har tagit fram en informationsbroschyr ”om mitt sår” kopplad till arbetet med svårsläkt sår, vid framtagande av denna har patienter varit delaktiga. I broschyren finns ett avsnitt med rubriken ”Det här är viktigt för mig”, med delmål och långsiktiga mål som patienten fyller i tillsammans med sjuksköterska. Vid anslutning till hemsjukvård genomförs inskrivningssamtal och till detta har det under 2024 tagits fram en inskrivningsmall med frågeställningar som ger utrymme för egna frågor från patienten och vad som är särskilt viktigt för patienten själv.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

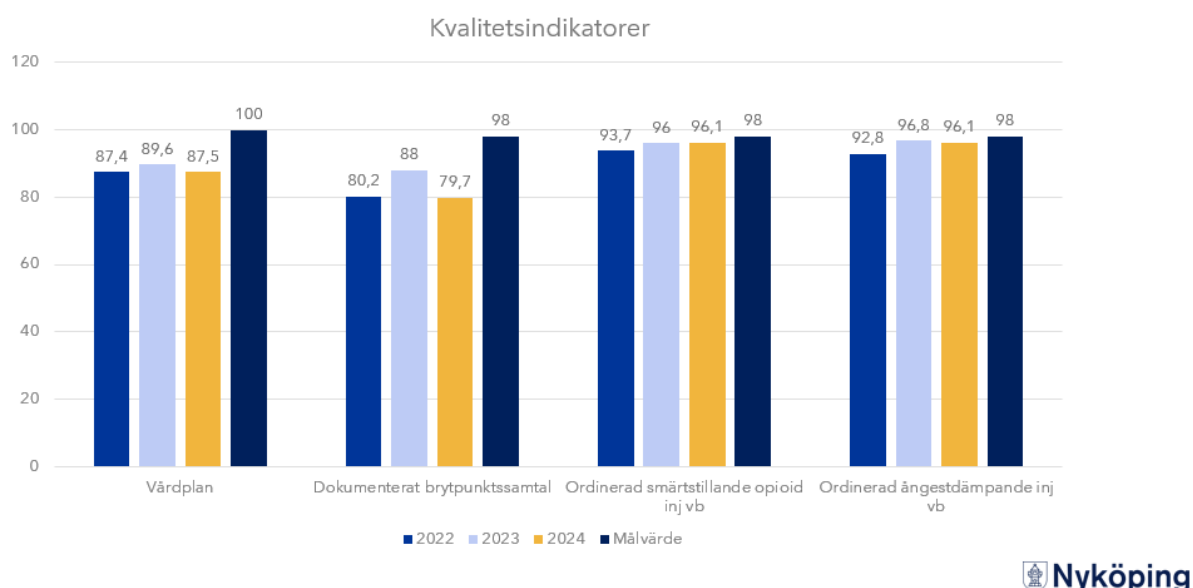
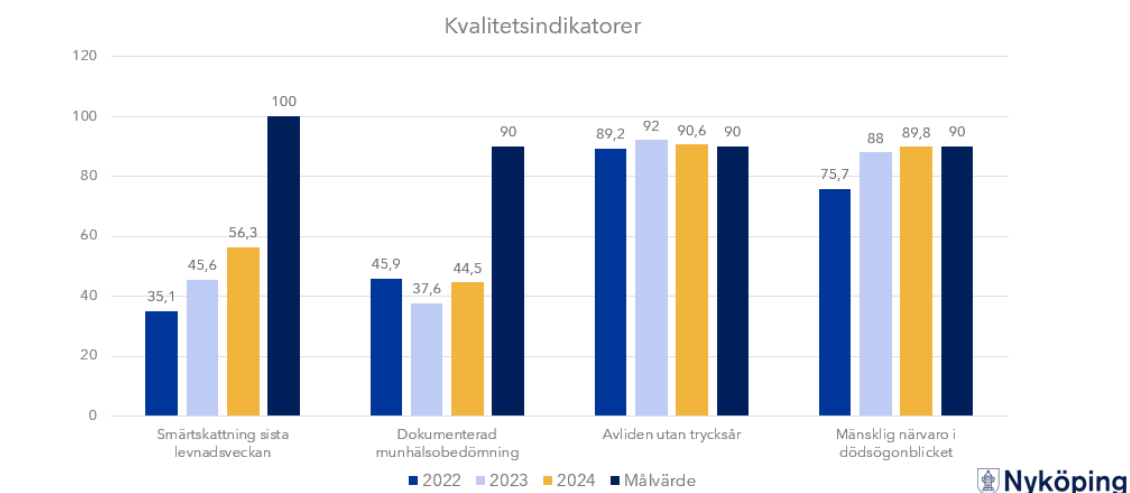
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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 för kvalitetsindikatorer som anges för riket ska uppnås.

Resultat: Under 2024 registrerades totalt 128 dödsfall i palliativregistret inom Nyköpings kommun.



Analys av resultat: Det har skett en ökning med tre registreringar jämfört med föregående år. Det går inte att ta ut siffror ur nuvarande verksamhetssystem för hur många personer som avlidit i våra verksamheter, och därmed är det inte heller möjligt att följa upp målet om att samtliga dödsfall ska registreras.

Vid jämförelse av statistiken på enhetsnivå syns det att arbetssättet skiljer sig åt mellan olika enheter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid jämförelse mellan åren för palliativregistrets kvalitetsindikatorer ser man en tydlig förbättring på helhet gällande smärtskattning under sista levnadsveckan, där resultatet ökat från 35,1% år 2022 till 56,3% år 2024. Det kvarstår dock en stor förbättring för att kunna uppnå det nationella målvärdet på 100%.

Under 2023 sågs en försämring av andel dokumenterade munhälsobedömningar, vilket under 2024 ökat till 44,5%. Det nationella målvärdet för dokumenterad munhälsobedömning är 90%, så även här finns ett förbättringsarbete att genomföra.

Av de dödsfallsenkäter som registrerats under 2024 har 90,6% av patienterna avlidit utan trycksår, vilket uppnår över målvärdet på 90%. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket hade 89,8% av patienterna, vilket är väldigt nära målvärdet som även här är att uppnå 90%. Dokumenterade vårdplaner fanns hos 87,5% av patienterna, vilket är en minskning jämfört med föregående år. Även dokumenterade brytpunktssamtal har minskat jämfört med föregående år, de dokumenterades endast i 79,7% av fallen. De flesta patienter får ordination på smärtstillande opioid och ångestdämpande injektion vid vård i livets slutskede, båda områdena uppnår 96,1%. Det nationella målvärdet är att dessa ordinationer ska finnas vid 98% av dödsfallen.

Åtgärd: Gällande användande av smärtskattningsskala pågår just nu en diskussion i arbetsgrupperna inom hälso- och sjukvården för att se över vilken smärtskattningsskala som fungerar bäst att använda inom kommunen. Sedan tidigare finns ett beslut om att alltid använda Abbey Pain scale. Det upplevs av sjuksköterskorna att den inte alltid är vad som fungerar bäst för att bedöma smärta hos den enskilde patienten, och det bör därför kunna användas olika slags smärtskattningsskalor beroende på vilken patient som ska bedömas.

Att genomföra och dokumentera munhälsobedömningar vid vård i livets slutskede är ett ämne som verksamheten behöver jobba vidare med att förbättra under 2025. Frågan har varit uppe för diskussion, då det inom vissa grupper funnits en uppfattning om att en munhälsobedömning måste innehålla en hel riskbedömning enligt ROAG. ROAG är en väldigt omfattande undersökning av munhåla och tänder, som inte alltid är lämplig att genomföra vid vård i livets slutskede.

Dokumentation av vårdplaner, brytpunktssamtal och ordinerade injektioner för symtomlindring är alla målvärden som inte kan förbättras utan stöd från ansvarig läkare, så detta lyfts vid uppföljningar av avtal för läkarmedverkan med vårdcentralerna.

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. Uppfyllnad av målet följs upp två gånger per år i samband med att vård- och omsorgsnämnden begär återrapportering kring arbetet med kvalitetsregister.

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: Hemsjukvården har 2024 registrerat 159 patienter i Senior alert, vilket är 111 fler patienter än vad som registrerades under hela 2023. Målet är att 50% av patienterna inom hemsjukvården ska registreras under 2024. I hemsjukvården finns ca 400 patienter inskrivna, så

målet uppnås inte till fullo. En registrering på 40% uppnås, vilket är en stor ökning från de 12% som registrerades år 2023.

Inom särskilt boende har det under 2024 genomförts registrerade riskbedömningar i senior alert för totalt 437 unika personer, vilket motsvarar 85%, och därmed uppnås resultat över målvärdet på 80% om man tittar på resultatet i helhet. År 2023 registrerades totalt 346 unika personer, så det är en stor förbättring jämfört med föregående år även inom SÄBO.

Analys av resultat: Det har skett en stor förändring i positiv riktning och arbetet med registret sker nu på ett systematiskt sätt inom hemsjukvården. Analyseras resultatet på enhetsnivå så skiljer sig resultatet ganska mycket mellan de olika teamen inom hemsjukvården.

Även inom särskilt boende finns behov av att arbeta mer lika på de olika enheterna. Idag är det vissa enheter som registrerat 100% av sina patienter inklusive bakomliggande orsaker, åtgärder och uppföljning inom samtliga riskområden, medan andra enheter har ett betydligt sämre resultat. Så även om målvärdet uppnås på helhet så ser det ut som att det finns ett arbete kvar att göra för att säkerställa en jämlik vård på samtliga enheter. Resultatet behöver inte betyda att det ges sämre vård på en enhet utifrån att det visas sämre resultat i registret, det kan även bero på att fokus inte varit att lägga in uppgifterna i registret.

Åtgärd: Att implementera arbetssättet som finns inom hemsjukvården även inom de team som har ett något lägre resultat bör göra att det är fullt möjligt att uppnå över 50% registrerade i senior alert under 2025. En arbetsgrupp bestående av enhetschef från hemtjänst och särskilt boende samt legitimerad personal följer upp resultat fyra gånger per år och tar fram åtgärder för att förbättra resultatet. säkerställa att samtliga enheter arbetar aktivt med Senior alerts samtliga delar.

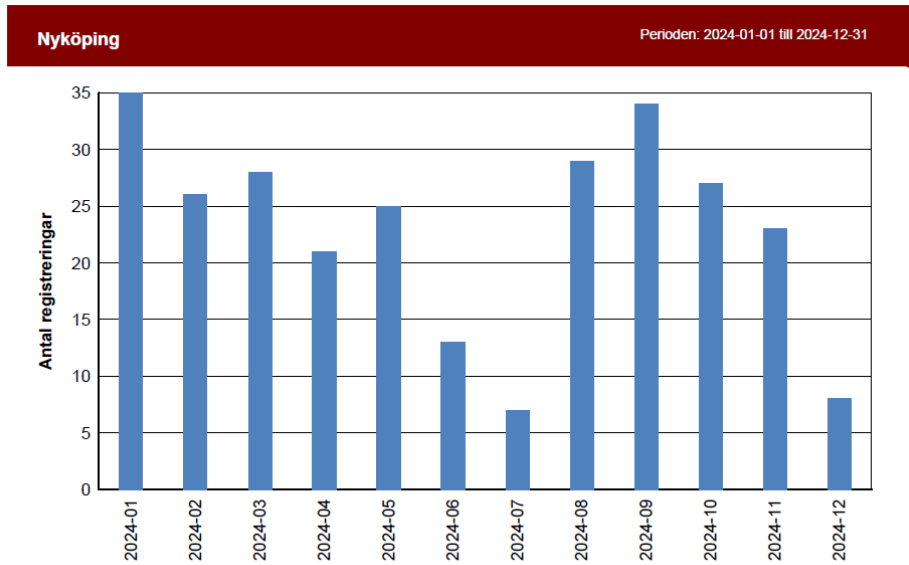
Uppföljning av åtgärd: Statistiken följs upp i arbetsgruppen fyra gånger per år för att följa utveckling och ta fram åtgärder för områden som behöver förbättras. Resultat och förslag till åtgärder återkopplas till respektive verksamhet. Uppfyllnad av målet följs upp två gånger per år i samband med att vård- och omsorgsnämnden begär återsrapportering kring arbetet med kvalitetsregister.

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. Målet enligt överenskommelse med vård- och omsorgsnämnden är att 70% av de som bor på demensboende ska få två skattningar genomförda under året.

Resultat: Under 2024 har totalt 276 registreringar gjorts i BPSD.



Analys av resultat: Under 2023 gjordes 278 registreringar i gjorts i BPSD, så resultatet är något lägre men väldigt nära samma som föregående år.

Åtgärd: För att kunna nå målet om att 70% av de personer som bor på demensboende ska få två skattningar per år behöver antalet registreringar ökas och fler personer behöver få utbildning i att arbeta med registret. Som det ser ut i dagsläget är det brist på personer som kan utbilda i registret inom kommunen och därför har arbetet med BPSD stannat av något.

Uppföljning av åtgärd: Uppfyllnad av målet följs upp två gånger per år i samband med att vård- och omsorgsnämnden begär återrapportering kring arbetet med kvalitetsregister.

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler

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

Resultat: 259 journaler har granskats av MAS/MAR enligt följande fördelning:

Område	Antal granskade journaler	Antal angivna patienter	Andel granskade journaler
SSK hemsjukvård	60	405	15 %
SSK SÄBO äldre	72	642 (inkl. privata)	11 %
SSK FSO	66	224	29 %
Rehab SÄBO äldre	61	642 (inkl. privata)	9 %
Totalt	259	1913	13,5 %

Analys av resultat: Den sammanfattade bedömningen efter 2024 års journalgranskningar var att fortsatt utbildningsbehov för legitimerad personal fanns. För att journalen skulle bli tydligare och mer patientsäker bedömde MAS och MAR att de områden som skulle prioriteras gällande utbildning i dokumentation var följande:

- Hälsoplaner: Säkerställa att alla delar finns med och att samtliga delar utifrån patientens behov finns dokumenterade. Det borde finnas fler hälsoplaner utifrån vad

som framgår i journal kring patienters diagnoser. Hög förekomst av åtgärder som inte är kopplade till en hälsoplan indikerar att det saknas hälsoplan för det hälsoproblem som åtgärdas.

- Bedömningsinstrument: Att arbeta med bedömningsinstrument och hur det ska dokumenteras.
- Patient och/eller närståendes involvering i vården. Hos sjuksköterskor sågs ett behov av att i större utsträckning involvera patienter och närstående i vården.
- Efterdokumentation: Hos arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut ses ett behov av att se över arbetet med efterdokumentation.

Åtgärd: Under 2024 anställdes en Kvalitetsutvecklare för att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen och utbilda legitimerad personal. Under 2024 har det genomförts utbildningar i Procapita för nyanställda samt dokumentationshjälp utifrån olika teman. Det har även tagits fram stödmaterial. De medarbetare som deltagit på utbildningar och dokumentationshjälp uppger att de känner sig säkrare på hur de ska dokumentera.

Antalet hälsoplaner, mål och uppföljningar av hälsoplaner har ökat från september och framåt. Det är framför allt sjuksköterskorna inom funktionsstödsomsorgen som står för ökningen av uppföljning av hälsoplaner då de gjorde ett stort arbete under november 2024. Bedömning med instrument ökade under våren, gick ner under sommaren och ökade sedan kraftigt under oktober. Antalet dokumenterade läkemedelsgenomgångar ökade under maj och september till november inom särskilt boende för äldre, men inom hemsjukvård och funktionsstödsomsorgen dokumenterades inga läkemedelsgenomgångar i journal.

Uppföljning av åtgärd: Under 2025 fortsätter utbildningar för all legitimerad personal. Det kommer att genomföras enhetsvisa förbättringsarbeten inom dokumentation. Rutin för dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal ska revideras. Det pågår även framtagande av stödmaterial för dokumentation vid nya patientkontakter, hälsoplaner och åtgärder. Effekt av genomförda utbildningar följs vid MAS/MAR årliga granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Delegeringar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering följer upp följsamheten till de styrdokument som finns gällande delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter en gång per år i en rapport till vård- och omsorgsnämnden. MAS har inför rapporten skickat ut frågor via e-post till samtliga enhetschefer inom funktionsstödsomsorgen, hemtjänst och särskilda boenden för äldre med frågor kring hur mycket delegerad personal som finns samt hur mycket uppdrag det finns som inkommit från annan vårdgivare. MAS har även kontrollerat Appa, som är ett digitalt system för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser, där alla delegeringar finns lagrade.

Mål: Att de delegeringar som utfärdas är förenliga med god och säker vård inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Resultat: Svaren från enhetscheferna tyder på att det finns en god kontroll på hur många personal det finns på enheten, samt hur många av dessa personer som har en delegering. Gällande delegeringar som kommer från annan vårdgivare är det uppdrag som kommer direkt från regionen och rör sig om specialistvård som utförs på primärvårdsnivå. Det kan till exempel

röra sig om tracheostomi, påsdialys eller ventilatorer. I dessa fall är det inte legitimerad personal inom kommunen som delegerar den personal som ska utföra uppdraget, utan det är specialistvården som delegerar och ansvarar för uppföljning. Det framkommer i rapporten att det finns ca tio uppdrag inom Nyköpings kommun som utförs åt Region Sörmland.

Sedan föregående års rapport om delegeringar framkom det behov av gemensam rutin för legitimerad personal samt ett gemensamt bedömningsunderlag av reell kompetens hos omvårdnadspersonal. Det fanns även behov av att göra kommunens processkarta för delegering känd hos de privata aktörerna i kommunen.

Analys av resultat: Enhetscheferna behöver fortsatt ansvara för att säkerställa att det finns tillräckligt stor andel delegerad omvårdnadspersonal på enheten och att schema planeras för en patientsäker hantering av de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs på enheten.

Behov av att säkerställa att det finns ett gemensamt bedömningsunderlag för bedömning av reell kompetens hos den personal som ska delegeras kvarstår sedan föregående år. Arbetet är påbörjat, men ej färdigställt under 2024.

Gällande de specialiserade uppdrag som kommunens verksamheter utför åt Region Sörmland har de under de senaste åren ökat.

Åtgärd: Arbetet med att ta fram ett gemensamt bedömningsunderlag för reell kompetens har påbörjats under 2024 och kommer slutföras under början av 2025.

Publicering av processkartan för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser behöver publiceras på externa webben för att privata utförare ska kunna komma åt den, detta är ej ännu genomfört då nuvarande system för processer ej ger möjlighet att publicera processen externt, möjligheten att genomföra detta behöver ses över.

Det finns ett behov av att följa utvecklingen och fortsatt se över hur mycket specialiserad vård som utförs på primärvårdsnivå inom våra verksamheter.

Uppföljning av åtgärd: Vidtagna åtgärder följs upp i samband med MAS rapport om delegeringar 2025. Åtgärden att fortsatt se över hur mycket specialiserad vård som utförs på primärvårdsnivå i Nyköpings kommun kommer att återrapporteras till vård- och omsorgsnämndens sammanträde i April 2025.

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 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 2024 har 14 händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada utretts. Av dessa är det tre händelser som bedömts som allvarlig risk för vårdskada eller vårdskada och anmälts till IVO i enlighet med Lex Maria. Föregående år genomfördes fem utredningar, varav en ledde till en anmälan till IVO. Händelserna som uppmärksammats har inkommit via avvikelser från regionen, som klagomål från närstående, inlett efter förfrågan från IVO till följd av klagomål från närstående eller som registrerade HSL-avvikelser i verksamhetssystemet. Att antalet utredningar och anmälningar enligt Lex Maria ökar är en positiv utveckling som tyder på en förbättring i att uppmärksamma risker för vårdskador i verksamheterna. Bedömningen är att det finns ytterligare 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.



Läkemedelsgenomgångar

Under 2024 har det genomförts totalt sju fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare inom särskilt boende för äldre samt två inom funktionsstödsomsorgen. Detta är ett område som det sedan flera år tillbaka funnits förbättringsbehov inom. Behovet har lyfts vid uppföljningar av avtal för läkarsamverkan med vårdcentralerna, och i vissa fall har det låga antalet konstaterats bero på att det har funnits svårigheter för vårdcentralen att få tillgång till stöd av apotekare. Under 2025 kommer sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården få utbildning i ämnet läkemedelsgenomgångar.

Medicinsktekniska produkter

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har under 2024 gjort en uppföljning av enhetschefers ansvar att upprätta lokal rutin och förteckning över enhetens medicinsktekniska produkter genom en enkätundersökning. Resultatet visade att det är få enheter som har en förteckning över sina medicinsktekniska produkter, och de som har en förteckning har inte en komplett sådan. Endast en enhet har en komplett lokal rutin för sina medicinsktekniska produkter, medan de flesta helt saknade helt en rutin för detta. Det framkommer även att det finns en osäkerhet kring begreppet medicinsktekniska produkter och vad detta innebär, och att det på enheterna finns produkter som man inte har vetskap om att det räknas som medicinsktekniska produkter.

MAR har efter denna undersökning tagit fram ett förslag till mall för lokal rutin och förteckning över medicinsktekniska produkter som stöd för enhetscheferna. Under 2025 kommer MAR även att stötta enheterna genom att ta fram en lista som förslag för grundutrustning som bör finnas. Genomgång av vad medicinsktekniska produkter är och vilka krav som finns för lokal rutin och förteckning kommer under våren 2025 redovisas för samtliga enhetschefer i samband med ett chefsmöte.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Varje år granskas läkemedelshanteringen inom de verksamheter där läkemedelshantering förekommer av apotekare från ett externt företag som Sörmlands kommuner har ett gemensamt samverkansavtal med. Syftet med kvalitetsgranskningen är att säkerställa en patientsäker läkemedelshantering utifrån de krav som ställs i författningar och regionens styrdokument "Läkemedelshantering i Sörmland" samt enhetens lokala rutiner. Varje enhet får efter granskningstillfället ta fram en handlingsplan för att åtgärda de eventuella brister som upptäcks.

Resultat funktionsstödsomsorg: Det var vid 2024 års granskning många enheter som inte hittade rapport och åtgärdsplan från tidigare års granskningar, vilket försvårade uppföljningen av tidigare åtgärdsplaner. En förklaring som angavs till detta var byte av enhetschefer, vissa enheter angav även att det inte haft någon årlig kvalitetsgranskning. Dokumentet lokal rutin för läkemedelshantering verkar känt hos de flesta enheter, förbättringsförslag är att göra personalen mer delaktig och skapa tydligare lokala rutiner. Den generella uppfattningen är att

läkemedelsleveranser fungerar bra. De enheter som har leveranser som sker utan kvittens behöver förmedla avvikelser till leverantören av läkemedel. Det finns enheter som uppvisar brister i nyckelhantering genom att det saknas kvittenslistor eller att nycklar förvaras på ett sätt där personal utan delegering har åtkomst till dem. Ett annat förbättringsområde är att det behöver förtydligas att delegerad personal ska kontrollera den dos läkemedel som ska ges mot läkemedelslista, idag kontrolleras det ofta endast mot det som står i signeringssystemet Appva. Hantering av narkotika och personbundna läkemedel bedöms fungera bra. Det finns ett väl fungerande arbete kring rapportering av avvikelser och det finns väl dokumenterat hur länge olika typer av dokument ska arkiveras.

Resultat särskilt boende för äldre: Majoriteten av enheterna har åtgärdat eller arbetar aktivt med anmärkningar från föregående års granskning, dock kvarstår anmärkning kring bristfällig nyckelhantering. Ett stort antal enheter hade inte skickat in lokal rutin för läkemedelshantering vilket efterfrågats i underlaget inför granskningen. Flera lokala rutiner hade precis blivit uppdaterade vid granskningstillfället och överlämnades vid granskningstillfället.

Hos majoriteten av enheterna fungerade läkemedelsleveranser bra och transportbolag krävde kvittens, dock förekom fall där läkemedels-leveranserna lämnats utanför utan kvittens. Vid dessa tillfällen ska avvikelse skrivas till leverantören. Hos flera enheter fanns bristande nyckelhantering, då fler än enbart delegerad personal hade åtkomst till nycklar som hör till patienternas medicinskåp. För spårbarhet är det inte heller optimalt att nycklar kvitteras ut via pappersblankett.

Under granskningarna framkom att det fanns en osäkerhet kring när batch-nummer för biologiska läkemedel ska dokumenteras. Dosetthanteringen upplevdes fungera bra. Sjuksköterskor på särskilt boende hade mycket goda kunskaper om narkotikahantering. Några frågor uppkom kring arkivering av läkemedelslistor, följesedlar, förbrukningsjournaler och städ-/templistor. Vårdgivarens dokumenthanteringsplan behöver göras känd i verksamheterna. I förbrukningsjournalerna fanns regelbundna kontroller och stickproven visade inga avvikelser.

Generellt var det god ordning i patienternas läkemedelsskåp. I några fall var det sämre ordning i kylan för de patientbundna läkemedlen. Det saknades även signaturlista att använda vid driftstopp i patienternas pärmar i läkemedelskåpen. I läkemedelsförråden var det oftast god ordning. Hos några enheter fanns det bristande dokumentation av dagligt städ, månatligt städ samt hållbarhetskontroller. Rutin för dokumentation av rumstemperaturer följs. Dokumentation av kylskåpstemperaturer behöver förbättras. Alla enheter hade ett aktivt avvikelsearbete. Den vanligaste avvikelsen kopplat till läkemedel var missad signering.

Resultat hemtjänst och hemsjukvård: Alla enheter hade aktivt arbetat med förbättringsförslag från föregående års granskningar. Ingen enhet hade inför granskningen skickat in föregående års åtgärdsplan, vilket hade efterfrågats. Lokala rutiner fanns på de flesta enheter och dessa revideras en gång per år eller vid förändring. En enhet saknade helt en lokal rutin. En annan enhet lämnade en instruktion för hantering av dosdispenserade läkemedel i stället för den lokala rutinen. En tredje enhets lokala rutin var endast en tom mall. Endast två enheter hade skickat in den lokala rutinen i förväg inför granskningen, vilket hade efterfrågats. Personalen hade kännedom om var de hittar rutinerna.

Hos majoriteten av enheterna krävde levererande transportbolag/postombud en signering vid leverans eller utlämning av läkemedel. På en enhet framkom att dosrullar och/eller paket ibland lämnas i personalrummet utan tillsyn över natten, vilket innebär att läkemedel lämnas tillgängliga även för den personal som inte har delegering. Läkemedel ska alltid förvaras inlåsta. Vid en annan enhet förvarades kylleveranser av läkemedel i personalkylskåp. Av hygieniska skäl ska läkemedel inte förvaras tillsammans med mat och dryck. Det bör finnas en säkrare hantering gällande innehavande av kylleveranser i Hemtjänstlokalen innan de levereras till patienter.

För samtliga hemtjänstenheter finns spårbar digital nyckelhantering för att komma in i patienternas lägenheter och medicinskåp. Endast delegerad personal och sjuksköterskor har åtkomst till patienternas medicinskåp.

Kassation av läkemedel sker på olika sätt i olika hemtjänstgrupper. Enligt lokal rutin för läkemedelshantering ska läkemedel kasseras i avsedd box hos hemsjukvården och hanteras enligt avtal med upphandlat företag. Alla enheter hade ett aktivt avvikelsearbete. Vanligaste läkemedelsrelaterade avvikelserna är missad dos eller missad signering vid dosgivning.

Det fanns viss osäkerhet hos personalen finns gällande arkiveringstider för följesedlar, förbrukningsjournaler och städloggar/temperaturloggar. Vårdgivarens dokumenthanteringsplan behöver göras känd i verksamheterna. Hemsjukvården i Nyköping granskades våren 2024 för godkännande att starta ett akut- och buffertförråd på enheten. Förrådet har godkänts och startats upp under 2024, och kommer att granskas under 2025.

Svenska HALT

(Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities)

Nyköpings kommun deltog för andra gången i svenska HALT under 2024. 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. En ansvarsfull antibiotikaanvändning och god vårdhygien är centrala delar i arbetet med att minska uppkomst och spridning av resistenta bakterier.

22 enheter av kommunens 42 har registrerat resultat i 2024 års HALT-mätning. Detta är ungefär hälften av divisionens enheter, det behöver därför arbetas för att öka registreringen under 2025. Mätningen är en ögonblicksbild av hur det såg ut just den dagen som journalen granskades.

Resultatet visar att det finns 0,4 % vårdrelaterade infektioner (VRI) inom särskilt boende och den vanligaste är hudinfektion. Resultatet är bättre än rikssnittet (0,5 %) för vårdrelaterade infektioner. Andelen vårdtagare med antibiotikabehandling ligger på 0,8 % vilket är bättre än rikssnittet (1,1%). Att det finns ett högre värde för antibiotikaanvändning än för vårdrelaterade infektioner (0,4 %) beror på att vårdtagare kan ha fått antibiotika ordinerat av andra anledningar än just VRI.

Mätningen visar även att det finns en del riskfaktorer inom verksamheterna. De vanligaste riskfaktorerna för att utveckla en vårdrelaterad infektion (VRI) är urinkateter och sår. I Nyköping finns i snitt fler vårdtagare med urinkateter än i riket (13,1 % jämfört med 10,3 % för riket). Det är enbart 3,8 % av de som bär en urinkateter som har utvecklat en vårdrelaterad urinvägsinfektion. Föregående år var urinvägsinfektion kopplat till urinkateter en stor källa till VRI, detta har förbättrats enligt årets siffror.

Andra sår förekommer i högre utsträckning än trycksår och operationssår, men andra sår är den näst vanligaste riskfaktorn för att utveckla vårdrelaterad infektion. Nyköpings kommun ligger bättre än rikssnittet gällande trycksår (10,4 % respektive 10,7 %). Oavsett vad såret är orsakat av så är det en riskfaktor för VRI.

Mätningen av vårdtyngd visar att det finns en hög vårdtyngd på särskilda boenden i Nyköping. 58,5 % av vårdtagarna på särskilt boende har någon form av inkontinens (rikssnitt 65,2 %). 61,9 % av vårdtagare lider av desorientering (rikssnitt 65,2 %). Båda dessa mätvärden är bättre än rikssnittet. Gällande rörlighet så ligger Nyköping sämre än snittet, det är 43,5 % av vårdtagarna inom särskilt boende går med rullator eller är rullstolsburna (rikssnitt 40,2 %), detta har minskat med 1,6% sedan 2023.

Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner

Enligt rutin för smittförebyggande åtgärder inom särskilt boende, hemtjänst och funktionsstödsomsorg ska självskattning av basala hygienrutiner genomföras fyra gånger per år enligt den självskattningsmall som tagits fram av regionens enhet för vårdhygien. Enhetschef sammanställer resultatet på enheten, presenterar det för personalgruppen och tar fram åtgärder för att förbättra resultatet. Resultatet från egenkontroller ska därefter sammanställas på verksamhetsnivå.

Hemtjänst: Totalt 1061 självskattningar av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts under 2024, fördelade på fyra tillfällen under året enligt rutin. Slutsatsen som kan dras av 2024 års resultat är att trenden går åt rätt håll. Följsamheten till rutiner blir bättre även om det inte skiljer så mycket jämfört med föregående år. En anledning till det något förbättrade resultatet kan vara återkommande webbutbildningar samt att hygien är en del i det dagliga arbetet. Resultatet från självskattningarna tas upp på APT och hemtjänsten jobbar aktivt med att det ska finnas hygienombud i varje grupp.

Risikanalyser behöver upprättas i hela hemtjänsten med syfte att tydliggöra riskerna som uppkommer vid bristande följsamhet till hygienrutinerna. Arbetet fortsätter även under 2025 med utbildning i basal hygien var tredje månad. Målet att alla grupper ska ha ett hygienombud under 2024 har inte uppnåtts. Av resultatet kan det ses att följsamheten till hygienrutinerna har ökat under hösten 2024.

Planerade åtgärder för 2025 inom hemtjänsten är att säkerställa att det finns hygienombud i alla grupper, att hygienrutinerna ska vara en stående punkt på APT och teamträffar. Webbutbildning ska genomföras var tredje månad för alla medarbetare. Ett mål är att öka följsamheten till hygienrutinerna genom att påminna varandra och hygien ska finnas som stående punkt i veckobrev från enhetscheferna.

Särskilt boende: Inom särskilt boende för äldre var ett mål för 2024 att öka antalet självskattningar, vilket har uppfyllts. Totalt 1736 självskattningar har gjorts under året, fördelat på fyra tillfällen enligt den rutin som finns. Åtgärder som enheterna behövt jobba vidare med under året är framför allt handdesinfektion före/efter arbetsmoment samt användning av förkläde. Vid årets sista självskattning syns ett förbättrat resultat gällande användning av förkläde, vilket tyder på att vidtagna åtgärder under året har gett resultat.

Planerade åtgärder för 2025 inom särskilt boende är fortsatt Webbuttbildning Basal hygien, fortsatt regelbunden genomgång av hygienrutiner på APT och att involvera hygienombuden i det dagliga omvårdnadsarbetet gällande följsamhet till hygienrutinerna. Fokus för 2025 är framför allt att förbättra användandet av handdesinfektion före och efter arbetsmoment.

Funktionsstödsomsorg: Det finns två sammanställningar av självskattningar basal hygien från 2024. Den första gjordes i juni där man efter sammanställning tog fram åtgärder på verksamhetsnivå. Inom juni gjordes en sammanställning av 214 underlag totalt, varav 126 inom grupp- och servicebostad, 54 underlag inom personlig assistans och 34 underlag inom socialpsykiatri. Vid detta självskattningstillfälle fanns de största avvikelserna gällande följsamhet till basala hygienrutiner för följande moment: Handdesinfektion före arbetsmoment (22,4%), användande av förkläde (21,5%) användning av ringar, armband eller klocka (17%), handdesinfektion efter arbetsmoment (12%) och arbetsmoment som kräver kort ärm (11%). Positivt var att det endast var i 3% av skattningarna det fanns en avvikelse gällande användande av handskar och 3,7% gällande att långt hår var uppsatt. Vid analys av varje verksamhetsområde hade personlig assistans betydligt sämre siffror än på helhet med avvikelse gällande handdesinfektion före arbetsmoment i 31% av skattningarna, handdesinfektion efter arbetsmoment i 28% av skattningarna och användande av förkläde i 37% av skattningarna. Det var även så hög andel som 20% av skattningarna inom personlig assistans där personal använde nagellack eller andra konstgjorda material på sina naglar (till exempel lösnaglar). Inom grupp- och servicebostad var det så mycket som 23% av skattningarna som innehöll en avvikelse gällande ringar, armband eller klocka. Inom socialpsykiatri var det färre skattningar som genomförts, vilket gör att det kan vara svårt att dra slutsatser på helhet. De underlag som har inkommit tyder på ett bättre resultat än inom de övriga verksamhetsområdena. Daglig verksamhet och sysselsättning har inte inkommit med något underlag för självskattning.

De åtgärder som planerades efter underlaget i juni var följande:

- All omvårdnadspersonal ska minst en gång per år genomföra Socialstyrelsens webbuttbildning och titta på Region Sörmlands film om basala hygienrutiner på IN. (Mall för deltagarlista framtagna och utskickad till enhetschefer)
- Enhetschef inventerar om aktuellt hygienombud finns i varje verksamhet. Om inte utses denna och erhåller relevant utbildning för uppdraget.
- Hygienombud i varje arbetsgrupp informerar och tydliggör kraven på hygienrutiner samt syftet med rutinerna 2 ggr/år på APT samt vid nyanställning av personal.
- Ta fram skriftlig rutin/checklista för personal att vid start av varje arbetspass och ombyte även ta av sig ringar, armband och klocka.
- Ansvarig personal i aktuella verksamheter gör felanmälan av inomhustemperatur till fastighetsförvaltare för kontroll och mätning i de verksamheter personal upplever kyla och bär långärmade arbetskläder till följd av detta.
- Enhetschef inventerar tillgång till arbetskläder i varje arbetsgrupp för att säkerställa att alla har kortärmade arbetskläder samt tillräckligt med ombyten.

I december genomfördes skattningen endast på tre enheter (totalt 37 underlag) inom grupp- och servicebostad och det finns i samband med detta inga dokumenterade åtgärder eller uppföljning av de åtgärder som planerades vid tillfället i juni. Vid analys av resultatet från skattningen som gjordes i december är det svårt att dra några slutsatser på helhet, då endast tre enheter deltagit i

mätningen. Resultatet visar gällande grupp- och servicebostad att resultatet försämrats ytterligare med avvikelser gällande handdesinfektion före arbetsmoment (21,6%), användande av förkläde (43%) och kortärmade arbetskläder (16%). Positivt är att inga avvikelser fanns gällande handdesinfektion efter arbetsmoment, användande av handskar eller uppsättning av hår.

Det saknas inom funktionsstödsomsorgen följsamhet till den rutin som finns gällande smittförebyggande åtgärder med självskattning fyra gånger per år inklusive sammanställning och framtagande av åtgärder för att förbättra resultatet. Det finns ett mål om att implementera detta arbete inom funktionsstödsomsorgen under 2025.

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. 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.

Under 2024 har det tagits fram en övergripande rutin för suicidprevention inom hälso- och sjukvård. Syftet med rutinen är att tydliggöra det suicidpreventiva arbetet för att i enlighet med kommunens handlingsplan minska andelen suicid och suicidförsök genom att bättre uppmärksamma personer som kan befinna sig i risk. Rutinen gäller handhavande av patientärenden som ingår i samtliga verksamhetsområden som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården. Rutinen beskriver hur omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschef ska agera vid händelse av suicidtankar, suicidförsök och vid fullbordat suicid.

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 2024 har det konstaterats att arbetet med systemet för digital signering behöver förändras, och detta är under början av 2025 ett pågående arbete.

Under 2023–2024 genomfördes ett pilotprojekt på Väverskans äldreboende där smarta kameror testades. Kameran Nattugla har flera funktioner och bedöms vara användarvänlig. En avdelning på Väverskan har testat två kameror under ett års tid. De har använts hos olika boenden med olika syfte, allt från att skapa en ostörd nattsömn till att minimera antalet fall. Effekten har utvärderats och rekommendationerna efter pilotprojektet är att breddinföra kamerorna, vilket bedöms kunna bidra till att minska antalet fall och därmed minska lidandet och behov av sjukhusvård för de äldre. Det förväntas även ge ekonomiska vinster i form av minskat behov av extra personal, förbättrad arbetsmiljö för personalen och bättre nattsömn för de boende som inte behöver bli störda av falsklarm från golvlarm. Under 2025 kommer kamerorna införas inom särskilt boende. En rutin ska tas fram med bedömningskriterier för ordination av smarta kameror, som ska användas i fallpreventivt syfte.

Det pågår en länsgemensam upphandling av ett nytt verksamhetssystem. Divisionen står just nu inför vägvalet mellan att ha kvar befintligt verksamhetssystem i väntan på den länsgemensamma upphandlingen eller att övergå från dagens verksamhetssystem Procapita till Lifecare. Det har under 2024 startats en projektgrupp, som hålls ihop av en projektledare som även är delaktig i det länsgemensamma arbetet med upphandling av verksamhetssystem. I arbetsgruppen har det gjorts en analys för att väga för- och nackdelar emot varandra och beslut väntas tas under våren 2025. Procapita är ett system som inte längre utvecklas och leverantörens rekommendation är att övergå till Lifecare, som ersättning för systemet.

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.

Inom ramen för utveckling av Nära vård med primärvården som nav finns galler från 1 november 2024 en ny överenskommelse för Hälso- och sjukvård i samverkan mellan kommun och region. Några viktiga delar i överenskommelsen är personcentrering, delaktighet, teamarbete

och samordning. Grunden till överenskommelsen är avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende som skedde 2010 men också målbilden för Nära vård. Implementering av överenskommelsen pågår i verksamheterna. Det finns även tillgång till teknik och rutin för digitala hembesök med läkare på vårdcentralen, men detta har ännu inte använts i verksamheterna, det efterfrågas mer fysiska besök för hemsjukvårdspatienterna.

Insatser som breddinförts under 2024 är vårdförloppet ”svårläkta sår” enligt nationellt program. Detta har under 2024 breddinförts inom hemsjukvård och ska under 2025 implementeras även inom särskilt boende och funktionsstödsomsorg. Samtliga sår som definieras som svårläkta registreras i det nationella kvalitetsregistret RiksSår, vilket innebär att varje patient får en strukturerad bedömning och uppföljning. Äldreomsorgen har under 2024 öppnat upp tio platser på Hållet, där individer kan bo i väntan på beviljad plats på särskilt boende, vilket har medfört att platser på korttidsboendet har kunnat frigöras.

Åtgärder för att förstärka den medicinska kompetensen har under 2024 genomförts inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsorganisationen arbetar gemensamt utifrån ett årshjul med fokusområdena fallprevention, sår, nutrition och palliativ vård. Aktiviteter genomförs utifrån aktuellt fokusområde gentemot omvårdnadspersonal för att öka kunskap och samverkan samt bidra till ökad patientsäkerhet. Inom rehabenheten finns en doktorand i fysioterapi som doktorerar i ämnet *Utveckling och utvärdering av en personcentrerad bedömningsmodell för äldre personers vård och rehabilitering i hemmet efter sjukhusvistelse*. Projektets övergripande syfte är att utveckla och pilottesta en personcentrerad bedömningsmodell för äldre personers vård och rehabilitering i hemmet efter utskrivning från sjukhus, samt utvärdera modellens påverkan på individ- och verksamhetsnivå. Det finns även en fysioterapeut som är magisterstudent med inriktning e-hälsa, uppstart av studierna har skett under 2024.

Inom ramen för nära vård har det gjorts uppföljningar och analyser av insatser för att undvika inskrivningar i slutenvården. De uppföljningar som gjorts är granskningar av inläggningar på sjukhus i syfte att se om den kommunala hälso- och sjukvården gjort vad som varit möjligt för att kunna undvika inläggning. Av 404 granskade ärenden identifierades 16 patientärenden där kommunen hade kunnat göra ytterligare åtgärder utifrån det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Det har även genomförts granskningar av återinläggningar i de fall där patienter åter lagts in på sjukhus inom kort tid efter utskrivning. Granskningarna visade att relevanta bedömningar är utförda av sjuksköterska på korrekt sätt samt att kontakt med läkare på vårdcentral/primärvårdsjour har tagits i de flesta fall innan patienten skickas till sjukhus. Det som framkom är att det är en utmaning att få till läkarbesök i hemmet både på dagtid och kväll/helg, framför allt i ordinärt boende.

Inom funktionsstödsomsorgen har det sedan starten av omställningen till Nära vård genomförts aktiviteter och utbildningsinsatser som går mot ett personcentrerat bemötande. Antalet hälsoplaner med brukarens delaktighet har ökat. För att underlätta kommunikation med personer med funktionsnedsättning har det under 2024 genomförts handledning med hjälp av stödpedagoger inom funktionsstödsomsorgen. Inom funktionsstödsomsorgen används Inprint, som är ett system för bildstöd, scheman och samtalsmattor. Personal har även utbildats genom stödpedagoger inom AKK/tecken.

Inom äldreomsorgen genomförs patientsäkerhetsdialoger, hälsofrämjande förhållningsätt i genomförandeplaner med fokus på att bevara förmågor och hälsa och brukarråd inom särskilt boende. Hemtjänsten arbetar enligt Nyköpings hemtjänstmodell, som bidrar till delaktighet och inflytande över sin tillvaro för den enskilde individen. Fast omsorgskontakt finns för samtliga hemtjänstkunder som har ett omvårdnadsbeslut.

Det finns även en hel del övriga hälsofrämjande och förebyggande insatser som ryms inom kommunens arbete mot en god och nära vård, bland annat fallpreventionsteamet, arbete mot ofrivillig ensamhet, välfärdsbibliotek och visningslägenhet. Samtliga insatser går att ta del av i den årliga uppföljningen för Nära vård.

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 2024 har den inhyrda personalen kunnat minskas inom den kommunala hälso- och sjukvården genom att ordinarie personal har kunnat rekryteras. Inför 2025 ser bemanningen god ut, och förhoppningen är att det ska kunna ge földeffekten av en mer stabil organisation med fokus på att höja kvalitet och att utveckla det vårdpreventiva arbetet. Förhoppningen är att under 2025 endast behöva hyra in personal under sommarperioden.

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. Det görs även riskbedömningar inom samtliga verksamhetsområden 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 individens hela situation ses över, från fysiska till kognitiva funktioner och behov. Samtliga individer ska ha en genomförd riskbedömning med framtagna åtgärder utifrån de behov som framkommer.

Under 2024 har en checklista för risk- och konsekvensanalys tagits fram i samarbete mellan Region Sörmland och länets kommuner. Riskanalysen ska genomföras i samverkan mellan kommun och region efter patients samtycke inför utskrivning från slutenvård och vid anslutning till kommunal hälso- och sjukvård på uppdrag av regionen. Bedömning av risker ska genomföras

för att säkerställa att hälso- och sjukvården kan ges utifrån god och säker vård i den tänka vårdmiljön/boendet. Checklistan används som ett stöd för att i dialog finna eventuella risker och skapa förutsättningar för en säker vård. I de fall en patient har behov av specialiserad vård i hemmet och när risk kan föreligga på primärvårdsnivå ska en risk- och konsekvensanalys alltid genomföras.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



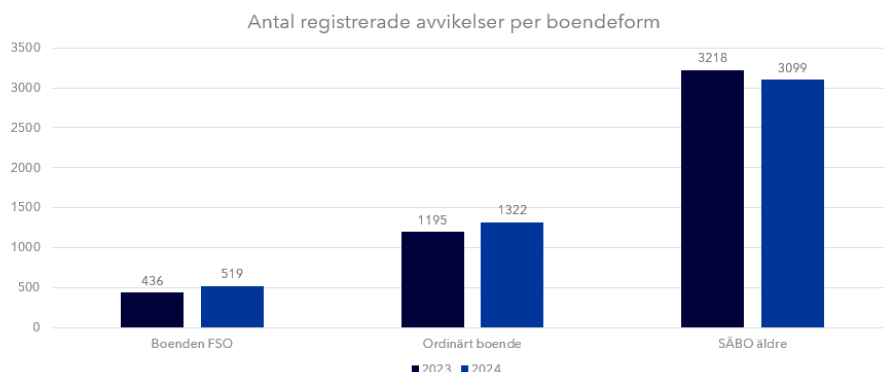
Avvikelser

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

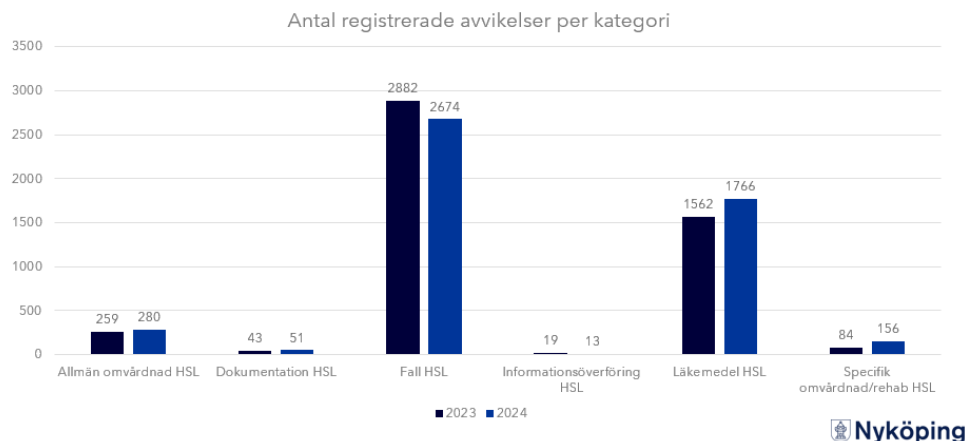
Under 2023 och även 2024 har det varit mycket fokus på att arbeta med avvikelshantering. Inom samtliga verksamhetsområden har det under året arbetats aktivt med att lyfta inträffade avvikelser både på enheter och inom verksamhetsområden i samband med APT/verksamhetsträffar och ledningsgrupper. Avvikelser finns med som stående punkt på APT och vid hälsokonferenser, och det arbetas aktivt inom samtliga verksamhetsområden med att tydliggöra att avvikelser handlar om ett förbättringsarbete och att det inte handlar om att peka ut någon person som gjort fel. All omvårdnadspersonal har under 2023/2024 fått ta del av en utbildningsfilm gällande avvikelshantering. Inom funktionsstödsomsorgen har stödpedagoger ett utökat ansvar i att handleda personal i avvikelshantering. Samtliga enhetschefer och all legitimerad personal har under 2024 fått utbildning i avvikelshantering.

HSL-avvikelser

Jämförelse 2023 - 2024, helår DSO

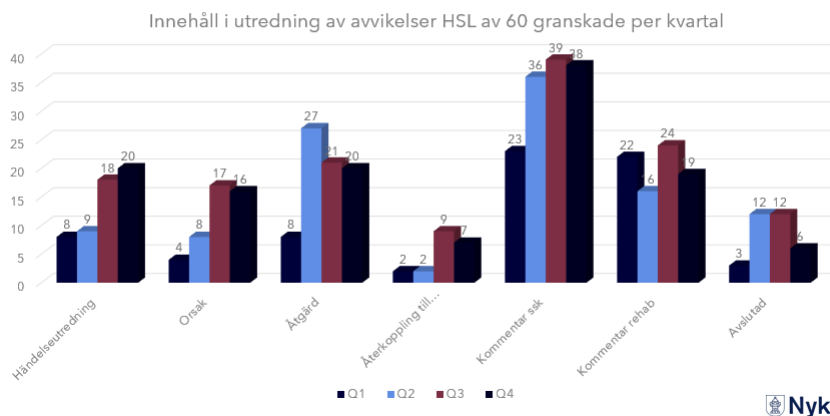


Jämförelse 2023 - 2024, hela DSO



Antalet registrerade avvikelser ligger på ungefär samma nivåer som föregående år, det har registrerats 91 avvikelser fler än föregående år. Registreringarna har ökat inom funktionsstödsomsorg och ordinärt boende, men minskat inom särskilt boende. Antalet registreringar har ökat inom allmän omvårdnad, dokumentation, läkemedel och specifik omvårdnad/rehab. Det har skett en ganska stor minskning av antalet registrerade fallavvikelser och även avvikelser inom informationsöverföring har minskat jämfört med föregående år.

Innehåll i utredning av avvikelser, hela DSO 2024



Innehåll i utredning av avvikelser har granskats genom stickprov om 60 avvikelser per kvartal, totalt 240 granskade avvikelser under 2024. Under våren 2024 fick samtliga enhetschefer utbildning i avvikelshantering, och efter sommaren 2024 fick legitimerad personal utbildning. Det syns en blygsam förbättring av avvikelshanteringen efter genomförd utbildning, dock kvarstår ett stort behov av ytterligare förbättringar. Det som är tydligt förbättrat under året är att fler avvikelser skickas till rätt funktioner, vilket tyder på att den utbildning som omvårdnadspersonal fått har gett effekt.

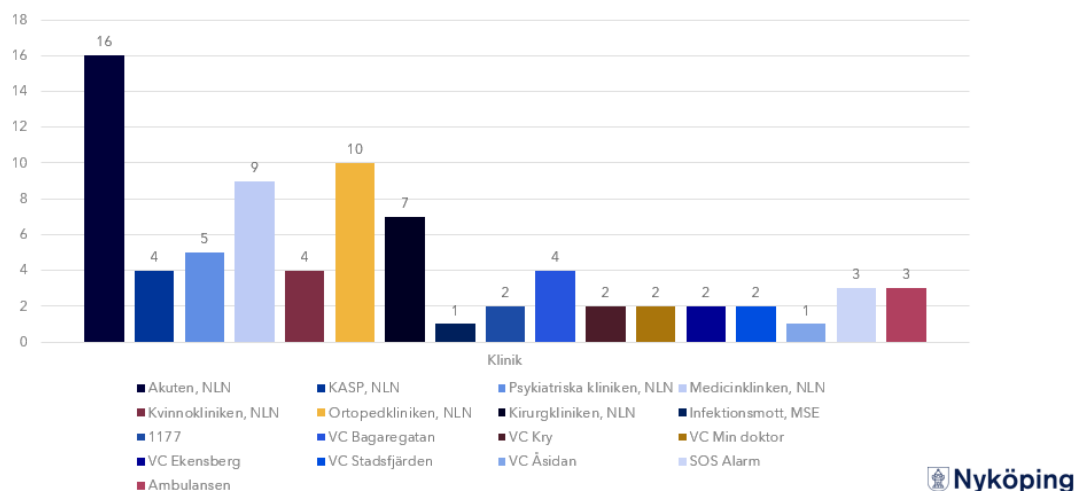
Under början av 2025 har de frastexter och hjälpfrastexter som finns i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet uppdaterats för att bättre kunna stödja enhetscheferna i vad som bör finnas med vid utredning av avvikelser. Det har även tagits fram ett stödmaterial som finns i assistenten

för att underlätta enhetschefs hantering av avvikelser. Resultat av vidtagna åtgärder kommer även under 2025 följas med stickprovskontroller kvartalsvis.

Avvikelser och synergier mellan Nyköpings kommun och Region Sörmland

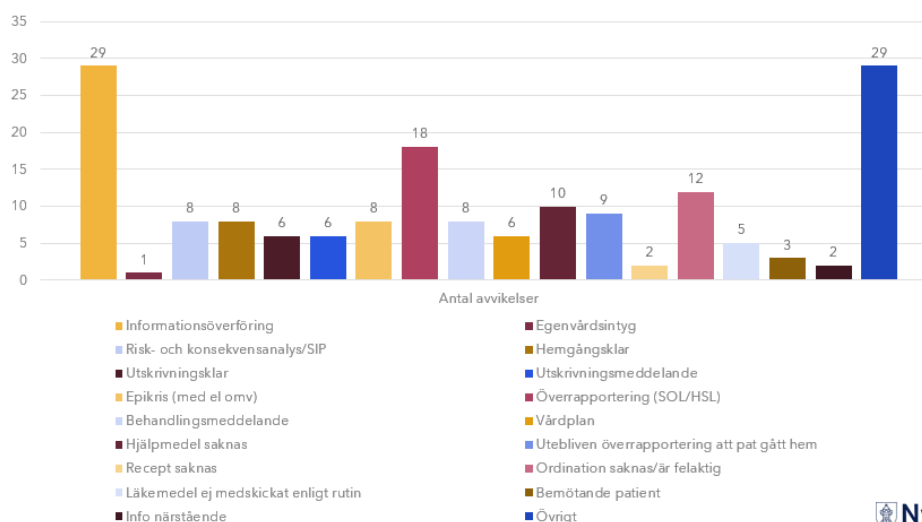
Avvikelser skickade från Nyköpings kommun till Region Sörmland

• Totalt antal skickade under 2024: 78 st. Besvarade: 38 st



Under 2024 har vi i Nyköpings kommun skickat 78 avvikelser till Region Sörmland, 38 av dessa har besvarats av mottagande klinik. Störst ökning av antal skickade avvikelser jämfört med föregående år är till akuten, i övrigt ser fördelningen likvärdig ut jämfört med föregående år. Ortopedkliniken, kirurgkliniken och medicinkliniken har störst antal efter akuten, vilket inte är något anmärkningsvärt med tanke på att många äldre eller funktionsnedsatta vistas på dessa kliniker vid inskrivning i slutenvården. Den största minskningen syns hos kliniken för akutgeriatrik, stroke- och rehab, som kommunen under 2023 skickade totalt 14 avvikelser till. Under 2024 skickades bara fyra avvikelser dit.

Kategorier av avvikelser skickade från Nyköpings kommun till Region Sörmland

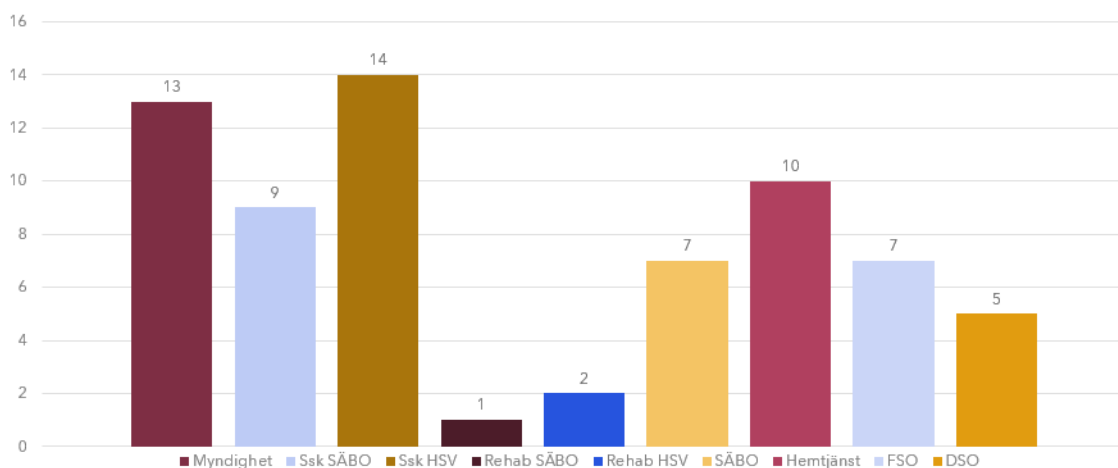


De vanligaste kategorierna av avvikelser som skickas till regionen rör informationsöverföring, följt av överrapportering SOL/HSL. Överrapporteringen är en del av den informationsöverföring som sker vid till exempel utskrivning från slutenvård, så ofta faller avvikelserna in under båda kategorierna. Detta gäller även ”Utebliven överrapportering att patient gått hem”, som även det är en form av informationsöverföring. Tio avvikelser har skickats till regionen i kategori ”hjälpmedel saknas”, och då gäller det främst patienter i behov av hjälpmedel som skickats hem från slutenvård utan nödvändiga hjälpmedel för att klara sig i hemmet. I kategorin ”Övrigt” (29 avvikelser) finns det blandade avvikelser, några exempel är brister i bemötande vid kontakt mellan kommun och region, att patienter kommit hem från sjukhus med perifer venkateter kvar i armen eller att rutiner inte varit kända för regionen.

Sammantaget finns även en hel del avvikelser som går gällande läkemedel och läkemedelshantering; Recept saknas, två avvikelser. Ordination saknas/är felaktig, 12 avvikelser. Läkemedel ej medskickat enligt rutin, fem avvikelser. De vanligaste avvikelserna gällande läkemedel handlar om att läkemedelslista ej är uppdaterad eller medföljer vid utskrivning från slutenvård. Flera avvikelser gällande läkemedel hamnar under kategori informationsöverföring. Då gäller det patienter där hemsjukvården har ansvar för läkemedelshantering, och där ordinerande klinik inte meddelat hemsjukvården vid förändring i ordination för patienten. Det finns totalt 13 avvikelser gällande detta som hamnar under informationsöverföring.

Synergier skickade från Region Sörmland till Nyköpings kommun

- Totalt antal mottagna synergier 2024: 72 st. Besvarade: 42.



Totala antalet mottagna synergier från Region Sörmland 2024 var 72 st, av dessa var 42 besvarade vid sammanställning. Myndighet har mottagit totalt 13 synergier och flera av dessa gäller synpunkter kring beslut om korttidsboende efter att arbetsterapeut eller fysioterapeut i slutenvården har gjort bedömningen att patienten kan gå till hemmet, att patienten har skrivits in i slutenvård på grund av så kallad ”ohållbar hemsituation” eller att det upplevs att myndighet tar lång tid på sig med planeringen när patienten är inskriven i slutenvård. Hemtjänsten har fått 10 synergier och fem av dessa gäller bristande planering, då hemtjänsten meddelat att det inte är möjligt att ta emot patienten förrän nästkommande dag, vilket lett till ytterligare ett vårdtyg.

Hemsjukvården har fått 14 synergier, varav tre beror på felaktigt personnummer på laboratorieremiss, flera avvikelser gäller brister i informationsöverföring mellan hemsjukvård och vårdcentral eller slutenvården.

Sjuksköterskor inom särskilt boende har fått nio synergier. Ett flertal av dessa gäller bristande efterlevnad till rutin, t ex att info om dödsfall kommit till läkare för sent, info om pacemaker inte framkommit vid dödsfall eller att patienter skickats in till sjukhus trots beslut om palliativ vård. Särskilt boende för äldre har fått sju synergier, och de flesta gäller patienter som skickats till sjukhus/mottagning utan ledsagning, eller att de skickats till sjukhus utan sina läkemedel och annat som behövt medfölja.

Inom funktionsstödsomsorgen har det inkommit totalt sju synergier och några av dessa gäller patienters boendesituation, t ex upplevd misär i hemmet. Några rör även bemötande från personal.

I de svar som skickas till regionen beskrivs hur man kommunens verksamheter arbetar med förbättringar genom att till exempel säkerställa kännedom om rutiner för att förhindra upprepning av det inträffade.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål tas emot via kommunens egen funktion ”synpunkten”. De kan även inkomma via e-post direkt till verksamheten eller via telefonsamtal. Det finns en övergripande rutin för hur synpunkter och svar på dessa ska diarieföras. Det kan även inkomma ärenden via patientnämnden eller inspektionen för vård och omsorg. Samtliga inkomna ärenden diarieförs innan de skickas ut till den person som ska besvara ärendet.

Inom äldreomsorgen har inkomna synpunkter sammanställts månadsvis av kvalitetsutvecklare, och påminnelser har gått ut gällande de synpunkter som inte har besvarats. Detta har lett till att samtliga inkomna synpunkter har besvarats under året. Utifrån inkomna synpunkter och klagomål sker utveckling och förbättring av arbetssätt eller följsamhet till rutiner i arbetsgrupperna och i svaren återkopplas vad verksamheten har gjort för åtgärder för att förhindra att det inträffade händer igen. Under 2025 kommer gemensamma mallar för besvarande av synpunkter och avvikelser börja användas, för att säkerställa att inkomna synpunkter och avvikelser besvaras på liknande sätt.

Inom särskilt boende lyfts som ett gott exempel ett ärende där det inkom en synpunkt på verksamheten från närstående via MAS. Efter utredning av ärendet kunde det konstateras att det fanns brister i dokumentationen. Åtgärder genomfördes för att förbättra dokumentationen. När det senare under året uppstod ett annat ärende på samma boende kunde det konstateras att det var mycket som förbättrats inom dokumentationen tack vare den tidigare inkomna synpunkten.

Inom funktionsstödsomsorgen saknas sammanställning och analys av inkomna synpunkter för verksamhetsområdet.

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.



Inom funktionsstödsomsorgen finns det behov av kompetensutveckling för omvårdnadspersonal för att säkerställa grundläggande kunskaper avseende patientsäkerhet. Det finns behov av fortsatta utbildningar inom basal hygien och smittförebyggande åtgärder, fallprevention och förflyttning. Inom funktionsstödsomsorgen har implementering av det vårdhygieniska årshjulet påbörjats, och målet är att det ska vara implementerat i samtliga verksamheter under 2025 och att hygienombudens uppdrag ska förtydligas.

Även inom hemtjänsten finns stora utbildningsbehov för att säkerställa en patientsäker verksamhet i framtiden. Det finns behov av fler utbildade undersköterskor, samt utökad kompetens inom till exempel palliativ vård. Det finns även behov av språkutbildning för många av hemtjänstens medarbetare.

Förutom att det behövs personal med grundläggande kompetens finns ett behov av att kunna jobba mer förebyggande med riskanalyser, stärkt samverkan mellan de olika professionerna och ett ännu tydligare hälsofrämjande arbetssätt. Hemgångsteamet är en funktion som underlättar möjligheten att arbeta flexibelt.

Inom särskilt boende kommer det under 2025 påbörjas undersköterskeutbildning genom omsorgslyftet för flera personal, vilket ses som en förutsättning för att kunna jobba patientsäkert i framtiden.

Kontinuitetsplaner arbetades fram inom samtliga verksamhetsområden under 2023 och arbetet behöver fortgå även framåt för att hålla dessa aktuella.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Det syns redan nu att de grupperna kommunen arbetar med i hemmet, vare sig det rör sig om funktionsstödsomsorg, hemtjänst eller särskilt boende, förändras. Människor som bor hemma är svårt sjuka och uppdragen blir i ökande takt mer komplexa. Uppdragen som rör specialistvård i hemmet ökar i snabb takt. Befolkningsprognosen är bekymmersam för kommunens verksamheter när personer lever längre och det samtidigt är brist på personer i arbetsför ålder.

Att kunna rekrytera personal med rätt utbildning och behov av specialistkompetens blir allt svårare. Att implementera välfärdsteknik är en utmaning, samtidigt som det kommer bli en absolut nödvändighet att ta stöd av tekniska lösningar för att kunna möta upp svårigheterna att rekrytera tillräckligt med personal.

Inom särskilt boende finns det redan idag en blandning av personer med olika diagnoser på samma enheter. Samsjuklighet, beroende, missbruk och hot och våld ökar i kommunens

verksamheter, och det är svårt att ha rätt kompetens hos den personal som ska vårda personer med så blandade diagnoser.

Även dagens mångkulturella samhälle är och kommer vara en utmaning. Det finns behov av att utbilda personal i yrkessvenska, samtidigt som det behövs personal med olika kulturell bakgrund för att kunna ta hand om de äldre som flyttar in och kommer från olika kulturer med olika språk.

För att möta upp de ökade behoven kommer sjuksköterskebemanningen på jourtid utökas både inom hemsjukvård och särskilt boende under 2025.

Område	Mål	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Ansvarig för åtgärd
Smittförebyggande åtgärder, basal hygien	Förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner i samtliga verksamheter	Implementera det vårdhygieniska årshjulet i samtliga verksamheter, tydliggöra uppdraget för hygienombud.	Sammanställning och uppföljning med åtgärdsplaner utifrån självskattning basal hygien. Genomföra årlig vårdhygienisk egenkontroll.	Samtliga enheter inom funktionsstödsomso rg.	Områdeschefer funktionsstöds omsorg.
Hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser	Öka antalet registrerade avvikelser och säkerställa att risker för vårdskador uppmärksam mas och åtgärdas. Förbättrat resultat i enhetschefernas utredningar av avvikelser.	Granskning av innehåll i utredningar av avvikelser, stickprovskontroll var tredje månad.	Sammanställning och uppföljning med åtgärdsplaner inom respektive verksamhetsområde utifrån resultat av stickprovskontroller.	60 granskade avvikelser per kvartal (20 per verksamhetsområde), totalt 240 avvikelser granskas under 2025.	Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård.
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Medarbetare är säkra på hur de dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen. Medarbetare dokumenterar på ett patientsäkert sätt utifrån	Utbildningar för samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården. Enhetsvisa förbättringsarbete n inom dokumentation. Uppföljning av rutin för dokumentation.	Följs upp i MAS/MAR årliga journalgranskning samt genom enkät som skickas ut av Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvårdsdokumentation.	Samtliga enheter inom hälso- och sjukvården.	Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvårdsdokumentation

	gällande lagar och föreskrifter	Framtagande av stödmaterial för dokumentation vid ny patient, hälsoplaner och åtgärder.			
Svårläkta sår	Arbete med svårläkta sår inom hemsjukvården ska implementeras inom hela hälso- och sjukvården	Implementering särskilt boende våren 2025, implementering funktionsstödsom sorg hösten 2025.	Följs upp i rapport till vård- och omsorgsnämnden i oktober 2025.	Samtliga enheter inom hälso- och sjukvården	Enhetschefer hälso- och sjukvård
Senior Alert	Mål särskilt boende: 80% Mål hemsjukvård: 50% Mål funktionsstöd som sorg: Implementering av arbete med registret.	Fortsätta jobba med att förbättra resultat och öka antalet registreringar inom både särskilt boende och hemsjukvård. Besluta och implementera framtagna rutiner för arbete med Senior alert, se till att samtliga enheter arbetar på likvärdigt sätt. Starta upp arbetet med senior alert inom funktionsstödsom sorg	Statistik följs upp kvartalsvis av Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård, resultat delges arbetsgrupp senior alert. Resultat presenteras därefter inom respektive enhet av deltagare i arbetsgruppen.	Samtliga enheter inom division social omsorg som arbetar med hälso- och sjukvård.	Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård, arbetsgrupp senior alert.
Palliativregistret	Öka antalet registreringar av dödsfallsenkäter. Uppnå de nationella målvärdena för registrets kvalitetsindikatorer.	Fortsätta arbetet med att följa statistik för att arbeta för att uppnå målvärden för registrets kvalitetsindikatorer samt öka antalet registreringar i registret under 2025.	Statistik följs upp kvartalsvis av Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård och delges respektive verksamhetsområde genom arbetsgrupp palliativ vård. Statistiken presenteras vidare inom respektive enhet av deltagare i arbetsgruppen	Samtliga enheter inom division social omsorg som arbetar med hälso- och sjukvård.	Kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård, arbetsgrupp palliativ vård inom hälso- och sjukvården.
Delegering	Att säkerställa att delegeringar	Färdigställa underlag för bedömning av	Följs upp i MAS årliga rapport till vård- och omsorgsnämnden om	Samtliga enheter inom division social omsorg som arbetar	Arbetsgrupp delegering

	sker på ett sätt som är förenat med god och säker vård.	reell kompetens vid delegering.	delegeringar inom hälso- och sjukvården.	med hälso- och sjukvård.	inom hälso- och sjukvården.
Medicinska tekniska produkter	Följsamhet till riktlinje för medicinska tekniska produkter	Skapa lokal rutin och förteckning över medicinska tekniska produkter för enheten	Följs upp i MAR rapport till vård- och omsorgsnämnden om medicinska tekniska produkter	Samtliga enheter inom division social omsorg som innehar medicinska tekniska produkter	Samtliga enhetschefer inom hemtjänst, hälso- och sjukvård, särskilt boende och funktionsstöds omsorg.
Lokal rutin för läkemedels hantering	Varje enhet som hanterar läkemedel ska ha en lokal rutin för läkemedelshantering	Skapa/revidera lokal rutin för läkemedelshantering en gång per år eller vid förändringar, ska skickas till MAS och sparas i avsedd mapp i Platina.	Följs upp vid externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering, rapport till MAS.	Samtliga enheter som hanterar läkemedel.	Samtliga enhetschefer på enheter som hanterar läkemedel.