

Patientsäkerhetsberättelse

Ragunda kommun

År 2024



Datum 250325

Ansvarig för innehållet:

Marie Niklasson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Angelica Näslund, tf avdelningschef Stöd- och omsorgsavdelningen

Diarienummer: KS 2025/217

Inledning

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

Socialstyrelsen tillhandahåller en mall för patientsäkerhetsberättelsen. Mallen utgör ett stöd när patientsäkerhetsberättelsen ska skrivas samt utgår ifrån lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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

SAMMANFATTNING	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	6
God och nära vård	6
Verksamhetssystem legitimerad personal	6
Verksamhetssystem stöd och omsorgsavdelningen (SoO)	6
Förflyttningscoacher	6
Palliativa pärmarna	7
Bemanning legitimerad personal	7
Rehab över gränserna	7
Träffpunkten	7
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	8
Engagerad ledning och tydlig styrning	8
Ledningsgrupp stöd- och omsorgsavdelningen (SoO)	8
Övergripande mål och strategier	8
Kommunövergripande mål	8
Organisation och ansvar	9
Vårdgivaren	9
Social- och arbetsmarknadsutskottet (SAU)	9
Avdelningschef för stöd- och omsorgsavdelningen (SoO) ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen HSL 4:2	10
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	10
Enhetschef för legitimerad personal	10
Enhetschefer för verksamheter inom stöd och omsorgsavdelningen (SoO)	10
Legitimerad personal	11
Omsorgspersonal	11
Inspektion för vård och omsorg (IVO)	11
Patientnämnden	11
Socialstyrelsen	11
Vårdhygien Jämtland Härjedalen	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet	12

MAS/MAR länsträff Jämtland Härjedalen	12
Lokalsamverkan (LOKSAM)	12
Läkarmedverkan	13
Vårdhygien Jämtland Härjedalen	13
Avvikelse hantering mellan region och kommun.....	14
Mobila närvårdsteamet (MiNT)	14
Storsjögläntan	14
Informationssäkerhet.....	14
Egenkontroll av informationssäkerhet.....	15
SITHS kort	15
Strålskydd	15
En god säkerhetskultur.....	16
Avvikelsehantering	16
Samverkan enhetschefer och sjuksköterskor	16
Lokal samverkan (LOKSAM).....	16
Teamträffar/boråd	17
Arbetsplatsträffar /planeringsdagar/sjukskötersketräffar/rehabteamträffar.....	18
Kvalitetsregister.....	18
Sammanfattning angående kvalitetsregistren	19
Öppna jämförelser	19
Adekvat kunskap och kompetens	19
Digital utbildningsmiljö.....	19
E-tjänst SBAR checklista	20
Förflyttningscoacher	20
Dokumentationsutbildning	20
Äldreomsorgslyftet.....	21
Patienten som medskapare	21
Genomförandeplaner.....	21
Brytpunktsamtal.....	21
Samtycke	22
Läkemedelsgenomgångar	22
Samordnad individuell plan (SIP)	22
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	22
Läkemedelsskåp	23
Egenkontroller.....	23
Svenska Halt	24

Kvalitetsregister.....	24
Resultat Senior Alert	24
Analys av resultaten från Senior Alert	25
Analys av resultat från Palliativa registret	27
Öka kunskap om inträffade vårdskador	27
Avvikelsehantering	27
Tillförlitliga och säkra system och processer	28
Läkemedelsgivare.....	29
Läkemedelsgenomgång.....	29
Kvalitetsledningssystem	29
Säker vård här och nu.....	30
Medicintekniska produkter	30
Delegering	31
Språk.....	31
Riskhantering.....	31
Struktur för riskanalys	31
Avvikelser	32
Stärka analys, lärande och utveckling	32
Avvikelser	32
Övriga kommentarer	33
Fall avvikelser	34
Läkemedelsavvikelser.....	35
Klagomål och synpunkter	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	36
Kontinuitetsplaner.....	36
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	36
Patientsäkerhetsarbete.....	36
Intern samverkan	36
Säker vård.....	37
Avvikelsehantering	37
Hygien.....	37
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).....	37
Nya verksamhetssystem.....	38

SAMMANFATTNING

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ragunda kommun har saknat en aktiv MAS sedan hösten 2023 med anledning av att samverkansavtalet om gemensam MAS med annan kommun sades upp. Verksamheten har haft en tillförordnad MAS med uppgift att vara kommunens mottagare av information för spridning till berörda professioner samt handläggning av eventuella lex Maria ärenden. Sedan februari 2025 har Ragunda kommun en aktiv MAS på 50%. Under detta år kommer fokus att läggas på uppdatering av rutiner och riktlinjer, driva ett tydligt patientsäkerhetsarbete tillsammans med övriga kollegor inom stöd – och omsorgsavdelningen samt belysa MAS rollen i kommunen.

God och nära vård

Det pågår en regional omställning till Nära vård som innebär att vården ska samverka mer med medborgarna. Fokus på att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsobefrämjande. I Ragunda fortsätter arbetet mellan kommunen och regionen i god och nära vård anda. Kommunens och regionens rehabiliteringspersonal har utfört gemensamt arbete med att informera äldre medborgare i samhället om vikten av daglig rörelse. Implementering av hemtagningsteam har fortsatt samt översyn av välfärdsteknik. Gemensamt arbete fortsätter i konstellationen LOKSAM; lokal samverkansgrupp där representanter från både kommunens- respektive regionens ledningsgrupp ingår.

Verksamhetssystem legitimerad personal

Under året började förberedelser vidtas inför byte av verksamhetssystem för legitimerad personal. Implementeringsarbetet fortsätter under 2025 och förhoppningen är att legitimerad personal ska kunna gå in i nytt verksamhetssystem under våren och börja dokumentera i Cosmic. Även region Jämtland Härjedalen använder Cosmic som verksamhetssystem vilket kommer öka patientsäkerheten för kommunens äldre befolkning vid särskilt boende och inom hemsjukvård, då båda vårdgivarna tillgängliggör sina journaluppgifter för varandra. Informationen kring den enskilde blir sålunda mer lättillgänglig för båda vårdinstanserna.

Verksamhetssystem stöd och omsorgsavdelningen (SoO)

Kommunens SoO började förra året att undersöka marknaden inför eventuellt byte av verksamhetssystem. Upphandlingen är klar och nu pågår förberedelser i högsta grad. Implementeringen av det nya verksamhetssystemet kommer att ske i slutet av hösten 2025. Legitimerad personal är också involverade i detta, då Cosmic inte kan erbjuda alla tjänster som behövs till exempel kommunikation mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.

Förflyttningscoacher

Under året togs nästa steg inom förflyttningsutbildningen. Förflyttningscoacher utbildades för alla vårdenheter och under detta år kommer fokus läggas på att stödja dem i deras uppdrag i dagligt arbete.

Palliativa pärmen

Vid vård vid livets slut använder omsorgspersonalen en palliativ pärm som ett stöd i omvårdnaden, vad man särskilt ska tänka på. Den är också ett underlag inför registrering i det Palliativa registret. Under 2024 gjordes en revidering av den Palliativa pärmen för att den skulle bli mer användarvänlig. Innehållet fick en tydligare struktur med enklare tabeller, bedömningsunderlag och råd. Omvårdnaden som ska utföras utgår ifrån den enskilde personen där hänsyn tas till självbestämmande rätt och personcentrerad vård, vilket lyftes fram tydligare i den reviderade upplagan. Revideringen utfördes av utbildade undersköterskor inom palliativ vård tillsammans med legitimerad personal som referensgrupp. Den nya upplagan kommer att finnas i verksamheten under våren.

Bemanning legitimerad personal

Även förra året präglades av svårigheter att rekrytera legitimerad personal till vakanta tjänster. För att upprätthålla patientsäkerheten samt en god arbetsmiljö, har verksamheten varit tvungen att ta in bemanningspersonal. En del av bemanningspersonalen har stannat kvar längre perioder och på så vis har verksamheten uppnått viss kontinuitet i det dagliga arbetet. Fortsatt arbete kring kommunens attraktion som arbetsgivare är ett prioriterat uppdrag på högre nivå, då det berör många verksamheter och inte endast stöd och omsorgsavdelningen. Arbetet fortsätter även inom verksamheten med översyn av organisation, arbetssätt och uppdrag kontra arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Rehab över gränserna

Fysioterapeuter och arbetsterapeuter i Ragunda kommun samt fysioterapeuter på hälsocentralen i Hammarstrand arbetar över huvudmannagränsen utifrån god och nära vård. Under hösten genomfördes en gemensam föreläsning för lokala PRO föreningen om vikten av rörelse genom livet framför allt som senior. Vilka utmaningar står kommunen och dess medborgare inför som glesbygdskommun för att uppnå målen med omställningen till god och nära vård? Hur kan vi hjälpas åt för att så många som möjligt får må så bra som möjligt så länge som möjligt? Belyste även behovet av samverkan på olika nivåer inom kommunen och föreningslivet.

Träffpunkten

Träffpunkten är en mötesplats för de äldre medborgarna i kommunen, där det ges möjlighet till socialt umgänge men också möjlighet att vara delaktig i samhället. 36 träffar erbjuds under förra året och det var mellan 16-28 deltagare per träff. Samarbetet med fler aktörer har utökats bland annat med Hjärt-och lungfonden, polisen och lokala musiker. Representanter från kommunens olika verksamhetsavdelningar har varit på besök och pratat bland annat om kostens betydelse, hemberedskap och vikten av rörelser i vardagen. Varje träff präglas av ett tema samt utrymme för samtal och närvaro. Återkoppling sker till tidigare informativa teman för att fånga upp eventuella frågor eller funderingar. Träffpunkten erbjuder möjligheten att bryta ensamhet och skapa en delaktighet tillsammans med andra människor i gemensam ålder/situation och med samhället i stort.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen *”God och säker vård – överallt och alltid”* och det nationella målet *”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”*, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningsgrupp stöd- och omsorgsavdelningen (SoO)

Stöd- och omsorgsavdelningen leds av avdelningschef. Tillsammans med verksamhetscheferna så utgör man ledningsgrupp för SoO avdelningen. Ledningsgruppen träffas var 3:dje vecka med syftet att lyfta verksamhetsfrågor som berör både SoL, hälso – och sjukvården, arbetsmarknadsinsatser (AMI), individ och familjeomsorg (IFO) samt kostenheten. Arbetssättet präglas av personcentrerat synsätt med fokus på kommunens medborgare utifrån rådande lagar och riktlinjer. Översyn av mötesstruktur är under arbete med tanke om gemensam träff på förmiddagen för SoO avdelningen, för att sedan under eftermiddagen endast samla enhetschefer för vårdenheterna för specifikt arbete kring deras sakfrågor. Detta för att nå struktur i mötesformen men också möjlighet att arbeta med gemensamma sakfrågor på djupet i rätt konstellation.



Arbetet inom SoO avdelningen har präglats av ekonomiska frågor och ställningstagande under 2024 varav ett arbete kring avdelningens egen organisation initierats. Detta arbete kommer att fortgå under detta år samtidigt som utveckling sker av den dagliga verksamheten ute på enheterna och kring vårdtagarna. Exempelvis genom välfärdsteknik och utbildning av omsorgspersonal.

Ett aktuellt ledningssystem är en grundläggande förutsättning för säker vård. Ytterligare förutsättning är att det finns aktuella rutiner som verksamheten kan vila på. Därför kommer arbetet med revidering av befintliga rutiner samt upprättade av nya att påbörjas detta år. För att bedriva en säker och god vård krävs kontinuitet och full bemanning av kompetent personal. Kommunen arbetar på bred front med uppdraget att vara en attraktiv arbetsgivare vilket även engagerar SoO avdelningen utifrån utmaningar med aktuell bemanningssituation samt de kommande årens personalutmaningar utifrån samhällsekonomiska prognoser. I konceptet attraktiv arbetsgivare ingår också fokus på arbetsmiljöarbetet med syftet att nå ett hållbart arbetsliv för samtliga medarbetare med möjlighet att utvecklas både som individer samt yrkesmässigt.

Övergripande mål och strategier

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

Kommunövergripande mål

Ragunda kommun har tre övergripande mål med respektive två underställda mål. Dessa är:

Goda livsvillkor	Attraktivt samhälle	Effektiv organisation
God folkhälsa	Växande näringsliv	Attraktiv arbetsgivare
Trygga innevånare	Ett hållbart samhälle	Verksamheter som kännetecknas av kvalitet, service och sund ekonomi

Den politiska inriktningen under 2024 var att fortsätta utveckla SoO avdelningen. Fokus lades på att arbeta för en bättre arbetsmiljö för medarbetarna genom att växla över visstidsanställningar till tillsvidareanställningar. Särskild uppmärksamhet kring trygghetsboende har uppstått utifrån tyngdpunkt av att behålla ett fritt val av boende långt upp i åldrarna med trygghet som ett nav. Fortsatt undersökning av välfärdsteknik med förutsättning att forma en bättre omsorg och vård.

Ett politiskt verksamhetsmål för SoO avdelningen uppmanar till att individens behov är i centrum i verksamheten utifrån IBIC (Individens behov i centrum – ett arbetssätt inom socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för enskilda individer med behov av stöd). Exempel på aktiviteter är att arbeta aktivt med att varje individ ska ha en aktuell genomförande plan samt översyn av att de särskilda boendena erbjuder rätt antal platser i de olika kommundelarna utifrån en kötid på högst tre månader vid beslut om särskilt boende. Till varje aktivitet finns indikatorer utarbetade för att mäta utfall och resultat.

Alla mål ska genomsyras av jämställdhet och jämlikhet. Därför måste jämställdhetsperspektivet vara en del av det dagliga arbetet. Från förslag och genomförande till utvärdering. Utifrån relevant diskrimineringsgrund ska konsekvenser av beslut i arbetet med jämställdhetsintegrering systematiskt analyseras och tydliggöras.

Jämställdhetsintegrering är en förutsättning för att arbeta vidare med jämlikhet, det vill säga att alla oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsvariation eller ålder ska ha lika rättigheter och möjligheter.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren

Vårdgivaren och tillika kommunstyrelsen (KS) ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) upprätthålls. Övergripande mål ska fastställas för det systematiska kvalitetsarbetet och dessa ska kontinuerligt följas upp och utvärderas.

Social- och arbetsmarknadsutskottet (SAU)

SAU är ett utskott under kommunstyrelsen och är en nämnd för verksamheten. Verksamheter som är under SAU:s ansvar är stöd- och omsorg, individ- och familjeomsorg, arbetsmarknads – och integration samt vuxen utbildningen. SAU ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Till utskottets ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. SAU ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Vidare ska övergripande mål fastställas för det systematiska kvalitetsarbetet samt att mål kontinuerligt följs upp och utvärderas.

Avdelningschef för stöd- och omsorgsavdelningen (SoO) ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen HSL 4:2

Inom SoO avdelningen har avdelningschefen ett övergripande ansvar för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Avdelningschefen skall också säkerställa att enhetscheferna för respektive verksamhet känner till gällande rutiner och riktlinjer samt att dessa efterlevs. Avdelningschefen leder arbetet för SoO avdelningen och ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har tillsammans med avdelningschef för stöd och omsorgs avdelningen i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS har ett särskilt medicinskt ansvar för att den enskilde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

- MAS ansvarar genom att bevaka och följa upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls inom kommunens ansvarsområde samt utgör ett stöd för organisationen och professionerna.
- MAS ansvarar för att avdelningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård där den enskilde får den hälso- och sjukvård som läkare har ordinerat.
- MAS ansvarar även för att det finns system och rutiner för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för den enskilde, att det finns ändamålsenliga rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när den enskildes tillstånd fordrar det.
- MAS utreder händelser i verksamheten och att på delegation från utskott göra anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef för legitimerad personal

Enhetschef för legitimerad personal ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Bär det övergripande ansvaret för att vård- och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner med mål att uppnå trygghet för den enskilde avseende kontinuitet, samverkan och säkerhet. Enhetschefen behöver inte själv ha medicinsk kompetens. Enhetschefen kan inte bestämma över de arbetsuppgifter som en MAS har enligt lagar och föreskrifter.

Enhetschefer för verksamheter inom stöd och omsorgsavdelningen (SoO)

Enhetschefer inom SoO avdelningen har ett helhetsansvar för sina respektive verksamheter. Det innebär att rutiner och riktlinjer som styr är kända av personalen samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att den introduktion som krävs för att utföra uppdragen genomförs. Inom deras verksamheter utförs delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser och därför har enhetscheferna också ansvar för att planera verksamhet och bemanning utifrån de kompetenskrav som gäller för utförande av dessa insatser. Dessutom har de ett övergripande ansvar för personal, kompetensutveckling samt att utrustning finns tillgängligt efter behov. Enhetscheferna är även ansvariga för avvikelshanteringen inom sin verksamhet samt delaktig i teamssamverkan med legitimerad personal och övriga yrkesroller samt aktörer internt som externt.

Legitimerad personal

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med den enskilde och visa den enskilde omtanke och respekt samt föra patientjournal enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal ska arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och har ett personligt yrkesansvar för hur arbetsuppgifterna utförs det vill säga att följa lagstiftning, föreskrifter och styrdokument.

Omsorgspersonal

Omsorgspersonal är ett samlingsbegrepp för exempel undersköterska, vårdbiträde eller boendestödare. Omsorgspersonal följer i dagligt arbete riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De har även en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att uppmärksamma och rapportera avvikande händelser, förändringar och/eller försämringar av den enskildes allmäntillstånd. Även risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada skall rapporteras.

Omsorgspersonal avses som hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad personal och utför delegerade eller ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det innebär i sin tur ett särskilt yrkesansvar som följd av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Inspektion för vård och omsorg (IVO)

IVO:s främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO ansvarar också för tillståndsprövning inom ovanstående områden. IVO handlägger anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah. Det innebär att IVO säkerställer att anmälda händelser har utretts i tillräcklig omfattning samt att de åtgärder som krävs är vidtagna av vårdgivaren för en god patientsäkerhet.

Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående nämnd och bidrar till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet genom att lyssna och föra fram patienters och närståendes synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården. Genom att analysera inkomna ärenden kan riskområden identifieras inom vården och förbättringar kan föreslås. Patientnämnden har inte disciplinära befogenheter och gör inte egna medicinska bedömningar. Information om patientnämnden kommer att upprättas på kommunens hemsida.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en myndighet som tar fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder samt barn och unga. De tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur verksamheterna lever upp till föreskrifternas krav.

Vårdhygien Jämtland Härjedalen

Vårdhygien verkar för att i samverkan minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Arbetet sker genom epidemiologisk övervakning, smittspårning, information och utbildning samt bistå allmänheten med råd. Enheten har ett rådgivande uppdrag för regional som kommunal hälso- och sjukvård inom länet.

Kommunen har en tilldelad hygiensjuksköterska som stöttar kommunen i arbetet kring vårdhygien.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet

LSG patientsäkerhets uppgift är att stödja arbetet i länet för ökad säkerhet i hälso- och sjukvården – både regionalt och kommunalt samt vid vårdens övergångar mellan huvudmän. Arbetet utgår ifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ”Agera för säker vård”. LSG patientsäkerhet ska följa utvecklingen i kunskapsstyrningen både nationellt och regionalt samt även stödja med perspektivet patientsäkerhet i omställningen till en Nära vård i Jämtland Härjedalen. Skall även utgöra ett forum för gränsöverskridande samtal om patientsäkerhet och genomförande av gemensamma aktiviteter. Utbytet mellan huvudmän, vårdgivare och specifika kompetenser utgör en central del för att stärka patientsäkerheten inom regionen, i kommunen och vid vårdens övergångar.

LSG patientsäkerhet träffas 10 gånger per år med deltagare från regionen med olika ansvarsområden och yrkesbakgrund till exempel chefsläkare, patientsäkerhetssamordnare, vårdhygien, representant för primärvården, ordförande för läkemedelskommittén, chef för område patientsäkerhet. Från kommunerna deltar medicinskt ansvarig sjuksköterska varvid Ragunda är representerad.

MAS/MAR länsträff Jämtland Härjedalen

I Jämtland Härjedalen utgör kommunernas MAS/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive medicinskt ansvarig för rehabilitering) ett nätverk som träffas regelbundet genom digitala alternativa fysiska möten. Tillsammans arbetar nätverket med gemensamma frågor relaterade till uppdragen som MAS respektive MAR, upprättar gemensamma rutiner, arbetar med patientsäkerhetsfrågor samt deltar i utvecklingsarbeten i olika beredningsgrupper på både lokal, regional och nationell nivå.

Lokalsamverkan (LOKSAM)

Ragunda kommun och den regionala primärvården har samverkansmöten tillsammans. Samverkan sker via regelbundna månatliga LOKSAM träffar. Inom dessa mötesformer ingår att identifiera brister och risker i den gemensamma planeringen och hantering av patienter som finns i Ragunda kommun samt att vid identifierade risker/brister utforma rutiner och åtgärder för att eliminera och/eller minimera att liknande situationer inte uppstår igen.

LOKSAMs huvuduppdrag är fokus på beslutande mål mot Nära vård samt att bidra till en länsgemensam plan med lokal samverkansplan. Syftet är att hälso- och sjukvården ska utformas på primärvårdsnivå samt i de processer som involverar socialtjänsten.

Vidare ska LOKSAM gemensamt verka för att medborgarna får en god kvalitet på de insatser som ges utifrån verksamheternas gemensamma förutsättningar. Information ges i respektive organisation av sådan art som kan ge konsekvenser för varandra. Vidare ska LOKSAM verkställa beslut och rekommendationer som är tagna i sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) och Fredagsgruppen.

Läkarmedverkan

Äldre medborgare ska trots sjukdom och nedsatt funktionsförmåga ha möjlighet att leva ett tryggt och självständigt liv utan att behöva vårdas på sjukhuset i onödan. En viktig faktor – bland flera – utgör läkarkontakten med en god kommunikation och kontinuitet samt tydliga rutiner kring utformningen av läkarmedverkan.

Kontinuitet är ett nyckelord vid diskussion kring läkarmedverkan. Med kontinuitet kan en trygghet byggas upp för den enskilde samt för omvårdnadsansvarig sjuksköterska, vilket är en god grund för god medicinsk behandling och omvårdnad. Med kontinuitet i läkarmedverkan kan både kort- och långsiktig planering initieras samtidigt som uppföljningar och utvärderingar blir av bättre kvalitet. Kontinuiteten ger också läkaren möjlighet att skapa en relation till den enskilde och få ett större helhetsperspektiv utifrån dennes välbefinnande kontra diagnoser och behandlingar.

Läkarmedverkan ser olika ut på kommunens orter. På en av orterna är det en god läkarmedverkan med teamsamverkan vilket ger kontinuitet som leder till en god kvalitet på den medicinska behandlingen och omvårdnaden utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. En väl fungerande läkarmedverkan kräver att det finns läkare tillgängligt vilket är en problematik som regionen dras med då det är svårt att rekrytera läkare till fasta tjänster samtidigt som regionen stramar åt möjligheten att efterfråga stafettläkare. Tidigare kunde samma stafettläkare återkomma i perioder vilket skapade en viss – om än inte optimal – kontinuitet. Utöver denna problematik så finns det också behov av en tydlighet från regionens sida gällande förutsättningar för läkarna att utföra sitt arbete inklusive läkarmedverkan mot kommunens medborgare vid särskilda boende och hemsjukvårdsområden. Det arbetet är pågående.

Att arbeta proaktivt, strukturerat och multiprofessionellt med vanligt förekommande olika tillstånd för denna sköra grupp av medborgare (till exempel kognitiv svikt, vårdrelaterade infektioner, konfusion) besparar lidande och ökar möjligheten till ett gott välbefinnande. Läkarmedverkan är en viktig del i detta arbete.

Vårdhygien Jämtland Härjedalen

Det finns samverkan mellan Vårdhygien region Jämtland Härjedalen och länets kommuner. Syftet är att upprätthålla basal vårdhygien internt i den egna verksamheten. Det är både ett gemensamt och ett separat ansvar. Vårdhygien utgör regionens infektionsförebyggande enhet till skillnad för smittskyddet som har uppdraget att arbeta smittförebyggande ut mot samhället. Kommunen har bland annat ansvar för att systematiskt arbeta med vårdhygieniska frågor, utarbeta och följa hygienrutiner, övervaka infektionsläget och vara uppmärksam på smittspridning inom kommunal vård och omsorg. Vårdhygien expertis kan bistå med bland annat rådgivning till medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschefer utifrån olika frågeställningar och situationer, hjälp vid utredning och smittspårning vid misstänkta eller konstaterade utbrott, eventuell konsultrond utifrån kommunens egenkontroll enligt vårdhygienisk standard. Samverkan sker även inom andra konstellationer som också påverkar kommunal hälso- och sjukvård. Till exempel deltar hygiensjuksköterskor vid MAS/MAR länsträff minst 1 ggr/år då man tillsammans utvärderar

föregående verksamhetsår och planerar för det kommande året. Vid LSG patientsäkerhet diskuteras vårdhygieniska frågor och i dessa möten deltar hygiensjuksköterska.

Avvikelse hantering mellan region och kommun.

Avvikelse som kan härledas till regionen utreds hos vårdtagaren. Medicinskt ansvarig sjuksköterska meddelar regionen Jämtland Härjedalen via avsedd formulär för avvikelseärende. Avvikelsen diarieförs av Område Patientsäkerhet och skickas därefter till berörd mottagare (avdelning/enhet). Svar till medicinskt ansvarig sjuksköterska skickas sedan av berörd avdelning/enhet enligt önskemål.

Avvikelse som bedöms vara Lex Maria utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och skickas till IVO för hantering.

Mobila närvårdsteamet (MiNT)

MiNT teamet är ett mobilt närvårdsteam och i det ingår specialistläkare, specialist distriktsköterskor. Syftet är att skapa trygghet för multisjuka medborgare (främst äldre) i ett instabilt läge. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivare såsom kommun, primärvård och Östersunds sjukhus. Kontakt sker via varselblankett. All legitimerad personal inom kommun, primärvård eller sjukhus kan använda den med förutsättning att medgivande har getts av den enskilde till att kontakt tas samt godkänt journalgranskning. Beslut om anslutning fattas utifrån om MiNT teamet bedömer att man kan tillföra något eller göra någon nytta för den enskilde.

Det finns samverkan mot kommunens sjuksköterskor kring hemsjukvårdspatienter som är inskrivna hos teamet. MiNT teamet utgör ett gott stöd för den enskilde samt för omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen, då det finns ett helhetsgrepp kring den enskildes välbefinnande och behandling utifrån ålder och diagnoser.

Storsjögläntan

Storsjögläntan är ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam som stöttar obotligt sjuka medborgare med progressiv sjukdom med begränsad överlevnad som vill vårdas i hemmet men har behov av specialiserad palliativ kompetens. I teamet arbetar läkare, sjuksköterskor, kurator, arbetsterapeut och sekreterare. Det finns ett väl utvecklat samarbete mellan kommunens hälso- och sjukvård och Storsjögläntans team. Det medicinska ansvaret har Storsjögläntans läkare medan kommunens sjuksköterska har det primära omvårdnadsansvaret. Storsjögläntans sjuksköterskor utgör ett bra konsultativt stöd till kommunens sjuksköterskor.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Ragunda kommun använder verksamhetssystemet Treserva för samtliga aktörer inom stöd och omsorgsverksamheten där behörighet styrs utifrån anställning och tillhörighet. För att ta del av dokumentation/journal ska det finnas en vårdrelation mellan personal och den enskilde. Skriftlig kommunikation med regionala sjukvården sker företrädes inom deras verksamhetssystem och Cosmic Link.

Egenkontroll av informationssäkerhet

För att säkerställa att personuppgifter och den personliga informationen kring den enskilde sker på ett rättssäkert sätt, ska loggar i verksamhetssystemet följas upp systematiskt och kontinuerligt. Detta för att förebygga och identifiera avvikelser där användare av verksamhetssystemet tar del av information man inte är berättigad till. Loggar kan och ska påvisa att den anställde har behandlat och tagit del av information på ett sätt som stämmer överens med gällande bestämmelser och riktlinjer. Enligt rutin ska logguppföljningen kombineras med systematik och slumpmässighet i urval av loggar. Det innebär att två metoder för uppföljning ska användas, dels månadsvisa kontroller dels stickprov. Ansvarig för logguppföljning till exempel enhetschef, ska genom analys och kritisk granskning göra en bedömning av den information som framkommer. Det är genom den organisatoriska kännedomen som avvikande aktiviteter i verksamhetssystemet kan identifieras och urskiljas. Varje genomförd uppföljning ska dokumenteras i en protokollmall det vill säga om avvikelse har förekommit eller inte. Inga uppgifter lämnas i protokollmall som kan härledas till den enskilde. Avvikelser som upptäcks ska undersökas och utredas.

Riktlinjen angående loggkontroller är i behov av revidering. Det finns känd rutin på hur loggkontroll genomförs praktiskt i befintligt verksamhetssystem men följsamheten är låg vilket kan härledas till komplicerad process för framtagandet av uppgifterna. Stöd och omsorgsavdelningen har långtgående arbete rörande införandet av nytt verksamhetssystem för legitimerad personal respektive utförardelen (SoL) senare delen av 2025 varav riktlinjen för loggkontroller kommer att revideras och nya rutiner tas fram för tillvägagångssätt i de nya systemen.

SITHS kort

SITHS står för *Säker IT för Hälso- och Sjukvården*. Denna säkerhetslösning bygger på att anställda i vård och omsorg har ett personligt ID-kort, SITHS-kort. SITHS-kortet är en tjänstelegitimation för både fysisk och elektronisk identifiering, elektronisk signering och för säker kommunikation mellan system. Denna elektroniska legitimation möjliggör säker identifiering och kryptering av känslig information och ingår i den nationella IT-strategin. Det finns lokala rutiner hur SITHS kortet ska hanteras av användare.

SITHS kort har en stark autentisering vilket innebär att en persons identitet kontrolleras två eller flera gånger innan åtkomst ges. I SITHS's fall görs detta genom personlig e-legitimation och personlig kod. SITHS är kopplat till en elektronisk katalogtjänst, HSA, med innehåll av kvalitetsgranskande uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg. HSA är en viktig källa för att ge behörighet för att användare ska kunna logga in i tjänster och system.

Kommunens ansvarige för HSA hanterar anställnings- och uppdragsförhållanden enligt HSA-policy samt har ansvar att kontroll och dokumentation sker vid årlig internrevision. Regelbundna avstämningar mot HSA sker enligt lokal rutin.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Det förekommer inte sådan medicinsk hantering inom verksamheten som ska redovisas enligt Strålskyddsmyndighetens krav.

En god säkerhetskultur

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



Avvikelsehantering

Avvikelsehanteringen syftar till att säkra kvalitén, tryggheten och säkerheten i det dagliga arbetet kring den enskilde samt att tydliggöra ansvarsfördelningen. Underlag skapas för ständiga förbättringar, öka kunskapen kring riskfaktorer och lära av det som hänt samt förebyggande arbete.

Avvikelserapporteringen är en del av det löpande kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Utredning av avvikelser ska ske på lokal nivå i respektive teamledningsgrupp där enhetschef, sjuksköterska samt fysioterapeut och arbetsterapeut deltar. Avvikelser lyfts sedan med omsorgspersonalen vid teamträff/boråd samt redovisas som statistik vid arbetsplatsmöten. Avvikelsearbetet ger upphov till lärande och justering/uppdatering av rutiner och riktlinjer samt riskbedömning med åtföljande åtgärder. Redovisning av avvikelser ska ske två gånger per år till social- och arbetsmarknadsutskottet.

Följsamheten till avvikelserutinen ser olika ut inom verksamheten, vilket skapar en snedfördelning inom kommunen gällande god patientsäkerhet och kontinuerligt arbete för att minska vårdskador och risker. Därav är det en prioriterad åtgärd att få ökad följsamhet.

Samverkan enhetschefer och sjuksköterskor

Enhetschefer och sjuksköterskor på respektive enheter utgör tillsammans enhetens teamledningsgrupp. Syftet med teamledningsgruppen är att stärka varandras yrkesroller men framför allt gemensamt driva verksamheten på enheten utifrån personcentrerat arbetssätt och för en god patientsäkerhet med samverkan med omsorgspersonal. År 2023 infördes nätverksträffar utifrån behov av att stärka dessa teamledningsgrupper och då SoO erhållit ett antal nya enhetschefer. Dessa nätverksträffar fortsatte under 2024. Vid dessa träffar diskuteras rutiner, nya händelser inom verksamheten, välfärdsteknik, delar med sig av goda exempel. Djupare arbete har gjorts kring teamträffarna på enheterna där enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt omsorgspersonal deltar. Vid teamträffarna görs det uppföljningar kring tidigare beslutade insatser kring den enskilde samt hantering av omvårdnadsproblem. Upplevelsen är att teamträffarna är olika utformade och att behovet är att dessa blir mer lika på alla enheterna. Även fysioterapeut och arbetsterapeut bör ingå i enhetens teamledningsgrupp.

Lokal samverkan (LOKSAM)

LOKSAM arbetar med en gemensam plan som syftar till att skapa tillgänglig och effektivare personcentrerad vård. Effektmålen i den gemensamma planen är följande:

- Ökad delaktighet för medborgaren
- Ökad kontinuitet för medborgaren
- Förbättrad tillgänglighet, fysiskt och digitalt
- Förbättrat hälsofrämjande och förebyggande arbete
- Ökad samordning och samverkan på primärvårdsnivå

Under 2024 har en **dialogdag** genomförts under en eftermiddag med kommunens och regionens sjuksköterskor och medarbetare. Syftet var att främja en öppen och god dialog mellan verksamheterna och att diskutera gemensamma frågor samt driva kvalitetsutveckling utifrån fokus på kommunens medborgare.

Utökning av läkartillgänglighet upprättades utifrån önskemål från kommunens sjuksköterskor om ökade möjligheter för läkarkontakt utöver den läkarkonsult som finns till handa 1 ggr/vecka. Tillgänglighet och kontinuitet av läkarkontakt har varit svårt för regionen att uppfylla på grund av svårigheter att rekrytera läkare till hälsocentralen i Hammarstrand. Detta skapar extra arbetsbörda för kommunens sjuksköterskor som då tar ett större ansvar för helheten kring den enskilde samt känner ett större ansvar för uppföljning av medicinska åtgärder. Därför infördes 30 minuters extra konsulttid måndag – fredag som då kunde bokas av kommunens sjuksköterskor. Till exempel för ett läkarbesök för den enskilde eller möjlighet för sjuksköterskan att få rådgivning av läkare i specifikt ärende. Använder inte kommunens sjuksköterskor den extra konsulttiden så tillfaller tiden hälsocentralen.

LOKSAM arbetar också med aktiviteter utifrån god och nära vård såsom:

- **Hemtagningsteam:** Ett kommun- och regiongemensamt mobilt team på primärvårdsnivå inom Ragunda kommun. Syftet är att arbeta med planerad hemtagning från specialiserad vård samt närliggande insatser inom Nära vård med fokus på patienter där det är oklart om regionen eller kommunen ska vara huvudman. Förberedelser är gjorda under föregående år och planen är uppstart under detta år.
- **Gemensam journalföring:** Legitimerad personal kommer att gå in i ett nytt dokumentationssystem vilket blir samma som regionens det vill säga Cosmic. Uppbyggnad av Cosmic utifrån kommunens önskemål och behov påbörjades 2024 och implementeringen kommer att ske under 2025.
- **SIP-samordnad individuell plan:** SIP är ett verktyg som ska användas vid behov av samordning av insatser mellan vårdens olika aktörer och kommunen. I SIP processen sätts den enskilde i fokus utifrån ett helhetsperspektiv samt delaktighet. SIP är lagstiftat både i socialtjänstlagen och i hälso – och sjukvårdslagen. För att göra processen mer användarvänlig har frågan lyfts om det går att göra en version som är enklare att hantera. Arbetsgrupp är tillsatt som arbetar med uppdraget.
- **Läkemedelspåminnare:** Ragunda har sedan tidigare infört läkemedelspåminnare i en mindre skala i en av kommunens orter. I november hölls en workshop då deltagare från både kommunen och regionen deltog. Syftet var att få mer kunskaper kring denna typ av välfärdsteknik, för att sedan gemensamt arbeta vidare med frågan hur läkemedelspåminnare kan användas i samverkan mellan kommun och region.

Teamträffar/boråd

På varje enhet – särskilt boende och hemsjukvårdsområde – har man teamträffar/boråd en gång per månad. Syftet med teamträffar/boråd är att den enskilde ska bibehålla sina funktioner och förmågor samt att pågående försämring, som ett normalt åldrande och sjukdom innebär, kan fördröjas. Detta uppnås genom ett teamarbete kring den enskilde. I teamet ingår enhetschef, sjuksköterska, omsorgspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Med god kännedom om den enskildes behov och önskemål skapas trygghet genom att tillgodose dennes behov på bästa sätt, ta vara på teamets kunskap till nytta i planeringen för den enskilde samt ge förutsättningar för ett gemensamt synsätt för omsorgspersonalen. Det är fokusering på eventuella oklarheter/frågeställningar/omvårdnadsbehov kring den enskilde. Det kan vara förändringar ur social aspekt eller ur medicinsk synvinkel eller utifrån rehabiliterande/mobiliserande behov. Specifika avvikelser kan diskuteras till exempel fallolyckor eller resultat från kvalitetsregistret Senior Alert och Palliativa registret. Varje deltagare tar sitt ansvar i mötet utifrån sin yrkesroll genom att ställa frågor och följa upp tidigare åtgärder. Dokumentation förs i den enskildes hälso-och sjukvårdsjournal respektive sociala journal.

Arbetsplatsträffar /planeringsdagar/sjukskötersketräffar/rehabteamträffar

Arbetsplatsträffar (APT) hålls för legitimerad personal respektive omsorgspersonal per enhet 1 ggr/månad. Sammanlagt ska 10 APT hållas per år. Legitimerad personal – framför allt sjuksköterska – deltar vid omvårdnadspersonalens APT. Enhetschef och sjuksköterska ska prata ihop sig kring dagordningen där sjuksköterskan har sin egen punkt att lyfta ärenden utifrån sin yrkesroll.

Vid APT för legitimerad personal ges utrymme för reflektion kring arbetsuppgifter, arbetsmiljö och yrkesrelaterade händelser. Specifika avvikelsehändelser diskuteras och delgivande av speciella omvårdnadssituationer förekommer. Det ger möjlighet till reflektion samt lärande av varandra. Vid APT för legitimerad personal har dock närvaro av medicinskt ansvarig sjuksköterska saknats då tjänsten inte varit tillsatt.

En gång per termin hålls **planeringsdag** för legitimerad personal då det ges möjlighet till fördjupning av olika områden. Planeringsdagar hålls även för omsorgspersonalen för respektive enhet och då finns det också möjlighet för sjuksköterskan att delta.

Sjuksköterskemöten hålls tre gånger/termin då specifika sjuksköterskefrågor lyfts. Det kan beröra arbetsmiljö, samverkan, rutiner, handledning, utbildning med mera. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har **rehabteamsmöten** en gång/månad. Dessa båda möten hålls tillsammans med enhetschef för legitimerad personal. Finns också möjlighet att bjuda in annan aktör om det finns önskemål och behov från gruppen.

Kvalitetsregister

Senior Alert är ett kvalitetsregister kring förebyggande arbete för äldres hälsa. Det är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga trycksår, fall, undernäring och risk för ohälsa i munnen. Alla personer som är äldre än 65 år och får vård och omsorg av kommunen ska riskbedömas enligt evidensbaserade skattningsskalor. Genom att använda bedömningsinstrument skapas en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare. De risker som upptäcks ska alltid följas av en vårdplan. I den dokumenteras ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut till omsorgspersonalen. Vårdplanen följs upp och utvärderas regelbundet. Riskbedömning, åtgärder och uppföljning i Senior Alert sker på särskilt boende och även i viss utsträckning vid ordinärt boende. Resultatet från riskbedömningen används också vid årlig avstämning med läkare i samband med läkemedelsgenomgång. Riskbedömningen i Senior Alert utförs vid inflyttning till särskilt boende och sedan återkommande årligen eller oftare efter behov.

Svenska Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan och omsorgspersonalen

som vårdat en avliden besvarar tillsammans ett antal frågor i registret, vilket ger möjlighet till reflektioner och lärdomar på lokal nivå.

Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Den enskilde bör få vård där hen vill vara, inte behöva vara ensam och veta att närstående får stöd.

Sammanfattning angående kvalitetsregistren

Arbetet med kvalitetsregistren sker på de lokala enheterna men skulle behövas lyftas utifrån statistik, för att utvärdera arbetet och ge uppslag till kvalitetsarbeten. Det ger också en möjlighet att dela med sig av goda exempel inom den egna verksamheten.

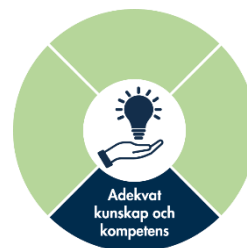
Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra bland annat hälso- och sjukvårdens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens verksamhet på olika nivåer. Resultaten ger inte en heltäckande bild av kvalitén och behöver kompletteras med andra underlag som är relevanta för verksamheten. Tolkning bör också ske med hänsyn till regionala och lokala förutsättningar.

Arbetet med resultatet av öppna jämförelser skulle kunna intensifieras och redovisas tydligare för kommunens hälso- och sjukvårdspersonal samt arbetas mer i ledningsgruppen för stöd och omsorgsavdelningen. Till exempel behöver arbetet kring patientsäkerheten på denna nivå lyftas och tydliggöras.

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.



Digital utbildningsmiljö

Kommunen har en digital utbildningsmiljö som kallas för Ragunda portalen. Här kan omsorgspersonalen finna guider som kan hjälpa och vara stöd i det dagliga arbetet. Ny anställd personal ska via portalen genomföra introduktionsutbildning som omfattar basal omvårdnad och hygien samt kurs i lagar och dokumentation. Det finns även andra utbildningar som all personal ska ta del av oavsett vilken verksamhet man arbetar inom.

Medarbetaren får ett meddelande på sin kommunmejl om vilken kurs som ska göras. Vederbörande chef kan spåra och se vilka utbildningar medarbetaren har genomfört respektive inte genomfört. Om en utbildning inte görs, kommer det påminnelsemeddelande till medarbetaren. Den informationen når även berörd chef.

Utmaningen har varit att nå all personal på grund av tekniska problem vid införandet. Implementeringen av den digitala utbildningsmiljön fortsätter. Det finns stor potential att utveckla portalen med andra utbildningsfilmer till exempel läkemedelsutbildning inför delegering samt att komplettera med prov och

tester. Det är av stor vikt att enhetscheferna på de olika enheterna i verksamheten även arbetar med uppföljning av dessa utbildningsfilmer tillsammans med omsorgspersonalen för att fånga upp frågor/reflektioner samt för att kunskapen ska integreras i arbetet.

E-tjänst SBAR checklista

SBAR är en välbeprövat kommunikationsmodell som används inom vården för att säkerställa en god informationsöverföring. Modellen ger förutsättningar för att fokusera på det viktigaste i budskapet där S står för situation, B för bakgrund, A för aktuellt och R för rekommendation. Implementeringen av SBAR är inte genomförd på alla enheter och utifrån detta har också behov identifierats kring kontakten mellan omsorgspersonal och sjuksköterska. Hur ska kontakten initieras, hur ska informationen tydligt kunna ges? Det finns även en osäkerhet bland omsorgspersonalen hur man ska gå till väga. För att legitimerad personal ska få den information som behövs för att kunna fatta trygga och bra beslut utifrån den enskildes behov som omsorgspersonalen tar kontakt om, så finns det vissa kontroller som bör göras och information behöver struktureras. Med utgångspunkt från detta påbörjades ett arbete kring en checklista för omsorgspersonalen att utgå ifrån inför kontakt med sjuksköterska. Arbetet vidareutvecklades till en e-tjänst med utgångspunkt ifrån kommunikationsmodellen SBAR.

Genom att använda SBAR ökar patientsäkerheten då SBAR fokuserar på det viktiga i budskapet och omsorgspersonalens kompetens tas tillvara. Utformningen av checklistan innefattar en systematisk anamnestagning för att det ska vara användarvänligt och enkelt att förstå. Förutom en beskrivning av situation, bakgrund, vad som är aktuellt och rekommendation ska även kontroll av andningsfrekvens, blodtryck/puls, vakenhetsgrad bedömas samt beskrivning av besvären. Anamnesen används sedan som en sammanfattning vid kontakt med sjuksköterskan och underlättar för rapporteringen. Sjuksköterskan får i sin tur förutsättningar för en snabb prioritering. Anamnesen kan sedan skickas som dokumentationsunderlag till sjuksköterskan via en sekretess mejl. E-tjänst SBAR checklista finns tillgänglig på omsorgspersonalens arbetsmobiler samt arbetsplattor.

Implementeringen av E-tjänst SBAR fortsätter under innevarande år.

Förflyttningscoacher

Under år 2023 hölls förflyttningsutbildning för all omsorgspersonal med tyngdpunkt på kunskap kring det naturliga rörelsemönstret och hur man med hjälp av det kan underlätta en förflyttning för den enskilde. En viktig del i detta utgör även bemötande och kommunikation; verbal som kroppsspråk. Arbetstekniken är ett principbaserat arbetssätt, vilket innebär att verktygen man erhåller är utifrån den unika situationen med den enskilde. Enhetschefer fick ett utbildningstillfälle kring förflyttning med tyngdpunkten på implementering av arbetssättet. Under år 2024 vidareutvecklades detta med utbildning av förflyttningscoacher för varje enhet. Deras uppdrag är att stödja kollegor i arbetet med förflyttning utifrån teknik, ordinationer och hjälpmedel. Förflyttningscoacherna har erhållit grundutbildning i förflyttningsteknik samt genomfört coachutbildningen. Förutsättningar för att arbeta med detta uppdrag har skapats utifrån tid, samverkan med kollegor/enhetschef/legitimerad rehab personal och nätverk med övriga förflyttningscoacher inom kommunen.

Dokumentationsutbildning

Under våren 2024 fick all omsorgspersonal gå en dokumentationsutbildning. Detta utifrån IVOs tillsyn dec 2022. Utbildningen omfattade värdegrund/värdigt liv och välbefinnande samt diskussioner om vården

och omsorgen är jämlik utifrån den enskildes behov såsom Socialstyrelsen förespråkar. Genomgång av dokumentation enligt socialtjänstlagen, vad som är god och väsentlig dokumentation samt den enskildes rätt till integritet och självbestämmande rätt. Presentation av vilka lagar som styr äldre vården.

Äldreomsorgslyftet

Inom äldreomsorgslyftet finns det samarbete med Jämtlands gymnasium gällande utbildning av undersköterskor med möjlighet till validering av kunskaper. Förra året utbildades dessvärre inga undersköterskor.

Under våren hölls utbildning i vårdsvenska även det i samarbete med Jämtlands gymnasium. Utbildningen riktar sig mot vårdbiträden och undersköterskor. Till höstterminen fanns det inga sökande.

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 §



Genomförandeplaner

En genomförandeplan ska tala om hur den enskilda personens insatser ska utformas utifrån dennes behov och önskemål. Utifrån biståndsbeslutet ska en plan upprättas där det framgår hur insatsen ska genomföras och att planerade aktiviteter dokumenteras. På detta sätt ökar förutsättningen för gemensamma beslut där den enskilde har inflytande över hur insatserna ska utföras. Om den enskilde inte kan uttrycka sina önskemål bör personalen visa på hur man gått till väga för att fånga upp den enskildes intressen och önskningsar. De mål som beskrivs i genomförandeplanen bör ha en koppling till den enskildes vardag samt vad som är önskvärt och realistiskt att uppnå. Planen ska hållas aktuell och ska revideras regelbundet tillsammans med den enskilde vid förändrade behov.

Vid inflyttning på särskilt boende ska enhetschef och kontaktperson tillsammans med den enskilde/enskildes företrädare upprätta en genomförandeplan inom två veckor. Planen ska sedan följas upp var sjätte månad eller oftare vid behov.

Brytpunktsamtal

För att uppnå en god och säker vård ska den enskilde och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När behandling övergår från kurativ behandling till symtomlindring och palliativa insatser ska behandlade läkare hålla ett brytpunktssamtal med den enskilde samt eventuellt anhöriga. Det ger den enskilde och dennes anhöriga möjlighet att förbereda sig inför att livet lider mot sitt slut. Med insikt om sin situation skapas också val möjligheter för att planera den sista tiden i livet. Den palliativa vården lindrar lidande på olika plan genom att utgå ifrån symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd. Via brytpunktssamtalet kan den enskilde ledas i övergången till palliativ vård i livets slutskede utifrån dennes val om livsinnehåll den sista

tiden av sitt liv. Förutsättningar skapas för valfrihet och delaktighet för den enskilde i sin egen vård exempelvis gällande lindrande behandling eller vårdform.

Samtycke

Patientlagen stärker och tydliggör den enskildes ställning samt främjar dennes integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Därför inhämtas samtycke vid koordinering av den enskildes vård. Samtycket kan den enskilde återkalla när denne så önskar. Samtycke berör inhämtning/lämning av information till närstående, till andra professioner inom kommunen samt till andra vårdgivare/myndigheter. Samtycket kan gälla alla dessa tre områden eller begränsas till ett eller två områden. Omfattningen kan beröra inga begränsningar, viss begränsning eller inget medgivande. Beslutsunderlaget kan vara skriftligt eller muntligt. Menprövning kan också förekomma. Samtycke inhämtas i första hand av den enskilde men om det inte är möjligt så kan det inhämtas från annan person. Samtycke ska uppdateras årligen genom att den enskilde får ta ett nytt ställningstagande till koordinering av sin egen vård.

Läkemedelsgenomgångar

Inför läkemedelsgenomgång används symtomskattningsskalan Phase 20 som utgår ifrån den enskildes upplevelse av olika symtom som skulle kunna härledas till läkemedelsbiverkning. Sjuksköterska eller omsorgspersonal går igenom detta dokument tillsammans med den enskilde. Finns också möjlighet att i dokumentet anteckna om det är något annat den enskilde vill framföra kring sin läkemedelsbehandling. Det är eftersträvningsvärt att den enskilde tillsammans med läkare kan diskutera utfallet av Phase 20 och gemensamt komma fram till eventuella ändringar eller åtgärder. Under en tid var rutinen sådan men kunde inte upprätthållas på grund av bristen av fasta läkare vid hälsocentralen.

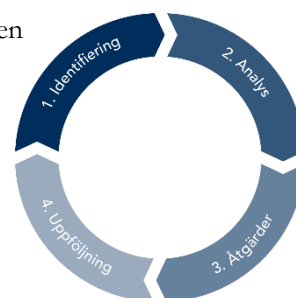
Samordnad individuell plan (SIP)

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och bedömning görs att samordning behövs för att tillgodose dessa behov, ska en individuell plan upprättas om den enskilde samtycker till det. Planen ska upprättas tillsammans med den enskilde samt berörda aktörer, vilket innebär möjlighet för den enskilde att vara engagerad och kunna påverka sin vård.

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. Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Läkemedelsskåp

Under 2024 byttes läkemedelsskåp ut på kommunens särskilda boenden på två orter samt korttidsavdelningen. Läkemedelsskåpen öppnas med arbetstelefonen med ett personlig inlogg. Det är endast omsorgspersonal med läkemedelsdelegering som har möjlighet att öppna läkemedelsskåpen samt sjuksköterskorna. Användarna är spårbara.

Egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Frekvens	Källa
Vårdrelaterade infektioner	Särskilt och ordinärt boende.	Sammanställning 2 ggr/år av MAS. Deltagande i HALT 1 ggr/år.	Avvikelserapportering. Rapportering till MAS varje månad. Senior Alert, Socialstyrelsen
Trycksår	Särskilt och ordinärt boende.	Sammanställning 2 ggr/år av MAS med redovisning för SAU.	Avvikelserapportering. Registrering i Senior Alert.
Fall	Särskilt och ordinärt boende.	Kontinuerlig avvikelse arbete med bedömning och analyser varje vecka samt uppföljning med övrig vårdpersonal 1 ggr/mån. Sammanställning 2 ggr/år av MAS med redovisning för SAU.	Avvikelserapportering. Registrering i Senior Alert.
Läkemedelstillsyn	Alla enheter	Narkotiska preparat 1 ggr/mån. Övriga läkemedel 4 ggr/år. Intern tillsyn av MAS 2 ggr/år.	Narkotikajournaler. Signeringslista för övriga läkemedel.
Tillsyn av delegeringar	Särskilt och ordinärt boende.	1 ggr/år av ansvarig ssk/dsk på resp. enhet.	Delegeringssystem i dokumentationsprogram Treserva.
Palliativ vård	Särskilt och ordinärt boende.	Kontinuerlig registrering. Uppföljning 1 ggr/år av MAS.	Palliativa registret. Socialstyrelsens öppna jämförelser.
Avvikelser	Särskilt och ordinärt boende.	Kontinuerligt arbete med bedömning och analyser varje vecka samt uppföljningar	Avvikelsehanteringssystem i dokumentationsprogram Treserva.

		med övrig vårdpersonal 1 ggr/mån. Sammanställning 2 ggr/år av MAS med redovisning för SAU.	
Nattfasta	Särskilt boende	2 ggr/år Uppföljning av MAS 1 ggr/år.	Nattfastemätning

Följsamheten av egenkontrollerna har varit vaga och otydliga. Detta beroende på avsaknad av en aktiv medicinskt ansvarig sjuksköterska samt underbemanning i sjuksköterskegruppen. Under 2025 prioriteras återinförandet av ovanstående egenkontroller med regelbundna rapporteringar till medicinskt ansvarig sjuksköterska för uppföljning och sammanställningar enligt plan för att stärka patientsäkerheten utifrån analys och lärande av resultaten.

Svenska Halt

Svenska Halt är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning vid särskilt boende (SÄBO). Mätningen utförs som en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på SÄBO. Mätningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och Nationella strama. 2024 deltog tre av kommunens fyra enheter i HALT mätningen. Totalt registrerades 33 individer. Av dessa var det en individ med antibiotikabehandling. Bärare av urinkateter löper en risk för urinvägsinfektion. Vid mättillfället var fyra individer bärare av urinkateter. Målet för 2025 är ökad delaktighet i nationella mätningen av alla kommunens särskilda boende. Månatlig registrering av infektioner och antibiotikabehandling har återupptagits i år med rapportering till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

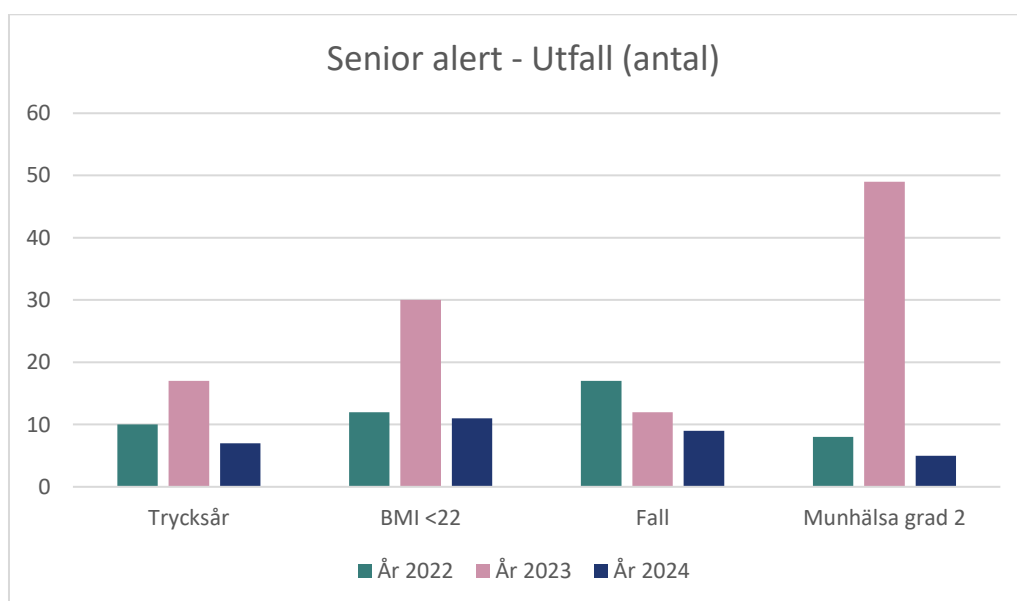
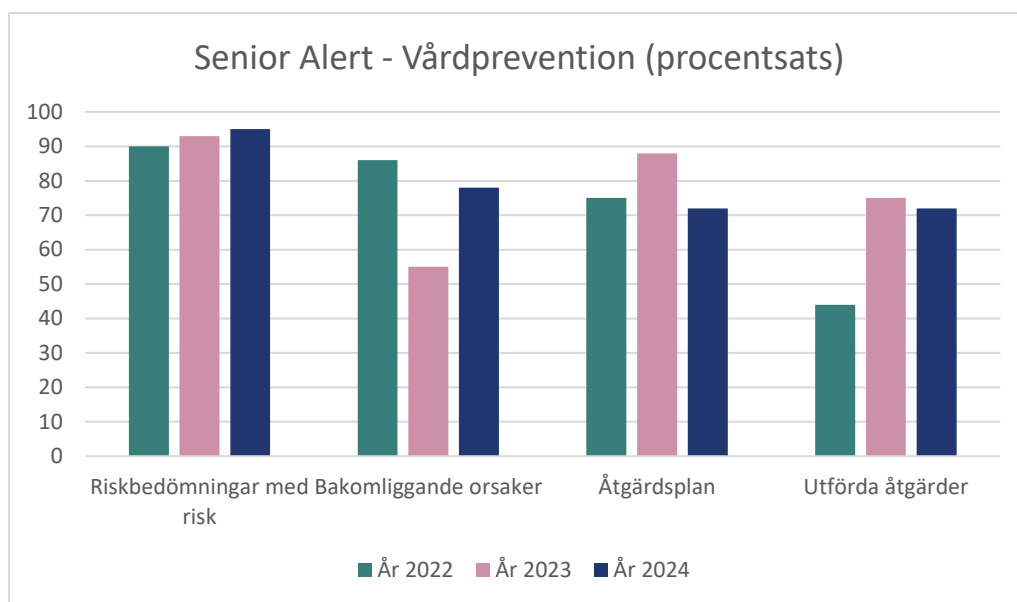
Kvalitetsregister

Arbetet med kvalitetsregistren sker på den egna enheten. Ökat arbete kring statistik och resultat bör också ske både lokalt och övergripande inom kommunen, för att ge uppslag till förbättringsarbeten. Det ger också en möjlighet att dela med sig av goda exempel.

Resultat Senior Alert

	År 2022	År 2023	År 2024
Antal gjorda riskbedömningar	31	96	38
Antal personer inskrivna i Senior Alert	35	77	35

Riskbedömningar kan ske oftare än 1 ggr/år per person



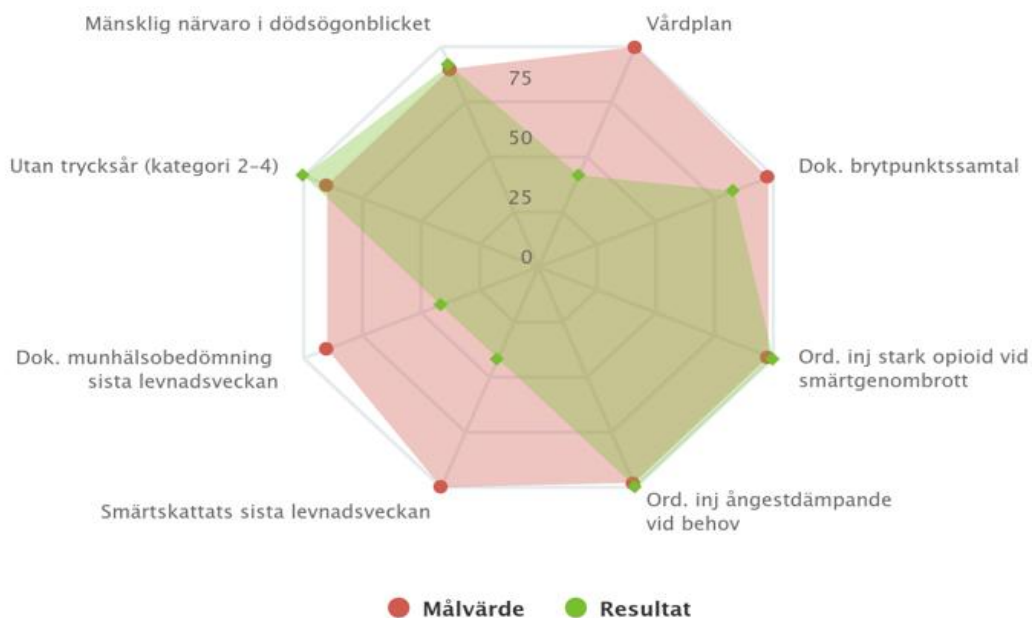
Analys av resultaten från Senior Alert

År 2023 satsades det på Senior Alert främst vid kommunens särskilda boende (SÄBO). Resultatet för 2024 är dock lägre i jämförelse, vilket skulle kunna härledas till underbemanning av sjuksköterskor på grund av vakanta tjänster. Till exempel bemannades kommunens största SÄBO med bemanningssjuksköterskor under större delen av förra året. Engagemang och tidsaspekt är viktiga faktorer vid arbete med kvalitetsregister. En tvärprofessionell analys av bakomliggande orsaker samt vilka lämpliga åtgärder som bör sättas in uppnås genom ett teambaserat arbete. På detta sätt ökas möjligheterna för ett personcentrerat arbete utifrån den enskildes behov och förutsättningar.

Resultat Palliativa registret

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

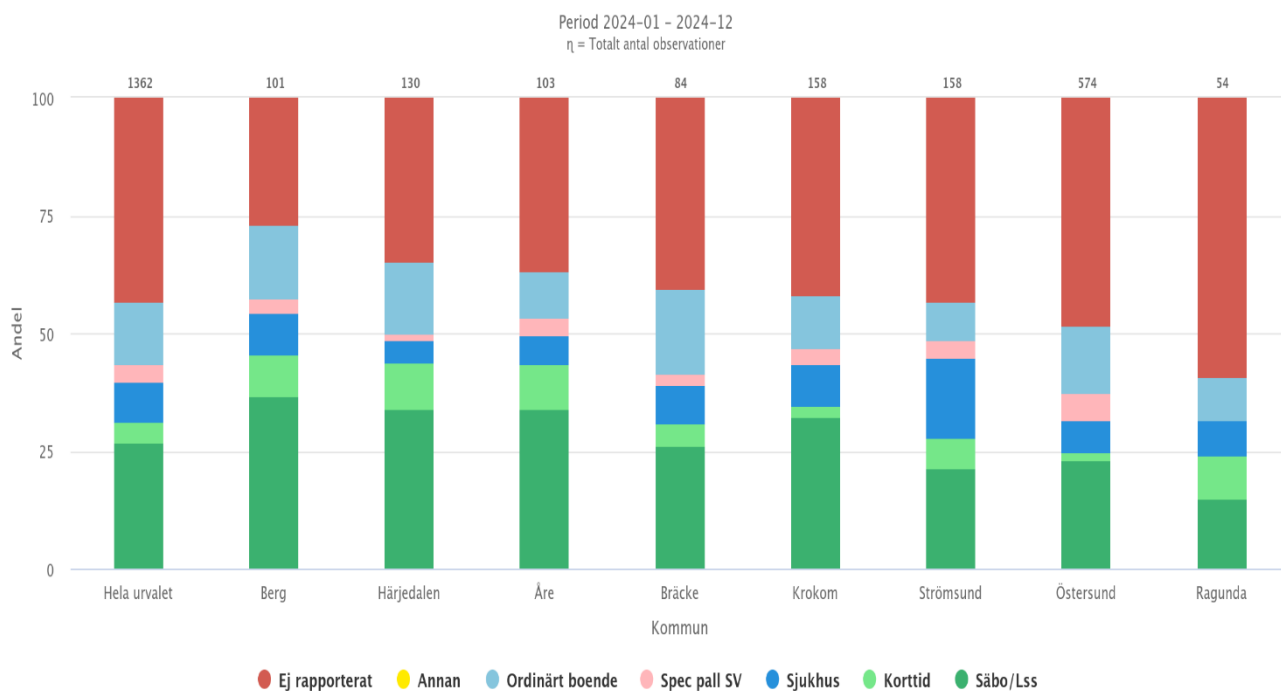
Period 2024-01 – 2024-12



Tabellen nedanför visar en jämförelse av kvalitetsindikatorer mellan år 2022 – 2024.

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde %</u>	<u>Resultat 2022</u>	<u>Resultat 2023</u>	<u>Resultat 2024</u>
Vårdplan	100,0	75,0	54,8	41,7
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,0	67,7	83,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	90,0	83,9	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	85,0	83,9	100,0
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	65,0	51,6	41,7
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	70,0	32,3	41,7
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	85,0	87,1	100,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	85,0	83,9	91,7

Täckningsgrad – Inrapporterade dödsfall



Under 2024 inträffade 54 dödsfall i kommunen, varav 59,26% inte blev inrapporterade. Täckningsgraden för icke inrapporterade dödsfall har ökat sedan år 2023 med 17,59%.

Analys av resultat från Palliativa registret

Utifrån jämförelsen mellan de senaste tre åren av kvalitetsindikatorerna finns det behov av förbättringsarbeten gällande dokumenterad vårdplan, smärtskattning och munhälsobedömning sista levnadsveckan. Den reviderade upplagan av palliativa pärmen kan ge förutsättning till ökad smärtskattning och bedömning av munhälsan utifrån enklare checklistor. Det låga resultatet angående dokumenterade vårdplaner kan härledas till underbemanning i sjuksköterskegruppen men även avsaknad av palliativ rutin i kommunen.

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.



Avvikelsehantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör avvikelsehantering en del av det arbetet. Avvikelse ska identifieras, åtgärdas,

dokumenteras, rapporteras, analyseras, följas upp och återförs till verksamheten så att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet uppmärksammas.

Avvikelse rapport ska göras av den som upptäcker avvikelsen. Denna skyldighet har alla inom stöd- och omsorgsavdelningen (SoO) oavsett yrkeskategori eller arbetstillhörighet. För att förhindra att någon drabbas av en vårdskada ska de nödvändiga åtgärderna vidtas skyndsamt. Har en vårdskada uppstått, ska åtgärder skyndsamt vidtas för att begränsa den negativa effekten så mycket som möjligt för den enskilde. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där dessa har inträffat.

Det åligger varje enskild enhet inom SoO avdelningen att utreda inträffad vårdskada eller risk för vårdskada där analysen och åtgärder syftar till att identifiera orsak till händelse. Via ett gemensamt teamarbete utarbetas åtgärder för att undvika att liknande händelser inträffar igen. Arbetet med en teambaserad analys av inkomna avvikelser utgörs av en analyskedja som utförs enligt rutin och under en tidsperiod för att analysen ska ha ett värde att återföra till verksamheterna.

Händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska för utredning och analys. Eventuellt kan utredningen leda till anmälan till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Ärenden till IVO ska vidarebefordras till kommunens social- och arbetsmarknadsutskott för kännedom. Medicinskt ansvarig sjuksköterska delger verksamheten på lokal nivå samt ledningsgruppen för SoO avdelningen information kring utredningsresultat samt uppföljning utifrån IVOs svar på anmälan.

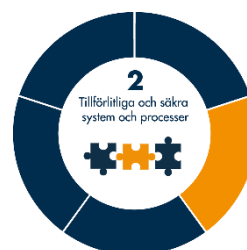
Avvikelsehantering ingår i ett aktivt kvalitets- och förbättringsarbete. Antalet avvikelser visar inte på verksamhetens kvalitet utan fokuserar på vad som inträffat och inte på vem som varit inblandad. Hos omsorgspersonal kan det finnas en känsla av att man anger kollega genom att rapportera en avvikelse. Därför är det av stor vikt att varje enhet arbetar med information kring syftet med avvikelsehantering, hur arbetsgången ser ut vid utredning av avvikelse samt delger resultat av detta arbete. Förankras detta som ett naturligt inslag i verksamhetens övriga uppdrag så ökar möjligheterna till en god patientsäkerhetsarbete vilket gangnar den enskilde och verksamheten i stort.

För att öka möjligheterna till goda analyser bestående av olika infallsvinklar utifrån profession, så bör en revidering av kommunens avvikelse rutin genomföras under 2025. Till exempel bör fokus på teamarbetet med avvikelser även inkludera fysioterapeut och arbetsterapeut på ett tidigt plan utöver sjuksköterska och enhetschef.

SoO avdelningen kan bedriva förbättringsarbete gällande kontinuerlig uppföljning av avvikelser på lokal samt övergripande nivå. Förankring av resultaten ute på enheterna hos omsorgspersonalen kan bli tydligare inslag i syfte att öka kunskaper och förståelse för avvikelsearbetet och dess resultat av insatta åtgärder för kvalitetsförbättring av vården.

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.



Treserva signeringslista

Inom kommunen används digital signering av delegerade insatser via Treserva signeringsapp. Sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut ordinerar insatser som utförs av omsorgspersonalen på delegering. Signeringslistan finns tillgänglig i en app, i omsorgspersonalens arbetstelefoner och arbetsplattor. Ordinerade insatser kan inte signeras om utföraren inte har en aktuell delegering från legitimerad personal.

Läkemedelsgivare

Under 2023 startades ett projekt med införandet av läkemedelsgivare på en ort i kommunen. Under 2024 har två läkemedelsgivare varit utplacerade hos enskilda inom hemsjukvården. Ambitionen för 2025 är att utöka användandet av läkemedelsgivare även på andra enheter. Det finns också ett gemensamt arbete med regionen och hälsocentralen kring läkemedelsgivare, hur detta kan användas och nyttjas i samverkan. I november deltog både kommun och regionen i en workshop angående läkemedelsgivare.

Läkemedelsgenomgång

Medborgare som skrivs in i hemsjukvården eller genomför flytt till särskilt boende erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång. Den fördjupade läkemedelsgenomgången återkommer en gång per år. Varje läkemedel synas då utifrån:

- Rätt indikation för läkemedlet
- Behandlingseffekt
- Biverkningar, risk för biverkningar eller interaktion med andra läkemedel
- Nyttan av läkemedlet i jämförelse med övriga läkemedel och behandlingar

Personer som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård tillhör som oftast en skör grupp utifrån ålder och många diagnoser. Det är också vanligt förekommande att denna grupp har stor andel ordinerade läkemedel. Med tanke på detta kan det egentligen alltid finnas en misstanke om läkemedelsrelaterade problem varav en fördjupad läkemedelsgenomgång är berättigad. Kommunens sjuksköterskor följer rutin från lokala primärvården där det framgår vilka provtagningar, kontroller av parametrar som ska göras inför läkemedelsgenomgången. Symtomskattningsskalan Phase 20 används som utgångspunkt från den enskildes upplevelse av olika symtom som skulle kunna härledas till läkemedelsbiverkning.

Enligt resultat från Öppna jämförelser (Socialstyrelsen) så har procentandelen för olämpliga läkemedel i ordinärt boende minskat sedan år 2022 - 2023 till en nivå under 5%. Motsvarande procentandel för särskilt boende är 10%.

Under samma period har 10 eller fler läkemedel i ordinärt boende minskat något till 40%. För särskilt boende är det en utplanande kurva på 40%.

Kvalitetsledningssystem

Kommunstyrelsen i Ragunda kommun ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamhetsområdet stöd och omsorg. Verksamhetsområdet innefattar all stöd och omsorg som bedrivs för kommunmedborgare enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) och inom verksamheten med de särskilda insatserna enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) samt på den

patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30).

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 31 § ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns lagkrav på att LSS-verksamheten ska vara av god kvalitet. Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” som gäller för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och sjukvård.

Socialstyrelsen definierar ett ledningssystem som ”ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten”. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Systemet ska vara ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Medarbetare ska respektera den enskildes värdighet och integritet. Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för detta samt att den enskilde och dennes anhöriga visas omtanke och respekt oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Den enskilde och dess anhöriga ska ges möjlighet att vara delaktiga i frågor som rör insatser och vård om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen eller i patientsäkerhetslagen. I ett gott bemötande ingår även hur information om verksamheten och insatserna/vården ges. Information ska även ges om att det finns rutiner för att ta tillvara förslag, synpunkter och klagomål.

Under 2024 påbörjades arbetet med upprättande av ett kvalitetsledningssystem vilket ska antas av politiken under våren 2025.

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.



Medicintekniska produkter

Inom hälso- och sjukvården används medicintekniska produkter för olika ändamål. Det är enkla förbrukningsartiklar till högteknologisk utrustning, hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel såsom inhalatorer eller syrgaskoncentratorer. Enligt förordningen om medicinsktekniska produkter (MDR) så ska de vara spårbara gällande placering, underhåll, genomförd service samt reparationer. En medicinskteknisk produkt måste vara ändamålsenlig för sin användning.

Under 2024 påbörjades projekt med lagerapp för registrering av omläggingsmaterial. Det är höga kostnader för omläggingsmaterial som även har ett senast förbrukningsdatum. Enheterna kan ibland ligga på större kvantitet av en viss sorts produkt i sina förråd på grund av ändrade ordinationer eller stora utskrivningsvolymerna av externa aktörer. Kommunens hälso- och sjukvård bedrivs på tre orter. För att samordna användningen av omläggingsmaterial skannas varje produkt in digitalt i en lagerapp som kommunens alla sjuksköterskor har tillgång till. På så sätt hålls det lägre lagervolym på material som används mer sällan och risken för att material passerar ”bäst före datum” minskar.

Arbetet med lagerappen har också genererat i en upprustning av förråden utifrån riktlinjer från Vårdhygien med bland annat lämpliga förvaringsskåp för ändamålet. Implementeringen av lagerappen fortsätter under 2025. I förlängningen kan även lagerappen inbegripa hjälpmedel förskriven av fysioterapeut respektive arbetsterapeut.

Delegering

Delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser innebär att en medicinsk arbetsuppgift överlåtes från någon som har formell kompetens till någon som har reell kompetens. Exempel på arbetsuppgift som kan delegeras är läkemedelshantering såsom att överlämna läkemedel utifrån de förutsättningar som gäller för utövaren.

Delegeringsförfarandet blir alltjämt mer en utmaning då grundläggande kompetens inte alltid finns hos omsorgspersonalen. Brister i språk och kommunikation är faktorer som gör förfarandet mer komplext för legitimerad personal. En annan anledning kan också vara brist på kompetens och lämplighet. Särskilt inför sommaren kan det bli svårigheter att säkerställa en bemanning med delegerad personal. Därtill ökade utmaningar avseende personalanskaffning framför allt inför sommarsemestrar. Det krävs innovativa lösningar och insatser på bred front för att säkra tillgång på personal, goda kunskapsnivåer samt goda kunskaper i språk och kommunikation.

Språk

Brister i det svenska språket ses i dokumentation och i muntlig kommunikation både fysisk och via telefon, vilket leder till missförstånd och i förlängningen utsätts den enskilde för en risk. Kommunen bör därför säkerställa att språkkunskaperna är tillräcklig goda för att säkra en god omvårdnad. Kostenheten har deltagit i ett projekt kring språktester och provade Lingio. Utvärderingen visade att det krävdes mycket engagemang av chef i form av uppmuntran och uppföljningar. Stöd och omsorgsavdelningen arbetar vidare kring frågan angående språktester men tittar även på andra innovativa lösningar till exempel stöd i språket via app.

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.

Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Enhetschef ansvarar för alla avvikelser på enheten, analyserar avvikelser tillsammans med sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut samt andra professioner vid behov. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser och dessa utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare för SoL. Den enskilde och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

Avvikelser

Vård- och omsorgspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskador till vårdgivaren samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vård- och omsorgspersonal är också skyldig att enligt 14 kap. 3§ SoL och 24b § LSS rapportera missförhållanden eller risk för missförhållande som har inneburit ett hot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. All personal ska rapportera avvikelser enligt gällande avvikelserutin. Avvikelserna ska hanteras enligt rutin av enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare för SoL

Det finns förbättringspotential i verksamheten att öka kvalitén på avvikelshanteringen och då med tyngdpunkt på teambaserad analys, åtgärder samt förmedling av arbetsresultat dels ut till omsorgspersonal dels till social- och arbetsmarknadsutskottet.

Stärka analys, lärande och utveckling

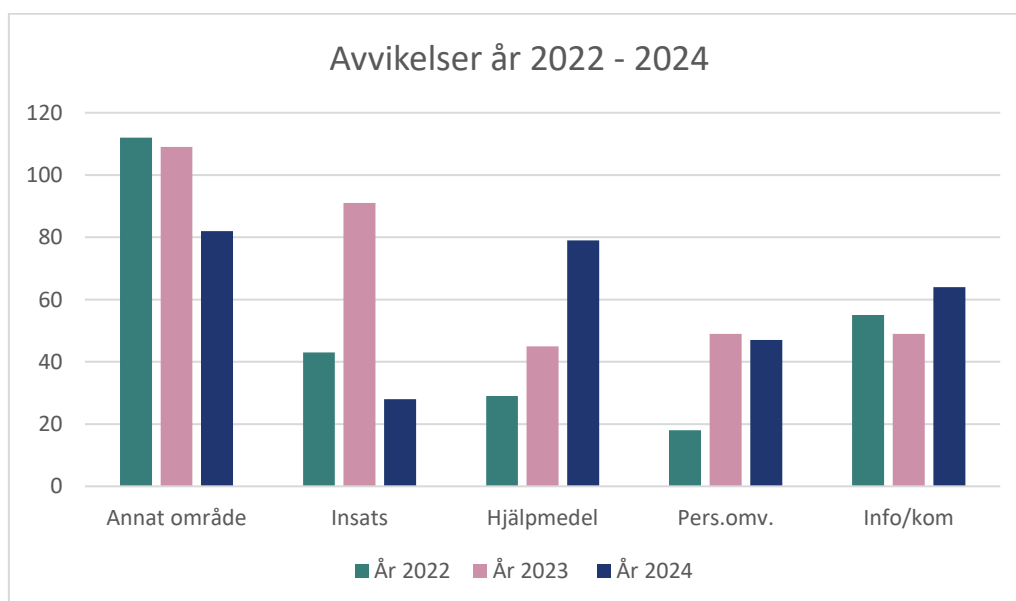
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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

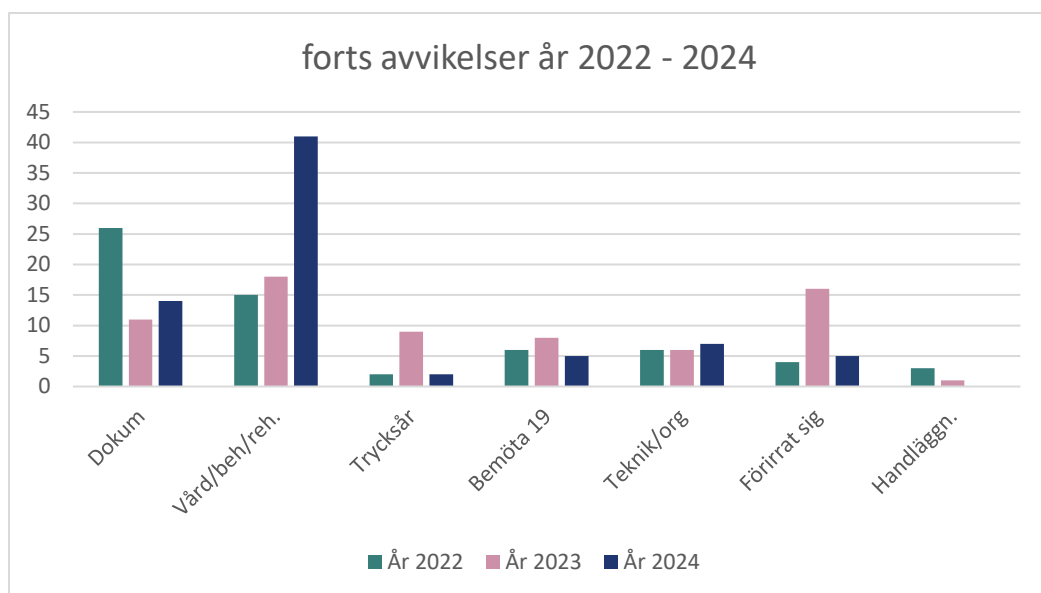


Avvikelser

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

Under 2024 rapporterades det in totalt 1205 avvikelser vilket kan jämföras med 1191 år 2023 resp. 1234 år 2022. Således har antalet avvikelserapporter varit någorlunda konstant de senaste tre åren.





Avvikelse som särskiljer sig i antal rapporteringar är läkemedel respektive falltillbud. Det är ett genomgående resultat som står sig från 2022 till 2024. Det tredje största området är annat område. Under den rubriken rapporteras olika typer av händelser såsom utebliven insats, läkemedelsavvikelser, kommunikation/information, våld mellan vårdtagare, verksamhetshändelser som inte härleds till den enskilde. Denna kategori upplevs vara någon form av ”slask tratt” för händelser som kan vara svåra att avvikelsebestämma och/eller så sker rapporteringen rent slentrianmässigt under denna rubrik. I slutändan ger det missvisande statistik för andra områden exempelvis läkemedelsavvikelser.

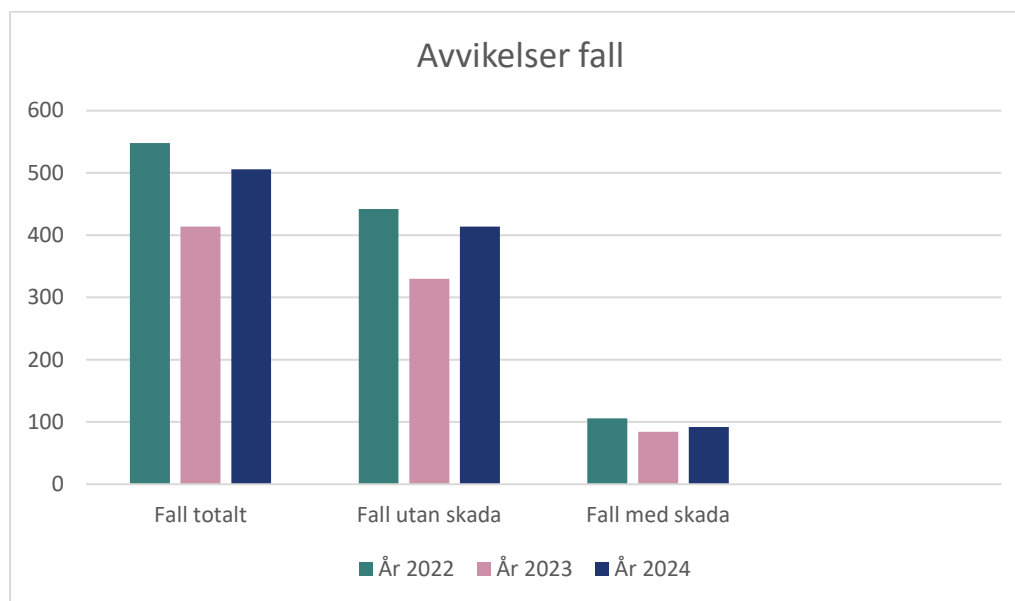
Avvikelse rapportering rörande hjälpmedel har ökat med 172% mellan år 2022 och år 2024. Vid stickprovskontroll av 25 rapporteringar från 2024 är det övervägande fysioterapeut respektive arbetsterapeut som skrivit avvikelser som gäller felaktig hantering av olika förskrivna hjälpmedel. Vård/behandling/rehabilitering har ökat med 26 avvikelser mellan år 2022 – 2024. Vid stickprovskontroll av 10 rapporteringar 2024 är det övervägande utebliven träningsinsats som rapporteras.

Avancerad vård ökar ute i kommunerna vilket så även sker i Ragunda. Många olika diagnoser och sjukdomar påverkar den enskildes rörelseförmåga och självständighet i det dagliga livet. Samtidigt ska också funktioner som fungerar bevaras och stödjas. Utifrån detta kan förskrivning av olika hjälpmedel ske efter en utredning och bedömning av behov. Avvikelserapporterna pekar på ett behov av ökade kunskaper kring hantering av hjälpmedel bland omsorgspersonalen men även tydliggöra det egna ansvaret att ta del av dokumentation, vårdplaner och ordinationer för den enskilde som ska vårdas. Stöd och omsorg skulle behöva ytterligare tjänster i rehab gruppen för att kunna tillgodose en god patientsäkerhet kring rehabiliterande frågor på alla enheter där bland annat hantering av hjälpmedel i dagligt arbete ingår. En annan aspekt är behovet av en mer utarbetad och strukturerad teamledning på alla enheter där fysioterapeut och arbetsterapeut ingår tillsammans med enhetschef och sjuksköterska.

Övriga kommentarer

Området insats har minskat med 63 rapporteringar. Under 2023 infördes planeringssystemet Carefox i kommunens hemtjänstområden. Det innebär att omsorgspersonalen ser sina besök i en app i arbetstelefonen, vilket minskar risken för att glömma ett besök. Inställning kan också göras i appen så att ärendena inte kan avslutas förrän uppgifterna är signerade.

Fall avvikelser

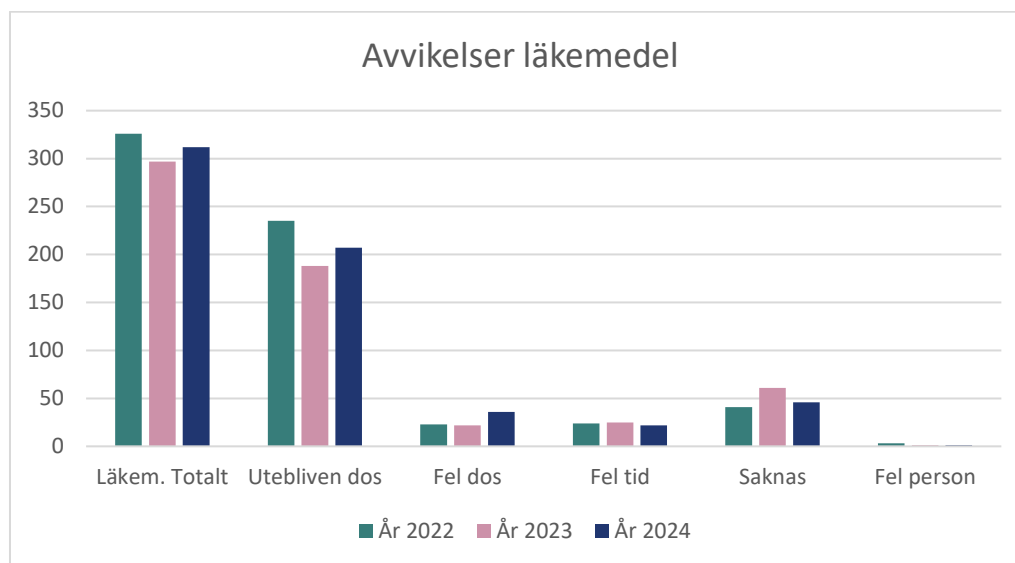


Kommunen fortsätter att ha högt antal rapporterade fallincidenter. Antal fall som orsakar en skada håller sig rätt stadigt på samma nivå de senaste tre åren med en liten minskning på totalen. Fokus har varit på utbildning av omsorgspersonalen i förflyttningsteknik och i år sker implementering av förflyttningsscoachernas uppdrag. Nästa steg bör vara att arbeta mer strukturerat kring fall avvikelser med analyser och uppföljningar samt börja arbeta mer proaktivt både i teamledningsgrupp med enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut men också utbildningstillfällen för omsorgspersonalen.

I kvalitetsregistret Senior Alert ingår fall som en indikator i riskbedömningen. Under år 2024 gjordes 38 registreringar av riskbedömningar. Av dessa 38 var det 35 individer som bedömdes ha risk för fall. Riskbedömningen är ett bra material att utgå ifrån i ett tvärprofessionellt arbete kring den enskilde och omfattar fler indikatorer än fall. I det fortsatta arbetet kan sedan den enskildes framtida fallincidenter registreras i registret. Utifrån det kan statistik dras ut för analysering och uppföljning. Exempelvis vilka tider på dygnet fallet inträffat, konsekvenser av fallet, bakomliggande orsaker till fallet samt planerade åtgärder respektive utförda åtgärder.

Socialstyrelsen har utbildningsmaterial kring proaktivt arbete för att förebygga fallincidenter, vilket var något som börjades tittas på 2024 men fokus lades i stället på förflyttningsutbildning. Arbetet med att minska falltillbud måste genomsyra hela verksamheten hos alla yrkesgrupper för att minska den ekonomiska kostnaden det innebär för samhället men framför allt för att minska det personliga lidandet.

Läkemedelsavvikelser



Antalet rapporter om läkemedelsavvikelser håller sig stadigt i närheten av 300 de tre senaste åren. Utebliven dos är överrepresenterad i rapporteringen. Under 2024 så är hemtjänsten utmärkande med 107 rapporteringar jämfört med särskilt boende som rapporterat 89 avvikelser. Rapportering gällande saknad av dosett eller slut på läkemedel tillfaller sjuksköterskor, varvid 11 rapporteringar gjordes förra året.

Jämfört med år 2023 så har rapporteringen från hemtjänsten ökat med 21 rapportering medan särskilt boende minskat med marginella 3 rapporteringar. För sjuksköterskornas del var den siffran 10.

För att minska rapporteringen av läkemedelsavvikelser behövs det arbetas med analys och uppföljningar av åtgärder utifrån avvikelserna. För att uppnå bäst resultat så krävs det att avvikelserna hanteras omgående för att underlätta analysen. Ju längre tiden går så blir det svårare att göra en analys eftersom det kan omfatta även enskilt samtal med omsorgspersonal för kartläggning av det inträffade. Verksamheten bör också vara öppen för att organisatorisk struktur kan vara en del av orsaken till avvikelserna. En viktig faktor i arbetet är tillgången till ordinarie sjuksköterskor för bland annat kontinuitetens skull, vilket har varit svårt att uppnå utifrån vakanta tjänster.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan komma kommunen tillhanda via brev, telefon eller e-tjänst. Det kan också ske i direkt kontakt med ansvarig enhetschef eller avdelningschef. Klagomål och synpunkter hanteras i första hand på den berörda enheten. Samverkan sker med berörda parter samt vid behov med verksamhetsutvecklare inom SOL. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att hantera klagomål och synpunkter utifrån patientsäkerhetsaspekt och anmälan/samverkan med Inspektionen av vård och omsorg (IVO).

Interna klagomål och synpunkter rapporteras och dokumenteras i avsett IT-system. Avvikelser enligt lex Sarah rapporteras i avsett dokumentationssystem men utreds av kvalitetssamordnare enligt utredningsmall från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Externa klagomål och synpunkter dokumenteras i diariet.

Alla avvikelser ska utredas oavsett om det är personal, medborgare eller myndighet som lämnat in klagomålet (2011:9 SOSFS samt SoL). Avvikelsehanteringen är en viktig del i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och avdelningens systematiska förbättringsarbete.

Enhetschef ansvarar för att löpande ta emot avvikelser, klagomål och synpunkter från brukare, anhöriga, personal, medborgare och andra intressenter inom socialtjänst och LSS. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Återkoppling sker via arbetsplatsmöte respektive ledningsgruppsmöte. Utifrån enheternas systematiska arbete med avvikelser, klagomål och synpunkter ansvarar avdelningschefen för stöd och omsorg att årligen presentera en sammanställning för kommunstyrelsen samt vilka åtgärder som är vidtagna utifrån identifierade brister.

Under år 2024 har inte någon IVO anmälan lämnats in avseende lex Maria.

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.



Kontinuitetsplaner

Kontinuitetsplanen innehåller information som hjälper personalen att veta vad de ska göra vid störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Syftet är att verksamheten kan upprätthållas på en acceptabel nivå tills störningen är åtgärdad. Arbetet med kontinuitetsplaner påbörjades förra året och fortgår under 2025.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbete

Hela processen med patientsäkerhetsarbetet behöver tydliggöras och genomsyra verksamheten från politiker till omsorgspersonal. En helhetsstruktur med lokal handlingsplan, egenkontrollplan och årshjul för olika yrkeskategorier samt lokal handlingsplan är grunden för det systematiska arbetet.

Organisationskulturen kan skapa en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Det behövs uppföljningar, utvärderingar och analyser som synliggör läget och ger kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med en helhetsstruktur och upprättande av en lokal handlingsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet kommer att påbörjas under detta år och förväntas fortsätta även under nästkommande år.

Intern samverkan

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att reducera antalet undvikbara vårdskador och att den enskilde ska erhålla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Därför är det eftersträfvande att nå en god teamledningssamverkan mellan enhetschef och sjuksköterska. Även fysioterapeut och arbetsterapeut bör kopplas till teamledningsgrupperna. Utifrån de olika

yrkesprofessionerna arbetar man tillsammans med omsorgspersonalen för en god säkerhetskultur och en säker vård genom att identifiera förbättringsområden och arbeta med analyser, åtgärder och uppföljningar.

Säker vård

Fortsatt arbete med hitta verktyg och modeller för att tillgodose att det finns goda språkkunskaper hos omsorgspersonalen.

Egenkontroller av kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret. Initiera arbetet med analysering av resultaten för att arbeta med förbättringsområden.

Egenkontroller avseende infektioner och antibiotikabehandling inom särskilt boende och hemsjukvård.

Påbörja arbetet med att revidera styrdokument. Arbetet förväntas att fortgå även under nästkommande år.

Avvikelsehantering

Stärka arbetet med avvikelsehanteringen ute på enheterna. I rutinen för förflyttningscoacherna finns det angivet att det ska hållas regelbundna träffar på enheterna för att arbeta med avvikelser. Med vid träffarna ska även fysioterapeut och arbetsterapeut närvara tillsammans med enhetschef och sjuksköterska. Med tanke på det stora antalet rapporterade fallincidenter så krävs det samverkan kring analys, åtgärder och uppföljningar.

Hygien

Enligt samverkansrutin mellan Vårdhygien och länets kommuner har kommunen ansvar för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete. Årliga hygienronder i samverkan med Vårdhygien är en åtgärd för att säkra följsamheten av basala hygienrutiner. 2023 genomfördes hygienronder vid särskilt boende men inte under 2024. Resultatet av dessa ronder behöva lyftas på ledningsnivå för att tillsammans utarbeta hygienrutiner och åtgärder som genomsyrar hela verksamheten. Resultatet kan sedan delges vid arbetsplatsträff för reflektioner och diskussioner. Införandet av självskattningar utifrån basala hygien – och klädrutiner bör läggas in i ett årshjul, så att det återkommer regelbundet i verksamheten.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. Exempel på symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Detta skapar stort lidande för den sjuke och för dennes närstående samt minskar livskvalitén. Omsorgspersonalen kan ha svårt att förhålla sig till de problem som uppstår. Genom registrering i kvalitetsregistret uppnås ett gemensamt förhållningssätt.

God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD- registret är ett stöd i processen med att komma till rätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Antalet vårdtagare med kognitiv svikt ökar i och med att livslängden blir längre. Obehandlade BPSD symtom kräver extra resurser i form av personal samt skapar onödiga vårdsituationer som kan präglas av oro och utåtagerande beteende hos vårdtagaren.

Det finns utbildade administratörer för BPSD bland omsorgspersonalen samt även bland enhetscheferna. Det behövs dock omtag gällande implementeringen av arbetssättet. Enheterna behöver mycket stöd för att implementera arbetssättet i den egna arbetsgruppen. Verksamheten saknar även certifierad utbildare av BPSD administratörer. Stöd och omsorgsavdelningen behöver avsätta resurser för BPSD arbete samt utgå ifrån ett politiskt beslut.

Nya verksamhetssystem

Arbetet med att inför nya verksamhetssystem fortsätter. Legitimerad personal kommer att dokumentera i Cosmic och stöd och omsorgsavdelningen kommer att använda Viva. Legitimerad personal kommer att ha vissa funktioner i Viva som inte finns i Cosmic utifrån samverkan med omsorgspersonalen. Införandet av båda verksamhetssystemen kommer att ske under 2025.

