Eskilstuna kommun

Patientsäkerhetsberättelse för Eskilstuna kommun

År 2024

Agera för säker vård

2025-02-10

Cecilia Lindh MAS, Linn Alvén MAR, Ann-Britt Sundin MAS,

Diarienummer VON/2025:18

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Innehåll

SAMMANFATTNING 4

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 6
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
En god säkerhetskultur 11
Adekvat kunskap och kompetens 11
Patienten som medskapare 11

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 12
Öka kunskap om inträffade vårdskador 19
Tillförlitliga och säkra system och processer 20
Säker vård här och nu 21
Delegering 21
Medicintekniska produkter 22
Stärka analys, lärande och utveckling 22
Avvikelser 22
Klagomål och synpunkter 25
Öka riskmedvetenhet och beredskap 27

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 28

SAMMANFATTNING

För året 2024 har vård- och omsorgsnämndens målbild, *Framtidens vård och omsorg 2035* haft en central del i utvecklingsarbetet. För att möta framtidens utmaningar med personalresurser och kompetens pågår utvecklingsarbete med välfärdstjänster för att möjliggöra digitala arbetssätt.

Vård- och omsorgsförvaltningen fokuserar på de större förflyttningarna som kommunerna i Sörmland gemensamt behöver göra för att möta målbilden för *Nära vård*. Den tydliga samverkansstrukturen leds av den gemensamma nämnden som uppdrar arbete åt Länsstyrgruppen, nationella programområden och utsedda arbetsgrupper som har representanter fördelade över Region Sörmland och länets kommuner.

Revidering har skett av avtal om läkarmedverkan med tillhörande bilagor. Den 1 november började också framtagen *Överenskommelse för hälso- och sjukvård i samverkan mellan region och kommunerna* att gälla.

Vård- och omsorgsförvaltningens nya mötesstruktur i syfte att fokusera på förvaltningsgemensamma och operativa frågor håller på att etableras. Gränsöverskridande ledningsgrupp för hälso- och sjukvård arbetar med aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor på strategisk nivå.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har under året genomfört markörbaserad journalgranskning av slumpmässigt utvalda patientjournaler fördelade utifrån de tre verksamhetsområdena; vård- och omsorgsboende, hemsjukvård och funktionshinderområdet.

Antalet registrerade dödsfall i *Palliativa registret* är i stort oförändrat sedan tidigare år. Det är glädjande att analys visar på viss ökning i flera av parametrarna i registret. Tolkningen är att vården i livets slut ständigt förbättras och utvecklas. Den länsövergripande rutinen *Palliativ vård på primärvårdsnivå* har utvärderats. All personal som arbetar i den palliativa vården inom regionen och kommunerna har fått svara på enkätfrågor. Svaren kommer att ligga till grund för kommande revidering av den palliativa rutinen under 2025.

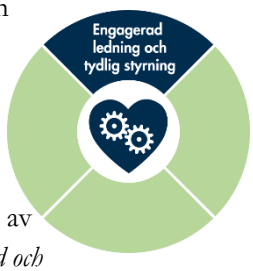
Under året som gått har det vårdhygieniska arbetet fortsatt både i samverkan med regionens vårdhygieniska enhet och internt, där förvaltningens hygienteam är en viktig framgångsfaktor som stöd till chefer och medarbetare. Fortfarande finns dock brister i följsamhet av vårdhygieniska riktlinjer och rutiner som utgör risker i patientsäkerheten.

Vård- och omsorgsförvaltningens patientsäkerhetsarbete med avvikelser, synpunkter och klagomål beskrivs i handbok för hälso- och sjukvårdsavvikelser. Det kan konstateras att det systematiska arbetet har stor förbättringspotential när det gäller följsamhet vid allvarlighetsbedömning, utredning, uppföljning, återkoppling, lärande och förbättringar.

MAS och MAR har under 2024 utvecklat det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att skapa Coreteam med verksamhetsrepresentanter som tertialvis sammanträder för att analysera utvalda patientsäkerhetsparametrar för att ge underlag till delårsrapportering, verksamhetsplan och patientsäkerhetsberättelse. Det har visat sig vara en utmaning för medlemmarna i *Coreteam* att djupare analysera på aggregerad nivå, då analysarbete i de egna verksamheterna till viss del saknas. Likaså har det visat sig vara svårt att identifierade förbättringsområden har blivit åtaganden till verksamheterna med systematisk återrapportering. En betydande framgångsfaktor är också att det systematiska patientsäkerhetsarbetet harmoniserar med vård- och omsorgsförvaltningens övriga systematiska kvalitetsarbete och kvalitetsledningssystem.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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



Engagerad ledning och tydlig styrning

Vård-och omsorgsförvaltningen leds av förvaltningschef och verksamhetschefer som utgör delar av förvaltningsledningen. För att stödja verksamhetsutveckling i riktning mot målbild *Framtidens vård och omsorg 2035* har även en specifik mötesstruktur tagits fram med programområden och gränsöverskridande ledningsgrupper. Gränsöverskridande ledningsgrupp hälso-och sjukvård har uppdraget att samordna, leda och fatta beslut i frågor som stärker nämnden som vårdgivare och förvaltningen som utförare av hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen har fokus på förvaltningsgemensamma och operativa hälso- och sjukvårdsfrågor i syfte att stärka den personcentrerade och patientsäkra vården. Ledningsgruppen samordnar frågor kring avtal och överenskommelser med andra parter och samverkan på länsgemensam nivå med mera. Ledningsgruppen har att leda i riktning mot målbild för *Nära vård.*
Under 2024 har en utvärdering av rådande mötesstruktur genomförts. Merparten av medlemmarna i gränsöverskridande ledningsgrupp hälso-och sjukvård håller med om att forumet är välfungerande och hälften håller med om att forumet leder mot den gemensamma målbilden för 2035. Justeringar har gjorts gällande mötesstrukturen men gränsöverskridande ledningsgrupp för hälso- och sjukvård kvarstår som tidigare.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §
Vård- och omsorgsnämnden har tagit fram mål och en strategisk utvecklingsplan för åren 2022–2027 med utblick mot år 2035. Den strategiska utvecklingsplanen följs upp och utvärderas vid varje ny mandatperiod. Vård- och omsorgsnämnden har formulerat 4-åriga verksamhetsmål som har sin utgångspunkt i strategisk utvecklingsplan. Därtill har indikatorer utarbetats för att mäta utfall och resultat.

Inför år 2024 finns elva indikatorer, en av dessa berör hälso- och sjukvård: Andel brukare med genomförda åtgärder vid risk.

Vård- och omsorgsnämndens 4-åriga verksamhetsmål är:
År 2027 har vård- och omsorgsnämnden

- utvecklat samverkan och strukturer som stödjer invånarna att ta ansvar för sin hälsa.
- skapat förutsättningar för en hållbar vård och omsorg.
- utvecklat tidiga och hälsofrämjande insatser.
- utvecklat en personcentrerad och patientsäker vård och omsorg.
- stärkt förmågan att tillvarata medarbetarnas engagemang, vilja och intresse.

Organisation och ansvar

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

Nämndens ansvar
Vård-och omsorgsnämnden definieras som vårdgivare enligt hälso-och sjukvårdslagen och har det övergripande ansvaret för att förvaltningens hälso-och sjukvård uppfyller lagens krav på god vård. I februari månad varje år beslutar nämnden om *Patientsäkerhetsberättelse* samt *Uppföljning av avtal om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård.* MAS och MAR har även skrivit fram revidering av *Riktlinjer för hälso-och sjukvård* som beslutades av nämnden i november månad.

Verksamhetschef enligt hälso-och sjukvårdslagen, HSL
Verksamhetschef för hälso-och sjukvården är tillika förvaltningschef för vård-och omsorgsförvaltningen. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård-och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner så att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet säkerställs. Verksamhetschefen kan ansvara för hälso- och sjukvårdsverksamheten utan att själv ha medicinsk kompetens men får då inte bestämma över vård och behandling av patienter. Verksamhetschef kan inte bestämma över de arbetsuppgifter som en MAS eller en MAR har enligt lagar och föreskrifter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso-och sjukvård av god kvalitet. Dessutom är MAS och MAR särskilt ansvarig för dessa punkter som regleras i hälso-och sjukvårdsförordningen.

- Att det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso-och sjukvårdspersonal vid behov.
- Att patienten får den hälso-och sjukvård läkaren har bestämt
- Att rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- Att besluten om delegering är patientsäkra
- Att patientjournaler förs
- Att anmälan görs till nämnden om en patientutsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det

Verksamhetschef verksamhet
Vård-och omsorgsförvaltningens verksamhetschefer har ett helhetsansvar för sina respektive Områden; funktionshinderområdet, äldreomsorg och hälso-och sjukvård och omfattar det övergripande ansvaret för att bland annat personal, kompetensutveckling och utrustning finns i rätt omfattning.

Avdelningschef
Avdelningschef har ansvar över sitt respektive område och ska säkerställa att enhetscheferna känner till gällande rutiner och riktlinjer, att de följs på områdesnivå samt ge underlag till verksamhetschef.

Enhetschef
Enhetschef ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschef är också ansvarig för avvikelsehanteringen på sin enhet/avdelning samt för teamsamverkan.

Stödfunktioner
Inom förvaltningen finns flertalet funktioner som syftar att ge stöd till och följa upp verksamheterna, för att nämna några hygienteamet, kvalitetssäkringssamordnare, socialt ansvarig samordnare (SAS), utskrivningskoordinator med flera.

Samverkansforum
Två nya mötesforum för samverkan har startats under året. Länets MAS/MAR-nätverk bjuder in chefsläkare vid patientsäkerhetsenheten till två av sina möten under året för dialog om gemensamma frågor. Representanter från MAS/MAR -nätverket deltar regelbundet vid träff med socialchefsnätverket för att belysa aktuella patientsäkerhetsfrågor där vi behöver samverka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3
Extern samverkan -Samverkansstruktur i Sörmland
I samverkansstrukturen ingår länets kommuner tillsammans med Region Sörmland. Samverkansstrukturen syftar till att arbeta med samverkansfrågor kring socialtjänst och hälso-och sjukvård. Strukturen består av länsstyrgrupp, med beredningsgrupper och arbetsgrupper. Länsstyrgruppen arbetar på uppdrag av den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård. Inom strukturen hanteras även kunskapsstyrning. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Det finns flertalet nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen. I Sörmland är dessa programområden kopplade till den lokala delen i samverkansstrukturen i så kallade lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG). Exempel på grupper där representanter från Eskilstuna kommun är med är *LPO äldre hälsa*, *LPO psykisk hälsa*, *LAG palliativ vård*, *LAG kognitiv svikt* och *LAG inkontinens*.

Nära vård
Länsstyrgruppen är styrgrupp för länets omställningsarbete för *Nära vård* och processledning för det gemensamma nära vårdarbetet ligger hos Länsgemensamt regionalt stöd. En gemensam färdplan är framtagen som tydliggör vägen framåt och fokuserar på de större förflyttningarna som Sörmland gemensamt behöver göra för att möta målbilden för *Nära vård*. Syftet är att tydliggöra gemensamma ställningstaganden för samverkan, tydliggöra förflyttningar i omställningsarbetet samt identifiera fokusområden och aktiviteter för det gemensamma omställningsarbetet mot *Nära vård*. Färdplanen vänder sig till Region Sörmland och länets kommuner, samt organisationer och aktörer inom civilsamhället som verkar för att möta målbilden *Nära vård*.

Lokal arbetsgrupp palliativ vård
År 2023 genomförde *LAG palliativ vård*, en GAP-analys i länet gällande palliativ vård. Lokal arbetsgrupp för palliativ vård som är en del i Region Sörmlands lokala organisation för kunskapsstyrning har i uppdrag att stödja implementering av nationella kunskapsunderlag och integrering av dessa. Utifrån den arbetar nu *LAG-palliativ vård* för att hitta och implementera aktuella åtgärder. Under året har en utvärderingsenkät skickats ut till all personal som kommer i kontakt med palliativ vård inom region och kommun. Enkäten utvärderar den palliativa rutinen på primärvårdsnivå och kommer ligga som en grund för revidering av rutinen som sker under 2025. Till enkäten fanns tilläggsfrågor gällande kunskapsläget som ska ge ytterligare information om eventuella behov av utbildning.

Samverkansavtal och överenskommelser
Avtal om läkarmedverkan är länsövergripande och reviderades i början av år 2024. Till exempel togs text bort som inte direkt hör till läkarens ansvar och överflyttades till mer lämpliga dokument. Dessutom omarbetades tillhörande stöddokument till samverkansavtalet om läkarmedverkan så som

uppföljningsmallar och mall för lokal överenskommelse som ska göras mellan den kommunala hälso- och sjukvården och respektive vårdcentralen. Syftet med revideringen är att kvalitetssäkra läkartillgången som är viktig utifrån patientsäkerhet.

En överenskommelse för hälso- och sjukvård i samverkan mellan kommun och region har under 2024 arbetats fram gemensamt mellan huvudmännen. Överenskommelsen trädde i kraft den 1 november och syftar till att skapa en gemensam struktur för samverkan, stärka patientsäkerhet och skapa förutsättningar för personcentrerad vård i människors hem med patientens som medskapare i sin egen vård. Den gemensamma värdegrunden för samverkan innebär att vi alltid ska utgå från personcentrerad vård med patienten som medskapare, att vi bemöter patienten och deras vårdnadshavare/anhöriga/företrädare med respekt och prestigelöshet, att vi skapar förutsättning för delaktighet, informerar och tar ansvar både för vår del och helheten tillsammans med patienten.

Utskrivningsprocessen
Den 15 maj lanserades "den nya" utskrivningsprocessen. Ett gediget arbete ligger som grund för en framtagen processkarta med klickbara rutor som finns på regionens samverkanswebb. Processkartan ersätter tidigare dokument som beskrev tillvägagångssätten i utskrivningen i olika färger grön, gul och röd. Syftet med revideringen var att mer lättillgängligt hitta information i det steg i utskrivningsprocessen man befinner sig. Det är fortfarande lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som ligger som grund för processkartan. Utsedda representanter från förvaltningen har deltagit i "basgruppens" arbete tillsammans med region och övriga kommuner i länet. Internt har det bildats en referensgrupp som deltagit i remissrunda och implementeringsarbetet. Regelbundna mötet har skett i referensgruppen för att följa hur implementeringsarbetet har gått. Tyvärr är upplevelsen att informationsflödet har förändrats till den sämre sedan nya processkartan har lanserats.

Vårdhygien
Ett nytt avtal med Vårdhygien Region Sörmland har upprättats tillsammans med övriga kommuner. Samarbetsmöten sker fortlöpande både på länsnivå och på kommunnivå för att planera insatser i syfte att stärka patientsäkerheten.

Kvalitetsuppföljning i samverkan

I samverkan med övriga kommuner i länet har ny upphandling genomförts gällande granskning av läkemedelshanteringen inom kommunal hälso- och sjukvård. Vad som fokuseras på i granskningen styrs utifrån lokala behov. Granskningarna genom den nya utföraren påbörjas i början av kommande år.

Patientsäkerhetsdialoger
2022 beslutade länsstyrgruppen att patientsäkerhetsdialoger skulle utföras årligen mellan varje vård- och omsorgsboende och ansvarig vårdcentral. Med start från senhöst 2023 har dialogerna utförts och ett återsamlingsmöte skedde i maj mellan enhetschefer på boende, chefer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen, MAS och MAR samt chefsläkare på patientsäkerhetsenheten. Samtliga boende inom äldreomsorgen förutom två har genomfört patientsäkerhetsdialoger. Dialogmötena har varit uppskattade och om förbättrings-/utvecklingsmöjligheter har identifierats har dessa noterats på en handlingsplan som upprättats av ansvariga chefer.

Tandvård
Överenskommelsen mellan Region Sörmland och kommunerna i Sörmland om samverkan kring uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, fortlöper och uppföljning sker årligen.

Intern samverkan

Avvikelser
Under året har en översyn kring avvikelsehantering skett. Det grundar sig på en övergång till ny avvikelsemodul i verksamhetssystemet och i samband med detta har översyn av arbetssätt skett.
För hälso- och sjukvårdsavvikelser är den största förändringen en mer tvingande uppföljningsdel för att se om planerade åtgärder har haft avsedda effekter samt att bedömning av allvarlighetsgraden alltid ska utföras av legitimerad personal. Dessutom anges när patienten informerats om avvikelsen.

Tematträffar
Under året har MAS och MAR startat upp temadialogmöten med representanter från legitimerad personal i förvaltningen. I samband med att IVO genomförde intervjuer med sjuksköterskor gällande palliativ vård väcktes förslaget att i dialogform få diskutera och föra fram synpunkter, lära av varandra och komma med idéer om utveckling. Det har hållits två temadialogmöten under året. Det första mötet handlade om palliativ vård och det andra mötet hade förebyggande arbete som tema.

Patientsäkerhetsveckan och Fallpreventionsveckan
Under vecka 37 uppmärksammades patientsäkerheten extra i förvaltningen. Syftet var att öka kunskapen om hur alla kan vara med och bidra till ökad patientsäkerhet. Varje dag under veckan fanns ett litet informativt bildspel att ta del av. Dessutom fanns tipspromenad med patientsäkerhetstema. Information om rapporteringsskyldighet spreds i verksamheterna.

Under vecka 40 genomfördes fallpreventionsveckan i länet. FoU erbjöd två föreläsningar; lansering av kunskapsstöd för *fallprevention* och en föreläsning om forskningsprojektet *Fallfitness* och om träning för äldre.

Informationssäkerhet
Information är värdefull och måste skyddas. Ett bra säkerhetsarbete är viktigt för att hantera information effektivt och korrekt. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för personuppgifter och ansvarar för att vidta åtgärder för att hantera integritetsrisker och säkerställa att behandlingen följer dataskyddsförordningen.

Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) utförs kontinuerligt på samtliga system beträffande behörighets beställningar, utökad behörighet, avbeställningar och förändringar. Exempel på dessa:

- RSA-arbetet har gjorts på förvaltningsövergripande nivå och 2024 påbörjades analyser på enhetsnivå och verksamhetsområdesnivå
- Konsekvensbedömning enligt Dataskyddsförordningen är en del i riskanalysarbetet och som utförs inom verksamheten. Fokus i denna riskanalys ligger på känsliga personuppgifter som behandlas inom olika system.
- Åtgärdsplan för olika risker; utifrån registerförteckningen och konsekvensbedömningen framgår vilka behandlingar som kan komma att behöva följas upp, uppdateras och eller utvecklas.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten
Informationssäkerhet handlar om att skydda information från att läcka, ändras eller förstöras, samt att se till att rätt personer har tillgång till den. För att uppnå detta har förvaltningen arbetat med följande punkter:

- KLASSA informationssäkerhetsklassning: Informationsklassning är en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder som skyddar information. Detta ingår i utvecklingsenhetens utvecklingsprocess under informationssäkerhets aktiviteter. Informationssäkerhetsklassning ska ske vid utveckling av befintliga system och inför driftagande av nya system.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare, ledning och IT.

- Medverkan i centrala arbetet med framtagande av *Informationssäkerhetshandbok*
- Systemstöd för säkra digitala möten inom och utanför organisationen.
- Begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system. Översyn av loggningsrutin, tilldelning och avslut av behörigheter.
- Säker e-posthantering, för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt. Med detta menas att kommunikationen som är av känslig karaktär sker krypterad. Där kravet från Dataskyddsförordningen vad gäller hantering av personuppgifter uppfylls.
- Digitalt signerade medicinlistor, ett system som underlättar spårbarhet och säkrare medicintilldelning. Samt ger ökad säkerhet vid hantering av patientens uppgifter.
- Digitala medicinskåp, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är ytterst viktigt inom verksamheten.
- Behörighetstilldelning till journalsystem sker via e-formulär för ökad kontroll och spårbarhet.
- Ny tjänst som tar hänsyn till att patient som har en dator som stöd är helt anonyma.
- Revideringar av rutiner kopplade till informationssäkerhet och dataskydd sker löpande och anpassas efter behov för att kunna tillgodose säkerheten inom vård och omsorgsförvaltningen.
- Förenklad rapportmall för personuppgiftsincidenter, effekten av den är att fler rapporterar in incidenter. Utifrån dessa har man kunnat identifiera brister och åtgärder för att förebygga personuppgiftsincidenter och öka säkerheten för registrerade (personal, patient och patienter).
- Uppföljning av konsekvensbedömningar, riskanalyser och åtgärder.
- Inventering och arbete med dokumentation, avtal, konsekvensbedömningar, klassningar för system som införts innan dataskyddsförordningen trädde i kraft. Löpande arbete där målet är att alla system ska ha uppdaterade och aktuella dokument.
- Informationssäkerhetsklassningar av alla system inom vård och omsorgsförvaltningen, ca 90% är klassade. Löpande arbete där målet är 100%.
- All personal har fått tillgång till obligatorisk utbildning inom informationssäkerhet.

Utvärdering som har genomförts mot skydd för olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Skydd av system

En utvärdering har gjorts av skyddet mot obehörig åtkomst. Dokumentationssystemet är separerat från andra system för att leverantören ska kunna ha åtkomst. Alla system mot både interna och externa hot. Loggar kontrolleras dagligen och tester görs på skyddet. Loggkontroller görs i dokumentationssystemet och Nationella patientöversikten enligt rutiner, för att säkerställa att personal inte obehörigt haft åtkomst till information. Stickprovskontroller görs varje månad på slumpmässigt vald personal för att se vilka brukare de haft åtkomst till. Vid behov kan loggkontroller göras på specifika brukare eller personal för att kontrollera åtkomst.

Skydd av nätverk, exempel

- Utveckling av skyddet för trådburet nätverk pågår.
- Kommunägda fastigheter ska få uppkoppling till kommunens nätverk via fiber vilket ger ökad säkerhet. Planering pågår.
- Verksamheten arbetar för att göra datornätverket säkrare, och dessa görs kontinuerligt genom utbildning och certifikatkrav på klientenheter.
- Arbete med två faktors autentisering pågår och ska implementeras i alla system som behandlar känsliga personuppgifter.
- Förstärkt säkerhet på kommunens WIFI.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde patienten hos all personal. Mätningen av förvaltningens patientsäkerhetskultur som genomfördes 2023 har inte genomförts i år. Planeringen är att göra mätningen vart annat år och förhoppningen är att enkät *HSE Hållbart säkerhets engagemang* kan gå ut i samband med att årets medarbetarenkät skickas ut hösten 2025.

Adekvat kunskap och kompetens

Förvaltningens ledningsgrupp för kompetensförsörjning tar fram olika aktiviteter för att stärka förmågan att tillvarata medarbetarnas engagemang, vilja, intresse och resurser för att bedriva en hållbar vård och omsorg med individens mål och vilja i fokus. Flera av aktiviteterna stärker patientsäkerheten på olika vis. Förvaltningen arbetar kontinuerligt för att säkra grundbemanning och att personalen besitter den kompetens som krävs. Detta är numera en utmaning för verksamheterna. Att säkra grundbemanningen innebär bland annat att kunna rekrytera tillsvidareanställda undersköterskor till alla våra vakanta tjänster och att utveckla flexibiliteten så att resurspass används över avdelningar och enheter i stället för att ta in intermittent personal. Detta för att säkra kompetens och kontinuitet i verksamheten. Kompetensförsörjningsplan tas fram årligen och beslutas av vård- och omsorgsnämnden.

Äldreomsorgen, via Äldreomsorgslyftet, utbildar medarbetare till undersköterska för att höja grundkompetensen. Likaså har förvaltningen satsat på att till viss del sponsra medarbetare att läsa specialistutbildningar såsom specialistundersköterska, stödpedagog och specialistsjuksköterska. Inom äldreomsorgen pågår ett arbete för att stärka svenska språket och yrkessvenska inom vård och omsorg. I samverkan med Komvux har två utbildningar startat under hösten och alla enheter arbetar för att ha språkombud i verksamheterna.

Under hösten har ett nytt sätt att introducera nya medarbetare tagits fram och testats i mindre skala. Den nya introduktionen kommer att testas inför sommaren 2025. Introduktionen kommer att bli längre och varva teori med praktik med syftet att öka kompetensen för nya medarbetare.

Med anledning av att resurserna inom vård och omsorg i framtiden inte kommer att räcka till och som ett led i att göra patienten mer självständig samt minska arbetsskador har en omfattande utbildningsinsats kring framtidens personförflyttningar påbörjats. Satsningen fortsätter 2025.

MAS och MAR har under ett tillfälle under året utbildat SoL och LSS enhetschefer i hälso-och sjukvårdsfrågor. Under hösten tillsattes en arbetsgrupp för att se över introduktion och fortbildning till chefer. MAS och MAR deltar i den arbetsgruppen för att få med hälso-och sjukvårdsperspektivet.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vård- och omsorgsförvaltningens målbild *Framtidens vård och omsorg 2035* har fokus på att bedriva en personcentrerad och patientsäker vård och omsorg. Ett personcentrerat förhållningssätt är en grundpelare vilket innebär att vi behöver utgå från invånarens individuella

förutsättningar, förmågor och behov. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för den enskilda patienten. En personcentrerad vård och omsorg består av ett partnerskap mellan patienten, dennes anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonalen. En personcentrerad vård och omsorg betyder att det är den enskilde patienten som står i centrum – inte patientens sjukdom eller organisationens struktur eller standardlösningar. Den enskilde patienten ska få rätt hälso- och sjukvård av ett team som består av de kompetenser patienten behöver. Personalen ska se den patientens situation som en helhet. Om patienten väljer att inkludera sina anhöriga ska även dessa inkluderas på ett sådant sätt som den patienten väljer. Genom att stärka patientens egna förutsättningar och kompetens att hantera sin hälsa och att ta till vara på patientens egen kunskap har vi som vårdgivare större möjligheter och förutsättningar att bedriva och utveckla en värdeskapande och patientsäker vård.

Patienten som medskapare var en del av framtaget informations- och utbildningsmaterial under Patientsäkerhetsveckan. Patienten går från att vara *passiv mottagare* till att istället vara *aktiv medskapare* i sin vård och behandling. Delaktighet kräver kunskap. Patienten behöver därför få god och anpassad information om sin vård och behandling och eventuella risker. Patienten och vårdpersonal lär av varandra och diskuterar beslut gemensamt. Vårdpersonalen behöver ställa öppna frågor som till exempel vad är viktigt för dig? Vad känner du? Vad behöver du?

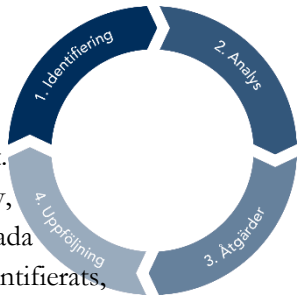
Genom att aktivt involvera patienten som medskapare i alla beslutsprocesser och diskussioner, säkerställs att vården anpassas för att möta individens behov och främja självständighet och välbefinnande samt att förutsättningarna ökar för en värdeskapande och patientsäker hälso- och sjukvård.

Patienten som aktiv medskapare är en av de viktiga framgångsfaktorerna i omställningen mot en *Nära vård.*

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Markörbaserad journalgranskning



Under året har MAS och MAR genomfört utbildning i *markörbaserad journalgranskning* (MJG). MJG är en metod som går ut på att granska slumpvisa utvalda journaler. Granskningen letar efter definierade markörer, indikationer på att en skada kan ha inträffat. Om markörer hittas så görs en bedömning av vilken typ av skada patienten har drabbats av, skadans allvarlighetsgrad och om skadan hade kunnat undvikas, det vill säga om en vårdskada har inträffat. MAS och MAR har under året granskat sju journaler. Inga vårdskador har identifierats, dock har värdefulla bifynd upptäckts. MAS och MAR fortsätter att granska under 2025 genom att granska tre journaler per månad, en från vård-och omsorgsboende, en från hemsjukvården och en från funktionshinderområdet. Varje journal granskas tre månader tillbaka i tiden.

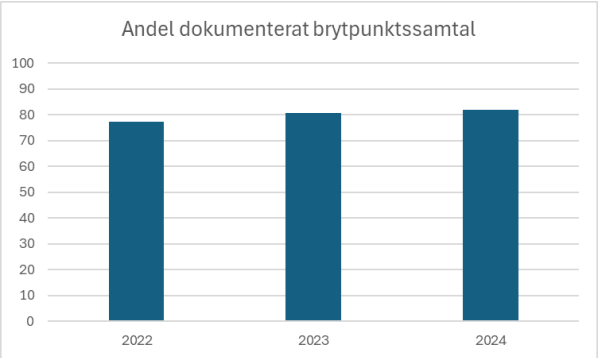
Palliativ vård

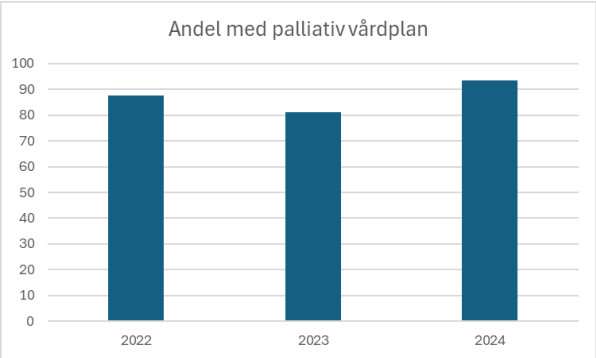
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten. Registret ger en möjlighet att följa de nationella kvalitetsindikatorerna för palliativ vård. Alla dödsfall ska registreras i *Palliativa registret*.

Utifrån den nationella granskningen som IVO gjorde när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården har arbete med att säkerställa läkemedelshanteringen genomförts under året. Det har inneburit att sjuksköterskor konsekvent tar kontakt med läkare när redan givna läkemedelsordinationer ska ges. Detta för att säkerställa att ordinationen är korrekt och inte behöver justeras. Det har även genomförts ett arbete med att inskränka vad som är möjligt att delegera till omvårdnadspersonal och det i syfte att göra sjuksköterskan mer tillgänglig för patienten.

Analys och resonemang

Antalet registrerade dödsfall var i år 224. (År 2022: 220 registreringar, år 2023: 239 registreringar). Det sker en viss underregistrering, men antalet registreringar är tillräckligt för att göra analys. T ex så registrerar inte funktionshinderomsorgen alla sina dödsfall.

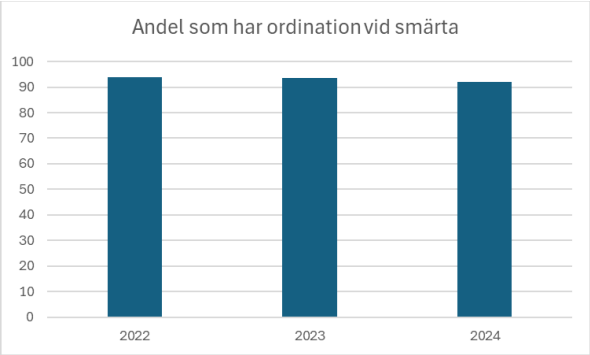


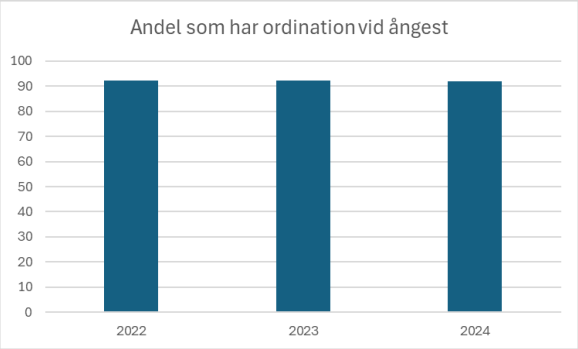


Andel patienter som erhållit ett brytpunktsamtal av läkare och som är dokumenterat i regionens journal har ökat något. Det nationella målvärdet är 98%. I den länsövergripande rutinen för *palliativ vård på primärvårdsnivå* som togs fram år 2022 har läkarens ansvar beträffande bland annat ordinationsprocessen och vikten av teamsamverkan tydliggjorts. Rutinen är under revidering och det i samverkan med regionen. Uppfattningen att rutinen var för dåligt implementerad varpå uppföljningen sker först nu.

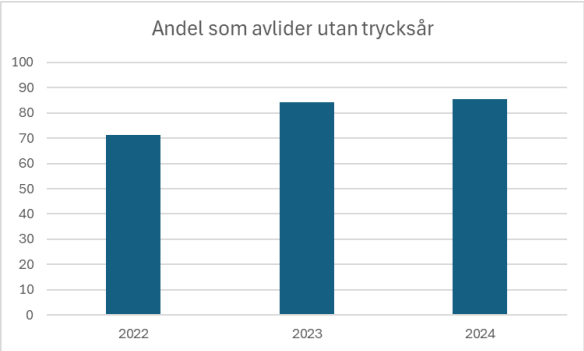
Brytpunktssamtalet ska även dokumenteras i journalen som förs i den kommunala hälso- och sjukvården, vilket var ett krav i den tillsynen som IVO genomförde efter pandemin. Brytpunktssamtal prioriteras inom hälso- och sjukvårdsenheten och följs upp fortlöpande i verksamheten.

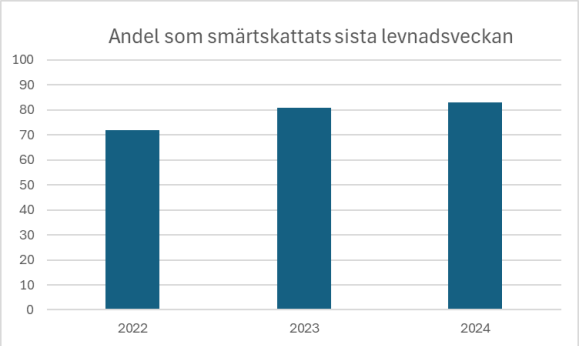
Andel med en dokumenterad individuell vårdplan för vård i livets slutskede, har senaste året ökat. Det nationella målvärdet är 100 %.



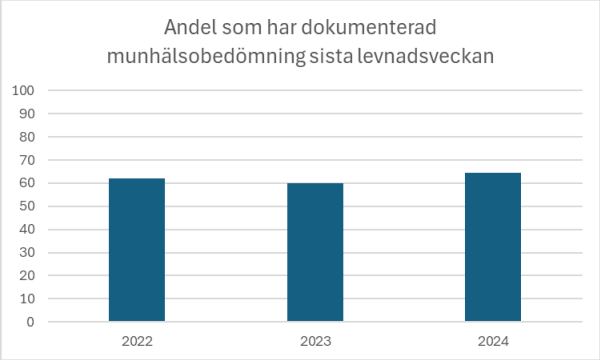


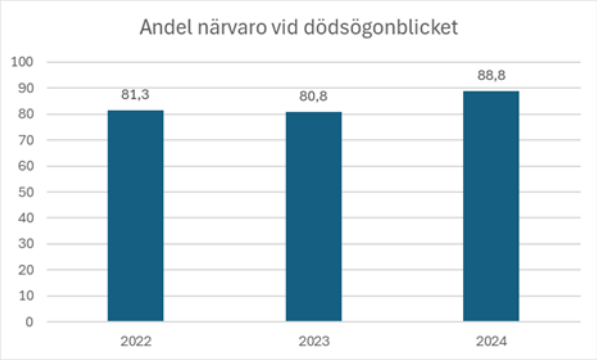
Andel patienter som har ordinerade läkemedel vid smärta och ångest är på samma nivå som tidigare år. Det nationella målvärdet är 98 %. I den länsövergripande rutinen för *palliativ vård på primärvårdsnivå* har läkarens ansvar att ge individanpassade ordinationer tydliggjorts i stället för generella ordinationer. Dessutom har man försökt tydliggöra hur ordinationen ska överlämnas till sjuksköterskan i den kommunala hälso- och sjukvården. Rutinen är under revidering och det i samverkan med regionen. Uppfattningen att rutinen var för dåligt implementerad varpå uppföljningen sker först nu.





Andelen patienter avlidit utan trycksår har ökat. Det nationella målvärdet är 90 %. Andelen patienter som smärtskattats sista levnadsveckan har även det ökat. Det nationella målvärdet är 100 %. Vård- och omsorgsförvaltningen har inte haft tillräckligt underlag för att kunna analysera resultatet för året.





Andel som har dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan har ökat minimalt. Det nationella målvärdet är 90 %. Andel som har mänsklig närvaro i dödsögonblicket har ökat något. Det nationella målvärdet är 90 %.

BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) drabbar någon gång ca 90 % av de som lever med kognitiv sjukdom eller demenssjukdom. Dessa symtom kan vara oro, apati, hallucinationer med mera och orsakar ett stort lidande. *BPSD-registret* ger stöd i att arbeta med ett anpassat och individuellt bemötande och med en struktur i omvårdnaden. Samtliga enheter inom vård-och omsorgsförvaltningen är anslutna till *BPSD-registret*.

Data från BPSD-registret	2024 Eskilstuna	2024 riket	2023 Eskilstuna	2022 Eskilstuna
Antal registreringar	987	51747	834	866
NPI-poäng	18,3	19,9	19,0	18,6
Symtomlindrande läkemedel vid Alzheimers	48,5	62,5	47,5	46,7
Registreringar där hela teamet deltagit	60,8	89,5	54,6	51
-undersköterska	97	96	97	98
-sjuksköterska	59	86	54	50
-arbetsterapeut	10	18	9	14

-fysioterapeut	7	13	8	11
Andel där smärtskattning använts	43,4	36,4	41,9	39,5
Andel smärtfria	78,4	72,2	81,8	79,9
Olämpliga läkemedel tex Haloperidol	0,7	1,2	0,6	1,9

Analys och resonemang

Genomsnittet för NPI-poäng indikerar mängden symtom som patienter har och målet är sjunkande, låga värden. Eskilstunas resultat är sjunkande från föregående år och ligger bättre till jämfört med riket. Antal patienter som behandlas med olämpliga läkemedel tex Haloperidol ligger stabilt lågt och Eskilstuna ligger bättre till än riket. Andel personer med Alzheimer som har symtomlindrande läkemedel har ett nationellt målvärde på fler än 75 %. Där ligger vi lågt till i Eskilstuna men är ett värde som vi ensamma har svårt att påverka då det är läkarna som är förskrivare av läkemedel men i samverkan kan vi bli bättre samt att det finns ett behov av att bygga på med ytterligare demenskompetens för vissa i läkarkåren.

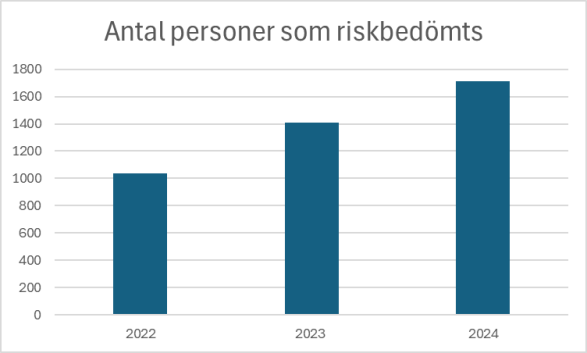
BPSD-registret syfte är att genom multiprofessionella åtgärder minska förekomsten av symtom och det är därför det är så viktigt att alla i teamet bidrar med sin kunskap och erfarenhet. Vi har under året ökat antal skattningar där hela teamet deltar men vi ligger fortfarande lägre än rikets resultat och fortfarande görs många bedömningar med enbart undersköterska som deltagande profession. I tabellen visas utfallet för respektive yrkeskategori. Gällande rehab så ställs frågan sällan om rehab kan delta trots att lämpliga aktiviteter kan utgöra bra och värdefulla åtgärder. Teamträffarna är lämpliga forum för att bestämma vilka professioner som behöver delta vid bedömningen och möjligheten att delta i bedömningen digitalt behöver utvecklas.

Andel personer där smärtskattningsskala har använts i observation har ökat något och Eskilstuna ligger bra till jämfört med riket. Däremot har vi backar något när det gäller andel smärtfria från 81,8 % till 78,4 %.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdpreventions arbete med fokus på äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, utveckla undernäring och ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion.

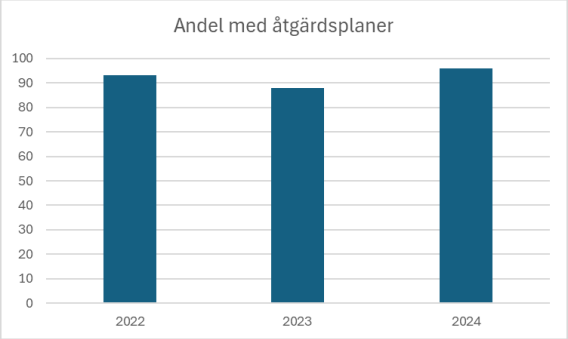
Analys och resonemang

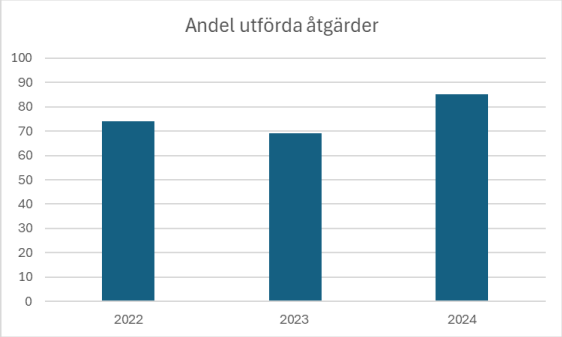


Antalet patienter som erbjudits riskbedömning och som har registrerats, har stadigt ökat. Ökningen sker inom vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende men inte inom funktionshinderområdets boenden. Personer inom funktionshinderområdet har en betydande lägre ålder vilket kan göra att man inte har samma fokus som på målgruppen äldre. Den ökningen som har skett kan sättas i samband med tydligt

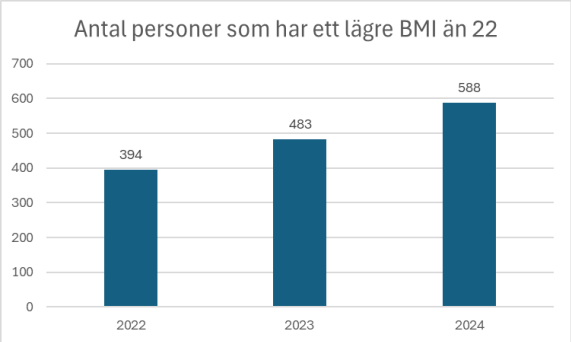
fokus på det förebyggande arbetet som är en del för att nå vård- och omsorgsnämndens målbild 2035. Antalet personen som riskbedömts 2024 var till antalet 1710 vilket inte motsvarar antalet patienter som nämnden har ett hälso- och sjukvårdsansvar för under ett år. Det återstår ett arbete att erbjuda fler patienter riskbedömning.

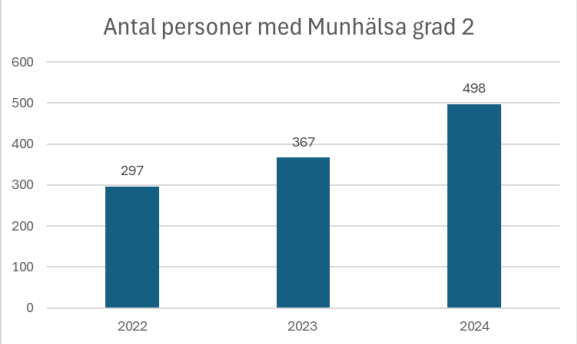
Andelen av de som har riskbedömts som har någon form av risk har legat konstant på 86 % tidigare år men har detta år ökat till 87 %. Detta ses som ett resultat av att flera riskbedömts och att målgruppen har en ökad belastning av ohälsa.

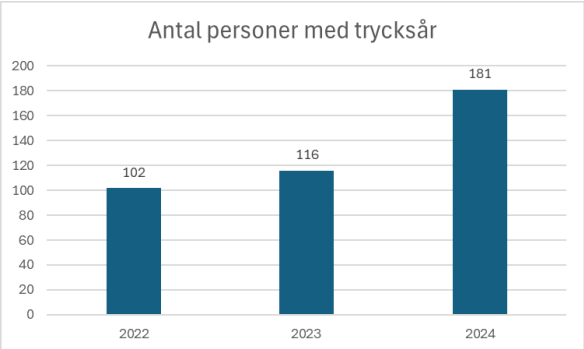


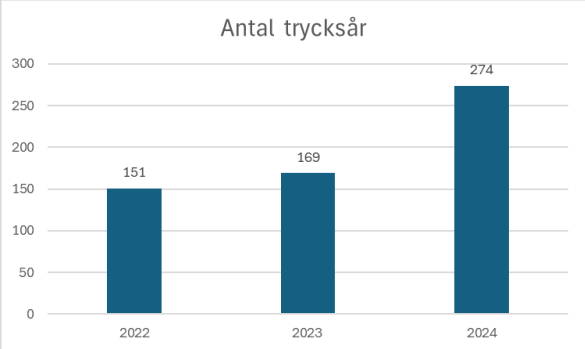


Alla patienter med risk får en individ anpassad åtgärdsplan med åtgärder. Även här har det skett en förbättring. Målet är att öka andelen som får åtgärdsplaner och andelen utförda åtgärder.









Antal personer som har ett lägre BMI (Body Mass Index) än 22 och antalet personer med munhälsa grad 2 (ohälsa i munhåla enligt bedömningsinstrument *ROAG, Revised Oral Assessment Guide*), har ökat i samma takt som antalet personer som erbjudits riskbedömning. Även antalet personer med trycksår och antalet trycksår har ökat. Dessa har ökat mer än övriga parametrar vilket är svårt att hitta en förklaring till. Det finns all anledning till en fortsatt fokus på förebyggande arbete.

Andel utförda åtgärder vid risk är den hälso-och sjukvårdsindikator som vård-och omsorgsnämnden har valt att följa under året. Indikatorn redovisas två gånger per år, vid delår 2 och för helåret. För att kunna göra en ordentlig redovisning har ett team satts ihop för att göra en djupanalys. Teamet kom fram till att det fanns tre hypoteser till resultatet.

- Teamsamverkan. Väl fungerande team har god samverkan och detta har möjliggjort ett förbättrat resultat och att Senior Alert fått ett ”lyft”. Den nya rutinen för teamsamverkan för ordinärt boende har gjort det friare att lägga upp teamsamverkansträffar och där har Senior Alert blivit en mer naturlig del.
- Kunskap/engagemang - Engagemangen hos både enhetschef, hälso-och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal är avgörande för hur arbetet med Senior Alert flyter på och avspeglar sig i resultaten. Det behövs dock större förståelse i alla led om varför Senior Alert är viktigt. Att det inte bara är ett register utan ett arbetssätt och att de olika sakerna som man bedömer i Senior Alert hänger ihop.
- Större behov och förflyttning mot målbild *Framtidens vård och omsorg 2035*. Då fler kommer bo kvar i ordinärt boende med behov av mer avancerad vård så kommer också behovet av riskbedömningar att öka. Förvaltningens arbete mot målbilden har ett starkt fokus på preventivt arbete där Senior Alert är ett bra arbetssätt som passar bra in i arbetet.

Nattfastemätning

Mätning av nattfastan inom alla vård- och omsorgsboende har inte genomförts detta år efter beslut av den gränsöverskridande ledningen för hälso-och sjukvård. Detta för att istället analysera *MNA (Mini Nutritional Assessment)*, som är ett screening- och bedömningsverktyg för att identifiera äldre patienter som löper risk för undernäring. Resultat kan följas inte bara på individnivå utan även på enhetsnivå och aggregerad nivå. Den gränsöverskridande ledningen för hälso-och sjukvård kommer under året följa upp beslutet.

Vårdhygien

Region Sörmlands vårdhygieniska enhet, Vårdhygien/Smittskydd genomför årligen 14 hygienronder inom verksamhetsområdena hemtjänst, vård- och omsorgsboende, LSS gruppbostad och socialpsykiatri. Syftet är att uppfylla författningsmässiga kvalitetskrav och erhålla tillgång till vårdhygienisk kompetens. Utöver det genomför vårdhygien även undervisning, rådgivning, epidemiologisk övervakning samt övrigt stöd. Protokoll samt handlingsplan finns upprättad för respektive enhet. En framgångsfaktor får året är att sjuksköterska deltar på hygienronden samt att kallelsen skickas även till enhetschef för hälso- och sjukvård, så att enhetschef får möjlighet att delta. Vårdhygien bjuder också in till ett uppföljande möte med aktuell verksamhet i syfte att gå igenom upprättad handlingsplan med vidtagna åtgärder och hur dessa fått effekt. Enhetschef ansvarar för att vidta föreslagna åtgärder och uppföljning av dessa.

Vård- och omsorgsförvaltningens hygienteam genomför årlig egenkontroll för hygien som en del i det systematiska kvalitetsarbetet med att följa upp och förbättra verksamhet. Egenkontrollen syftar även till lärande inom området. En enkät skickas under hösten, via e-post ut till samtlig tillsvidareanställd vård- och omsorgspersonal. Enkäten är ett självskattningsformulär som bland annat berör kunskap, handhygien, handsk- och förklädesanvändning, följsamhet till hygienrutiner i samband med arbetsmoment och användning av och tvätt av arbetskläder

Analys och resonemang
Fortsatta brister finns vad gäller kunskaper som gäller de basala hygienrutiner och klädregler. Vid hygienronder ställs alltid frågan om hur ny personal blir inskolad. De flesta enheter använder sig av någon form av checklista där hygien ingår som en punkt. Frågan är om dessa checklistor säkerställer de kunskaper som behövs utifrån gällande lagar och författningar. Socialstyrelsen har en webbaserad utbildning som vi rekommenderar och att den förslagsvis skall genomföras årligen, av både nyanställd och fast anställd personal. Det är mycket viktigt att ansvarig chef har kännedom om befintliga lokaler som t ex förråd, tvättstugor, städutrymme mm. Kommentarer som att ”i detta utrymme har jag inte varit” förekommer. Om man inte har lokalkännedom kan dessa utrymmen lätt bli eftersatta. Tvättstugor och klädförvaring är ofta ett återkommande bekymmer i den kommunala vården. Glädjande är att vård- och omsorgsförvaltningen är klar med upphandling och planerar införa cirkulationstvätt under 2025. Uppmärksammas bör att flertalet vård- och omsorgsboenden i regel inte har tillgång till diskdesinfektor och spoldesinfektor, eller att det finns i verksamheterna men inte används. Desinfektion sker dagligen i all vårdverksamhet och är en grundläggande förutsättning för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Rätt utförd desinfektion bidrar till att hälso- och sjukvårdslagens krav att vården ska ”vara av god kvalitet med en god hygienisk standard” uppfylls. Bristen har tagits upp på den gränsöverskridande ledningen för hälso-och sjukvård för vidare planering och hantering.

Generellt visar egenkontrollen att det finns en diskrepans mellan vård- och omsorgspersonalens syn på sin kunskap och följsamheten till hygienrutiner. Resultatet tyder på brister i hygienarbetet, inkonsekvens av att använda skyddsutrustning såsom förkläden och handskar och minskad användning av handdesinfektion före och efter arbetsmoment. Vidare har följsamhet till regler för hår/skägg/huvudduk, kortärmad arbetsdräkt och kortklippta naglar sjunkit sedan föregående år 2023. Vård- och omsorgspersonal nämner att stress, brist på tid och brist på förutsättningar till tvätt av arbetskläder och förvaring försvårar följsamheten till gällande föreskrifter och riktlinjer.

Vårdrelaterade infektioner
Svenska *HALT (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities)* genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret *Senior Alert* och *Nationella Strama*. Svenska HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Verktyget samlar data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Mätningen är en stickprovskontroll, vilket innebär att en aktuell situation mäts på en förutbestämd dag på aktuellt särskilt boende. Syftet är att stödja och främja ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete.

Analys och resonemang
Det är andra året som förvaltningen deltar och denna gång uppmanades alla vård- och omsorgsboenden delta. 783 mätningar gjordes. 1 % av dessa bedömdes vid mättillfället drabbats av vårdrelaterade infektioner förvärvade på boendet, vilket motsvarar rikets resultat. När det gäller andel patienter med antibiotikabehandling vid mätningstillfället var den lägre (1 %) jämfört med riket (3 %). Förra året var det omvänt resultat. Skillnaderna bedöms inte vara illavarslande men noterbart. Den nationella rapporten är ännu inte publicerad och en förklaring kan eventuell hittas där.

I övrigt speglar resultatet rikets resultat men om man gör jämförelser mellan boenden inom förvaltningen finns skillnader i parametrar som påverkar risken att drabbas av vårdrelaterade infektioner. Antalet vårdtyngdsindikatorer så som desorientering och inkontinens skiljer i antalet mellan boendena vilket resulterar i att de har olika utmaningar att undvika de vårdrelaterade infektionerna. Det samma gäller

riskfaktorer trycksår, urinkateter, kärlkateter, kirurgiska sår och andra sår. Pågående infektioner vid mättillfället är små att det inte går att dra slutsatser. Däremot ger mätningen en bra bild över indikatorerna och riskfaktorerna och att tillsammans med resultat från hygienmätningar går det att göra riktade förbättringsarbeten.

Utbildning i munhälsa
48 av 95 enheter inom förvaltningen har under året tackat ja till den munvårdsutbildning som Region Sörmlands tandvårdsenhet erbjuder via Folktandvården.

Analys och resonemang
Enligt *Överenskommelse Region Sörmland och Strängnäs kommun om samverkan uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*, ska personal inom vård och omsorg få möjlighet till utbildning som Region Sörmland tillhandahåller. Det finns klart en förbättringsmöjlighet här att tacka ja till erbjudandet årligen, speciellt med tanke på personalomsättning.

Trygg och effektiv hemgång
Under 2024 (10 månader) hade Eskilstuna en medelvårdtid på 0,4 dagar som patient väntat från att den blivit utskrivningsklar till den faktiskt lämnat sjukhuset. Detta kan jämföras med 0,2 dagar 2023 och 0,3 dagar för 2022. Det är viktigt att kommunen hinner förbereda sig inför patientens hemkomst innan patienten lämnar sjukhuset. För att säkerställa detta ska kommunen ange att den är *kommunklar* till sjukhuset. Tidigare har det varit biståndshandläggaren som angett om kommunen varit klar för att ta emot patienten men under året har uppgiften gått till gruppledare som ska säkerställa att alla inblandade till exempel hemtjänst, legitimerad personal är förberedda innan kommunklar anges till sjukhuset.

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 §

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskadan får så liten negativ effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid, bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där dessa har inträffat.

Om händelsen under eller efter utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS eller MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Personal ska en gång per år informeras om sin rapporteringsskyldighet gällande inträffade avvikelser.

Under året har händelser utretts internt och handlingsplaner tagits fram. MAS och MAR har varit behjälpliga i vissa utredningar och upprättandet av handlingsplaner. Enhetschef och avdelningschef /verksamhetschef har ansvaret för att handlingsplanerna genomförs och att lärdom av händelseanalysen sprids. En upparbetad arena för att sprida erfarenheter avvikelser och händelser till hela förvaltningen saknas fortfarande.

Det har under året framkommit att avvikelser inte allvarlighetsbedömts och i och med det finns risk att utredningar inte genomförts av MAS eller MAR inför en eventuell anmälan enligt Lex Maria. En orsak är bristande följsamhet till rutinen gällande avvikelser inom hälso- och sjukvård. Inför nästa år har vissa förtydligande gjorts i den och i avvikelsemodulen dör rapporteringen sker.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Digital läkemedelshantering med hjälp av läkemedelsautomater har fortskridit. I *Vägledningen Läkemedelsautomater*, som Sveriges kommuner och Regioner (SKR) tagit fram har förtydligande gjort beträffande juridiska aspekter. Det har resulterat i ramar för verksamheten gällande i vilket skede i läkemedelsprocessen hälso- och sjukvårdsansvaret, lämnas över till patientens som själv ansvarar för att ta läkemedlet med stöd av automaten. Det tydliggörs också i ramarna att läkemedelsautomaten är ett medicinsktekniskt hjälpmedel.

APPVA – rehab

Appva är kommunens digitala signeringsinstrument för att följa upp givna ordinationer. Månadsvis under 2024 har statistik från *Appva* tagits fram gällande om ordinerade rehabinsatser har blivit utförda. Det går att se om rehabinsatserna har blivit utförda i tid eller totalt andel signerade insatser. Målvärdet är att 90 % av rehabinsatserna ska ha blivit utförda. Totalt för helåret har alla vård-och omsorgsboenden inom äldre klarat målvärdet med en spridning mellan 92 och 99%. För ordinärt boende (hemtjänst äldre inkl växelvård, *Nära vård* och *IHR*) har 12 av 25 enheter klarat målvärdet med en spridning från 62 till 96%. För LSS inkl personlig assistans har 8 av 10 enheter uppnått målvärdet med en spridning från 82 till 100%. För de enheter inom socialpsykiatrin som haft ordinerade rehabinsatser har 6 av 11 enheter klarat målvärdet med en spridning mellan 50 och 100%. Den legitimerade personalen som ordinerar rehabinsatser brukar vara generösa med att sätta upp en längre tid för när rehabinsatserna kan utföras då det oftast inte behövligt att insatsen görs vid ett visst klockslag. Vi vet sedan tidigare att rehabinsatser ställs in oftare vid låg bemanning än vad andra ordinerade hälso-och sjukvårdsuppgifter gör. Att patienten själv tackat nej till träning eller inte varit hemma vid tillfället kan påverka resultatet till en liten del. För att kunna förbättra resultatet ytterligare är det viktigt att legitimerad personal analyserar resultatet och delger berörd personal i teamet på till exempel teamträffar. För funktionshinderområdet deltar rehab sällan på teamträffar då det är så många enheter och där behöver man hitta annat arbetssätt. Den variationen som finns i resultatet för de olika hemtjänstområdena behöver analyseras vidare och kopplas till resultat på patientnivå.

APPVA-läkemedel

Appva är ett digitalt verktyg som används för att följa upp att ordinationer signeras och att på så vis säkra en del i ordinationsprocessen. Följsamheten till att utföra delegerade läkemedelsordinationer har följts fortlöpande under året med fokus på utförda ordinationer men även om de utförts i tid. Målet utförda ordinationer och utförda i inom individuellt anpassat tidsspann är 100%. Under år 2024 har 3 142 890 ordinationstillfällen planerats inom vård- och omsorgsförvaltningen verksamheter. Av dessa har 99 % utförts och 92 % i tid. Det innebär 31 428 tillfällen då patienter inte fått sina läkemedel och 251.431 tillfällen då läkemedlet inte givits i tid. Vid jämförelse mellan ordinärt boende, vård- och omsorgsboende, boende inom LSS och boende med inriktning psykiatri finns inga större skillnader i resultatet. Däremot finns det skillnader inom ett verksamhetsområde. Det finns verksamheter som når målen under stor del av året och andra som inte nått målet under någon del av året. Det som är samstämmigt är att de flesta verksamheter har ett sämre resultat under sommarsemestern.

Narkotikaklassade läkemedel

Sjuksköterska har ansvar för kontroll av narkotiska läkemedel och ska månatligen inventera och kontrollera narkotikaförbrukningen hos patient. Kontrollräkningen dokumenteras i en förbrukningsjournal i *Appva*. Avvikelser ska rapporteras till MAS. MAS har under året ha genomfört

systematiska egenkontroller i *Appva* i syfte att följa upp att regelbunden kontroll av tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel skett enligt rutin. Allteftersom förbättrad följsamhet har egenkontrollen lämnats över till ansvarig enhetschef för hälso- och sjukvård att månatligen genomföra. MAS genomför nu egenkontrollen två gånger per år.

Narkotikaklassade läkemedel kan förvinna genom främst genom stöld eller felhantering. Narkotikasvinn som polisanmäls har ökat de senaste åren. Vid upptäck av svinn ska ansvarig chef och MAS omgående meddelas. Utredning med handlingsplan ska upprättas där åtgärder framgår utifrån svinnets omfattning. Beklagligtvis är det i allt för många fall svårt at utreda och analyser orsaken till narkotikasvinn. Som en del i förbättringsarbetet implementeras nya läkemedelsskåp i ordinärt boende som har ett särskilt låsbart fack enskilt för narkotikaklassade läkemedel.

Säker vård här och nu

Delegering

Delegeringsförfarandet blir alltmer en utmaning då grundläggande kompetens inte alltid finns hos omvårdnadspersonalen. Briser i kommunikation och språk är faktorer till att delegeringsförfarandet av leg. sjuksköterska upplevs mer komplext. Frågan till MAS från verksamheterna äldreomsorg och funktionshinder om möjligheten till utökade ramar för delegering i syfte att kunna säkerställa tillgång till delegerad personal är ständigt aktuell. Särskilt är delegering en utmaning under sommar- och semesterperioder eftersom det blir svårare att säkerställa en bemanning där det alltid finns delegerad personal i tjänst. Anledningarna är varierande och kopplade till rekrytering generellt men också till kompetens och möjlighet/lämplighet att få en delegering. För begränsad tidsperiod under sommaren 2024 godkände MAS att ge utökade ramar för delegering. En åtgärd som är avsett att användas vid oförutsedda händelser tex vid sjukdom. En god semester- och sommarplanering med schemaläggning som beaktar tillgång till personal med delegering utgör grunden för att säkerställa bemanning utifrån behov av delegerad personal. Ramarna anger förutsättningar för delegering, arbetsledning och förutsättningar för utökad delegering under sommarperioden 2024. Tidsramen för utökad delegering var även denna sommar satt till den sista augusti 2024. Upplevelsen är att rutinen bidrar till tydlighet i vad som gäller.

Personal inom personlig assistans upplever att det finns utmaningar gällande delegeringstider. Inom arbete och aktivitet/sysselsättning efterfrågas en tydlighet utifrån rollen och uppdraget gällande ansvarsövertag från anhöriga/föräldrar där kommunen inte har ett hälso-och sjukvårdsuppdrag. Det finns oklarheter kring delegeringar av medicin från anhöriga eller föräldrar. Området för funktionshinder har arbetat fram en samverkan med regionen avseende delegeringstillfällen. På övergripande nivå har man också börjat se över och revidera de rutiner och arbetssätt som är kopplade till delegeringsprocessen.

Delegeringsutbildningar genomförs på ett systematiskt och strukturerat sätt för att möjliggöra goda förutsättningar för omvårdnadspersonalen att tillgodogöra sig utbildningen.

Under en längre tid har dialog förts mellan Eskilstuna kommun och Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) Region Sörmland avseende delegering över vårdgivargräns för patienter som är helhetsanslutna till SSIH och då patienten inte har behov av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Mot bakgrund av att kommunen inte har något hälso- och sjukvårdsuppdrag för dessa patienter kan kommunens sjuksköterska inte längre ansvara för delegering till personal i kommunen. Detta innebär att sjuksköterska i SSH själv kan delegera en hälso- och sjukvårdsuppgift när det bättre svarar mot patientens behov.

Behov av delegeringsprocessen har synliggjorts under 2024. Inför revidering av delegeringsprocessen arbetar nu MAS och verksamhetschef för hälso- och sjukvård med att se över förutsättningar och grunder till det vidare utvecklingsarbetet.

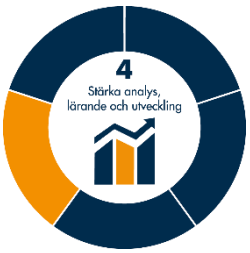
Medicintekniska produkter

Enligt hälso-och sjukvårdslagen ska det finnas adekvat utrustning i de lokaler där kommunen bedriver verksamhet. Varje huvudman ansvarar för att bestämma vilken utrustning som ska finnas. Utrustningen ska kunna användas av flera personer. Behövs individuella hjälpmedel förskrivs de av legitimerad personal. Under 2023 utarbetades en grundutrustningslista för äldreomsorgen som beskriver vilka produkter som ska finnas och i vilken omfattning. Under 2024 har en liknande lista utarbetats för området funktionshinder.

Enligt *förordning om medicintekniska produkter (MDR*) så behöver alla medicintekniska produkter kunna spåras avseende placering, förebyggande underhåll, genomförd service och reparationer. Därför har förvaltningen i samverkan med Omlastningscentralen under 2024 börjat leta efter ett system som kan samla alla våra medicintekniska produkter som idag ligger i olika system. Önskemålet är att ett nytt system även ska kunna hantera omläggningsmaterial och skyddsmaterial.

Under året har dokumentet *Bassortiment, sjukvårds-och provtagningsmaterial* reviderats. Där har ansvarsfördelningen gällande beställning och kostnadsansvar för kompressions- och handträningsmaterial förtydligats. Det är nu regionens primärvård som ansvarar vilket ger hälso-och sjukvårdsenheten ett litet annorlunda arbetssätt.
Under året har upphandlingar skett av medicinska vågar, glidtyg för att underlätta förflyttningar, tryckavlastande basmadrasser till vårdsängar och serviceavtal för medicinteknisk utrustning.

Stärka analys, lärande och utveckling



Core team patientsäkerhet

Vård-och omsorgsförvaltningen har ett Core team patientsäkerhet som leds av MAS och MAR.

Övriga deltagare i teamet är utvecklare, kvalitetssäkringssamordnare och avdelningschefer från de olika verksamhetsgrenarna. Syftet med teamet är att regelbundet under året analysera olika, utvalda patientsäkerhetsparametrar för att ge underlag till delårsrapportering, patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsplan. Teamet har under året haft tre olika träffar med analys och merparten av informationen i denna patientsäkerhetsberättelse härrör från gruppen. Dock är det svårt för medlemmarna att bidra med djupare analyser när analysarbete i de egna verksamheterna till viss del saknas. Det har också varit svårt att få till den tänkta ”röda tråden”, att identifierade förbättringsområden har blivit åtaganden till verksamheterna med systematisk återrapportering.

Avvikelser

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

Interna avvikelser

Hälso-och sjukvårdsavvikelser

Under året 2024 finns det 11 340 dokumenterade hälso-och sjukvårdsavvikelser upprättade. Det är en ökning med cirka 1 300 avvikelser jämfört med föregående år. Det betyder cirka 940 avvikelser per månad

och är relativt jämnt fördelade över året, oktober har flest avvikelser och januari minst, sommarmånaderna sticker inte ut på något sätt. 47 % av avvikelserna har skett på vård- och omsorgsboende, 34 % inom hemtjänsten, 10 % inom LSS-verksamheten och 7 % inom socialpsykiatrin. 65 % av avvikelserna har drabbat kvinnor och 35% män. Kategorin läkemedelshantering är störst och står för 66 % av alla avvikelser, det är utebliven dos och osignerat läkemedel som är de största underkategorierna. 49 stycken läkemedelsdelegeringar har dragits in under året, jämfört med 21 stycken för 2023.

Andelen avvikelser som är uppföljda är 87 %, vilket är en minskning med 1 % jämfört med föregående år. I 38 % är en uppföljning startad inom tidsgränsen på sju dagar. Det har dröjt i genomsnitt 20 dagar innan en uppföljning har startat. De vanligaste grundorsakerna till avvikelserna är i brister arbetssätt, riktlinjer och rutiner (72 %) vilket sedan följs av brister i kommunikation, information och samverkan (10 %). Den vanligaste åtgärden när en avvikelse inträffat är att chef utför en individ- eller gruppinsats, håller samtal med berörda medarbetare. Allvarlighetsgraden på avvikelserna fördelar sig enligt följande; 88 % mindre obehag och allvarlig skada, 11 % måttlig övergående skada, 0,3 % betydande skada och en enda avvikelse har bedömts fått katastrofal följd.

Läkemedelshantering	7 471	66%
Rehabilitering	238	0,2%
Medicintekniska produkter	363	0,3%
Dokumentation	682	6%
Bemötande	40	0,4%
Behandling	946	8,3%
Informationsöverföring	128	1,1%
Annat/tom	1 472	13%

Analys och resonemang

Det är andra året i rad som avvikelserna ökar ganska kraftigt i antal. Den troliga orsaken är att legitimerad personal i större utsträckning skriver avvikelser på "larm" som uppstår i det digitala signeringssystemet *Appva* när till exempel läkemedel inte har getts i tid eller inte har blivit signerade. Att uppföljningarna startar för sent beror troligen på att enhetscheferna hanterar avvikelserna för sällan, har för stor mängd att hantera så det är svårt att hinna och/eller att det inte riktigt fungerar vid frånvaro, att vikarierande chef inte hanterar avvikelserna i samma omfattning som på sin egen enhet. Möjligen kan det också vara kunskapsbrist om hur man hanterar avvikelser på effektivaste sättet.

Ökningen av antalet indragna delegeringar är anmärkningsvärt. Tyvärr har ännu ingen fördjupad analys gjorts. Den troliga orsaken är brister i förutsättningar och i kompetens tillsammans med personalomsättning.

Utredningar

I samband med leverans av dosdispenserade läkemedel lämnades fel dosrulle tillhörande en annan patient hos den aktuella patienten. Konsekvensen blev att patienten som fick fel läkemedel under cirka ett dygn. Bedömningen var att händelsen hade kunnat medföra allvarlig vårdskada. En anmälan enligt Lex. Maria gjordes i början av året.

Flera utredningar har under 2024 genomförts men ingen av dem har resulterat i vidare vårdskadeutredning.

En större utredning gjordes efter att fel läkemedel givits. Läkemedsgivningen hanterades som egenvård utifrån bedömning och inte av hälso- och sjukvården. Det framkom dock skäl till att göra en utredning. Det framkom en otydlighet i förvaltningens styrning och ledning gällande ansvaret inom LSS-boenden för barn. Åtgärdsplan är upprättad och kommer att följas av den gemensamma ledningsgruppen för hälso- och sjukvård.

Fallavvikelser

Antal rapporterade fall under 2024 är 6600 stycken. Det är nästa identiskt antal jämfört med föregående år. Antalet fall har minskat något på boende men ökat i hemtjänsten. 43 % av fallen har skett på vård-och omsorgsboende, 46 % av fallen har skett inom hemtjänstens område. Det är vanligast att ramla i sovrummet (37 %), följt av badrum (13 %) eller allmänna utrymmen som till exempel är gemensamma lokaler på våra vård-och omsorgsboenden. I 38 % av fallen använde patienten ett hjälpmedel. Skydds- och begränsningsåtgärder användes vid 15 % av fallen. Trolig orsak till fallen är nedsatt balans och muskelfunktion (50 %) följt av kognitiva faktorer (14 %) och aktivitet och miljö (13 %). Uppföljning har utförts på 88 % av avvikelserna, det är 2 % mer än föregående år. Rutinen för fall säger att fallrapport för personer som ej är inskrivna i hemsjukvården ska skickas till patientens vårdcentral efter personens samtycke. 13 % av fallrapporterna skickades till vårdcentral och i 10 % gav brukaren inte sitt samtycke till att skicka fallrapporten vidare.

Externa avvikelser

Antalet externa avvikelser skickade till regionen har ökat markant under året, både de som är riktade till sluten- och specialistvård och de som är utifrån brister i primärvården. För avvikelser till slutenvård är det fortsatt kopplingen till utskrivning som dominerar och troligen är orsaken till ökningen då ny process för utskrivning lanserades under året och där det både finns brister i implementering av processen samt att det inte alltid finns en samsyn i vad som behöver hanteras och åtgärdas inför att en patient ska lämna sjukhuset och återgå till hemmet, särskilt boende eller komma till korttidsenhet. Särskilt biståndsenheten har upplevt stora försämringar efter att ny process för utskrivning infördes i maj men få avvikelser är skrivna av biståndskontoret till regionen.

För de avvikelser som kommer från regionen till kommunen så är 29 av 75 avvikelser skrivna från SSIH (specialiserad sjukhusvård i hemmet) till hemtjänsten. De allra flesta avvikelser berör att det saknas läkemedel vid kontrollräkning från SSIH:s sida men vid utredning har det visat sig att i de flesta fall har bristande kunskap om manuella signeringslisor varit orsaken. När SSIH är ansvariga för läkemedelshantering kan inte det digitala signeringsverktyget *Appva* användas utan manuella signeringslistor måste fyllas i. Vår omvårdnadspersonal i kommunen är vana att använda *Appva* och har mindre kunskap om hur man hanterar en manuell lista. Avvikelsesamordnare i kommunen har under året haft kontinuerlig kontakt med chefsläkare på patientsäkerhetsenheten inom regionen för att förmedla avvikelser som uppstått. Det är i arbetsgrupperna i samverkansstrukturen som externa avvikelser ska tas upp och diskuteras i samverkan.

	2024	2023	2022
Från kommun till region Sörmland	Totalt **265** 222 (sluten/specialistvård) 43 (primärvård)	Totalt **192** 170 (sluten/specialistvård) 22 (primärvård)	Totalt **163** 142(sluten/specialistvård) 21 (primärvård)
Från region Sörmland till Kommun	Totalt **83** 75 (sluten/specialistvård 8 (primärvård)	Totalt **81** 64 (sluten/specialistvård) 13 (primärvård)	Totalt **66** 59 (sluten/specialistvård) 7 (primärvård)

Klagomål och synpunkter

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

Det har inkommit fyra klagomål från patienter. Inkomna klagomål rör bedömning, vård- och omsorg, fall och läkemedel. En orsak till de inkomna klagomålen skulle kunna vara att patienten och närstående inte haft en tillräckligt central roll och att personal inte i tillräcklig omfattning tagit del av patientens egna erfarenheter, kunskaper och synpunkter. Hade patienten varit mer delaktig i vårdförloppet hade möjligen klagomål kunnat förhindras.

Det har inkommit två underrättelser och begäran om handlingar från IVO. Även dessa klagomål och synpunkter hade förmodligen kunnat undvikas om patienten och närstående hade varit mer insatta och haft kunskap i situationen och därmed varit medskapare i vården och omsorgen.

Patientnämnden			
Antal 4	**Typ av avvikelser**	**Innehåll (kortfattat)**	**Åtgärd (kortfattad)**
Februari	Bedömning	Patienten har inte känt sig delaktig i sin vård- och omsorg.	Yttrande och svar till patient att bedömning om boendeform grundar sig på läkares diagnos, ställd på sjukhuset. Beslut om boendeform ändrades när felaktigt ställd demensdiagnos uppdagades.
Mars	Vård- och omsorg	Upplevelse av bristande vård- och omsorg. Infektion i sår som utvecklats till sepsis. Upplevelse av otillräcklig information och kommunikation.	Yttrande och svar till anhörig genom Patientnämnden. Information om akut utvecklad sepsis som varit svår att förutse. Hänvisning av ytterligare frågor till patientens ansvariga läkare.
Augusti	Fallolycka	Upplevd brist avseende bedömning efter fall.	Avsaknad av symptom på höftfraktur, som visade sig efter två dygn.
September	Läkemedelsordination	Patienten anser att sjuksköterska inte följer av läkare ordinerade läkemedel.	Erbjuder samordnad individuell plan (SIP), där läkare, sjuksköterska och enhetschef kan tydliggöra information.
Inspektionen för vård och omsorg, IVO			
Antal 2	**Typ av avvikelser**	**Innehåll (kortfattat)**	**Åtgärd (kortfattad)**
Mars	Vård- och omsorg	Anhörig upplever brister i vård- och omsorg. Klagomål rör munhälsa, nutrition,	Samtal med och information till anhörig.

		läkemedelsbehandling och fall.	
Juni	Vård- och omsorg	Anhörigs klagomål på vård av patient. Dock hade inget klagomål/synpunkt inkommit till verksamheten innan detta och därav inget svar sedan tidigare.	Svar från verksamheten av EC då man utrett ärendet och funnit att allt är i sin ordning utifrån dokumentation samt begärd information är skickad till IVO. Klagomålet gällde även regionens verksamheter och de svarar för sin del.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kompetenscenter

Under 2024 har ett kompetenscenter startats i kommunens regi. Det är en satsning för att ge sommarvikarier en trygg och kvalitativ start inom vård och omsorg. Utbildningen, som pågår i 2 ½ dag, kombinerar teori och praktiska moment för att säkerställa att deltagarna får både den kunskap och de färdigheter som behövs i sitt arbete.

Utbildningen är utformad av en yrkeslärare i vård och omsorg, tillsammans med en stödpedagog och en specialistundersköterska med aktuell erfarenhet från verksamheten. Den baseras på Socialstyrelsens *allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre* samt *rekommendationer för kompetens hos personal inom LSS-verksamheter*.

Under pilotstarten har vi löpande utvärderat utbildningen för att samla in värdefulla synpunkter och säkerställa att den möter både deltagarnas och verksamhetens behov.

Innehållet omfattar teoretiska moduler som bland annat tar upp social dokumentation och användning av verksamhetssystem i en utbildningsmiljö. Praktisk träning sker i realistiska vårdsituationer, där modern teknik som VR-glasögon och digitala hjälpmedel används för att förstärka lärandet. Vi har även en geriatrisk omvårdnadsdocka där deltagarna kan öva på praktiska moment såsom katetervård och hygien.

Syftet är att förbereda medarbetarna för deras arbetsuppgifter, öka deras trygghet och kompetens. Vår förhoppning är att *Kompetenscentret* bidrar till att höja kvaliteten i vården och skapa en positiv upplevelse för både medarbetare och de vi vårdar.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Sedan ett par år har förvaltningen ett Coreteam patientsäkerhet. Syftet är att representanter från de olika verksamhetsgrenarna med regelbundenhet under året ska analysera olika, utvalda patientsäkerhetsparametrar för att ge underlag till delårsrapportering, patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsberättelse. Det har dock varit svårt att ta fram djupare analyser på aggregerad nivå då analysarbete i de egna verksamheterna till viss del saknas. Det finns även behov av att föra samman patientsäkerhetsarbetet med förvaltningen övriga kvalitetsarbete. Under året har ett arbete med avvikelsehantering skett då modulen för avvikelser i verksamhetssystemet behövde bytas ut. Samtidigt har arbetssätten för hantering setts över, mallar har justerats och instruktioner/handboken för hälso-och sjukvårdsavvikelser har reviderats. Ansvaret för att allvarlighetsbedöma avvikelserna sker nu av legitimerad personal och det har förtydligats att effekterna av åtgärderna behöver anges. Med ny modul och tillhörande arbetssätt finns förhoppningar om att statistik, teamsamverkan och analys kan förbättras.

- Patientsäkerhetskultur planeras att mätas under 2025 med stöd av enkätverktyg *Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)* som Sveriges kommuner och regioner tillhandahåller. Senaste mätningen skedde 2023 och syftet är att följa upp den mätningen som gjordes då. Resultatet från mätningen ger ett stöd till chefer att följa upp sin egen verksamhets patientsäkerhetskultur.

- En ny uppföljningsmall gällande läkarmedverkan som är standardiserad för hela länet har i år använts. Ambitionen är att resultatet från den nya mallen kan ge bättre förutsättningar att föra diskussionen gällande läkarmedverkan med Hälsoval som är region Sörmlands avtalspart.

- Förbättringar gällande basalhygien och klädregler pågår ständigt men det är svårt att se förbättringar trots mätningar och åtgärder som till exempel utbildningsinsatser. Inför nästa år planeras riktat stöd till enhetschefer utifrån olika fokusområden.

- Under året har en utvärderingsenkät skickats ut till all personal som kommer i kontakt med palliativ vård inom region och kommun. Enkäten utvärderar den palliativa rutinen på primärvårdsnivå och kommer ligga som en grund för revidering av rutinen som sker under 2025. Utifrån den arbetar nu LAG-palliativ vård för att hitta och implementera aktuella åtgärder. Även kunskapsnivån kring palliativ vård har undersökts och förslag på gemensamma utbildningar kommer att presenteras under 2025.

- Implementering av utskrivningsprocessen och implementering av överenskommelse hälso- och sjukvård i samverkan med region Sörmland fortsätter under nästkommande år. Vi arbetar för att skapa en samsyn vad som behöver vara säkerställt inför utskrivning särskilt om det handlar om att specialistvård ska utföras i brukarens hem eller inom särskilt boende. I många fall handlar det om att SIP samordnad individuell planering behöver ske i samverkan där också regionens primärvård behöver delta i större utsträckning.

- Bemanning och kompetens med särskilt fokus på språkkompetens är fortsatt högaktuella utmaningar inför framtiden inte minst med tanke på den demografiska utmaningen.