

## Kallelse till socialnämnden

<b>Nämnd</b>	Socialnämnden
<b>Tid</b>	Onsdagen den 20 mars 2024 klockan 17.00
<b>Plats</b>	Höger kammarsal, kommunhuset
<b>Justerare</b>	Kajsa Särenholm

## Föredragningslista

### Nr Ärende

1. Val av justerare och tid för justering  
Tid för justering: fredag den 22 mars kl. 8.00
2. Godkännande av dagordning
3. Information från arbetsmarknadssamordnare  
Föredragande: Charlotte Knutsson
4. Presentation av rapporten om ofrivillig ensamhet  
Föredragande: Jonna Wulff
5. Månadsuppföljning februari  
Föredragande: John Jaresund
6. Patientsäkerhetsberättelse 2023  
Föredragande: Michelle Nilsson
7. Delegation gällande skyddat boende  
Föredragande: Birgitta Berglund Ågren
8. Lex Sarah  
Föredragande: Sara Svenningsson
9. Verksamhetschef  
Föredragande: Sara Svenningsson
10. Delegation av anmälningsskyldighet enligt patientsäkerhetslagen  
Föredragande: Sara Svenningsson
11. Information om medföljare vid semesterresa  
Föredragande: Sara Svenningsson

**Nr    Ärende**

12. Delegationsärenden
13. Informationsärenden

Hans Jarstig  
Ordförande

Sara Svenningsson  
Sekreterare

Dokumenttyp  
Tjänsteskrivelse

Datum  
2024-03-06

Diarienummer  
SN24/12

Sida  
1 (1)

Mottagare  
Socialnämnden

## Månadsuppföljning februari 2024

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Månadsuppföljningen omfattar uppföljning av ekonomi och personalnyckeltal. Se bilaga.

Bilaga:

Månadsrapport februari 2024 Socialförvaltningen

John Jaresund  
Controller

Beslutet skickas till  
Ekonomichefen

# Månadsrapport Feb 2024

## Socialförvaltningen



# Månadsrapport Feb 2024

*Status: Påbörjad Rapportperiod: 2024-02-29 Organisation: Socialförvaltningen*

# Innehåll

1	Ekonomiskt utfall och prognos .....	3
1.1	Driftsuppföljning (Tkr) .....	3
1.2	Investeringsuppföljning (Tkr).....	4
2	Personalnyckeltal .....	5
2.1	Sjukfrånvaro.....	5
2.2	Tidsanvändning.....	5
2.3	Analys/kommentarer personalnyckeltal.....	5

# 1 Ekonomiskt utfall och prognos

Denna ekonomiska prognos utgår från utfallet under perioden. Noggrannhetsgraden när det gäller periodiseringar av inkomster och utgifter är lägre än vid rapportering av tertial och årsredovisning.

Det ekonomiska utfallet och prognosen redovisas uppdelat på drift och investering. Uppföljningen av driften redovisas per verksamhet. När det gäller investeringarna redovisas totalen för förvaltningen/nämnden. I kommentarerna beskrivs de väsentliga avvikelserna.

## 1.1 Driftsuppföljning (Tkr)

Verksamhet/Enhet	Budget helår	Prognos helår	Avvikelse Budget - Prognos
Politisk verksamhet	696	696	0
Socialförvaltningen gemensam	11 915	11 915	0
Övergripande ÄO o FO samt hälso- o sjukvård	42 956	43 156	-200
Äldreomsorg	103 613	103 613	0
Funktionshinderomsorg	57 272	57 272	0
Individ- och familjeomsorg	33 981	34 341	-360
Flykting och integration	1	1	0
<b>Total</b>	<b>250 435</b>	<b>250 994</b>	<b>-560</b>

### 1.1.1 Kommentarer till avvikelse och planerade/genomförda åtgärder drift

Socialnämndens första prognos för året hamnar totalt på -560 tkr.

För socialförvaltningen gemensamt förväntas en avvikelse mot budget på +/- 0 tkr.

Vad gäller kostnader för Övergripande ÄO o FO samt hälso- och sjukvård förväntas prognosen stiga i förhållande till budget som följd av två anledningar. Den ena är knuten till att Biståndsenheten pga personalbrist varit tvungna att ha inne en konsult under början av året (+100 tkr). Den andra beror på att samma enhet haft tidigare oförutsedda kostnader för att jobba med arbetsmiljö och förändrat arbetssätt (+100 tkr).

Prognosen för äldreomsorg och hälso- och sjukvård ligger på +/- 0 tkr. Inga väsentliga differenser mot budget har noterats ännu på året.

Även inom funktionshinderomsorgen spås en avvikelse på +/- 0 tkr mot budget.

För individ- och familjeomsorgen förväntas ett eventuellt underskott på -360 tkr. Anledningen är fler placeringar än väntat inom institutionsvård för vuxna.

## 1.2 Investeringsuppföljning (Tkr)

Verksamhet/Enhet	Inv budget helår	Prognos helår	Avvikelse Budget - Prognos
Socialförvaltningen	1 850	1 850	0

### 1.2.1 Kommentar till avvikelse och planerade/genomförda åtgärder investeringar

Inga avvikelser.



## 2 Personalnyckeltal

Habo kommun har tagit fram ett antal nyckeltal inom området personal som bedöms viktiga att följa upp regelbundet. Dessa nyckeltal analyseras i denna rapport i två områden; sjukfrånvaro och tidsanvändning. Samtliga nyckeltal redovisas ackumulerade från årets början till och med månaden före rapporteringsmånaden pga eftersläpning i löneuppgifter. (Exempelvis för månadsrapportering maj redovisas nyckeltal för perioden jan-april).

### 2.1 Sjukfrånvaro

	<b>Sjukfrv 1-14 % ack Jan - Jan 2024</b>	<b>Sjukfrv 15+ % ack Jan - Jan 2024</b>
Alla åldrar	4.05%	4.14%

### 2.2 Tidsanvändning

	<b>Timmar Jan - Jan 2024</b>	<b>Timmar Jan - Jan 2023</b>
A ARBETAD TID	47 431.96	41 590.73
4 FYLLNADSTID	213.54	135.26
5 ÖVERTID	251.26	225.21
B FRÅNVARO	10 135.87	10 039.75

### 2.3 Analys/kommentarer personalnyckeltal

## Patientsäkerhetsberättelse 2023

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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. Vårdgivaren ska i patientsäkerhetsberättelsen dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Patientberättelsen ska även ha en sådan detaljeringsgrad att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under år 2023 och ska finnas tillgänglig hos vårdgivaren i det fall den efterfrågas av medarbetare, medborgare, journalister etcetera

Michelle Nilsson

MAS

# Patientsäkerhetsberättelse för Habo Kommun 2023



## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

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

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
Vårdgivare .....	6
Socialnämnden .....	6
Socialchef.....	7
Verksamhetschef.....	7
Enhetschef.....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	7
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	8
Smittskydd.....	8
Socialt Ansvarig Samordnare (SAS).....	8
Patientnämnden .....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Strategisk samverkan.....	9
Kommunal utveckling .....	9
Samverkan slutenvården .....	9
Samverkan med primärvården .....	9
Samverkan folktandvård Bankeryd/ tandläkare privat Habo Tandvård.....	10
Samverkan internt .....	10
Informationssäkerhet.....	10
En god säkerhetskultur .....	11
Arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	11
Riskanalys .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Patienten som medskapare .....	12
Patienters och närståendes delaktighet .....	12
Klagomål och synpunkter.....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	13
Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål .....	13
Ändamålsenlig dokumentation.....	13

Vård vid livets slut .....	14
Förbättrad vård och omsorg för patienter med demenssjukdom .....	15
God vårdhygienisk standard .....	16
Vårdpreventivt arbetssätt för främjad patientsäkerhet .....	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	19
Utredning av vårdskador .....	19
Lex Maria 2023 .....	20
Trycksår .....	20
Fall .....	21
VRI (vårdrelaterade infektioner) .....	21
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	23
Säker vård här och nu .....	23
Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2023: .....	23
Riskhantering .....	23
Stärka analys, lärande och utveckling .....	24
Avvikelser .....	24
Händelseråd psykiatri .....	24
Händelseråd Somatik .....	24
Patientnämnden 2023 .....	25
Analys och sammanfattning avvikelshantering 2023 .....	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	25
Åtgärder för ökad patientsäkerhet genomförda 2023: .....	26
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>27</b>
Samverkan Vårdcentral .....	27
Intern samverkan .....	27
Patientsäkerhet .....	27
Internkontroller 2024 .....	27
Egenkontroller hälso-sjukvården 2024 .....	27

## SAMMANFATTNING

I början på 2020 tog covid-19 över stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Det pandemiska läget har medfört att hälso- och sjukvården i Habo kommun har tvingats prioritera. Virusets fortsatte att påverka verksamheten till viss del även 2022, främst i form av vaccinationer men även i form av utbrott och dess följder. Under 2023 har inte Covid-19 påverkat verksamheterna i så stor utsträckning som tidigare år. Dock har det under 2023 varit högre sjukfrånvaro i vissa verksamheter. Detta beror till största delen av vård av barn och korttidssjukfrånvaro som skulle kunna vara en bestående effekt av pandemin.

Under 2023 pågick ett projekt mot särskilt boende gällande teamsamverkan och det förebyggande arbetssättet med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Mycket resurser gick under 2023 åt till utbildningar inom Senior alert men även till utbildning kring munhälsa och undernäring. Bland annat deltog omsorgspersonal och hälsosjukvårdspersonal i en utbildning kring äldres kost som hölls av en av regionens dietister. Mycket fokus lades i början av 2023 på äldres munhälsa samt en förbättring i strukturen kring hur arbetet med munhälsan hos de boende på Kärrgården. Där ingick också en utbildningsinsats av en tandhygienist som föreläste kring äldres munhälsa för omvårdnadspersonal samt hälsosjukvårdspersonal. Hela projektet har under 2023 varit resurskrävande i form av tid för arbetsgrupper och implementering av nya arbetssätt, vilket har påverkat övriga förbättringsarbeten. Dock har projektet visat på goda resultat och arbetssättet är implementerat och fortgår vilket innebär en ökad kvalitet för dem vi är till för samt till en ökad patientsäkerhet.

Den största utmaningen under 2023 var sommaren som innebär risker för verksamheten ur flera perspektiv. Här har riskbedömningar och handlingsplaner genomförts och sommaren upplevdes ändå som hanterbar för verksamheterna.

Under hösten 2023 flyttade korttidsavdelning/växelvårdsavdelning in på en renodlad avdelning. I slutet av året påbörjades en Silviahems-certifiering på särskilt boende som kommer att pågå en bit in på 2024.

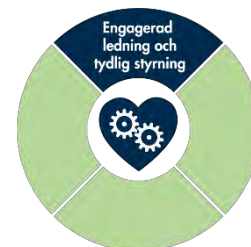
Sammantaget finns flertalet användbara redskap och strukturer för patientsäkerhetsarbetet i Habo kommun och mycket patientsäkerhetsarbete möjliggörs i och med god bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal. Dock finns fortsatt behov av att under 2024 öka förståelsen för patientsäkerhetsarbetet i alla verksamheter och det finns behov av att arbeta mer strukturerat och systematiserat med de frågor som rör patientsäkerhet.

## 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 §*

Varje invånare i Habo kommun ska känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individerna ska bemötas med respekt och värdighet. Patienterna ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem. Målsättningen är att patienten ska vara en aktiv medskapare i sin vård och omsorg. På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges.

Under 2023 har förvaltningen arbetat med åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsutvecklingsmål:

- Digitalisering och välfärdsteknik
- Personalförsörjning
- Integration

Hälso- och sjukvården arbetar aktivt för att uppnå ökad patientsäkerhet genom att använda digitala lösningar. Exempel på detta är att fortsätta och utöka användandet av digitala mötesformer då det är lämpligt för målgruppen. Ett annat exempel är digital nyckelhantering i hemtjänsten, särskilt boende och i funktionshinderomsorgen. Förvaltningen har successivt gått över till användandet av digitala läkemedelsskåp. Verksamheterna arbetar även med att gå över till digital signering i en app av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser.

Förvaltningen har under året arbetat med åtgärder för att uppfylla verksamhetsutvecklingsmålet personalförsörjning. För att kunna erbjuda god och säker hälso- och sjukvård krävs utbildad personal.

### Organisation och ansvar

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

#### Vårdgivare

Socialnämnden ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att leva upp till gällande lagstiftning.

#### Socialnämnden

Socialnämnden ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Nämnden ska fastställa



övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

#### **Socialchef**

Socialchef ansvarar för att:

- Kommunera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.
- Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denne skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

#### **Verksamhetschef**

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården ansvarar verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att säkerställa god och säker vård, samt att:

- Mål för verksamheten formuleras och för att målen nås.
- Uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten
- Svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främja kostnadseffektivitet.
- Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

#### **Enhetschef**

Enhetschef ansvarar bland annat för att:

- Inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Kommunera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde.
- Föra dialog med personal, medborgare och intresseorganisationer om verksamhetens utveckling och resultat.
- Skapa förutsättningar för personalen att i vardagen reflektera kring patientsäkerhetsarbete.
- Inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera patientsäkerhetsarbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

MAS har ett övergripande ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, samt:

- Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
  - Läkemedelshantering
  - Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
  - Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fördrar det.
- Ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Att rapportera till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada (vårdskada)
- Att göra utredningar om allvarliga händelser och bedöma om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria
- MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Att sammanställa avvikelser till socialnämnden
- I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården med vårdgivaren och verksamhetschefen som har det administrativa ansvaret.

### Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

- Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs.
- Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process, i syfte att förebygga vårdskador och risker för vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.
- I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

### Smittskydd

Smittskydd vårdhygiens huvuduppdrag är att förhindra smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner, oavsett var och av vem vård- och omsorgstagaren, vårdas, undersöks och behandlas. Sedan år 2000 finns ett Landstingspolitiskt beslut att Smittskydd Vårdhygien ska ge länets kommuner (särskilda boenden) samma vårdhygieniska experthjälp som dåvarande Landstinget, som en fri nytthet. I avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om "Överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende" s.k. hemsjukvård står att uppdraget ska kvarstå, samt att ett samverkansavtal om vårdhygien ska upprättas. Från och med 1 januari 2016 utvidgades Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien för hälso- och sjukvården till att även omfatta omsorg som hemtjänst och särskilda boenden. Syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard. Länets kommuner och Smittskydd Vårdhygien ska i samverkan ansvara för vårdhygieniska insatser inom all kommunal vård och omsorg.

Smittskydd vårdhygien har ansvar för:

- rådgivning i vårdhygieniska frågor
- utbildning/handledning/information på olika nivåer
- utarbeta hygienrutiner anpassade för kommunal vård och omsorg,
- ge stöd och råd vid planering av ny/ombyggnation och verksamhetsförändring
- ge stöd och råd vid upphandling
- övervakning av infektionsläget
- kartläggning/utredning och handlingsstöd vid utbrott av smitta
- ge stöd och delta i vårdhygieniskt kvalitetsarbete
- delta i kvalitetsuppföljning ex hygienrond
- omvärldsbevakning ur ett vårdhygieniskt perspektiv

### Socialt Ansvarig Samordnare (SAS)

Under 2023 tillsattes i Habo Kommun en SAS med uppdrag att säkerställa och följa upp kvaliteten i det sociala arbetet samt även ansvara för att:

- Vara sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och hålla sig uppdaterad och väl förtrogen med gällande regelverk.
- Kvalitet och säkerhet upprätthålls i det sociala arbetet i socialförvaltningen. Analysera och följa upp kvalitet-
- Avvikelsehanteringen bedrivs korrekt samt att utreda lex Sarah-rapporter och göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Vara ett stöd för cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet genom att stödja och vägleda i riskanalyser, avvikelsehantering och egenkontroller.
- Tillsammans med utredare, verksamhetsutvecklare och MAS och chefer arbeta för att utveckla verksamheterna och ta fram åtgärder för att höja och säkerställa kunskapsläget.

### **Patientnämnden**

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården, och där klagomålet av någon anledning inte hanteras i berörd verksamhet. Klagomålen sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården.

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

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

Samverkan en viktig del i det kontinuerliga arbetet med att förebygga vårdskador. Hälso- och sjukvården i Habo kommun samverkar med andra vårdgivare på olika nivåer.

### **Strategisk samverkan**

Samverkan kring patientsäkerhet på strategisk nivå sker bland annat genom att Habo kommun har representanter i olika länsnätverk, och nätverk som inkluderar de norra länsdelarna. I nätverken sker bland annat avvikelshantering i samverkan (händelseråd), implementering och översyn av gemensamma riktlinjer på olika nivåer och genom nätverken sker kontinuerlig kompetensutveckling inom aktuella områden. Bland annat finns ett MAS/MAR nätverk som Kommunal Utveckling är sammankallade till. MAS deltar även i samverkansforum på nationell nivå.

### **Kommunal utveckling**

Jönköpings läns 13 kommuner har valt att samverka genom Kommunal utveckling. Deras uppdrag är att samordna forskning och utvecklingsfrågor inom de områden som kommunerna har valt att samverka kring. Samverkan sker för att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för länets invånare, oavsett vilken kommun de bor i. Kommunal utveckling är en del av Region Jönköpings län.

### **Samverkan slutenvården**

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) gäller sedan 2018. En stor del av samverkansavvikelser härleds till avvikelser från Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) och vårdsamordningsprocessen. Dessa avvikelser hanteras i händelseråd i länets 3 olika sjukvårdsområden. Direkt samverkan mellan professioner från olika vårdgivare sker huvudsakligen via det gemensamma IT-systemet Cosmic Link och Cosmic Messenger. I Cosmic LINK kan man efter samtycke från patienten läsa delar av vad som sker då patienten vårdas inom ramen för regionens slutenvård. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med regionens hälso- och sjukvårdspersonal via Cosmic Links meddelandefunktion, Cosmic Messenger. Samverkan på strategisk nivå sker i händelseråd för somatik och psykiatri samt i olika arbetsgrupper och strategigrupper. Samverkan med olika specialistfunktioner sker på regelbunden basis. Exempel på detta är samverkan med Smittskydd/ vårdhygien och SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet). Samverkansprocesser finns gällande bland annat:

- Samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet- överenskommelse Jönköpings län
- Samverkan vid utskrivning från slutenvård
- Samverkan kring läkemedel i vårdens övergångar, ordinärt och särskilt boende

### **Samverkan med primärvården**

Hälso- och sjukvårdens personal har daglig möjlighet till telefonkonsultation med läkare på Habo vårdcentral. Även om patienten har en annan vårdcentral än Habo vårdcentral finns möjlighet till kontakt med läkare. Utöver telefonkontakt finns möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att skicka meddelanden i Cosmic messenger, som är ett verksamhetssystem där kommun och region kan dela information, till vårdcentralens läkare och vårdsamordnare. Dagtid finns en öppen linje direkt till vårdcentralens vårdsamordnare, som tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och förmedlar vidare åtgärd eller kontakt. Rutin för kontakt med hälso- och sjukvården beskriver hur kontakter med hälso- och sjukvård sker under samtliga tider på dygnet.

Avvikelsehantering i samverkan med primärvården sker kontinuerlig i fysiska möten, antingen månadsvis på strategisk nivå eller i direktkontakt mellan berörda professioner då situationen kräver det. Samverkansträffar med Habo VC sker varje månad. I detta forum lyfts förutom avvikelser även gemensamma förbättringsarbeten och utvärdering av samverkan. Under 2023 har arbete pågått med ökad samverkan med regionen i form av att målsättningen att öka andelen patienter som har en SIP som kommit till genom SVPL vid inskrivning i hemsjukvård. Detta för att säkra att patienten får den vård den behöver, när den behöver det och där den behöver det i enighet med förflyttningen mot nära vård. I enlighet med förskjutningen mot nära vård kommer hälso- och sjukvården i Habo kommun att under drygt 2 år delta i ett samarbete mellan Region Jönköpings län, Region Östergötland och Linköpings universitet. Projektet startade i december 2022. Syftet med projektet är att undersöka om ett förstärkt omhändertagande i primärvården och ökad samordning mellan huvudmännen bidrar till minskat behov av slutenvård och/eller förbättrad livskvalitet hos äldre i ordinärt boende. Deltagarna är äldre personer över 75 år med förhöjd risk för sjukhusinläggning, sköra äldre.

### **Samverkan folktandvård Bankeryd/ tandläkare privat Habo Tandvård**

Under 2023 har ett förbättringsarbete kring Senior alert, uppmärksammat behovet av en närmare samverkan med folktandvård och privat utförare tandvård Habo. Förbättringsarbetet kring Senior alert medförde en önskan om närmare samarbete mellan äldreomsorgen och tandvården. Roller och kontaktvägar har kartlagts och samverkansträffar har skapats under 2023. Syftet är att frågan kring patienternas munhälsa ska lyftas och stärkas. Arbetet fortgår med stärkt samverkan under 2024.

### **Samverkan internt**

Samverkan internt sker på fler olika sätt. Ett exempel är teamsamverkan, så kallade teamträffar, som genomförs regelbundet och återkommande på särskilt boende och korttid. Närvarande på teamsamverkan finns representanter från olika professioner samt i de fall det är lämpligt patienten själv. Teamträffar är grunden för det vårdpreventiva arbetssättet och ett forum där risk för vårdskador såsom fall, undernäring, trycksår och munhälsa analyseras och förebyggs. Vid flytt från t.ex. en korttidsenhet till särskilt boende kan överrapportering av risker och planerade insatser ske med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert. Dock finns ett förbättringsområde i att även utföra dessa former av teamsamverkan på ordinärt boende tillsammans med hemtjänst. I dagsläget sker teamsamverkan mer sporadiskt då utmaningar kring bland annat logistik finns. Utöver teamsamverkan sker även samverkan i olika ledningsgrupper. Dels på en övergripande förvaltningsnivå men även på chefsledningsnivå för äldreomsorg, funktionshinderomsorg och hälso- och sjukvård. Behov finns här att ännu mer lyfta patientsäkerhet på dessa olika nivåer. Behov finns även av mer samverkan mellan biståndsenhet och utförare. Men även behov av mer samverkan mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Under 2024 kommer det att tillsättas två verksamhetschefer och troligen kommer vissa samverkansformer att justeras under året med syfte att kunna arbeta ännu mer med de verksamhetsnära frågorna och bland annat kvalitet och patientsäkerhet/ vård av god kvalitet.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Förvaltningen använder informationsklassning enligt KLASSA som metod för att hjälpa verksamheten att välja rätt åtgärd för att skydda sin information. Det innebär en behörighetsstyrning i verksamhetssystemet som förhindrar åtkomst till patienter där man inte har en patientrelation. Verket är framtaget av SKR. Dock ses ett behov av att 2024 göra en ny klassning utifrån en uppdaterad version av KLASSA. Åtgärder har under 2023 genomförts för att säkerställa patientsäkerhet inom sammanhållen journalföring. Bland annat har SoL-journal öppnats upp för hälso- och sjukvårdspersonalen att läsa, vilket ger bättre förutsättningar för att säkerställa informationsbehov och patientsäkerhet. Arbetet pågår även med att öppna upp HSL-journalen för omvårdnadspersonal.

## En god säkerhetskultur

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



### Arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Grunden i en god säkerhetskultur är att ledare och chefer arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SoL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå kvalitet, vilket innebär följsamhet till gällande lagstiftning. Genom ett adekvat utformat ledningssystem i förvaltningen uppnås patientsäkerhet. Patientsäkerheten följs med flertalet strukturerade mätningar samt med standardiserade processer som ständigt är under utveckling, med målsättning att skapa följsamhet mot gällande lagstiftning. Utöver gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd, så följer patientsäkerhetsarbetet omvärldens förändringar. Val av fokusområden styrs av nationell och regional samverkan samt av behov som identifieras med hjälp av avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser.

I Habo kommun finns behov av att mer tydligt eftersträva en kultur som främjar patientsäkerhet och det behöver implementeras och genomföra all verksamhet. Behov finns också av att arbeta utifrån verktyg för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

### Dimensioner som är viktiga för patientsäkerhetskulturen:

- Övergripande kvalitetsengagemang
- Prioritering av patientsäkerhet
- Benägenhet att rapportera händelser
- Avvikelsehantering
- Lärande organisation
- Kommunikation av patientsäkerhetsfrågor
- Patientsäkerhet och arbetsmiljö
- Utbildning och träning kring patientsäkerhet

Inom alla dessa dimensioner finns förbättringspotential i Habo Kommun som inte arbetat utifrån något vedertaget verktyg på detta sätt tidigare. Det finns utmaningar med att arbeta strukturerat och systematiskt på ledningsnivå idag. Bland annat genom att det verksamhetssystem som idag används som ledningssystem inte är användarvänligt och är svåröverskådligt. Underlättar inte systematik. Dock finns en plan för att implementera ett nytt verksamhetssystem för SOSFS 2011:9 under 2024. Det finns också ett behov av att arbeta mer med patientsäkerhet genom ex Agera för säker vård- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Det finns också ett behov av att skapa tid för lärande och reflektion. Under 2023 påbörjades en Silviahemscertifiering för särskilt boende och korttid, som kommer fortgå under 2024. I detta arbete innefattas även reflektion och lärande som en viktig punkt och kommer att implementeras under 2024.

### Risikanalys

Risikanalys är en del av säkerhetsarbetet. Riskanalyser på individnivå ska genomföras kontinuerligt i verksamheten. Övriga riskbedömningar och riskhantering genomförs av verksamheterna baserat på förändringar i verksamheten. Då används underlag från SKR (Sveriges kommuner och regioner).

Risikanalys skall till exempel göras och görs när;

- Ny teknik införs
- Ändring av personalens sammansättning
- Förändring i rutiner
- Händelser och störningar i verksamhetssystemen hanteras av systemförvaltare.

## 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.



Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. I Habo kommun finns det en full täckning av legitimerad personal på alla tjänster. Många andra kommuner har till exempel undersköterskor på en tjänst som komplement då det inte går att tillsätta legitimerad personal- men i Habo Kommun finns en god täckning av legitimerad personal vilket främjar patientsäkerheten. Hälso- och sjukvården har generellt en låg sjukfrånvaro som minskade 2023 från 4% till 2,3% och ingen slutade på hälsosjukvårdsenheten under 2023. Med detta som grund finns möjlighet till fortbildningar, utbildningar, samverkan m.m.

Under 2023 har utbildning för hälsosjukvården skett bland annat genom att:

- Två sjuksköterskor har utbildat sig till distriktssjuksköterska
- Apoteket har haft en utbildning kring läkemedel och äldre
- Teamutbildning palliativ vård

Om vikarie behövs så är det inplanerat i förväg i schemat istället för att använda sig av timvikarier med kort varsel. Det gör att vikarierna återkommer regelbundet och känner verksamheten och det ger en ökad patientsäkerhet. I Habo kommun utför legitimerad personal mycket av hälso- och sjukvårdsuppgifterna som många andra kommuner överlämnar till undersköterska att utföra.

### I äldreomsorgen har Habo kommun för 2023 följande antal tillsvidareanställda medarbetare:

- Ingen är anställd som specialistundersköterska med specifikt AID-kod.
- 135 medarbetare är vård- och omsorgsutbildade undersköterskor eller motsvarande
- 32 medarbetare anställda är utbildade vårdbiträden eller motsvarande

### I funktionshinderomsorgen har Habo kommun för 2023 följande antal tillsvidareanställda medarbetare:

- Antal anställda YH-utbildade, t.ex. Stödpedagog eller motsvarande: 6 stödpedagoger och 1 arbetskonsulent
- Antal anställda vård- och omsorgsutbildade, t.ex. stödassistenter, ”grundutbildade” eller motsvarande 48 stycken
- Antal anställda utbildade, stödbiträden eller motsvarande 10 stycken

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

### Patients och närståendes delaktighet

Hälso- och sjukvården i Habo kommun har som ambitionen och i enighet med Nära vård att stärka patientens och närståendes delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet. Habo kommun har som ambition att arbeta personcentrerat och detta arbetssätt stödjer patients och närståendes delaktighet.

- När en patient flyttar in till särskilt boende i Habo kommun erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ger sjuksköterska information om hälso- och sjukvården i Habo

kommun. I samtalet ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.

- Inför årlig läkemedelsgenomgång kontaktas apotekare på Habo vårdcentral för genomgång av läkemedel för patienter inom särskilt boende. Anhöriga erbjuds att delta i de fall patienten samtycker.
- Patienten görs på olika sätt delaktig i vården. Exempel på detta är att hälso- och sjukvården för dialog med patienten angående vårdnivå, läkemedelshantering och livsuppehållande åtgärder såsom hjärt- och lungräddning. I de enskilda hälsoärendena i patientens journal efterfrågas patientens delaktighet.
- Under 2023 påbörjades ett arbetssätt där patienter ska erbjudas delaktighet i det tvärprofessionella teammötet på ett för patienten lämpligt vis. Detta fortgår under 2024.

Behov finns dock att framåt fortsätta utveckla nya arbetssätt och förbättringsarbeten som tydligare involverar patientmedverkan och delaktighet.

### Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer till Hälso- och sjukvården genom:

- Kommunens hemsida via ett elektroniskt formulär som är kopplat till avvikelshanteringssystemet Digital Fox Respons.
- Direkt kontakt med enhetschef eller vårdpersonal.
- Skriftligen via mejl.
- Pappersfolder som finns på flera strategiska platser i verksamheterna.

Enhetschef har uppdraget att kontinuerligt arbeta med synpunkter och klagomål samt sammanställer synpunkter och klagomål årligen. Synpunkter och klagomål återkopplas till personalen i lämpligt forum, och till närstående enligt överenskommelse. Årlig sammanställning av det totala antalet synpunkter och klagomål görs av enhetschef, redovisas för samtlig personal på APT. Detta är underlag för enhetens systematiska förbättringsarbete.

## 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.

### Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål

Hälso- och sjukvården prioriterar att följa de mål som genererar följsamhet mot lagen. Dessa kan komma att variera över tid beroende på verksamhetens utmaningar. Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll och verksamheternas arbete med kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer.

### Ändamålsenlig dokumentation

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
--------	-----	----------	--------------------	--------	--------------------	------------

<b>Ändamålsenlig och tydlig dokumentation.</b>	Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger.	Fokus 2023 på dokumentation genom utbildning av superanvändare, samt frigöra tid för superanvändare. Superanvändare har gjort egenkontroller och stickkontroller. En mall har framtagits att användas vid granskning. Det som framkommer i granskningen är bland annat att det finns behov av omtag kring dokumentationen och att den blir enhetlig och patientsäker.	Starten av egenkontroll dokumentation utfördes 2023. Behov av fortsatt arbete 2024 enligt samma struktur. Supersanvändare behöver fortsatt avsatt tid i schema för att kunna analysera och utföra granskning.	Inplanerad egenkontroll för 2024.	Resultatet av granskningen är under 2023 redovisat till verksamhetschef samt för socialnämnden.	Hälso- och sjukvårdspersonalen.
--	---	---	---	-----------------------------------	---	---------------------------------

### Vård vid livets slut

Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård har prioriteringsnivå 1 inom svensk hälso- och sjukvård.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Vård i livets slut, Palliativa registret</b>	Samtliga patienter ska registreras i palliativregistret. Analys och åtgärdsplanering utifrån resultat i arbetsgruppen.	2023 registrerades 45 dödsfall för Habo Kommun. 9 av dessa registrerades på ordinärt boende.  En hög täckningsgrad ses på särskilt boende.	År 2022 hade vi 12 registrerade dödsfall i ordinärt boende. En minskning kring detta 2023. En anledning skulle kunna vara att flera avled på sjukhus och inte i det egna hemmet. Dock anses det vara en hög täckningsgrad av antalet registrerade i Habo Kommun överlag.	Fortsatt arbete pågår 2024 med årlig utvärdering kring följsamhet till registrering.	Sker på enhetens arbetsplatsträff och sammanställs i patientsäkerhetsberättelse årligen.	Hälso- och sjukvårdspersonalen



<b>Vård i livets slut</b>	En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer för palliativ vård	Se diagram nedan. Det som sticker ut i Habo kommun är <i>Smärtskattning sista levnadsveckan</i> samt <i>dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan</i> .  Även skillnader mellan ordinärt boende och särskilt boende ses.	Behov av förbättringsarbete är identifierat. Dels som en gemensam punkt att förbättra smärtskattning och munhälsobedömning.  Behov finns även att arbeta med skillnader som ses i ordinärt boende jämfört med särskilt boende.	2024 påbörjas ett förbättringsarbete kring palliativ vård- där fokus är munhälsan sista tiden i livet.	Uppföljning på enhetsnivå, åtgärder planeras i personalgrupp. Uppföljning sker via rapportering från projekt.	
---------------------------	--	--	--	--	---	--

Period 2023-01 - 2024-01

	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	95,6
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	73,3
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	62,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	91,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	95,6

Figur 1 Diagram över kvalitetsindikatorer Palliativa registret Habo Kommun 2023

### Förbättrad vård och omsorg för patienter med demenssjukdom

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som "symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom". Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)</b>	Ökat antal registreringar i BPSD.  En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer	Under våren 2022 utbildades det nya administratörer i BPSD-registret med förhoppning om att enheterna skulle arbeta med kvalitativ demensvård enligt registret och att fler registreringar skulle ske. I och med projekt Senior alert så lades mycket fokus 2023 på teamträffar och fokusområdet senior alert-varpå BPSD registret och arbetssättet fick prioriteras ner. 2022 gjordes 9 BPSD registreringar (14 patienter). 2023 gjordes 22 registreringar (16 patienter). Vilket trots allt är en ökning.	Planen för 2023 var att öka antalet registreringar men BPSD registreringar fått prioriteras ner pga andra projekt.  Dock finns i och med senioralertprojektet numera en tydligare struktur för teamsamverkan och möjligheten finns för att arbeta mer med BPSD framöver.  Det finns också en möjlighet i och med Silviahems-certifiering som pågår 2024 att ta omtag kring BPSD-registreringar och åtgärder.	Fortsätta arbetet med att öka antalet registreringar i BPSD. Görs med fördel i de nya samverkanstreffarna som skapats.  Behov finns av samsyn mellan HS och ÅO gällande arbetssättet med BPSD.	Uppföljning kring detta sker på enhetsnivå och nya förbättringsarbeten ska skapas utifrån inkommande data.	Hälsa- och sjukvårdspersonalen.

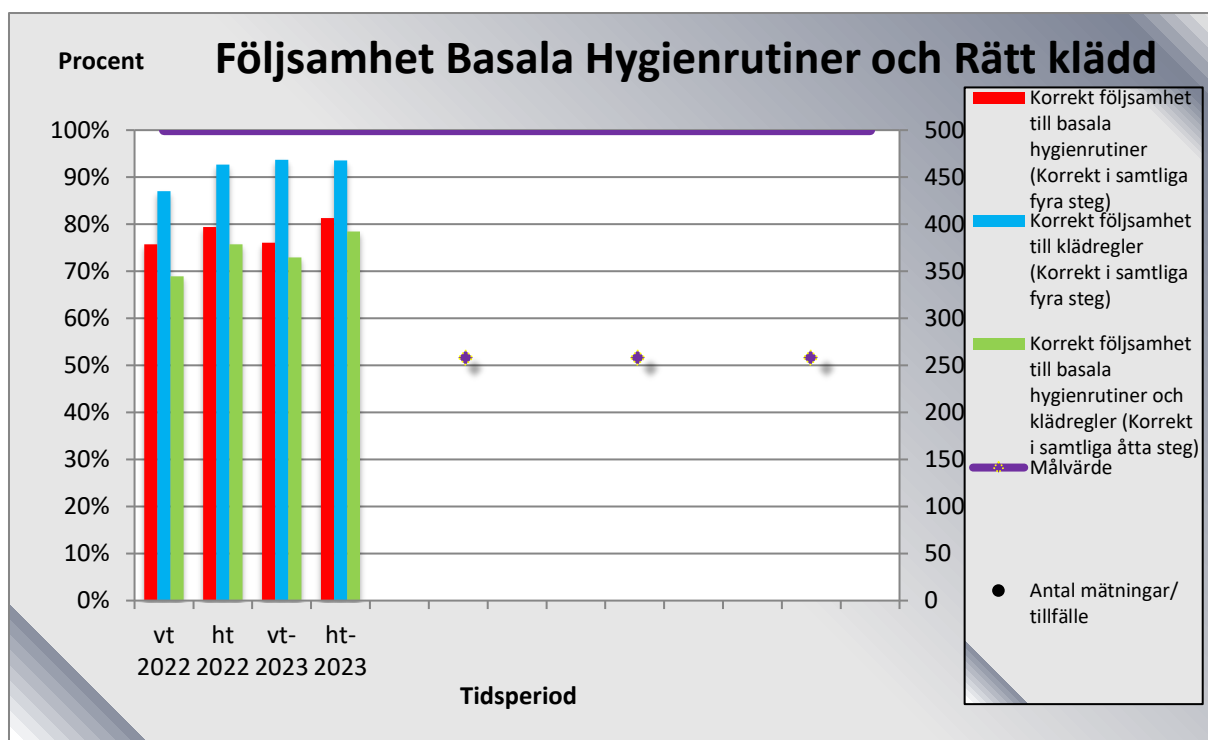
### God vårdhygienisk standard

Målet är ändamålsenlig och säker vård- och omsorg som arbetar förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaförskrivning och därmed även bidra till att minska antibiotikaresistensen.

I basala hygienrutiner ingår:

- Handhygien, det vill säga, alltid handdesinfektion och ibland också handtvätt.
- Handskar
- Skyddskläder
- Ibland stänkskydd – visir eller skyddsglasögon och munskydd eller andningsskydd.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Följsamhet till basala hygienrutiner</b>	Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.	Se tabell nedan (figur 2) för Habo kommun 2023 jämfört med tidigare år.	Följsamheten ökade något under 2023. Dock har ny MAS tillsatts och nya ombud har bytts ut. Behov finns av omtag och det finns behov av ökad följsamhet till de rutiner och det hygienhjul som finns.	Följsamhetsobservation och självskattning. Utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning.  Behov av att under 2024 fortsätta det arbete med vårdhygien som finns och ha följsamhet till rutiner.  Plan är att 2024 under bjuda in smittskydd till en förvaltningsövergripande ledningsträff och använda den gemensamma handlingsplan som finns.	Uppföljningar sker dels på enhetsnivå efter mätningar och observationer men är i hygienombudsforum 2gg/år. Varje verksamhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.	Alla verksamheter i socialförvaltningen
<b>Vårdhygienisk egenkontroll</b>	God följsamhet till rutin för vårdhygienisk egenkontroll. Utförs av varje enhet 2ggr/ år	Varje verksamhet ska ha en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras. Enligt internkontroll utförd av kvalitetsgruppen 2023, saknas dock följsamhet till rutinerna som finns och endast enstaka verksamheter har gjort en handlingsplan under 2023.	Efterfrågan av att kunna arbeta strukturerat och systematiskt. Behov finns av att se över rutinerna men också kring att utbilda såväl chefer som medarbetare i uppdraget.	Vårdhygienisk egenkontroll. Analys och åtgärdsplanering utifrån resultat i arbetsgruppen. Uppföljning 2 ggr/ år enligt handlingsplan upprättad för respektive verksamhet. Plan är att 2024 under bjuda in smittskydd till en förvaltningsövergripande ledningsträff och använda den gemensamma handlingsplan som finns.	Uppföljningar sker dels på enhetsnivå efter mätningar och observationer men är i hygienombudsforum 2gg/år. Varje verksamhet har en egen handlingsplan där adekvata åtgärder planeras.	Alla verksamheter i socialförvaltningen



Figur 2 visar följsamhetsmätning basala hygienrutiner Habo Kommun.

### Vårdpreventivt arbetsätt för främjad patientsäkerhet

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
<b>Bedriva en verksamhet där riskanalys sker som en del av det systematiska patientsäkerhets arbetet.</b>	Samtliga patienter ska registreras och följas upp i Senior Alert	Under 2023 har ett projekt kring senior alert pågått på särskilt boende och korttid Kärrsgården. Resultatet av detta har lett till nya rutiner och ökad teamsamverkan. Alla boende på Kärrsgården har minst 2 riskbedömningar i senior alert/år och teamarbetet är i fokus. (se figur 3)	Projektet riktade in sig på särskilt boende, och behov finns av förbättringar på ordinärt boende.	Projekt är planerat för 2024 kring en ökad samverkan hälsosjukvård en och hemtjänsten. Där kommer grunden läggas för teamsamverkan som kommer underlätta vidare förbättringsarbete kring senior alert på ordinärt boende.	Uppföljningar sker på arbetsplatsträffar på enhetsnivå men även på återkommande ombudsträffar so sker 4ggr/år för senioralertombud.	Hälso- och sjukvårdsperson alen.

Sverige / Kommun / Region  
Habo kommun

Ar  
2023

Typ av enhet  
Alla

Exi

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Habo kommun	118 186 av 189	98% ↑ 186 av 189	78% ↓ 145 av 186	88% ↑ 164 av 186	66% ↑ 101 av 154	35 ↑ 21 personer	41 ↑ personer	102 ↑ 41 personer	53 ↑ personer
Habo Hemsjukvård	32 31 av 32	97% ↑ 31 av 32	58% ↓ 18 av 31	58% ↓ 18 av 31	53% ↑ 9 av 17	2 ↑ 2 personer	9 ↑ personer	3 ↑ 3 personer	1 ↑ personer
Kärrsgården äldreboende	89 155 av 157	99% ↑ 155 av 157	82% ↑ 127 av 155	94% ↑ 148 av 156	67% ↑ 92 av 137	33 ↑ 20 personer	33 ↑ personer	99 ↑ 38 personer	52 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Figur 3 Senior alert 2023

Sverige / Kommun / Region  
Habo kommun

Ar  
2022

Typ av enhet  
Alla

Exi

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Habo kommun	77 84 av 90	93% ↑ 84 av 90	81% ↑ 68 av 84	69% ↓ 58 av 84	22% ↑ 8 av 37	14 ↑ 11 personer	20 ↑ personer	3 ↑ 3 personer	20 ↑ personer
Habo Hemsjukvård	33 35 av 39	90% ↑ 35 av 39	83% ↓ 29 av 35	66% ↓ 23 av 35	50% ↑ 7 av 14	3 ↑ 3 personer	7 ↑ personer	3 ↑ 3 personer	1 ↑ personer
Kärrsgården äldreboende	46 49 av 51	96% ↑ 49 av 51	80% ↑ 39 av 49	71% ↓ 35 av 49	4% ↑ 1 av 23	11 ↑ 8 personer	15 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	19 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Figur 4 Senior alert 2022

## 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.



## Utredning av vårdskador

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vårdskada inträffat eller om det föreligger risk för en vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan sker vid allvarlig vårdskada. Med allvarlig vårdskada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Dessa händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Hälso- och sjukvårdspersonalen har rapporteringsskyldighet enligt SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och avvikelser i verksamheten skriftligen via avvikelshanteringssystemet i Digital fox respons. I vissa fall lämnas även en muntlig rapport till berörd chef och/ eller MAS beroende på ärendes art och allvarlighetsgrad. Avvikelse sammanställs av enhetschef för Hälso- och sjukvård och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal. Åtgärder vidtas utifrån avvikelserns karaktär.

Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

## Lex Maria 2023

### 1. Identifiering

Under 2023 rapporterades en Lex Maria. Den resulterade inte i en anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). 2022 rapporterades totalt fyra avvikelser som Lex Maria varav två resulterade i anmälan till IVO.

### 2. Analys

- En minskning har skett i antalet inrapporterade Lex Maria 2023 jämfört med tidigare år.
- Minskningen kan bero på att i avvikelssystemet DF/respons finns endast möjligheten att bocka i om allvarlig vårdskada har skett eller risk för allvarlig vårdskada. Systemet visar inte på att man kan anmäla endast vårdskada. Det finns en otydlighet i avvikelshanteringen som gör att medarbetare och chefer inte vet exakt hur eller vem som fyller i avvikelserna korrekt alla steg.

### 3. Åtgärder

- Åtgärd för 2024 blir att aktivt arbeta för en mer tydlig säkerhetskultur enligt säkerhetstrappan.
- Ytterligare åtgärd blir att MAS informerar på arbetsplatsträffar gällande rapporteringsskyldigheten Lex Maria.
- Förenkling av avvikelssystemet kommer att göras under 2024 som möjliggör och förenklar anmälan av vårdskador.
- Ha som stående punkt på ledningsgruppträffar att kvartalsvis lyfta avvikelser gällande patientsäkerhet.

### 4. Uppföljning av åtgärd

- Avvikelserna sammanställs av enhetschef för hälso- och sjukvård och återförs muntligen och/eller skriftligen till berörd personal.
- MAS rapporterar till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada.

## Trycksår

**Mål:** Nollvision för trycksår.

**Resultat:** Senior alert: Enligt registret senior alert har Habo Kommun 2023 registrerat 35 stycken trycksår. Detta att jämföra med 2022 då det endast fanns 14 stycken trycksår registrerade. De flesta trycksåren är registrerade inom särskilt boende. 2022 var det de somatiska avdelningarna som hade flest antal trycksår men 2023 visar statistiken på att det mest trycksår på demensenheter.

DF respons: I avvikelssystem DF respons fanns under 2022 inga rapporterade trycksår. Under 2023 fanns det 10st rapporterade trycksår.

HALT/PPM: Tidigare år har man genomfört HALT/PPM mätningar men detta genomfördes inte 2023.

**Analys av resultat:** I och med projekt senior alert 2022-2023 ses en ökad andel trycksår i registret i våra verksamheter. Detta tros dock bero på att vi är mer benägna att aktivt använda registret samt att en mindre utbildningsinsats gjorts gällande trycksår- som lyfter fram även rodnaden som trycksår grad 1 och som ska rapporteras som avvikelse. I och med projekt Senior Alert antogs en nollvision för trycksår. Projektet har implementerats på särskilt boende men ej ännu på ordinärt boende. Därav är troligen antalet ökade registreringar på trycksår på särskilt boende mer beroende på att själva registret används mest där. Det har inte tidigare funnits något enhetligt system att mäta trycksår i Habo Kommun. Men i och med mer ”data” från senior alert kan mer trolig statistik nu tas fram för nästkommande år.

**Åtgärd:**

- Senior Alert ombudsträffar kommer implementeras 2024 med olika TEMA. Där ingår bland annat TEMA trycksår. Möjlighet finns då att lyfta sina egna enheters resultat och reflektera kring resultat och starta nya förbättringsarbeten.

- Tidigt implementera att HALT/PPM mätningar bör göras.

- Teamsamverkan implementeras även i ordinärt boende som möjliggör Senior Alert-registreringar även där.

#### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.

- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.

### **Fall**

**Mål:** Nollvision för fall

**Resultat:** Fallstatistik rapporteras i avvikelssystemet DF respons. 2023 rapporterades totalt 360 fall (410 2022). Flest antal fall inträffade 2023 på hemtjänsten 193 stycken (228 st 2022).

Somatiken särskilt boende 2023 hade 49 (77 stycken 2022). Demensen hade 2023 62 stycken (63 stycken 2022).

#### **Analys av resultat:**

En minskning i antalet fallrapporter ses generellt. En minskning på somatiken och demensen kan föräntas av projektet senior alert där fallpreventivt arbete ingår. Under 2023 ökade dessutom demensenheter upp med ytterligare en enhet så där har det också skett en minskning av antalet fall.

#### **Åtgärd:**

- Fortsatta bevakningar av antalet fall bör ske på enhetsnivå.

- Senior alert ombudsträffar kommer implementeras 2024 med olika TEMA. Där ingår bland annat TEMA fall. Möjlighet finns då att lyfta sina egna enheters resultat och reflektera kring resultat och starta nya förbättringsarbeten.

- Teamsamverkan implementeras även i ordinärt boende- som möjliggör senior alert registreringar även där.

#### **Uppföljning av åtgärd:**

- Följs upp på enhetsnivå där varje enhetschef visar enhetens resultat på arbetsplatsträffar.

- Senioralertombudsträffar som visar resultat och driver nya förbättringsarbeten.

### **VRI (vårdrelaterade infektioner)**

Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av VRI. Ju fler riskfaktorer hos samma individ desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga dels förekomsten av riskfaktorer och dels antalet infektioner förvärvade i särskilda boenden. Resultaten av dessa kartläggningar bör ligga till grund för lokala förbättringsarbeten och vara en del av kommunens kvalitetsarbete inom vård och omsorg. Det är viktigt att kartlägga och följa förekomsten av riskfaktorer hos vårdtagare, då förekomst av riskfaktorer har starkt samband med uppkomst av VRI.

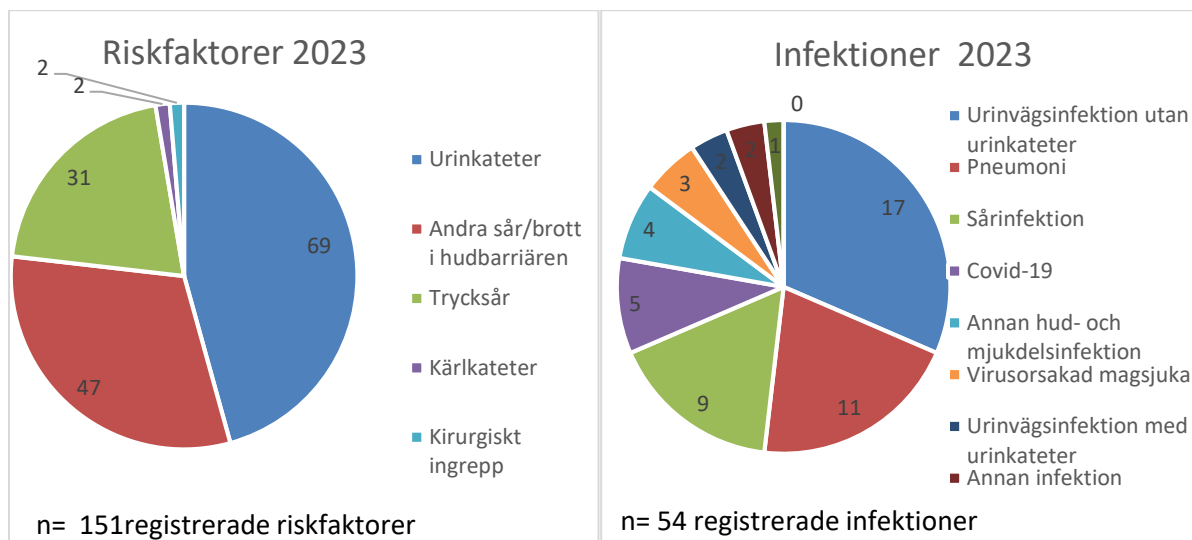
**Mål:** Minskat antal vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer.

**Resultat:** Särskilt boende, korttidsboende, växelvård och demensboende i Habo kommun rapporterar månadsvis till smittskydd och vårdhygien och erhåller i gengäld sammanställda data. Detta är ett sätt att kvalitetssäkra vården. Förvaltningen kan på detta sätt redogöra för vilka riskfaktorer som figurerar och hur dessa utvecklas.

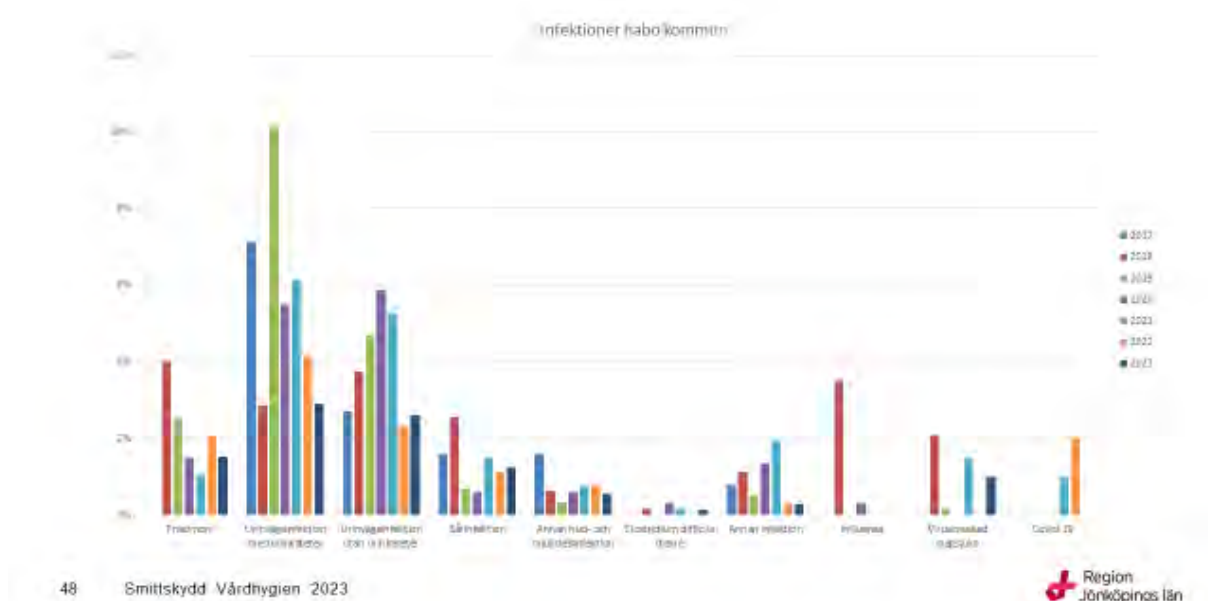
Resultat/ årssammanställning erhålls i februari av smittskydd och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och används som underlag till förbättringsarbete kommande år.

Under 2022 initierades ett förbättringsarbete som har arbetats med under 2023, tillsammans med regionen för att minska antalet icke- kateterbärare som antibiotikabehandlas för urinvägsinfektion på Kärrsgårdens äldreboende och demensboende. De som har arbetat med detta är bland annat sjuksköterskor, undersköterskor, samt förbättringscoach från Kultorum. Resultatet av projektet visar att det ännu är lite tidigt att se entydiga resultat men tendensen är en förflyttning i positiv riktning. Habo har tidigare under flera år legat högt när det gäller andelen icke kateterbärare som får antibiotika mot UVI. En successiv ökning har setts i Habo sedan 2017, men bröts under 2021. 2022 höll denna positiva utveckling i sig. Nu ses en möjlig försämring igen 2023.

Habo (10 %) har nu för första gången noterat en lägre andel vårdtagare med urinkateter än genomsnittet i länet. Här ses en positiv nedåtgående trend.



Figur 5 Vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer Habo kommun 2023



Figur 6 Infektioner Habo Kommun 2023

**Analys av resultat:** Riskfaktorer och infektioner registreras varje månad- men det saknas en större övergripande plan kring det som händer i verksamheterna utifrån denna data. Data används mer i efterhand. Inte för att kunna följa trender förebyggande. Under 2023 genomfördes ingen HALT mätning som gjorts tidigare år. Anledningen till detta var sjukfrånvaro.

**Åtgärd:**

- Mätning av riskfaktorer och antal infektioner ska fortgå under 2024.
- Deltagande i folkhälsomyndighetens nationella mätning 2024 av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändande, HALT.



- Årlig utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning. Samarbete med regionen (vårdcentral) kring att minska riskfaktorer.

-Gällande projekt UVI

- Målet är att fortsätta arbetet med information om intymhygien för nya brukare och medarbetare.
- Mätning av infektioner och riskfaktorer kommer att fortsätta.
- Arbetsgruppen kommer att samlas efter årsskiftet för att summera och dra slutsatser av 2023 års mätning av UVI:er.

**Uppföljning av åtgärd:** Resultat/ årssammanställning erhålls i februari av smittskydd och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och används som underlag till förbättringsarbete kommande år.

Resultat och sammanställning sker även kvartalsvis från smittskydd.

## 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.

### 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.

### Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2023:

Målen för verksamheten sätts utefter lagkrav, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Habo kommun styrs verksamheterna, hälso- och sjukvårdsenheten inkluderat, av verksamhetsspecifika kvalitetsfaktorer i enighet med kommunens styrmodell, budget, socialnämndens mål och kommunfullmäktiges övergripande mål. Hälso- och sjukvården styrs av gällande lagstiftning som rör hälso- och sjukvården.

- Uppföljning av kvalitet redovisas i kvartalsrapporter till socialnämnd.
- Ytterligare ett mål under 2023 var att förbättra läkemedelshandlingen med utgångspunkt från den läkemedelsrevision som genomfördes av en oberoende klinisk apotekare från Apoteket AB under våren 2023. Ny extern kvalitetsgranskning av vårdgivarens läkemedelshandling kommer att ske under våren 2024. Förbättringar på området har utförts 2023 med bland annat lokal läkemedelsrutin.
- Hälso- och sjukvården påbörjade 2023 arbetet med att arbeta, med stöd från Kommunal utveckling och SKR, utifrån Nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Arbetet fortgår 2024.
- Arbete med styrmodellens kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer fortsatte under 2023. Detta mäts på enheten och avvikelser rapporteras till Vård- och omsorgschef. Pågår även 2024.
- Förbättrade möjligheter för personer som utreds för demenssjukdom att tidigt skapa kontakt med kommunal hälso- och sjukvård. Detta genom att regionens primärvård ger patienterna ökad kännedom om kommunens verksamheter genom informationsbroschyr och kontaktuppgifter. Pågår även under 2024.

### 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.

Riskanalys har gjorts inför sommaren avseende bemanning 2023. Efter det har handlingsplan har skapats där man förtydligat prioriteringsordning för hur resurser ska fördelas vid bemanningsbrister.



Riskbedömning/handlingsplan gällande minderåriga inom vård- och omsorg har också gjorts under 2023.

Riskanalyser på individnivå genomförs kontinuerligt i verksamheten.

Behov finns att mer aktivt arbeta med analyser av inrapporterade avvikelser som ett led i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Behov av att arbeta vidare med detta under 2024.

## 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*

#### Händelseråd psykiatri

Habo kommun har skickat två och tagit emot två avvikelser till/ från Psykiatriska kliniken under 2022. Dessa båda rör samverkan kring vårdplaneringsprocessen.

#### Händelseråd Somatik

Händelserådet består av cheffssjuksköterska Länssjukhuset Ryhov, medicinskt ansvariga sjuksköterskor Mullsjö-, Habo- och Jönköpings kommun och verksamhetschef Bra Liv Hälsan 2 vårdcentral. Vid träffarna analyseras händelserna som skett i samverkan. Händelserådet föreslår åtgärder på en övergripande nivå. Händelserådet rapporterar en sammanställning av händelserna till arbetsgrupp äldre som beslutar föreslagna om åtgärder. Sammanställningen skickas även till strategigrupp äldre. Under 2023 har det rapporterats totalt 222 händelser. Vilket är färre jämfört med tidigare år då det under 2022 rapporterades 281 händelser och 344 händelser under 2021. Slutenvården har rapporterat 21% (12 %), vårdcentralerna har rapporterat 5 % (2 %) och kommunerna har rapporterat 74 % (86 %) av händelserna. Siffrorna i parenteserna gäller för 2022. Det är en trend att antalet händelser minskar men det går inte att avgöra vad det beror på. Liksom föregående år har det under 2023 rapporterats flest händelser gällande brister i läkemedelshanteringen 32 % (32 %). Inom kategorin läkemedelshantering är den mest förekommande händelsen att man inte har meddelat förändringar i ordinationer följt av att läkemedel inte har skickats med patienten hem samt att ordinationer har uteblivit. Därefter handlar händelserna om att det blivit fel i läkemedelslistan och att det blivit fel i ordinationerna. Händelser gällande vårdplaneringsprocessen är den näst vanligaste rapporterade händelsetypen 22 % (27 %). Inom denna kategori handlar de flesta händelserna om att utskrivningsprocessen inte har följts. Siffrorna inom parentes gäller för 2022.

#### Genomförda och pågående aktiviteter 2023

- Regionalt pågående arbete kring gemensam läkemedelslista.
- Under 2023 har ytterligare kliniker börjat dela läkemedel i dosetter till identifierade patientgrupper vid utskrivning.
- Revidering av riktlinjen och processen ”Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård genomfördes under 2023. Reviderad process gäller från 8/1 -2024.
- Läkemedel i vårdens övergångar, ordinärt och särskilt boende har reviderats - Hantering på vårdavdelning. Rutin för iordningställande av läkemedel som vid utskrivning skickas med patienter hem. Ny rutin gäller från april 2023 och har även följts upp under hösten.
- Rutinen kring bärhjälp har under året följts upp och frågan är fortsatt aktuell att arbeta vidare med.
- Halvårsrapportering av händelser till arbetsgrupp äldre genomfördes 2023 i syfte att följa händelser i samverkan.

#### Planerade aktiviteter 2024

- Revidering av riktlinjen och processen ”Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård genomfördes under 2023. Reviderad process gäller från 8/1-2024. Samtliga aktörer bör arbeta med följsamheten till processen. Utbildningsaktiviteter kring utskrivningsprocessen påbörjas under våren 2024.
- Utbildningsmaterial kopplat till riktlinjen för läkemedel i vårdens övergångar inkl. dosetter har tagits fram och kommer publiceras under våren 2024.
- Antalet rapporterade händelser i vår länsdel minskar till skillnad från de övriga två länsdelarna. En analys och eventuella åtgärder ska genomföras under 2024.
- Bevaka och följa upp rutinen kring bärhjälp.
- Påbörjad dialog kring kommunikation i Link mellan akutmottagningarna och kommunerna i syfte att säkra informationsöverföringen.
- Ny mall för sammanställning av händelser och ökad delaktighet i statistiken.

#### **Patientnämnden 2023**

Habo kommun har generellt fåtalet ärenden hos patientnämnden, och under 2022 och 2023 har inga sådana ärenden inkommit. Vanligtvis hanteras ärendet direkt i verksamheterna istället.

#### **Analys och sammanfattning avvikelsehantering 2023**

2023 rapporterades 1117(1143) avvikelser. De allra flesta berörd enskild individ.

2023 handlade merparten av avvikelser om läkemedelshändelser 35,2% (32,9%), följt av fall 31,2% (35%).

Siffror inom parentes gäller för 2022.

Antalet läkemedelsavvikelser består främst av utebliven dos.

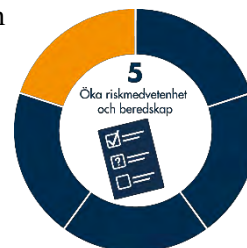
Förbättringsarbeten kopplat till denna avvikelseyp sker respektive verksamhet

Funktionshinderomsorgen och delar av äldreomsorgen rapporterar fortsatt in endast ett fåtal avvikelser. Bedömningen är fortsatt att rutin för avvikelsehantering behöver förtydligas för personal och i en del arbetsgrupper behövs utbildningsinsatser. Varje chef ansvarar för att utreda, analysera avvikelser och planera lämpliga åtgärder utifrån analysen.

Det finns också ett behov att tydligare analysera avvikelser kring läkemedel.

## **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.



**Åtgärder för ökad patientsäkerhet genomförda 2023:**

- Under året har regionala mätningar (anordnade av Smittskydd och vårdhygien i Jönköpings län), av antal infektioner och riskfaktorer utförts på särskilt boende.
- Internkontroll har skett avseende skydds och begränsningsåtgärder, Följsamhet till basala hygienrutiner och rutiner kring vårdhygien samt följsamhet i registrering senior alert.
- Från september 2022 till september 2023 har ett projekt, Projekt nationella kvalitetsregister med fokus på vårdprevention med stöd från kvalitetsregistret Senior Alert pågått. Projektet har inneburit en förflyttning mot ett strukturerat och systematiskt arbetssätt kring att arbeta preventivt inom områdena munhälsa, fall, undernäring och trycksår. Projektet har riktat sig mot Särskilt boende och stort fokus har lagts på teamsamverkan. I och med nya arbetssätt och att arbeta tillsammans i team med ett strukturerat verktyg som kvalitetsregistret senior alert, leder det till en ökad patientsäkerhet.
- Påbörjat projekt kring att förebygga förekomsten av urinvägsinfektioner (UVI) hos brukare på särskilt boende för äldre.
- Med början under december 2022 och med fortsättning under 2023 har Länsstyrelsen tillsammans med länets Räddningstjänster och kommuner påbörjat att stärka den kommunala hälso- och sjukvårdens beredskap bland annat genom att utveckla arbetet med kontinuitetshantering.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## Samverkan Vårdcentral

Målen för samverkan med Habo vårdcentral är i stort sett som tidigare år. Samverkansträffar fortsätter regelbundet.

- Förbättrade möjligheter för personer som utreds för demenssjukdom att tidigt skapa kontakt med kommunal hälso- och sjukvård. Detta genom att regionens primärvård ger patienterna ökad kännedom om kommunens verksamheter genom informationsbroschyr och kontaktuppgifter. Pågår även under 2024.
- Safe-studien fortsätter
- Förbättringsarbete kring att öka antal SIP
- Start av projekt 2024 för att arbeta mer förebyggande med de multisjuka äldre.

## Intern samverkan

- Projekt som avser en förbättrad samverkan mellan hälso-sjukvården och hemtjänsten. Grunden för teamträffar och teamsamverkan.
- Förbättrade arbetssätt kring palliativ vård
- Silviahemscertifiering som förutsätter teamsamverkan och avsatt tid för reflektion och lärande
- Fortsatt projekt med UVI.

## Patientsäkerhet

- Ha patientsäkerhet som en stående punkt på ledningsgrupp
- Det finns också ett behov av att arbeta mer med patientsäkerhet genom ex Agera för säker vård- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Prioriterade områden fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador, där bland annat avvikelshantering ingår. Strukturerat arbete med avvikelser, återkoppling mer frekvent och i helgrupp.
- Påbörja tänk och arbetssätt kring säkerhetskulturen och arbeta efter **Säkerhetskulturtrappan** från A till E.
- Påbörjat arbete 2024 kring socialförvaltningens KHOSS, utifrån prioriterade områden.

## Internkontroller 2024

Internkontrollplanen för 2024 innehåller bland annat kontroll av basala hygienrutiner och följsamhet till senior alert.

## Egenkontroller hälso-sjukvården 2024

- **Individuell bedömning och kompetens**

### ÅTGÄRD 2024

- Översyn av HS beställningar ordinärt boende
- Översyn av HS beställningar särskilt boende
- Kompetensutvecklingsplan för undersköterskor
- Utbildningar för kompetenshöjning

- **Genomföra och implementera Silviahemscertifiering**

### ÅTGÄRD 2024

- Genomföra Silviahemscertifieringen samt implementera struktur för reflektion utifrån Silviahemscertifieringens arbetssätt.

- **Säker dokumentation**

**ÅTGÄRD 2024**

- Uppdaterade och relevanta hälsoärenden för en säkrare dokumentation
- Egenkontroller hälsosjukvårdsdokumentation

- **Vård i livets slutskede**

**ÅTGÄRD 2024**

- Statistik från palliativa vårdregistret visar att vi inte arbetar optimalt vid livets slut gällande munhälsa och smärtskattning. Under 2023 har både sköterska, läkare och undersköterska genomgått teamutbildning i palliativ vård.

För att utveckla detta arbete vill vi tillsätta en arbetsgrupp som ska jobba vidare med hur vi arbetar med munhälsa och smärtskattning.

- **Säker läkemedelshantering**

**ÅTGÄRD 2024**

- Uppdatera delegeringsprocessen
- Uppdatera rutin för läkemedelshantering på respektive enhet

- **Ordinärt boende**

**ÅTGÄRD 2024**

- Förbättrad samverkan hemtjänst
- Förbättrad samverkan vårdcentral
- Samordnad individuell plan för nya inskrivningar i ordinärt boende
- Riskbedömningar

- **Nationellt patientsäkerhetsarbete - Fokusområde 1**

**ÅTGÄRD 2024**

- Fokusområde 1: öka kunskap kring vårdskador.

- **Äldres psykosociala hälsa**

**ÅTGÄRD 2024**

- Förbättrad samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst
- Ökad samverkan/samarbete kommun/region

Genom en ökad samverkan mellan region och kommun skapa en gemensam bild över de behov målgruppen har.

Behoven ska leda till gemensamma aktiviteter/insatser för att främja äldres psykosociala hälsa.

- Gemensamma aktiviteter/insatser för att främja äldres psykosociala hälsa.

## Socialnämndens delegationsordning – ändringar och tillägg med anledning av lagförändringar för stärkta rättigheter för barn i skyddat boende

### Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta i enlighet med förvaltningens förslag.

### Beskrivning av ärendet

Den 1 april 2024 träder flera nya lagar i kraft som syftar till att förbättra skyddet för och stödet till personer som behöver skyddat boende och stärka barnrättsperspektivet för barn som följer med en vårdnadshavare till ett skyddat boende. Reglering har fram tills nu utgått från socialtjänstens generella åliggande att inom ramen för det yttersta ansvaret ge stöd och hjälp samt en bestämmelse i socialtjänstlagen (SoL) om särskilt ansvar för brottsoffer. Det har inte funnits någon särskild reglering i SoL gällande skyddat boende utan det har varit ett oreglerat område.

Regeringen har för att fylla den här luckan föreslagit ändringar i lagstiftningen på området (prop. 2023/24:31). Den mest grundläggande förändringen i och med reformen är att skyddat boende blir en ny placeringsform enligt SoL, vilket innebär att barn beviljas insatsen individuellt och att socialnämnden är ansvarig för stöd och hjälpinsatser. Hela det regelverket som redan finns och som hittills gällt vid placering av barn utanför det egna hemmet blir tillämpligt även när det gäller skyddat boende. Socialnämnden blir också skyldig att tillhandahålla skyddade boenden, antingen i egen regi eller via privata aktörer.

När det finns samtycke från båda vårdnadshavarna ska barnet beviljas insatsen med stöd av SoL. Saknas samtycke från den vårdnadshavare som barnet inte placeras tillsammans med ska socialnämnden, efter ansökan hos förvaltningsrätten, kunna bevilja barnet insats i form av skyddat boende med stöd av en ny lag (lag om placering av barn i skyddat boende). Beslut om en

sådan insats ska även kunna fattas omedelbart av socialnämnden och beslutet ska då underställas förvaltningsrätten.

Vidare ändras en rad andra lagar, bland annat skollagen och föräldrabalken. Exempelvis ändras vårdnadshavarnas bestämmanderätt över barnet under den tid barnet är placerat i ett skyddat boende och det införs krav på tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att få bedriva verksamhet i form av skyddat boende.

På grund av den förändrade lagstiftningen krävs ändringar och tillägg i socialnämndens delegationsordning. Den helt nya lagen som tar sikte på de situationer där barn behöver placeras i skyddat boende utan samtycke från båda vårdnadshavarna, lag om placering av barn i skyddat boende, har till sin konstruktion stora likheter med lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Bland annat är förfarandet med underställan till och ansökan hos förvaltningsrätten det samma.

Med anledning av att 10 kap. 4 § SoL utökas med fler beslut som enbart kan delegeras till utskott men inte till tjänsteman föreslås följande tillägg i delegationsordning:

- Beslut att ansöka hos förvaltningsrätten om skyddat boende enligt 3 kap 3 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Beslut om omedelbar insats i form av skyddat boende enligt 4 kap 1 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Beslut om var barnet ska placeras och hur insatsen i övrigt ska genomföras enligt 5 kap. 1 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Övervägande om huruvida insatsen ska fortsätta enligt 5 kap. 3 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Övervägande om huruvida beslut om hemlighållande av vistelseort eller umgängesbegränsning fortsatt ska gälla enligt 5 kap. 6 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Beslut om att insatsen ska upphöra enligt 7 kap. 1 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Beslut om begäran av handräckning från Polismyndigheten enligt 8 kap. 7 § lag om placering av barn i skyddat boende delegeras till socialnämndens arbetsutskott.



Med anledning av att lag om placering av barn i skyddat boende innehåller vissa särskilda bestämmelser om beslutanderätt när nämndens beslut inte kan avvaktas föreslås följande tillägg i delegationsordningen:

- Till beslutsfattare avseende beslut om omedelbar insats i form av skyddat boende enligt 4 kap. 1 § 2 st. lag om placering av barn i skyddat boende förordnas Nicklas Gustavsson och Fredrik Wärnbring. (Inget separat förordnade krävs för socialnämndens ordförande.)
- Till beslutsfattare avseende beslut om var barnet ska placeras och hur insatsen i övrigt ska genomföras enligt 5 kap. 1 § 2 st. lag om placering av barn i skyddat boende förordnas Nicklas Gustavsson och Fredrik Wärnbring. (Inget separat förordnade krävs för socialnämndens ordförande.)
- Till beslutsfattare avseende beslut om hemlighållande av vistelseort och umgängesbegränsning enligt 5 kap 5 § lag om placering av barn i skyddat boende förordnas Nicklas Gustavsson och Fredrik Wärnbring. (Inget separat förordnade krävs för socialnämndens ordförande.)
- Till beslutsfattare avseende beslut om begäran om handräckning från Polismyndigheten enligt 8 kap. 7 § lag om placering av barn i skyddat boende förordnas Hans Jarstig, Nicklas Gustavsson, Fredrik Wärnbring, Nathalie Hernandez, Bodil Andersson och Birgitta Berglund Ågren. Vidare förordnas följande socialsekreterare vid socialjouren i Jönköping: Charlotte Edman, Ingrid Asplund, Per-Ola Engberg, Martin Garå, Susanne Fagerberg, Lena Pettersson, Johanna Blomberg, Birgitta Lennox, Åke Pettersson, Bengt Andersson, Torbjörn Nilsson, Agneta Ahlgren och Ingrid Wahlström.
- Beslut om att en omedelbar insats i form av skyddat boende enligt 4 kap. 8 § lag om placering av barn i skyddat boende ska upphöra delegeras till socialnämndens ordförande, 1:e vice ordförande och 2:e vice ordförande.

Lag om placering av barn i skyddat boende innehåller vissa andra beslut som kan delegeras utan några begränsningar. Med anledning av detta föreslås följande:

- Beslut enligt 4 kap. 6 § 2 st. lag om placering av barn i skyddat boende om att ansöka hos förvaltningsrätten om förlängd tid för att inkomma med ansökan om insats i form av skyddat boende delegeras till socialsekreterare.
- Beslut enligt 5 kap. 7 § lag om placering av barn i skyddat boende om att avvisa en framställning från vårdnadshavare om att beslut om

hemlighållande av vistelseort eller umgängesbegränsning ska upphöra delegeras till enhetschef.

- Beslut enligt 7 kap. 2 § lag om placering av barn i skyddat boende om att avvisa en framställning från vårdnadshavare om att insats enligt 3 kap. ska upphöra delegeras till enhetschef.

Med anledning av lagförändringarna föreslås vidare följande tillägg och ändringar i delegationsordning vad gäller beslut enligt SoL:

- Beslut om placering av barn i skyddat boende enligt 4 kap. 1 och 6 kap. 1 a §§ SoL delegeras till socialnämndens arbetsutskott.
- Beslut om placering av barn i skyddat boende enligt 4 kap. 1 och 6 kap. 1 a §§ SoL då beslut från arbetsutskottet inte kan avvaktas delegeras till socialnämndens ordförande, 1:e vice ordförande och 2:e vice ordförande.
- Punkt 4.12 i delegationsordningen ändras till beslut om upphörande av placering i familjehem/enskilt hem/*skyddat boende* enligt 4 kap. 1 § samt 6 kap. 1 och 1 a §§ SoL.
- Punkt 4.43 i delegationsordningen ändras till beslut att enligt 11 kap. 4 b § SoL följa upp ett barns situation när placering i familjehem, HVB eller *skyddat boende* har upphört.

I samband med arbetet med förberedelserna inför lagförändringarna har andra behov av ändringar i delegationsordningen uppmärksamats. Därför föreslås följande:

- Punkt 3.6 i delegationsordningen avser beslut att enligt 43 § 2 p. LVU begära polishandräckning för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av LVU. På grund av att personal på socialjouren i Jönköping börjat och slutat föreslås följande ändringar gällande personliga förordnanden. Birgitta Lennox är nyanställd och förordnas till beslutsfattare. Annelie Ehrenflod, Nathalie Hernandez, Emma Jestin och Linda Gasslander Hedquist arbetar inte kvar och deras förordnanden tas bort.
- Punkt 4.11 i delegationsordning ändras till beslut enligt 4 kap. 1 och 6 kap. 1 §§ SoL om placering av barn och vuxna i enskilt hem i maximalt tre månader delegeras till enhetschef istället för som nu IFO-chef.
- Punkt 4.17 i delegationsordningen ändras till beslut att bevilja vuxen person skyddat boende enligt 4 kap. 1 § och 6 kap. 1 a §§ SoL och delegeras till enhetschef istället för som nu till IFO-chef.
- Punkt 4.18 i delegationsordningen, där IFO-chef getts delegation att besluta om akutplacering av barn och vuxna på HVB-hem enligt 4 kap.

- 1 § SoL under maximalt en månad, tas bort då denna delegation kolliderar med annan delegation.
- Punkt 4.19 i delegationsordningen ändras till beslut om tecknande av vårdavtal vid HVB-placering av barn och vuxna *samt av avtal med skyddat boende*. Beslutanderätten delegeras till enhetschef istället för som nu IFO-chef.
  - Punkt 4.21 i delegationsordningen ändras till beslut enligt 4 kap. 1 § SoL om upphörande av HVB-placering *eller placering i skyddat boende*.
  - Punkt 4.39 i delegationsordningen avser beslut att utse socialsekreterare att ansvara för kontakterna med placerat barn och här ändras delegationen från IFO-chef till enhetschef.
  - Punkt 12.15 i delegationsordningen gäller beslut om överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt när beslutet ursprungligen fattats av delegat och IFO-chef har delegation i SoL-, LVU- och LVM-ärenden. Här läggs även delegation enligt lag om placering av barn i skyddat boende till för IFO-chef.
  - Punkt 12.32 i delegationsordningen avser beslut om polisanmälan angående vissa brott mot underårig samt vissa grövre brott och här ändras delegationen från IFO-chef till enhetschef IFO.

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

**Beslutet skickas till**  
Individ- och familjeomsorgen (IFO)

Utredare

## Lex Sarah-utredning – anmälan till IVO gällande allvarligt missförhållande på särskilt boende

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till tillsynsmyndigheten – Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den utredning som har gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan.

I en lex Sarah-rapport har framkommit att en brukare på särskilt boende obemärkt hade avvikit nattetid. Ute var det mycket snö och sträng kyla. Händelsen har utretts och orsaker till det inträffade har konstaterats. Ett flertal åtgärder har vidtagits för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Utredningen har visat att det förekommit brister i utförandet av insats. Bristerna bedöms ha medfört allvarliga konsekvenser och sammantaget utgör därför det inträffade ett allvarligt missförhållande.

SAS har anmält det allvarliga missförhållandet till IVO. IVO har beslutat att avsluta ärendet utan ytterligare åtgärder då socialnämnden bedöms ha fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet.

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

## Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

### Förslag till beslut

Pernilla Ekstrand utses till verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.

### Beskrivning av ärendet

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.

Det är vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Vissa arbetsuppgifter måste dock alltid ingå i verksamhetschefens ansvarsområde, till exempel att ansvara för rutiner för delegering.

Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens men utan den kompetensen får hen inte bestämma över vård och behandling av patienter.

Sara Svenningsson  
Utredare

#### Beslutet skickas till

Inspektionen för vård och omsorg ( [registerfragor@ivo.se](mailto:registerfragor@ivo.se) )

## Delegation av anmälningsskyldighet enligt patientsäkerhetslagen

### Förslag till beslut

Förvaltningschef ges delegation att fatta beslut enligt 3 kapitlet 7 § patientsäkerhetslagen.

### Beskrivning av ärendet

En vårdgivare ska enligt 3 kapitlet 7 § patientsäkerhetslagen snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Bestämmelsen omfattar endast legitimerad personal. Med fara för patientsäkerheten avses till exempel att den legitimerades oskicklighet eller missbruksproblem kan leda till att patienter drabbas av vårdskador.

Begreppet skälig anledning att befara avser att markera att oron för att yrkesutövaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten inte får bygga enbart på spekulationer eller allmänna bedömningar, utan ska vara grundad på faktiska omständigheter, exempelvis iakttagelser om bristande kompetens, bristande vilja att följa i verksamheten fastställda rutiner eller missbruk.

IVO kan inleda utredningar mot enskilda legitimerade yrkesutövare efter anmälningar som gjorts enligt [3 kap. 7 §](#) patientsäkerhetslagen. IVO kan efter genomförd utredning göra bedömningen att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning i förskrivningsrätt.

Förvaltningen förslår att socialnämnden ger delegation enligt 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen till förvaltningschef. Detta på grund av att socialnämnden har utsett förvaltningschef till verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Dokumenttyp  
Tjänsteskrivelse

Datum  
2024-02-23

Diarienummer  
SN23/38

Sida  
2 (2)

Sara Svenningsson  
Utredare

**Beslutet skickas till**  
Utredare



Till Socialnämnden

### **Informationsärenden i samband med socialnämnden den 20 mars 2024**

I samband med nämndutskick bifogas en innehållsförteckning på de handlingar som ligger i den röda informationsmappen som cirkulerar under nämndsammanträdena. Om det finns handlingar som ledamöterna vill titta närmare på finns, dessa tillgängliga hos förvaltningsadministratören före och efter sammanträdet.

### **Informationsmappen innehåller följande handlingar:**

1. Jönköpings kommun
  - *Socialjourens ärenden för Habo under 2023*
2. Region Jönköpings län
  - *Årsrapport patientnämnden 2023*
3. Facklig Samverkan
  - *Minnesanteckningar 14 mars 2023*