



Eksjö  
kommun

# Patientsäkerhetsberättelse

## För Sociala sektorn Eksjö kommun

### 2023

Diarienummer: Socn 2024/33



# 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"

## Innehåll

Inledning .....	2
SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar .....	5
Socialnämnden .....	6
Sociala sektorns ledningsgrupp .....	6
Personligt yrkesansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Informationssäkerhet .....	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare.....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Vårdprevention .....	9
Vård vid livets slut, Palliativ vård .....	10
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) .....	12
Mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukningen .....	13
Följsamhet till basala hygienrutiner .....	15
Avvikelser.....	16
Smittskydd.....	17
Granskning av journal.....	18
Samverkan för en patientsäker vård.....	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	19
Omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	19
Klagomål och synpunkter.....	20
Patientnämnden .....	20
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	20
Säker vård här och nu .....	21
Stärka analys, lärande och utveckling .....	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 22	

## SAMMANFATTNING

Under 2023 har mycket arbete pågått i verksamheten med utvecklingsarbete och utbildningar inom olika område.

Under året har ca 500 patienter fått hälso- och sjukvårdsinsatser och många av dessa har utförts av omvårdnadspersonal med delegering. I december rapporterades 2921 vårdåtgärder till Socialstyrelsen. Verksamheten erbjuder en trygg och säker vård och omsorg, men det förekommer brister och det finns område att förbättra för att ytterligare stärka kvalité och patientsäkerhet.

Rapportering av avvikelser har skett i verksamhetssystemet DF respons. Risker för vårdskador har identifierats och hanterats enligt gällande rutin. Inkomna avvikelser och synpunkter och utredning av avvikelser ligger till grund för att vidare arbeta med förbättringar inom verksamheterna.

Covid finns fortfarande och rutiner vid eventuell smitta och provtagning för covid görs enligt riktlinjer från regionens smittskyddsenshet.

Planerade åtgärder inför 2024 för att stärka patientsäkerheten:

- utbilda flera hygienombud, träffar för hygienombud samt att årshjulet för hygien följs i verksamheterna
- följsamhet till processen för riskbedömningar med registrering i Senior alert
- information av ansvarig sjuksköterska på APT om munhälsobedömning vid palliativ vård
- följsamhet till processen för utskrivningsklar ex. genom Trygg hemgång att ge beslut om insatser i hemmet, planering för insatser i hemmet

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## 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

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, 3 kap. 1 §, Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2011:9, 3 kap. 1-3 §.

Verksamheten ska bedriva en patientsäker vård- och omsorg med god kvalitet till alla patienter inom sociala sektorn.

Ledningens engagemang och styrning av patientsäkerhetsarbetet är viktigt för att få en tydlighet i hur verksamhetens ska arbeta med patientsäkerhet.

För ett långsiktigt och hållbart arbete behövs strategier för att få med patientsäkerhetsarbetet i årshjulet med bland annat egenkontroller, uppföljningar och mätningar.

Med kvalitet menas att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för hälso- och sjukvård samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

En patientsäker vård nås genom samverkan med patient, personal och närstående. En förutsättning är också en god samverkan med Regionens primärvård och slutenvård.

I ledningssystemet för sociala sektorn finns riktlinjer och rutiner som styr ett patientsäkert arbete som gäller för alla anställda.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetsutvecklare har en konsultativ och en central roll i kvalitet och utvecklingsarbetet. Patientsäkerhetsarbetet leds av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

## Organisation och ansvar

I organisationen finns politisk styrning och olika professioner som har olika ansvar i patientsäkerhetsarbetet.

## **Socialnämnden**

Socialnämnden har yttersta ansvaret för att ge ekonomiska och personella förutsättningar att bedriva verksamheten på ett patientsäkert sätt.

## **Sociala sektorns ledningsgrupp**

Inom ramen för ledningssystemet ansvarar socialchefen för att det tas fram, fastställs och dokumenteras rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Funktionschefer ansvarar för att leda och fördela arbetet i respektive funktionsområde. Att instruktioner, rutiner, riktlinjer och andra regler är kända och följs i verksamheten.

MAS ansvarar för att planera, styra, följa upp, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. Att instruktioner och rutiner finns för att lagar, författningar, riktlinjer och andra regler är kända i verksamheten.

MAS har ansvar för att utreda och göra anmälan enligt lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## **Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att genomföra förbättringsarbeten och att fastställda rutiner och riktlinjer, är väl kända och efterlevs i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

## **Personligt yrkesansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen, omvårdnadspersonal ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och följa de instruktioner, riktlinjer och rutiner som gäller i verksamheten.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

I samverkan med Region Jönköping finns rutiner för avvikelserapportering när det brister i samverkan mellan kommunen och regionen.

Många avvikelser berör samverkan vid vårdens övergångar från slutenvård där patienten behöver fortsatt stöd och hjälp av kommunens verksamhet.

Vid utskrivning från slutenvården till insatser från kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst används vårdplaneringssystemet Cosmic link. Vid behov av nya eller utökade insatser skickar slutenvården en initiering till samordnad vårdplanering, vårdsamordnare på regionens primärvård kallar

berörda till en samordnad vårdplanering. Samordnad vårdplanering ska ske i hemmet inom 3 dagar. Information vid hemgång skrivs i Cosmic link.

Många avvikelser löses vid en direktkontakt med berörd enhet men ska även rapporteras i avvikelssystemet.

I samverkan med Regionen finns på Höglandet ett händelseråd där kommunernas MAS:ar, representant från Bra Livs vårdcentraler och chefssjuksköterskan på Höglandssjukhuset identifierar risker och åtgärder och ser över rutiner för att förhindra och förebygga vårdskador.

## Informationssäkerhet

I samband med kontinuitetsplanering har rutiner för informationshantering vid kris tagits fram.

Reservrutiner har utarbetats för hur informations ska hanteras på ett säkert sätt. Verksamheten saknar en tydlighet i vilka behörigheter som ska finnas till olika system som hanterar patientuppgifter.

## En god säkerhetskultur

Rutin att göra riskanalyser vid förändringar i verksamheten finns. Riskanalyser ska göras både när det gäller organisatoriska och personella förändringar. Arbetsplatsträffar (APT) är ett forum för att lyfta och reflektera över risker och åtgärder för ett patientsäkert arbete.



Inom vård- och omsorg träffas olika professioner för vårdteamsträffar (VIT) där patienten är i fokus för bedömning och åtgärder för en patientsäker vård- och omsorg.

På särskilda boende har brukarvårdsträffar (BVT) startat upp där enheten har dialog för en gemensam och samordnad vård och omsorg. En mall för uppstartssamtal vid inflyttning till särskilt boende har tagit fram och används i verksamheten.

Inom hemtjänsten har arbetet med riskbedömningar för förebyggande arbete, med registrering i Senior Alert startat upp.

I hälso- och sjukvården har särskild satsning gjorts på hemrehabilitering med gott resultat. Hälsosamtal har genomförts med personer som ännu inte har insatser från hemtjänsten, förutom larm.

Inom IFO har hygienombud utbildats och följsamhetsmätning till hygienrutiner genomförts.

Dialogmöte mellan social sektorns verksamheter för en ökad samverkan sker regelbundet.

Övergripande på sektorn har rutin för Våld i nära relationer och kompetensutbildningsplaner tagits fram. Arbete med kontinuitetsplanering med reservrutiner för oväntade händelser som kan påverka patientsäkerheten har skett under året.

## Adekvat kunskap och kompetens

Under året har utbildning till personal skett i olika utsträckning och olika former.

Till största del planeras utbildningarna av cheferna i verksamheten.

Inom hemsjukvården har flera sjuksköterskor genomfört förskrivarutbildning för inkontinens och nutrition samt tandvårdsintyg.

Hemsjukvården har utbildat omvårdnadspersonal i läkemedelshantering, trycksårspåbyggande arbete, benlindning och katetervård. Hemsjukvården är också en del i introduktionsutbildning som ges och utbildar i sjukvård och förflyttningkunskap.

Personal har på arbetstid gått utbildning i vårdsvenska, för att lättare kunna kommunicera med brukare och personal samt dokumentera enligt regelverk. Inom ramen för äldreomsorgslyftet har flera i personalen utbildats till undersköterskor.

Demensenheterna har utbildat tre stjärninstruktörer som ska utbilda enheterna i personcentrerat arbetssätt.

Personal inom IFO har utbildats i palliativ vård genom att gå webbkursen ”Lindring bortom boten”.

Nya hygienombud och dokumentationsombud har utbildats.



## Patienten som medskapare

Patienter och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående är viktig för att ge en god och patientsäker vård samt att förebygga missförhållande och vårdskada.

Rutin finns inom sektorn för anhörigträffar, brukarråd och husmöte. Tillfällen då patienten och närstående kan vara delaktiga i övergripande rutiner.

Inom IFO har fokus lagts på att göra brukaren delaktig i sin genomförandeplan.





Patienter och i förekommande fall närstående/företrädare ska:

- erbjudas att medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- bli informerade att nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister.
- bli informerade vid utredning av missförhållanden och vårdskador.
- bli informerad om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- få möjlighet att delta i brukarundersökningar.

Vid utskrivning från slutenvården följs gemensamma riktlinjer för regionen och kommunerna om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

Patienten är delaktig genom ex. telefonkontakt eller fysiskt besök av biståndshandläggare. Kommunen och regionen använder datastöd Cosmic Link för att kommunicera och planera för behov och insatser för en patientsäker utskrivning och hemgång från slutenvården.

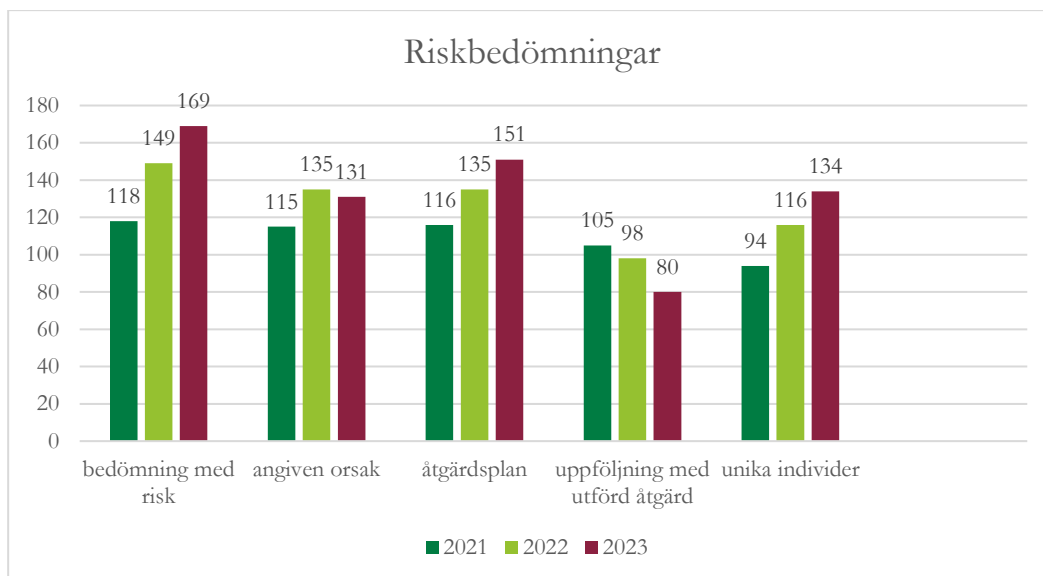
## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

Uppföljning och utvärdering genom egenkontroller och riskanalyser har skett inom följande områden.

### **Vårdprevention**

Riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen, ska göras minst var sjätte månads samt vid behov för de patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser både i ordinärt och särskilt boende. Registrering sker i kvalitetsregister Senior Alert

2023 gjordes 193 registrerade riskbedömningar, 134 unika personer bedömdes.



Enligt riktlinje ska riskbedömning göras gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa på alla patienter på ett särskilt boende, det målet är inte nått 2023

Rutin för vårdteamsträffar är uppdaterad, där ingår att göra riskbedömningar. Målet är att riskbedömningar ska göras på alla särskilda boende samt i ordinärt boende.

Av de 169 riskbedömningar som visade på risk för vårdskada har orsaken identifierats till 77,5 procent, åtgärdsplan upprättats i 89 procent och uppföljningar med åtgärd gjorts i 52 procent av bedömningarna. Resultatet visar på en ökning av antalet riskbedömningar och att antalet personer som fått en riskbedömning ökar. Uppföljning och utvärdering av åtgärder behöver förbättras. I de verksamheter som arbetar med riskbedömningar så följs hela processen med orsak, åtgärd och uppföljning.

## Vård vid livets slut, Palliativ vård

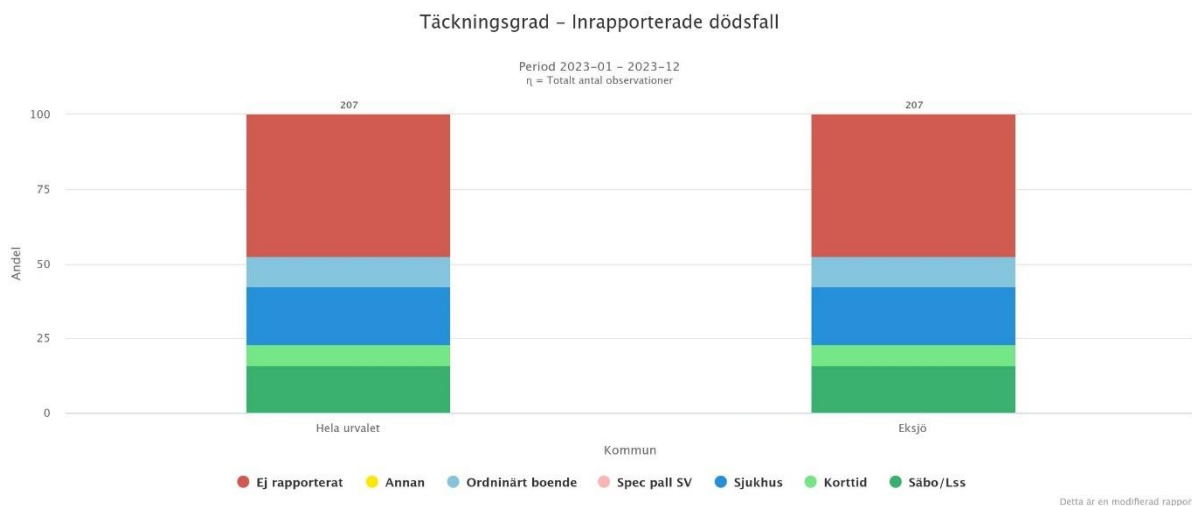
Vård vid livets slut följs upp genom fastställda kriterier av Socialstyrelsen. Registrering sker i svenska palliativregistret för alla dödsfall såväl väntade som oväntade.

Palliativ vård ges utifrån de riktlinjer som Region Jönköping har gemensamt med kommunen. Den allmänna palliativa vården utförs i hemmet av kommunens hälso-sjukvård i nära samarbete med ansvarig läkare på vårdcentralen.

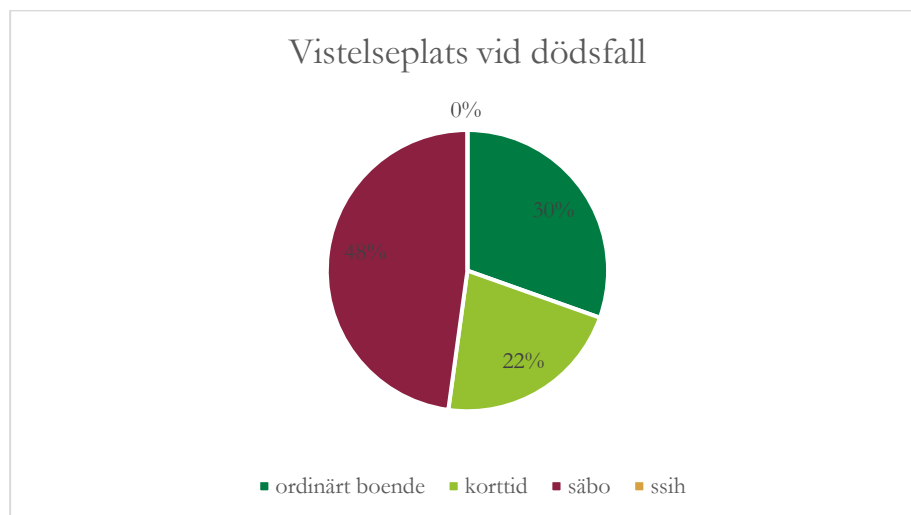
Specialiserad palliativ vård sker i samarbete med SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).

SSIH är rådgivande till hemsjukvården och kan överta läkaransvaret för patienten även om patienten bor på särskilt boende (SÄBO) eller i ordinärt boende.

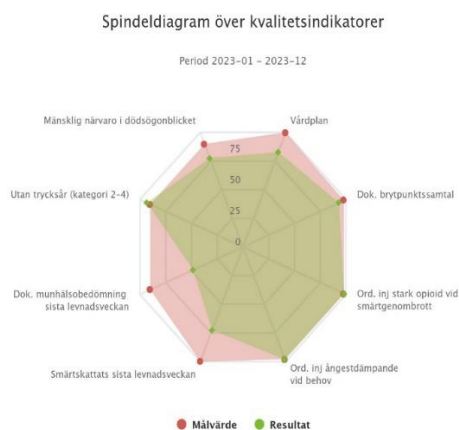
207 dödsfall har noterats i Eksjö kommun under 2023, av dessa är 98 stycken ej rapporterade i registret. 69 dödsfall är registrerade att de skett där hemsjukvården varit ansvariga för patienten.



Av de 69 rapporterade dödsfallen från kommunal hälso- och sjukvård så sker 48 procent på särskilt boende 30 procent inom ordinärt boende, 22 procent på korttidsenheten.



Av de kvalitetsindikatorer som registreras på verksamhetens enheter vid sista veckan före dödsfall når verksamheten upp till satta mål gällande ordinationer för smärtgenombrott och ångstdämpande vid behov. Ny indikator för 2023 är om det finns vårdplan, vårdplan finns i 82 % av verksamhetens registrerade dödsfall.



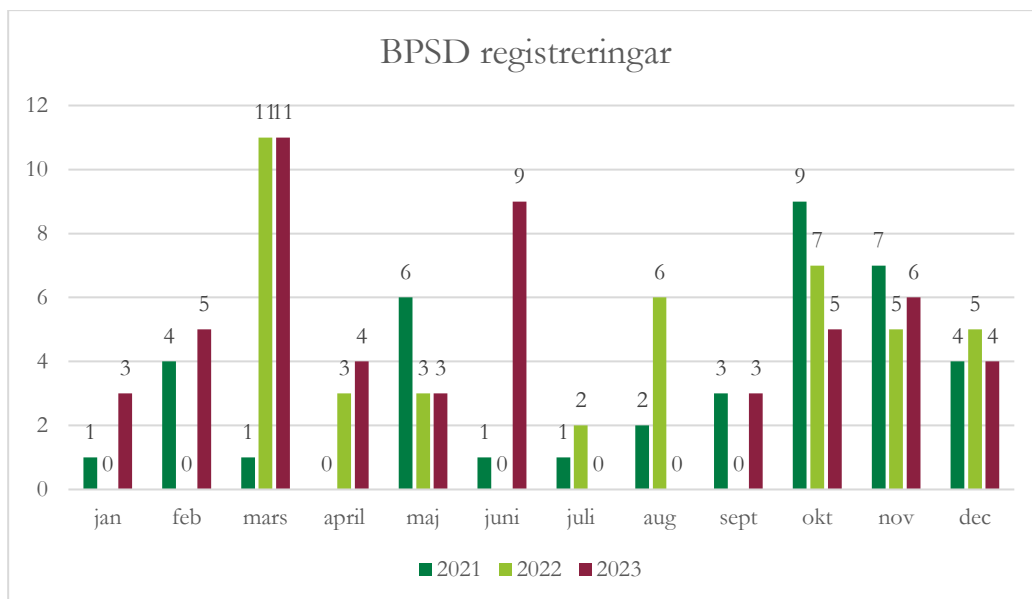
Verksamheten har ökat andelen dokumenterade brytpunktssamtal men når inte fullt ut upp till nationellt ställda mål. Brytpunktssamtal sker av läkare och sker ibland utan närvaro av kommunens hälso- och sjukvård vilket gör att det inte dokumenteras i kommunens journal. Smärtskattning under sista levnadsveckan ligger på samma nivå som 2022 men munhålsbedömning sista levnadsveckan har försämrats under 2023.

Under 2023 har webutbildning Lindring bortom boten – grundutbildning i palliativ vård, genomförts av personal inom sociala sektorn.

## Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens ska bedömas, följas upp och registreras i BPSD-registret. Målet är att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och ge en patientsäker vård och omsorg.

Diagrammet visar antal bedömningar och registreringar inom demensvården, antalet registreringar har ökat de senaste åren.



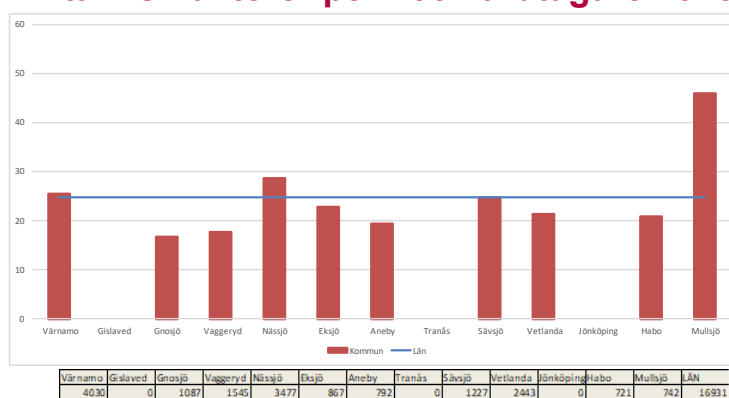
Bedömning BPSD görs på verksamhetens enheter för demenssjuka. Efter bedömning sätts åtgärder in för att minska beteendemässiga symtom ex. aktivering, bemötande, promenader och i sista hand läkemedel. Bedömningen följs upp och åtgärder revideras vid behov.

## Mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukningen

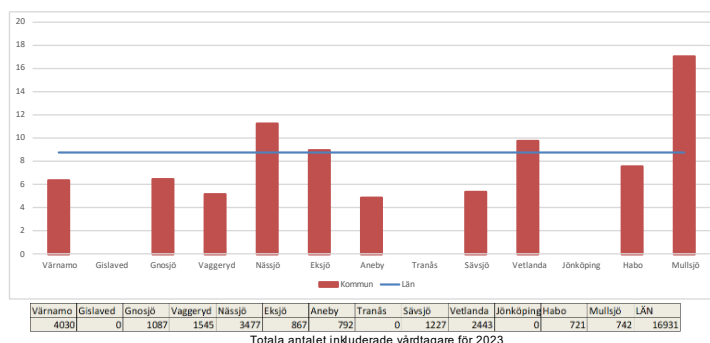
I samarbete med regionens vårdhygien utförs månadsvis registrering av riskfaktorer och infektioner förvärvad på särskilda boende.

Mätningar av vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer ska göras varje månad och sammanställning skickas till enheten för vårdhygien på Region Jönköping.

## Antal riskfaktorer per 100 vårdtagare 2023



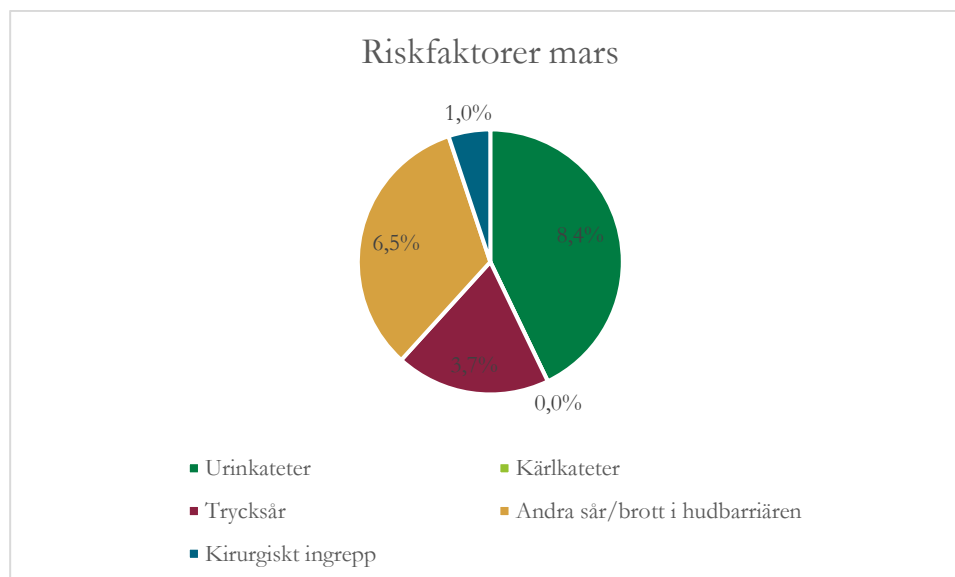
## Antal infektioner per 100 vårdtagare 2023



10 Smittskydd Vårdhygien 2023

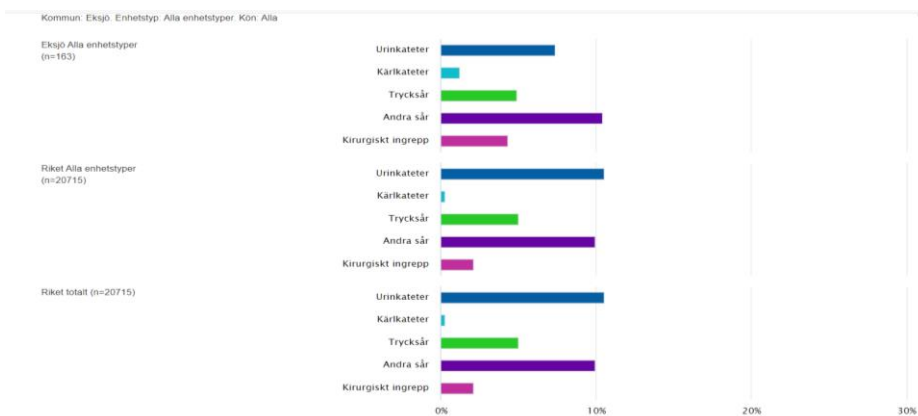
Region  
Jönköpings län

Under mars månad ingick 107 patienter i registreringen i Eksjö kommun. Av de 107 patienterna hade 4 patienter ett trycksår.



Inom ramen för svenska HALT görs årligen mätningar gällande riskfaktor för trycksår, urinkateter och andra sår. Under 2023 ingick 163 vårdtagare på särskilt boende i mätningen.

I jämförelse med riket har Eksjö kommun något lägre andel kateterbärare övriga riskfaktorer är lika i andel som övrigt i landet.



## Följsamhet till basala hygienrutiner

Samtliga arbetsgrupper som utför personlig omvårdnad ska ha ett hygienombud med särskilt ansvar för enhetens hygienfrågor.

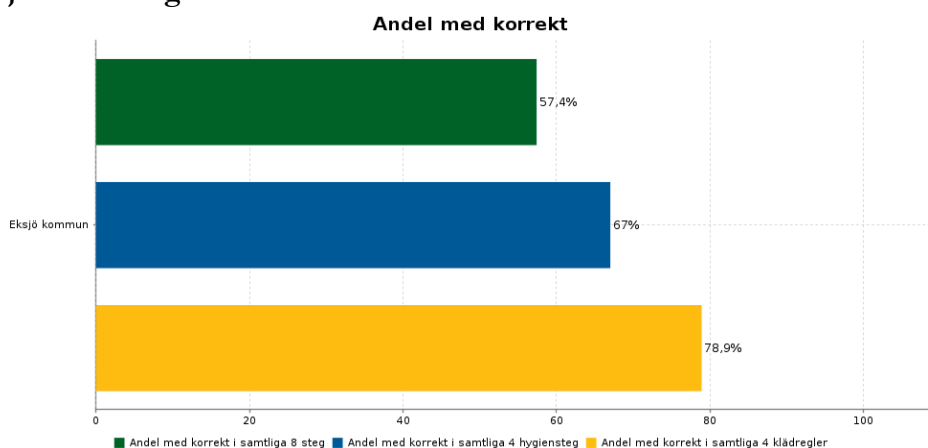
Nätverk för hygienombuden inom vård- och omsorg hålls samman av en enhetschef samt MAS och nätverk för hygienombud inom IFO hålls samman av MAS.

Observationer och enkäter för att följa upp efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler görs. Resultaten diskuteras i samband med arbetsplats träffar på enheten.

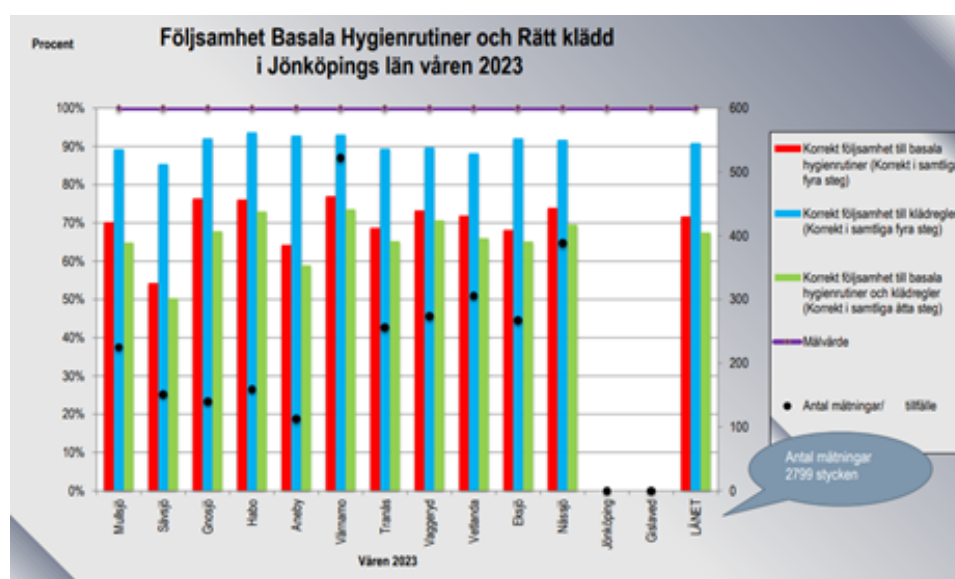
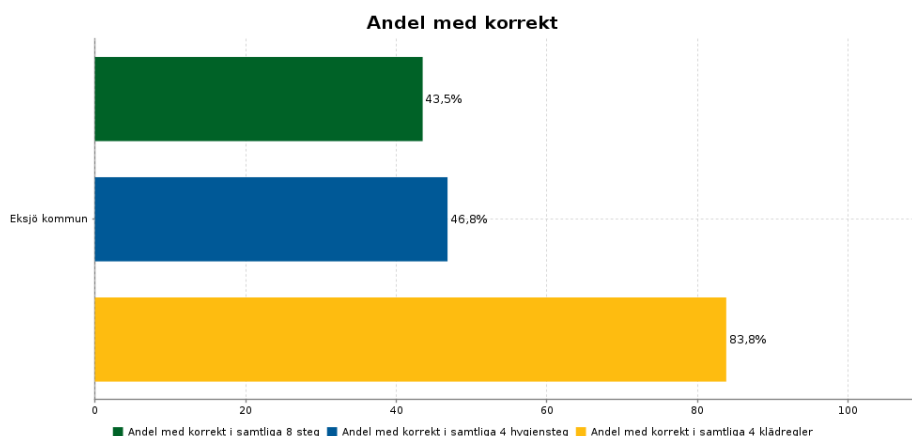
En god följsamhet till basala hygienriktlinjer är en viktig patientsäkerhets- och kvalitetsfråga för verksamheten.

Mätning av följsamhet till hygienriktlinjer har gjorts i verksamheten genom självskattning och genom observationer.

## Självskattning



## Observationer



Följsamheten till klädreglerna visar bäst resultat men verksamheten når inte upp till satta mål på 100 procent.

Följsamheten till de fyra hygienstegen är låg och behöver öka.

Under 2023 genomförs utbildning till hygienombud gemensamt på Höglandet. Vårdhygien Region Jönköping håller i utbildningen. Målet är att det ska finnas minst ett hygienombud i varje arbetslag, Mätning av följsamhet till riktlinjer ska genomföras minst två gånger under året. Informationsträff med hygienombud ska ske vår och höst.

## Avvikelser

Avvikelser som sker när det gäller patientens insatser och vård rapporteras, utreds och åtgärdas.

Risk för vårdskada eller vårdskada rapporteras enligt lex Maria till IVO.



Avvikelsesystemet ligger till grund för att kunna göra förbättringar utifrån de händelser som inträffat. Avvikelse som sker utreds av ansvarig enhetschef och ska tas upp på olika nivåer i samverkan, tematräffar och arbetsplatsträffar för information, diskussion och förbättringsåtgärder. Avvikelser ska lyftas i de olika resultatdialoger som finns för ett lärande i hela verksamheten.

Avvikelser i samverkan skrivs när det är något som försvårar för nästa led i vårdkedjan att arbeta på ett patientsäkert sätt. Merparten av avvikelser i samverkan skrivs mellan slutenvården Höglandssjukhuset och Höglandskommunerna. Avvikelser tas upp i händelserådet för att hitta orsak och åtgärder för att förhindra att händelsen upprepas.

Rutiner och instruktioner finns för att undvika att negativa händelser ska inträffa i framtiden.

<b>Avvikelser</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	<b>Antal</b>	<b>Antal</b>	<b>Antal</b>	<b>Antal</b>	<b>Antal</b>	<b>Antal</b>
Fall	729	784	846	928	1079	1184
HSL – brist i utförande av vårdåtgärd	34	40	26	45	23	17
Läkemedel	345	486	444	385	436	558
Hjälpmedel	10	4	3	4	6	16
<b>Summa:</b>	<b>1118</b>	<b>1314</b>	<b>1319</b>	<b>1362</b>	<b>1544</b>	<b>1775</b>

Antalet avvikelser har ökat totalt, ökningen finns i avvikelser gällande fall, läkemedel och hjälpmedel.

Digitala läkemedelsskåp har under 2023 satts upp på särskilda boende inom vård och omsorg och funktionshinderomsorgen för en god och patientsäker hantering av läkemedel. För 2024 fortsätter arbetet med att sätta ut läkemedelsskåp med digitala lås i ordinärt boende.

Rutinen att göra riskbedömning för fall, hitta bakomliggande orsaker och göra åtgärder vid risk tas upp vid preventionsarbete som sker vid VTI i verksamheten.

## **Smittskydd**

Covid räknas inte längre som en pandemi men finns kvar och under 2023 har 52 patienter i verksamheten konstaterats med covid. Provtagning för covid görs enligt riktlinjer från regionens smittskydds-enhet.

Riktlinjer från regionens enhet för vårdhygien/smittskydd för agerande vid smitta gäller och följs i verksamheten. Samverkansmöte med regionens enhet smittskydd/vårdhygien för en patientsäker vård har skett kontinuerligt under året.

Patienter i kommunens hälso- och sjukvård har erbjudits vaccination för covid, lunginflammation och säsongsinfluensa enligt smittskydds rekommendationer. Vaccination för covid skedde vår och höst.

## Granskning av journal

Ingen systematisk journalgranskning har skett under året. Journaler granskas i samband med att avvikelser och synpunkter hanteras.

## Samverkan för en patientsäker vård

Samverkan sker i olika processer både internt och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i avtal och deltagande i olika nätverk, lokalt, regionalt samt nationellt.

Exempel på vilka samverkansformer som finns för Eksjö kommun

- Multiprofessionella teamträffar i ordinärt boende
- möten med vårdcentral Bra Liv, avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
- regelbundna möten, avstämningar med Region Jönköpings Smittskydd och Vårdhygien,
- samverkan med Region Jönköping med digitala samverkansmöte varje vecka, samordnad vårdplanering
- händelseråd med Högländets MAS:ar, representant för vårdcentral Bra Liv och chefsjuksköterska Högländssjukhuset.
- Estherforum på Högländet där kommunen, vårdcentralen och slutenvården finns representerade
- avtal Region Jönköping med riktlinjer uppsökande nödvändig tandvård.
- gemensamma upphandlingar av ex. inkontinenshjälpmedel, hjälpmedel samt sjuk- och förbandsmaterial.
- samverkan med lokalt apotek samt dosapotek
- MAS nätverksträffar i länet och på Högländet

Avvikelser från kommunerna i samverkan rör mest

- vårdplaneringsprocessen
- läkemedel

	2021	2021	2022	2022	2023	2023
	Ande	Anta	Ande	Anta	Ande	Anta
	1	1	1	1	1	1
	%	132	%	87	%	155
Vårdplaneringsprocess	43%	57	35 %	30	48,5 %	75
Läkemedel	37%	48	24 %	21	26 %	40
Vård och behandling	11%	15	19 %	17	16 %	25
Informationsöverförin g	7%	9	22%	19	9 %	14

Bemötande	0%	0	0 %	0	<b>0,5 %</b>	<b>1</b>
Hjälpmedel	2%	3	0 %	0	<b>0 %</b>	<b>0</b>

Eksjö har skrivit 27 avvikelser till regionen och 7 avvikelser har skrivits till Eksjö kommun från regionen. Flera av avvikelserna till Eksjö kommun gäller brist att meddela när en patient kan komma hem från sjukhus.

Avvikelse i samverkan hanteras i händelseråd med MAS, en representant från Bra liv, och chefsjuksköterska på Region Jönköping. Händelserådet analyserar avvikelser, kontaktar berörda enheter och uppdaterar rutiner i samverkan vid behov. Händelserådet har under 2023 haft dialog med ambulans och akutmottagning, SSIH, kliniska apotekare, SSIH, AK-mottagningen, apotekare, stomisjuksköterska samt psykiatri.

Händelserådet planerar att under 2024 bjuda in till dialog med läkare på medicinkliniken, AVK-mottagningen, SSIH. Inför sommaren bjuds alla vårdcentraler, enheter på Höglandssjukhuset samt representanter från kommunerna till samverkansmöte.

Avtal finns mellan regionens kommuner och Region Jönköping att en patient som är utskrivningsklar från slutenvården och behöver fortsatta insatser från kommunen ska tas emot och få insatser av kommunen inom 24 timmar. Målet är att patienten ska få insatser på rätt vårdnivå och på ett patientsäkert sätt. Eksjö kommun har vid 166 tillfälle som inneburit 409 dagar inte kunnat ta hem patienten inom överenskommen tid vilket innebär att patienten legat kvar inom slutenvården. Under 2023 har kommunen betalat för 78 dagar då verksamheten inte kunnat hålla överenskommelsen. Risken för vårdskada såsom trycksår, infektion, immobilitet, kontrakturer ökar och är inte patientsäkert vid fördröjd utskrivning.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

### Omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet



All personal ska rapportera händelser som har medfört eller kunde medfört en vårdskada.

Hälsosjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att patientsäkerheten upprätthålls.

Avvikelse ställs till närmaste chef som har ansvar för att lyfta avvikelserna till arbetsgruppen för dialog om vad som kan förändras för att förhindra att liknande händelser sker igen och för att förhindra vårdskada.

Målet är en kontinuerlig återkoppling av vad som har inträffat vad som orsakade händelsen och vilka åtgärder som vidtagits.

Rutinen för avvikelseprocessen är att avvikelser ska lyftas på resultatdialog i de olika funktionsområdena fyra gånger/år för ett gemensamt lärande i verksamheten. Avvikelse och åtgärder som vidtagits ska lyftas i resultatdialog 3, två gånger/år.

## Klagomål och synpunkter

Synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas både muntligt och skriftligt, till personal eller enhetschef för verksamheten. Alla synpunkter och förbättringsförslag dokumenteras och registreras. Synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas in anonymt, görs det ej anonymt ska den inkomna synpunkten bekräftas inom 7 dagar.

Synpunkter som kommer in till verksamheten och rör hälso- och sjukvården utreds av MAS och ansvarig chef för ett lärande hur man kan förhindra liknande händelser igen.

## Patientnämnden

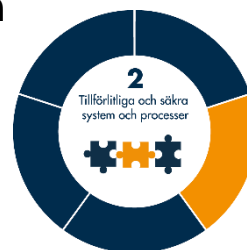
Patientnämnden har uppdrag att stötta och hjälpa patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården.

Patientnämnden är fristående och opartisk och består av förtroendevalda politiker som har stöd av anställda på regionledningskontoret i Region Jönköpings.

Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och definieras i lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården och handlägger synpunkter och klagomål inom all offentlig hälso- och sjukvård i regionen. Patientnämnden i Region Jönköping har avtal med länets samtliga 13 kommuner. Avtalet innebär motsvarande uppgifter för den hälso- och sjukvård som utförs enligt lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Brister i följsamhet till Basala hygienrutiner i verksamheten förekommer fortfarande. Fler hygienombud ska utbildas under 2024 för att nå målet att det finns ett hygienombud i varje arbetslag. Träffar för hygienombud ska planeras och genomföras. Mätning av följsamhet till rutiner ska göras genom självskattning och observationer.



Rutin för preventivt arbete med registrering i Senior Alert har uppdaterats och implementering har skett i verksamheten.

## Säker vård här och nu

Sociala sektorn arbetar ständigt med förbättringsarbeten som en del i kvalitetsledningssystemet. Det ska vara en del i det dagliga arbetet, förebyggande och leda till en förbättring. För att säkerställa att en förändring leder till en förbättring krävs det struktur och ett systematiskt arbetssätt.



- Rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare.
- Synpunkter hanteras enligt gällande rutin.
- Basala hygienrutiner följs upp genom observationer och självskattningsenkäter, hygienombud ute i verksamheterna.
- Kontroll av läkemedelsförråd 1 gång per.
- Granskning av hälso- och sjukvården.
- Avvikelsehantering, uppföljning av chefer vid APT.
- Följsamhet till rutin för förebyggande arbete genom riskbedömningar och registrering i senior alert.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Patientsäkerhetsarbetet ska vara känt inom verksamheten för att alla ska få en förståelse för ett patientsäkert arbete för att förhindra vårdskada.

Sektorns internkontrollplan innehåller flera punkter för att följa, analysera och utveckla verksamheten för patientsäkert arbete.



## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Läget med en ökad oro i omvärlden och brist på vissa produkter har lett till att sociala sektorn under 2023 sett över vilka risker som kan finnas och ökat sin beredskap för oväntade händelser. Sociala sektorn påbörjat arbete med kontinuitetsplanering och reservrutiner för olika område och händelser har tagits fram.



# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under året som gått ser verksamheten brister i följsamhet till basala hygienrutiner, följsamhet till preventivt arbete med registrering i Senior Alert, munhälsobedömning vid vård i livet slut samt följsamhet till processen vid utskrivning från slutenvården.

Mål för 2024 är att:

- följsamheten till basala hygienrutiner ska öka från föregående år
- följsamheten till processen för riskbedömning med åtgärder och uppföljning vid risk ska öka, registrering i Senior alert
- munhälsobedömning ska göras vid vård i livets slut
- handlingsplan vid palliativ vård ska finnas tillgänglig hos patienten
- ta emot patienter från slutenvården inom 24 timmar
- implementera reservrutiner i verksamheten
- arbeta fram rutin för behörigheter i system som innehåller patientuppgifter

Åtgärder som ska genomföras:

- utbilda flera hygienombud, träffar för hygienombud samt att årshjulet för hygien följs i verksamheterna
- följsamhet till processen för riskbedömningar med registrering i Senior alert
- information av ansvarig sjuksköterska på APT om munhälsobedömning vid palliativ vård
- följsamhet till processen för utskrivningsklar ex. genom Trygg hemgång att ge beslut om insatser i hemmet, planering för insatser i hemmet

Åtgärder och effekt av åtgärder följs upp i resultatdialog och internkontroll.