



Växjö
kommun

Patientsäkerhets- berättelse 2023 med handlingsplan för 2024, Omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	12
Patienten som medskapare.....	14
Agera för säker vård.....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	19
Säker vård här och nu.....	25
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	32
Mål, Strategier och utmaningar för kommande år	34

Sammanfattning

Under 2023 har patientsäkerhetsarbetet fortsatt utgå ifrån det nationella vårdprogrammet för patientsäkerhet "Agera för säker vård". Den tidigare handlingsplanen har omvärderats på grund av att planen var för omfattande trots att den löpte över tre år. Handlingsplanen för 2024 har reviderats och kommer att löpa under ett år i taget.

Pandemin har påverkat verksamheten även 2023 på grund av fortsatt högre sjukfrånvaro hos personalen än normalt. De vårdhygieniska riktlinjerna har fortlöpt som tidigare år och ställt höga krav på verksamheten när omsorgstagare varit sjuka. Smittspridningen har varit lägre under 2023 än 2022.

Omställningsarbetet Nära vård har under året avslutats som projektform och övergått till respektive verksamhet enligt planering. Samverkan med region Kronoberg i nära vård har tappat fart under 2023 bland annat på grund av hög omsättning av processledare. Tillsammans med regionen har skörhetsskalan införts som ska gynna omsorgstagarna bland annat i vårdens övegångar.

Under 2023 har munhälsan hos omsorgstagarna förbättrats avsevärt jämfört med 2022 och att antalet personal som fått utbildning under året har ökat markant. Förbättringen beror sannolikt på de insatser som sattes in under 2022 som har fortsatt under året.

Läkemedelsautomater har under 2023 beslutats att införas i hemvården till samtliga omsorgstagare som förstahandsval vid behov av hjälp med läkemedelshantering. Implementeringen har påbörjats och fortsätter under 2024.

Projektet "avvikelser som källa till förbättring" har avslutats och arbetet med implementeringen fortsätter under 2024. Under 2023 har vi haft fyra lex Maria anmälningar vilket vi kan se har lett till säkrare rutiner.

Omsorgsförvaltningen har fortsatt arbetet med att anskaffa ändamålsenliga lokaler som bland annat ska motsvara de vårdhygieniska krav som ställs på verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt omsorgstagarnära arbete. Det är ett omfattande behov med ett långsiktigt mål, arbetet kommer att fortsätta under flera års tid. I den senaste vårdhygienmätningen var resultatet sämre än tidigare år vilket är förvånande eftersom det har varit högt fokus på basala hygienrutiner sedan pandemin startade.

Krisberedskap har under 2023 varit högst aktuellt och det är ett omfattande arbete som involverar flera förvaltningar varav omsorgsförvaltningen utmärker sig av den anledningen att vi bland annat bedriver verksamhet dygnet runt och är en samhällsviktig funktion. Vid en eventuell krissituation ska ordinarie verksamheter fungera med god kvalitet. För att verksamheten vid behov ska kunna möta en allvarlig händelse och bidra till att minska konsekvenserna av det inträffade behöver arbetet med krisberedskap fortlöpa.

Handlingsplanen för 2024 utgår ifrån de mål som satts upp inom kommunens hälso- och sjukvård som i stor utsträckning handlar om kompetensutveckling och samverkan med regionen inom nära vård. Det är en stor utmaning att bemanna vården med rätt kompetens inom alla professioner. Färre vårdpersonal ska ta hand om fler vård- och omsorgskrävande personer. Detta gör att nya lösningar och arbetssätt måste skapas.

Inledning

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

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

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



Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Ledningssystemet är till för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Omsorgsnämnden fullgör sitt ansvar bland annat genom att varje år fastställa plan för patientsäkerhetsarbete och genom att följa och redovisa resultatet av detta arbete i patientsäkerhetsberättelsen.

Utöver målen för patientsäkerhet arbetar förvaltningen utifrån fyra centrala utvecklingsområden i omställningen till nära vård:

1. *Hälsofrämjande och förebyggande*
2. *Fungerande helhet med ett personcentrerat arbetssätt*
3. *Tillvaratagande av individens resurser och*
4. *Rätt stöd till behov och trygga kompetens.*

Omsorgsnämnden ser också till att det finns rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och för att vidta åtgärder till följd av dessa, samt att via MAS och MAR göra utredning och anmälan enligt lex Maria enligt HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41.

Omsorgsförvaltningens samlade rutiner och riktlinjer, avtal och överenskommelser som rör hälso- och sjukvård samt rutiner för arbete med avvikelser, synpunkter och anmälan enligt lex Maria beskrivs i omsorgens handböcker.

Övergripande mål och strategier

Omsorgsnämnden i Växjö kommuns övergripande mål och strategier för en hög patientsäkerhet utgår från fem fokusområden som är framtagna av Socialstyrelsen samt de grundläggande förutsättningar som krävs för ett patientsäkert arbetssätt.

De fem fokusområdena är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kvalitetsregister

Omsorgsförvaltningen jobbar mot kvalitetsregistret senior alert för att säkerställa att omsorgstagare och patienter över 65 år får en riskbedömning och att adekvata åtgärder inom undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munhålan sätts in.

Omsorgsförvaltningen jobbar även med kvalitetsregistret BPSD för att ge bästa möjliga omvårdnad vid demenssjukdom och höja livskvaliteten för de omsorgstagare med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Alla patienter och omsorgstagare som avlider i vår verksamhet ska registreras i palliativa registret vilket ger oss statistik på kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård.

Mätningar

En gång om året görs en omfattande mätning av hälso- och sjukvården som bedrivs i omsorgsförvaltningen. Målet med mätningen är att följa insatser och klientel över tid samt sätta in åtgärder där det finns behov.

Undernäringmätning enligt GLIM-kriterierna görs en gång per år inom äldreomsorgen. 2023 gjordes inte mätningen på grund av att den ska slås ihop med den årliga hälso- och sjukvårdsmätningen för att kunna se korrelationer mellan undernäring och andra insatser/tillstånd.

Egenkontroll

Inom området för vårdhygien görs flera egenkontroller varje år, bland annat punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler samt egenkontroll av följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

Årligen gör legitimerad personal en egenkontroll av journalföring genom att svara på frågor om innehåll i utvalda journaler. Metoden egenkontroll används för att kontrollen ska vara ett lärande för den enskilde som får indikatorer på vad som eventuellt saknas i den egna journalföringen.

Granskning

Årligen granskar förvaltningens dietister journaler på patienter som har risk för undernäring enligt riskbedömning i senior alert. Granskningen går ut på att undersöka om patientansvarig sjuksköterska dokumenterar enligt nutritionsvårdsprocessen.

Läkemedelsförråd som finns i omsorgsförvaltningens verksamheter granskas av representant från apoteket och MAS årligen.

Avvikelse

Avvikelse ses som en källa till förbättring och arbetet med avvikelser sker både internt och externt mot andra vårdgivare. Synpunkter och klagomål hanteras och återkopplas till anmälaren efter överenskommelse.

Organisation och ansvar

Beskrivning av ansvar och organisation finns att läsa i Omsorgens handböcker. [Ansvarsfördelning av patientsäkerhetsarbetet i omsorgsförvaltningen.pdf \(vaxjo.se\)](#)

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom Omsorgsförvaltningen

MAS, MAR och SAS deltar regelbundet på omsorgsförvaltningens ledningsgrupp med chefer från omsorgens alla verksamheter för att diskutera kvalitetsfrågor. Avdelningschefer och enhetschefer inom hälso- och sjukvården har regelbundna träffar tillsammans med MAS och MAR för att delge och få information från verksamheterna. Kvalitetsfunktionerna MAS, MAR och SAS träffas regelbundet för samverkansfrågor inom förvaltningen och förvaltningschef deltar vid vissa av dessa möten. Legitimerad personal deltar på teamkonferenser och vid vissa arbetsplatsträffar ute på enheterna för att säkerställa patientsäkerheten för den enskilde patienten.

Samverkan med andra vårdgivare

Samverkan med region Kronoberg regleras genom överenskommelserna:

- Hemsjukvård i Kronobergs län - överenskommelse mellan kommunerna och region Kronoberg i Kronobergs län gällande insatser i somatisk hemsjukvård.
- Överenskommelse mellan region Kronoberg och länets kommuner gällande rutin för in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Samverkansöverenskommelse psykiatri

Nära vård

Växjö kommun och region Kronoberg arbetar tillsammans med omställningen till nära vård, enligt utvecklingsstrategin närmare Kronobergaren 2020-2030 med handlingsplan som är upprättad av region Kronoberg i samråd med länets kommuner. Arbetet som sker i samverkan mellan regionen och kommunerna leds av den redan etablerade ledningssamverkan bestående av kommunalt forum, kommunchefsnätverk och ledningsgrupp för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Inom omställningen till nära vård pågår projektet nära vård i hemmet som under 2024 kommer arbeta för att ta fram en samarbetsmodell mellan kommunal och regional primärvård. Arbetet ska bland annat underlätta planering för gemensamma patienter som skrivs ut från sjukhuset för att förbättra vården för den enskilde men även förhindra återinläggningar genom att ge god vård i hemmet.

Primärvårdsråd

Det finns en kommunal representant i allmänmedicinskt kunskapscentrums primärvårdsråd vilket har förbättrat dialog och samordning. AMK har påbörjat en identifiering av kompetensbehov i kommunal och regional primärvård. På vårdgivarwebben finns en utbildningskalender med utbildningar som riktar sig till de olika professionerna med fokus på kunskap i linje med

kunskapsstyrningen.

Skörhetsskattning

MAS har varit med vid framtagande av rutin för användande av skörhetsskalan Clinical Frailty Scale som nu är under införande i region Kronoberg och alla länets kommuner. Skörhetsskalan har som syfte att ge en tydlig och gemensam bild för alla i vården av hur en persons skörhet ser ut i normalskedet. Detta ska leda till att vården blir mer personcentrerad och att insatser ges på rätt nivå. Skörhetsskattningen kommer också att underlätta i vårdens övergångar.

Vårdförlopp

Omsorgsförvaltningen har via MAS under 2023 deltagit i arbetet med två sammanhållna vårdförlopp för Kronobergs län. Vårdförloppen är klara för implementering och arbetet drivs av region Kronoberg.

Patientsäkerhetsnätverk - rehabilitering

I slutet av året så har ett nytt nätverk påbörjat ett arbete kring patientsäkerhetsfrågor kopplat till rehabilitering och habilitering. Representanter är medicinskt ansvariga för rehabilitering i 3 av länets kommuner och regionens patientsäkerhetsansvariga inom primärvårdsrehab, lasaretsrehab och habilitering. Detta för att öka samarbete mellan kommun och region för att på så sätt kunna ge lika rehabilitering och habilitering på rätt nivå i hela länet. Detta nätverk kommer fortsätta att utveckla sitt samarbete under 2024.

Avtalsuppföljning

Uppföljning av avtal för läkarsamverkan mellan vårdcentraler och kommunen görs årligen av MAS där berörda sjuksköterskor, läkare och chefer för båda parter medverkar. Samverkan har huvudsakligen fungerat väl, ett antal vårdcentraler har dock svårt att rekrytera läkare vilket resulterar i försämrad kontinuitet och således ett försvårat samarbete.

MAS har också haft regelbunden samverkan och ett gott samarbete med företrädare för primärvården och allmänmedicinskt kunskapscentrum.

Ett samarbetsprojekt startades med Birka vårdcentral under 2023 men har avslutats utan att uppnå målsättning, till stor del på grund av brist på läkare. Projektgruppen var eniga om att samarbete, kommunikation och en tydlig överenskommelse med patienten är viktigt. Att ha en tydlig planering vid utskrivning från sjukhus och samsyn i vårdplanerna mellan vårdgivare och patient samt anhöriga är av stor vikt. Ett samarbete med vårdcentralen Teleborg som inleddes under 2022 gällande digitala hembesök har avstannat på grund av bristande bemanning på vårdcentralen.

Utskrivning

Det är vanligt förekommande med avvikelser relaterat till utskrivning från slutenvården även om de flesta utskrivningar sker på ett säkert sätt. Sjuksköterskor rapporterar om att det förekommer brister i informationsöverföring och läkemedelshantering. Avvikelse skickade av arbetsterapeut och fysioterapeut relaterat till utskrivning handlar i regel om att bristande bedömningar har gjorts gällande patientens funktionsförmåga. Det leder till riskfyllda hemgångar när planeringen

av vården behöver göras efter att patienten kommit hem, exempelvis insatser av hemtjänst. Legitimerad personal rapporterar även om brister i användandet av vårdplaneringssystemet LINK.

Andelen personer som skrivs ut från slutenvården som går hem samma dag som de blir utskrivningsklara eller dagen efter är hög. Under 2023 har 2478 utskrivningar från slutenvården skett och 94% har gått hem samma dag eller dagen efter de blivit utskrivningsklara. Det som gör att andelen inte är ännu högre är ansökan om korttidsplats, sena ansökningar om insatser eller omfattande nya hemtjänstbeslut som kräver mer planering.

Avvikelser

För att förebygga vårdskador orsakade av brister i vårdplanering, ordinationer och informationsöverföring finns en rutin för gemensam avvikelshantering. Avvikelser från hela länet ska enligt den analyseras på aggregerad nivå 2 gånger per år i ett analysteam bestående av bland annat MAS, MAR, SAS och chefsläkare. Återkoppling sker till ledningsgruppen för samverkan inom vård och omsorg, regionens patientsäkerhetsråd samt i MAS/MAR- och SAS-nätverken i kommunerna. Det finns en stor underrapportering av avvikelser som borde rapporteras till regionen. Arbetet sker länsövergripande med att förbättra rutiner och arbetssätt i samband med in- och utskrivning.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet

Systematiska förbättringar inom informationssäkerhetsområdet är en viktig del av förvaltningens arbete för ökad patientsäkerhet. Under året har en översyn av informationssäkerhetsarbetet och styrande dokument genomförts. Arbetet har utmynnat i utveckling av en förvaltningsspecifik rutin samt verksamhetsanalys, omvärldsanalys och GAP- analys. Flera åtgärder har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten. Under 2024 kommer förvaltningen arbeta aktivt med riktade insatser för att kunskapsnivån ska höjas, det finns fortfarande stort utrymme för förbättring inom området. Syftet är att skapa en grundläggande kunskap och medvetenhet inom förvaltningens alla verksamhetsområden gällande informationssäkerhet. Slutligen kan nämnas att det oroande omvärldsläget och förändrad hotbild har ökat riskmedvetenheten även inom informationssäkerhetsområdet.

Journalföring

Loggkontroller har utförts enligt rutin i det egna journalsystemet samt i den sammanhållna journalen i Cambio Cosmic. Inga överträdelser har rapporterats.

De kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna har nu förts i verksamhetssystemet Cambio Cosmic i mer än två år. Användningen av Cambio Cosmic har under året utvecklats och förbättrats. Exempelvis med nyutveckling och anpassningar av dokumentationsmallar samt vårdplaner. En gemensam tidbok för sjuksköterskor och läkare för planering av de patientärenden som ska tas upp vid läkarsamverkanstider har nu införts på alla enheter och det upplevs som positivt för både läkare på vårdcentralerna och kommunens sjuksköterskor. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har infört arbete med tidbok och väntelista för att få en bättre struktur och öka

patientsäkerheten i samband med ärendeingång, tidbokningar och uppföljningar.

För att skapa bättre förutsättningar att följa verksamhets- och patientrelaterad statistik samt medicinsk kvalitet har vi börjat registrera medicinska diagnoser i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. En testperiod pågår där ett antal utvalda arbetsterapeuter och fysioterapeuter registrerar redan tidigare ställda diagnoskoder enligt ICD-10.

Journalgranskning har genomförts för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Granskningen omfattar samtliga verksamhetstyper och legitimerad personal har granskat sina egna journaler.

Sjuksköterska 90/200 möjliga svar

Fråga	Ja	Nej	Delvis	Ej relevant	Andel ja %
Uppdaterad beskrivning av diagnoser?	80	10	0	0	89 %
Anteckning om allvarlig överkänslighet?	36	5	0	49	94 %
Uppgifter om närstående/företrädare?	46	6	38	0	51 %
Finns individuell vårdplan/vårdplaner?	86	0	4	0	96 %
Finns uppgifter om patientansvarig sjuksköterska?	83	7	0	0	92 %
Finns uppgifter om fast vårdkontakt?	80	10	0	0	89 %
Finns riskbedömningar inom aktuella områden?	23	34	22	11	38 %
Finns dokumentation om munhälsobedömning?	22	55	0	13	39 %
Bra överblick över patientens hälsotillstånd?	86	4	0	0	96 %
Finns bedömning med validerat smärtskattningssinstrument?	13	22	0	55	76 %
Finns dokumentation om behandlingsbegränsningar?	31	59	0	0	86 %

Resultat: En betydande förbättring gentemot föregående år när det gäller överskådlighet och överkänsligheter. Övrigt resultat ligger på ungefär samma nivåer som föregående år.

Analys: Egenkontrollen visar att vi över lag är bra på att journalföra det som krävs för att kunna ge en säker vård till patienterna. Det vi behöver fortsätta bli bättre på är att dokumentera utförda riskbedömningar eller andra bedömningar så som smärtskattning. Riskbedömningar och munhälsobedömning utförs och registreras i högre grad i kvalitetsregistret senior alert vilket gör att det blir dubbeldokumentation för sjuksköterskorna att föra in det i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Åtgärd: Huvudansvaret för det systematiska arbetet med senior alert har beslutats att överföras till patientansvariga sjuksköterskor vilket förhoppningsvis också bidrar till att dokumentationen av bedömningarna ökar.

Arbetsterapeut 33/42 möjliga svar

Fråga	Ja	Nej	Delvis	Ej relevant	Andel ja %
Finns anteckning om samtycke?	25	8	0	0	76 %
Uppdaterad beskrivning av diagnoser?	23	1	9	0	70 %
Finns anteckning om vem eller varifrån ärendet inkommit?	32	1	0	0	97 %
Finns anamnes relevant till ärendet?	31	2	0	0	94 %
Finns utredning/status och bedömning?	33	0	0	0	100 %
Finns individuell vårdplan/vårdplaner?	28	1	0	4	97 %
Finns uppföljning/utvärdering av åtgärder?	31	2	0	0	94 %
KVÅ för bedömning?	31	2	0	0	94 %
KVÅ för åtgärder?	26	7	0	0	79 %
Bra överblick över patientens hälsotillstånd?	32	1	0	0	97 %

Fysioterapeut 34/40 möjliga svar

Fråga	Ja	Nej	Delvis	Ej relevant	Andel ja %
Finns anteckning om samtycke?	27	7	0	0	79 %
Uppdaterad beskrivning av diagnoser?	19	2	13	0	56 %
Finns anteckning om vem eller varifrån ärendet inkommit?	31	3	0	0	91 %
Finns anamnes relevant till ärendet?	30	4	0	0	88 %
Finns utredning/status och bedömning?	33	1	0	0	97 %
Finns individuell vårdplan/vårdplaner?	28	3	0	3	91 %
Finns uppföljning/utvärdering av åtgärder?	29	5	0	0	85 %
KVÅ för bedömning?	31	3	0	0	91 %
KVÅ för åtgärder?	26	8	0	0	76 %
Bra överblick över patientens hälsotillstånd?	32	2	0	0	94 %

Analys: Det är första året som egenkontroll av journaler gjorts av fysioterapeut och arbetsterapeuter, därför finns det inget resultat att jämföra med. Samtycke upplevs vara svårt att bedöma när det behöver dokumenteras på grund av att det många gånger är patienten som tar kontakt efter behov. När det finns behov att ta del av exempelvis sammanhållen journal eller kontakt med anhörig så efterfrågas och dokumenteras alltid samtycke.

Åtgärd: Under 2024 ska det utredas vilka samtyckesfrågor som initialt behöver ställas och dokumenteras.

En god säkerhetskultur

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



Under 2023 har ett projekt för att stärka kunskapen och medvetenheten om avvikelser som källa till förbättring avslutats. En film som blir obligatorisk för samtliga anställda har färdigställts under 2023. Projektgruppen har skapat diskussionskort som ska fungera som diskussionsunderlag som enheterna ska använda för att fördjupa och förstärka sitt kvalitets- och säkerhetsarbete.

Mätning för hållbarhets- och säkerhetsengagemang kommer att genomföras under 2024. Mätningen innehåller frågeställningar angående patientsäkerhet som är centrala i arbetet med patientsäkerhet. Mätningen genomförs för en ökad systematisk uppföljning och återkoppling till verksamheterna, både från ett patientsäkerhetsperspektiv.

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.

Utbildningsportalen

Utbildningsportalen används för att säkerställa och tillgängliggöra kompetensutveckling.

Delegering som kompetensutveckling

I samband med delegering säkerställs medarbetarens kompetens i aktuella arbetsuppgifter genom personlig och praktisk utbildning och inom vissa områden också med kunskapstest.

Kompetensutveckling inom nära vård

I omställningen till nära vård finns en plan för att utöka andelen specialistsjuksköterskor och att utreda renodlat undersköterskeuppdrag och att införa yrkesgruppen specialistundersköterskor.

Inom hemvård och särskilt boende har specialistundersköterskor rekryterats under året och rekrytering av fler kommer fortsätta under kommande år. Avdelning för sjuksköterskor har tre undersköterskor anställda med utökade delegerade uppdrag.

Specialistsjuksköterskor

Fyra sjuksköterskor har under 2023 läst till distriktssjuksköterskor med finansiering av omsorgsförvaltningen via statsbidrag och tre av dem tog examen i november. En sjuksköterska har fortsatt studierna under 2024 på grund av studieuppehåll. Ytterligare tre sjuksköterskor tog examen som distriktssjuksköterskor med egen finansiering under 2023. I september 2023 påbörjade ytterligare fyra sjuksköterskor utbildning till distriktssköterska med finansiering av



omsorgsförvaltningen.

Specialistutbildning för arbetsterapeut och fysioterapeut

För att möta dagens och morgondagens krav på hälso- och sjukvård och för att stödja etablering av kunskapsstyrning i linje med omställning av primärvården till nära vård finns behov av fördjupad kunskap inom arbetsterapi och fysioterapi. Kommunrehab har möjliggjort för en arbetsterapeut och en fysioterapeut att läsa specialistutbildning på magisternivå för att genom det ta ett uppdrag i befintlig tjänst efter genomförd utbildning. Utbildningen pågår på halvfart under 2 år. Efter avslutad utbildning kommer dessa tjänster innebära stöd och handledning av kollegor, delta i metodutveckling, kunskapsstöd, processer och rutiner samt även vara huvudhandledare för studenter på verksamhetsförlagd utbildning.

Kunskapsstyrning och vårdförlopp

Omsorgsförvaltningen har under året deltagit i arbetet med att ta fram en implementeringsmodell för kunskapsstyrning och sammanhållna vårdförlopp i samverkan med region Kronoberg och övriga kommuner i länet. Arbetsgruppen har under hösten tagit fram en processmodell för mottagande av kunskapsstöd/vårdförlopp samt en processbeskrivning. Beslut tas i länets ledningsgrupp i januari 2024. Remisser på nya vårdförlopp och riktlinjer hanteras och besvaras inom Växjö kommun enligt en framtagen modell där MAS och avdelningschefer bedömer vilka remisser som ska besvaras och sedan besvaras remisserna av kvalitetsråd och specialistsjuksköterskor.

Visible Care

Visible Care startades upp i omsorgsförvaltningen under maj 2023 med initialt syfte att vara ett stöd för sommarvikarier. Det är en app med korta utbildningsfilmer som omsorgspersonal kan använda i det dagliga arbetet. Totalt har 5806 utbildningsfilmer visats under maj-december. En utvärdering har genomförts, resultatet visade att sommarvikarierna var mycket nöjda med innehållet i utbildningsfilmerna och att filmerna gav ett stöd i det dagliga arbetet. Beslut har fattats om att fortsätta använda tjänsten. Det finns ett stort intresse från privata utförare att använda utbildningsfilmerna. En arbetsgrupp med deltagare från verksamheten har startat inför fortsatt arbete för bedömning av nya filmer. Uppdraget fortlöper även under 2024.

Smart Care Identifi

Ett digitalt inkontinensskydd som möjliggör en kvalitetssäkring av inkontinensvården. Ett pilotprojekt har genomförts under året på 3 särskilda boenden med syfte att testa produkten. En utvärdering är gjord som visar på goda resultat kopplat till ekonomi, livskvalitet, arbetstid och miljö. Hanteringen av Smart Care Identifi har dock varit mer tidskrävande än beräknat för personalen. Med utvärderingen som underlag har beslut tagits att gå vidare med del av projektet ytterligare 1 år på de två särskilda boenden där projektet genomförts.

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.



Patienter och närstående medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att inkomma med synpunkter till verksamheten. Förvaltningen har en målsättning att öka andelen synpunkter som kommer in till verksamheten. Projektet "Avvikelse som källa till förbättring" har avslutats och har bland annat producerat en ny enkät som patienter och närstående enkelt kan skicka till omsorgsförvaltningen.

Samordnad individuell vårdplan (SIP)

Arbetet med att öka användandet av samordnad individuell plan - SIP har under året pågått. SIP ska genomföras för den person som behöver vård och stöd från flera olika verksamheter. En del i det här arbetet har inneburit att en ekonomisk ersättning betalats ut för varje genomförd SIP till vårdcentral eller kommun för de patienter som haft inläggande vård på sjukhuset och skattats till 5-8 på skörhetsskalan. Skörhetsskalan bedömer graden av skörhet på en skala 1-9. Under perioden 2023-04-24 till årets slut har det i Växjö kommun genomförts cirka 85 SIP.

Vardagsrehab

Slutrapport för projektet etablera och utveckla vardagsrehab är godkänd och processen att stödja metod för vardagsrehab är fastställd. De större förändringarna som genomförts är att urvalsmodellen har utvecklats, standardiserade bedömningsinstrument har valts ut och ska användas vid varje bedömning, dokumentet "vad är viktigt för dig" har tagits fram där omsorgstagarens mål dokumenteras, skrivs under och lämnas till omsorgstagare samt att det utvecklats en vårdplan för legitimerad personal att dokumentera i. Vid slutet av året var antalet pågående ärenden 111. Utvärdering av metod för vardagsrehab planeras att genomföras under 2024.

Agera för säker vård

Under 2023 har ett pilotprojekt genomförts med syftet att systematiskt följa upp våra verksamheter gällande kvalitet och resultat av flera olika mätningar. Den nya modellen för egenkontroll benämns internrevision och är beslutad att genomföras från 2024. Samtliga enheter ska besvara en enkät under januari månad och var tredje år ska samtliga enheter få uppföljande besök av MAS och SAS.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Vårdrelaterade infektioner

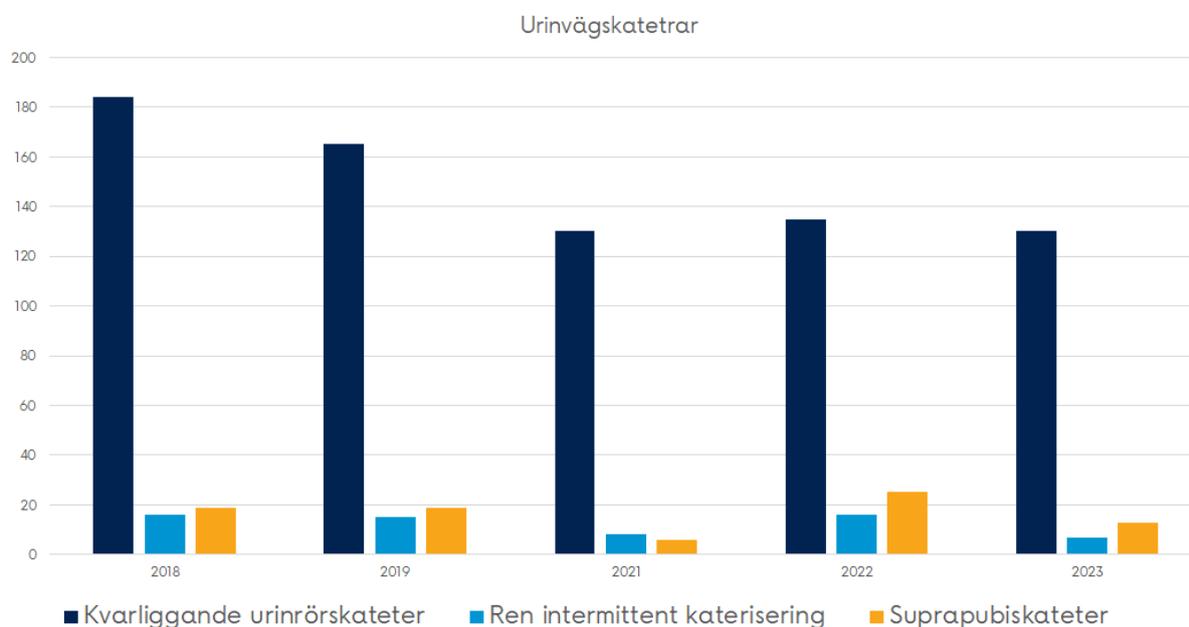
Åtta utbrott av magsjuka har inrapporterats, sex på särskilt boende och två inom omsorg- funktionsnedsättning. Andelen utbrott av magsjuka har ökat sedan föregående år och utbildningsinsatser har satts in på drabbade enheter tillsammans med vårdhygien.

Under hösten 2023 togs beslutet av MAS i samråd med smittskydd och vårdhygien på region Kronoberg att minska ned på antalet provtagningar vid förkylningssymtom. I ordinärt boende beslutades det att provtagning endast ska utföras om det finns medicinsk indikation för det där konstaterandet gör skillnad för vård och behandling.

Inrapporterade fall av Covid 19 på särskilt boende

Område	2021	2022	2023
Särskilt boende	42	323	91
Evelid	29	39	15
Totalt	71	362	106

Urinvägskatetrar

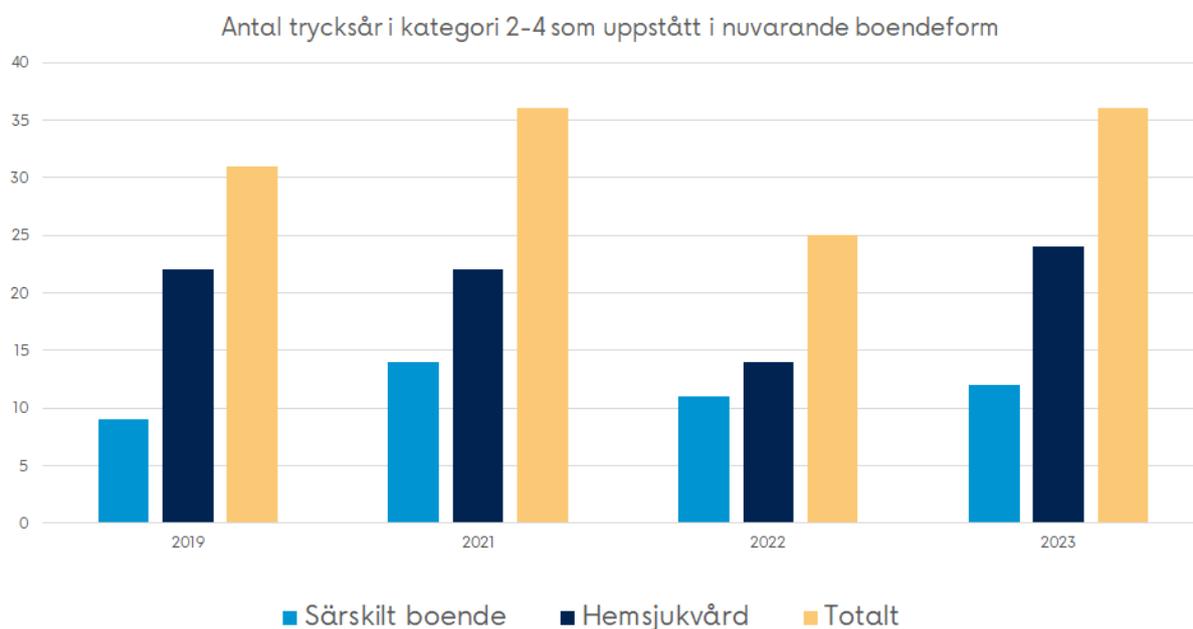


Resultat: Kvarliggande urinvägskatetrar ligger på en nivå som de tre senaste åren verkar ha stabiliserat sig. Ren intermittent kateterisering kan i vissa fall vara ett bättre alternativ till kvarliggande kateter men förekomsten har halverats. Antalet som behandlas med suprapubiskateter har också halverats från föregående år.

Analys: Mätningen kan inte påvisa hur många undvikbara kvarliggande katetrar vi har i våra verksamheter. Indikationen att behandlas med kvarliggande kateter måste vara tydlig och ska följas upp regelbundet. Förvaltningen ser gärna en fortsatt nedåtgående trend framöver. Ren intermittent kateterisering kräver delegering av sjuksköterska, större omvårdnadsinsats och god kunskap om hygienrutiner vid kateterisering vilket sannolikt bidrar till att det inte förekommer i så stor omfattning.

Åtgärd: Att minska antalet kvarliggande katetrar är ett regionalt mål då en urinvägskateter leder till en ökad risk för urinvägsinfektion och ska inte användas om det går att undvika. Ett förbättringsarbete drivs inom regionen att minska användning av urinvägskatetrar som har spridit sig till Kronobergs kommuner via MAS-representant. Arbetsgruppen har producerat ett fick-kort med målsättningar kring urinvägskatetrar och minskad användning av antibiotika. Sjuksköterskorna har fått informationen och fick-korten kommer att tryckas upp och delas ut på avdelning för sjuksköterskor.

Trycksår



Resultat: Antalet trycksår i kategori 2-4 som uppstått i egen verksamhet har sedan 2022 åter igen gått upp till strax över 35 stycken efter att föregående år har legat på 25.

Analys: MAS och sårsköterska har analyserat resultatet och tittat särskilt på de enheter som sedan föregående år haft en ökning i andel trycksår samt antal trycksår i år som uppstått i verksamheten. I omsorgsförvaltningen har vi en förekomst av trycksår i kategori 2-4 som uppstått i egen verksamhet på cirka 3%, vilket kan räknas som lågt.

Åtgärd: Enheter med flera trycksår har följts upp av sårsköterska. Målbilden är att arbeta mer stöttande ute i verksamheterna för att höja kompetensen i trycksårsprevention.

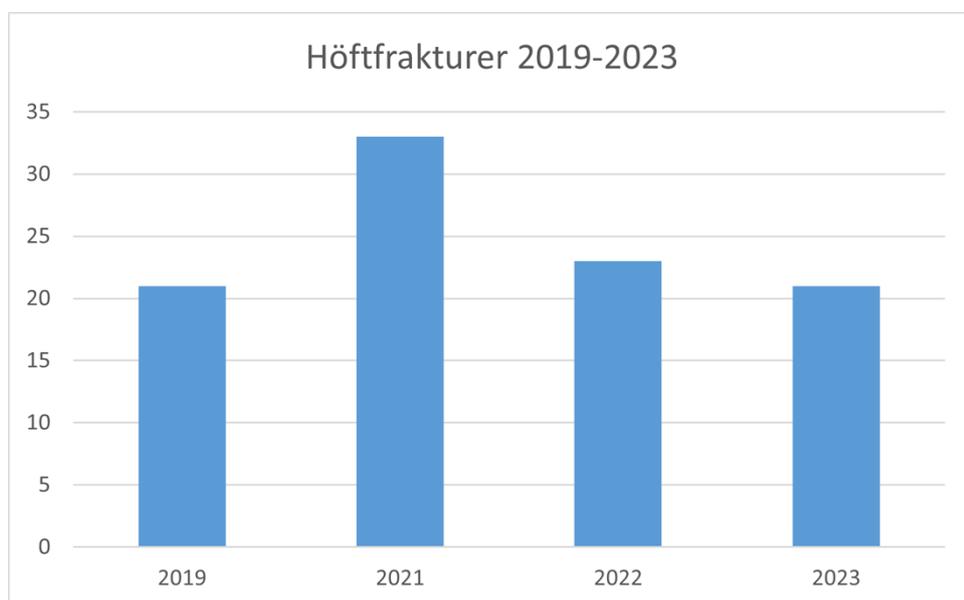
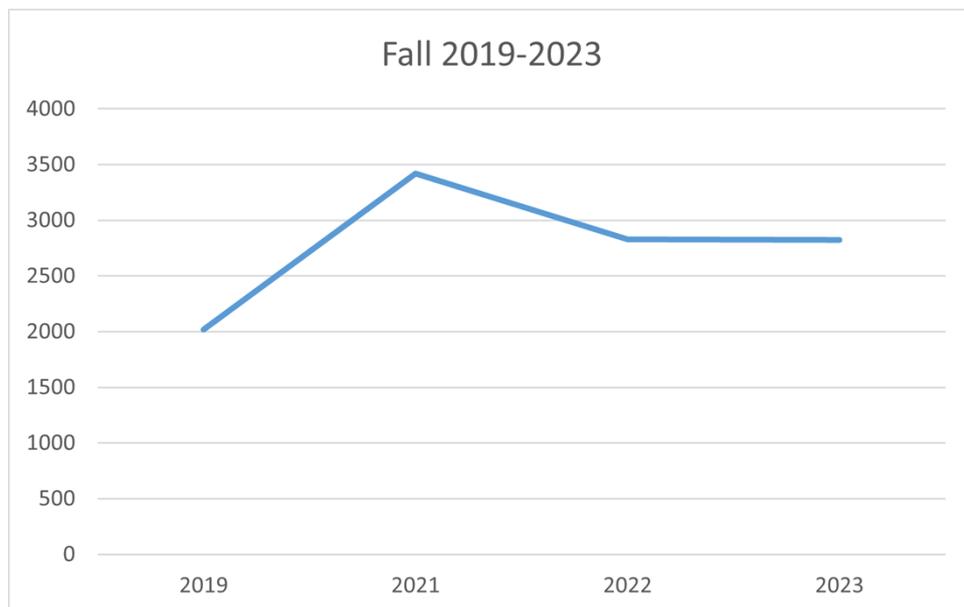
En ny sårsköterska har börjat i augusti 2023 och målet under hösten har varit att få en överblick av verksamhetens enheter vad gäller sår och sårbehandling. Ett arbete gällande vårdhygieniska rutiner kring sårbehandling påbörjades under början av året 2023 och har fortsatt under hösten. Dels på grund av ett ökande antal fall med multiresistenta bakterier hos äldre med flera vårdgivare och dels på grund av att vi behöver se över det patientnära vårdhygieniska arbetet, för att förebygga risk för vårdrelaterad infektion (vårdskada).

Pilotprojekt förebyggande förband

Under 2023 har ett pilotprojekt genomförts på särskilt boende med målet att undersöka nyttan av att bredda det trycksårspreventiva arbetet med hjälp av förebyggande sacrum- och hälförband. Bedömningen blev att den här typen av trycksårsprevention lämpar sig bättre under kortare vårdtider vid akut sjukdom som inom slutenvården. I projektet ingick utbildning i trycksårsprevention till all omsorgspersonal. Andelen trycksår i kategori 2-4 i som uppstått i egen verksamhet på det aktuella särskilda boendet har minskat med 50% sedan föregående år. Andelen minskade trycksår bedöms bero på en ökad kunskap om trycksårsprevention snarare än förbanden som användes i förebyggande syfte.

Fall och höftfrakturer

Resultat:



Analys:

Både antalet fall och antalet höftfrakturer som har rapporterats inom omsorgsförvaltningen har sjunkit under året, dock är minskningen relativt liten. (2020 redovisas inte på grund av brister i rapporteringen.)

Åtgärd:

Ett fortsatt fokus på förebyggande hälsofrämjande arbete med personcentrering genom Senior Alert, vardagsrehab, läkemedelsgenomgångar och arbete för att minska risken för undernäring. Arbetet med analys, åtgärd och uppföljning av avvikelserapporter som gäller fall fortsätter.

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.



Undernäring

Mål:

- Minska antalet omsorgstagare med undvikbar undernäring
- Implementera nutritionsvårdprocessen hos sjuksköterskor

Undernäringsmätningen slås i ihop med hälso- och sjukvårdsmätningen

För att utveckla mätmetoden och för möjliggöra för varje enskild sjuksköterska att se vilka korrelationer undernäring har med exempelvis trycksår, palliativ vård och avancerade sjukvårdsinsatser så kommer mätningen slås samman med hälso- och sjukvårdsmätningen. På enhets, områdes och verksamhetsnivå kommer det för chefer och ledare att finnas ett stort underlag för förbättringsarbete på olika nivåer. En plan för mätningen har skrivits och en analysgrupp har satts samman. På grund av sammanslagningen har undernäringsmätningen flyttats fram 5 månader vilket lett till att det inte finns något resultat att redovisa för 2023.

Journalgranskning

Under 2023 har 41 journaler från särskilt boende och 32 journaler från ordinärt boende granskats i syfte att bedöma dokumentation enligt nutritionsvårdprocessen. Urvalet består av patienter med bedömd risk för undernäring, urvalet har gjorts jämnt fördelat avseende kön och med åldersvariationer.

Vid risk för undernäring ska en nutritionsutredning initieras av sjuksköterska. Sammantaget finns dokumentation som till hög grad följer nutritionsvårdprocessen med riskbedömning (steg 1), nutritionsutredning (steg 2), behandlingsplan och åtgärder (steg 3) samt uppföljning/utvärdering (steg 4) i fyra journaler på särskilt boende och i en journal i ordinärt boende.

Nutritionsvårdprocessen; ingående steg och aktiviteter

Särskilt boende

	Fråga	2021 (n=19)	2022 (n=36)	2023 (n=41)
Steg 1	Resultat av riskbedömning finns	26 %	33 %	17 %
Steg 2	Viktutveckling är uppmärksammanad (dokumenterad i journal)	89 %	50 %	44 %
	BMI är uträknat	21 %	42 %	27 %

	Mat- och vätskeregistrering är ordinerad	11 %	25 %	5 %
	Resultat av mat- och vätskeregistrering finns dokumenterad	21 %	25 %	15 %
	Energibehov är uträknat	16 %	28 %	12 %
	Proteinbehov är uträknat	11 %	25 %	12 %
	Nutritionsutredning finns beskriven	21 %	33 %	0 %
	Nutritionsproblemet är identifierat	58 %	31 %	12 %
	Ätsvårigheter finns dokumenterade	32 %	36 %	12 %
	Dysfagiscreening är utförd enligt rutin	11 %	6 %	0 %
Steg 3	Åtgärder/ordinationer är beskrivna	58 %	47 %	17 %
	Proteintäta mellanmål är ordinerade	21 %	6 %	0 %
	Kosttillsätt är ordinerade: sort/mängd/tid (F/D/X)	47 %	28 %	7 %
	Signeringslista av kosttillsätt i appva	x	x	46 %
	Specialkost är ordinerad	42 %	25 %	7 %
	Dokumenterade åtgärder stämmer med senior alert	16 %	42 %	15 %
Steg 4	Mål med åtgärd/ordination finns beskriven	68 %	25 %	7 %
	Uppföljning av åtgärd planerad (när, hur och av vem)	21 %	31 %	2 %
	Dokumentation utav ovan saknas i sin helhet	11 %	28 %	44 %

Ordinärt boende

	Fråga	2021 (n=19)	2022 (n=36)	2023 (n=41)
Steg 1	Resultat av riskbedömning finns	0 %	38 %	16 %
Steg 2	Viktutveckling är uppmärksamman (dokumenterad i journal)	21 %	47 %	25 %
	BMI är uträknat	11 %	29 %	6 %
	Mat- och vätskeregistrering är ordinerad	16 %	12 %	3 %
	Resultat av mat- och vätskeregistrering finns dokumenterad	0 %	15 %	3 %
	Energibehov är uträknat	0 %	9 %	9 %
	Proteinbehov är uträknat	0 %	9 %	6 %
	Nutritionsutredning finns beskriven	0 %	21 %	6 %
	Nutritionsproblemet är identifierat	11 %	32 %	13 %
	Ätsvårigheter finns dokumenterade	5 %	12 %	6 %
Dysfagiscreening är utförd enligt rutin	5 %	0 %	0 %	
Steg 3	Åtgärder/ordinationer är beskrivna	5 %	47 %	19 %
	Proteintäta mellanmål är ordinerade	0 %	3 %	0 %
	Kosttillsätt är ordinerade: sort/mängd/tid (F/D/X)	0 %	29 %	9 %
	Signeringslista av kosttillsätt i appva	x	3 %	23 %

	Specialkost är ordinerad	5 %	24 %	0 %
	Dokumenterade åtgärder stämmer med senior alert	x	x	x
Steg 4	Mål med åtgärd/ordination finns beskriven	32 %	21 %	0 %
	Uppföljning av åtgärd planerad (när, hur och av vem)	5 %	26 %	0 %
	Dietist är enligt dokumentation inkopplad	16 %	35 %	25 %
	Dokumentation utav ovan saknas i sin helhet	42 %	18 %	56 %

Analys:

Dokumentation kring nutrition saknas i sin helhet i 44% av journalerna i särskilt boende, och 56% i ordinärt boende. Resultatet för 2023 är försämrat jämfört med 2022.

Åtgärd:

Digital nutritionsutbildning för samtliga sjuksköterskor kommer genomföras under 2024. Den digitala utbildningen kommer kompletteras med handledning av dietist i sjuksköterskegrupperna.

Palliativ vård

Växjö kommun har en palliativsjuksköterska som har halva sin tjänst på palliativt centrum Linnéuniversitet och som leder länets professionsråd för palliativ vård.

Mål:

- Identifiering av palliativa vårdbehov i tidig fas
- Förbättra kvaliteten på vård i livets sista tid (sen palliativ fas), inklusive symtomskattning, symtomlindring och munhälsa
- Ökad delaktighet
- Vård på rätt vårdnivå utan över- eller underbehandling

Växjö kommuns palliativsjuksköterska kommer att fortsätta jobba med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård under 2024. Under året har resultatet i palliativa registret bland annat diskuterats på sjuksköterskedagar för att lyfta förbättringar samt ha dialog om förbättringsområden. Resultatet redovisas längre fram i berättelsen.

Sår

Växjö kommun har en sårsköterska som under 2023 jobbat med vårdförloppet för svårläkta sår genom att uppdatera rutiner i kommunens handbok för sårbehandling. Vårdprogram och vårdförlopp svårläkta sår riktar sig mot kommunal och regional primärvård och publicerades i början av 2023. För att kunna behandla sår korrekt behöver vi en strukturerad anamnes och en strukturerad arbetsgång enligt vårdförloppet svårläkta sår. Ett utredningsstöd har tagits fram i enlighet med vårdförloppet och under året har implementering av strukturerad bedömning pågått.

Mål:

- Fortsätta implementeringen av strukturerad bedömning och behandling av sår i enlighet

med vårdförlopp svårläkta sår

- Öka följsamheten till vårdhygieniska riktlinjer i samband med sårbehandling

Samverkan

Samverkan med region Kronobergs resursperson för sårbehandling från allmänmedicinskt kunskapscentrum fortsätter som tidigare för att stärka kompetensen i både regional och kommunal primärvård. Professionsråd för sårbehandling och prevention har etablerats där såransvarig sjuksköterska i Växjö kommun är sammankallande i samarbete med MAS i Växjö kommun. Rådet ska arbeta länsövergripande med sårbehandlingsfrågor utifrån vårdförloppet med målet att uppnå en likvärdig och jämlik vård i Kronoberg.

PPM-mätning basala hygienrutiner och klädregler

Mätningarna är observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. Medarbetarnas följsamhet till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler observeras.

Resultat:

Andelen som gjorde rätt i alla åtta steg i Växjö kommun var 64,4% vilket är en minskning från föregående år då siffran var 67 %. Växjö kommun har i många år haft ett gott resultat även i jämförelse med riket men nu ses en nedåtgående trend. Också i riket sågs 2023 ett sämre resultat, där var årets siffra 59,3 % mot 63,3 % föregående år. Antalet observationer ökade nationellt men i kommunen utfördes 300 färre observationer (inklusive privata vårdgivare) jämfört med förra året.

Analys:

Att resultatet fortsätter att minska generellt är liksom förra året oväntat då stort fokus legat på vårdhygien och basala hygienrutiner under och efter pandemin. Verksamheterna i omsorg funktionsnedsättning förbättrade sina resultat betydligt jämfört med föregående år men utförde färre observationer. Resultatet i ordinärt boende försämrades då flera enheter uppvisade siffror på 50% eller lägre.

Åtgärder:

Som tidigare år fortsätter MAS att ha en dialog med chefer samt besöka vissa av de enheter som har låga resultat och träffar hela personalgruppen. Vårdhygien har hållit utbildningar på plats på flera enheter. Vårdhygien och representanter från länets kommuner har tagit fram utbildningsfilmer för chefer och medarbetare.

Egenkontroll vårdhygien

Under 2023 har 80 enheter svarat på egenkontrollen för vårdhygien. Enkäten innehåller frågor som berör vårdhygien, till exempel om basala hygienrutiner ingår i introduktionen för nyanställda, om rätt handskar används, hur arbetskläder tvättas och om det finns möjlighet till handdesinfektion hos omsorgstagare. Den sammantagna bedömningen är att det är få avvikelser som noteras. De brister som identifieras åtgärdas genom att MAS tar kontakt och vid behov sätts större insatser in.

HALT-mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner (VRI), förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning. Svenska HALT är en nationell mätning som genomförs i samarbete med Folkhälsomyndigheten, Senior Alert och nationella Strama.

Resultat:

De senaste åren har endast ett fåtal särskilda boenden deltagit i mätningen på grund av hög sjukfrånvaro bland sjuksköterskorna. 2023 deltog de flesta boendena och 382 patienter registrerades. Av dessa hade 2,4% bekräftade infektioner som förvärvats på boendet (riket 1,6%). Andelen som behandlades med antibiotika var 3,7% (riket 2,7%).

Analys:

Årets resultat är sämre än föregående år då ingen patient hade en pågående infektion men att jämföra resultaten blir inte rättvisande då betydligt färre patienter registrerades 2022.

Munhälsa för omsorgstagare med rätt till nödvändig tandvård

Resultat:

Vissa omsorgstagare har rätt till nödvändig tandvård (enligt det särskilda tandvårdsstödet som anges i tandvårdslagen 1985:125 och tandvårdsförordningen 1998:1338). Antalet omsorgstagare som hade ett utfärdat intyg för rätt till nödvändig tandvård var 2120, en ökning med 400 jämfört med 2022. Omsorgstagarna erbjuds en munhälsobedömning av tandhygienist som 60% tackade ja till vilket är en ökning från 2022 då 49 % tackade ja.

Andelen med dålig munhygienstatus 2021 låg på 58% vilket var mycket fler än under 2020 då andelen var 34%. Under 2022 sjönk andelen till 44% och under 2023 var det 30% som hade dålig munhygienstatus. En klar förbättring.

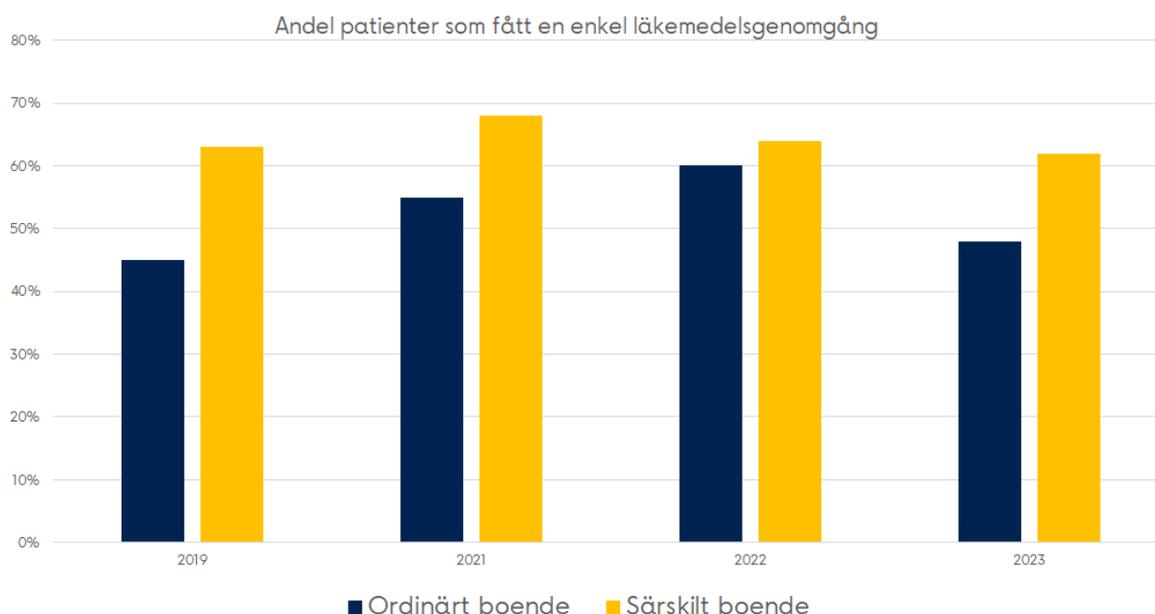
Antalet medarbetare som fått utbildning i munhälsa av tandhygienist var 136 jämfört med 36 föregående år.

Analys:

Det förbättrade resultatet beror sannolikt på att olika åtgärder sattes in 2022 för att öka medvetenheten på alla enheter om vikten av en god munhälsa. Regionens tandvård hjälpte oss genom att ta fram specifika siffror på enhetsnivå som sedan kunde redovisas för omsorgschefer och enhetschefer. Medarbetare deltog också i fokusgrupper med MAS och SAS för att få en bild av orsakerna till det försämrade resultatet. I fokusgrupperna framkom bland annat att rutinen med utlämnande av munvårdskort från tandvården inte följts på senare år. Munvårdskortet är en instruktion som kan vara viktig för att sköta omsorgstagarens munvård på rätt sätt. Många har implanterat, bryggor och andra speciallösningar i munhålan. Rutinen att lämna ut munvårdskort är åter på plats.

Läkemedel

Enkel läkemedelsgenomgång



Resultat:

Andelen enkla läkemedelsgenomgångar har minskat under 2023.

Analys:

Omsorgsförvaltningen har anledning att misstänka att andelen enkla läkemedelsgenomgångar underrapporteras på grund av att det inte är välkänt vilka kriterier som ska uppfyllas för en enkel genomgång. Sjuksköterskorna rapporterar årligen i hälso- och sjukvårdsmätningen hur stor andel av patienterna som haft en enkelt läkemedelsgenomgång med läkare.

Teambaserad läkemedelsgenomgång

Resultat:

Totalt 195 (259) teambaserade läkemedelsgenomgångar genomfördes varav 90 (189) på särskilt boende och 105 (70) i ordinärt boende. En kraftig minskning ses i särskilt boende och en ökning i ordinärt boende.

Analys:

Andelen teambaserade läkemedelsgenomgångar har minskat totalt jämfört med föregående år. Det är ett fåtal vårdcentraler, liksom föregående år som står för merparten av genomgångarna. Teambaserade läkemedelsgenomgångar är tidskrävande och sannolikt spelar läkartillgången en roll liksom en god kontinuitet både av läkare och sjuksköterskor.

70% av patienterna i hemsjukvården hade träffat läkare fysiskt minst en gång det senaste året. På särskilt boende är det 80% som träffat läkare senaste året och inom omsorg funktionsnedsättning är det strax över 80%. Vid avtalsuppföljningar framgår det att de patienter som vill träffa läkare får möjlighet att göra det.

Åtgärd:

- Samtliga sjuksköterskor informeras om kriterierna för enkel läkemedelsgenomgång
- Sjuksköterskorna ombeds dokumentera enkel läkemedelsgenomgång
- Kriterier för enkel och teambaserad läkemedelsgenomgång och vikten av dokumentation tas upp vid avtalsuppföljning med vårdcentral av MAS.

Överlämnande av läkemedel

Egenkontrollen för överlämnande av läkemedel har beslutats att genomförs där det förekommer behov. Behovet identifieras genom att det finns avvikelser relaterat till läkemedelshantering. Chefer, MAS och sjuksköterskor kan initiera mätningen.

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.



Covid-19 pandemin

Under maj 2023 gick WHO och folkhälsomyndigheten ut med att Covid-19 inte längre är ett internationellt hot mot människors hälsa, därmed klassas Covid-19 inte längre som en pandemi. Det innebär dock att verksamheten fortsatt har högre belastning än vanligt eftersom vårdhygieniska rutiner vid Covid-19 har kvarstått.

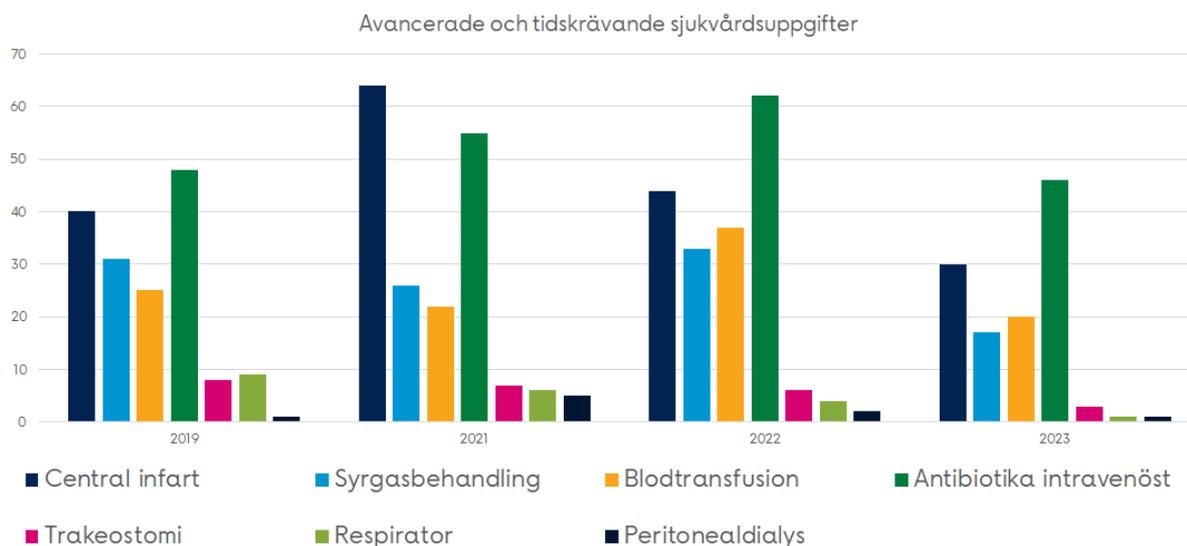
Kontinuitet

Centralt för patientsäkerheten i hemvården är en god personalkontinuitet. Den planerade kontinuiteten mäts löpande för de kommunala hemvårdsgrupperna och är en viktig del av kvalitetsarbetet för hemvården.

Kommunala sjukvårdens uppdrag

Under det senaste årtiondet har mängden avancerade sjukvårdsinsatser som utförs inom kommunal primärvård, framförallt inom hemsjukvården ökat. Under 2023 kan vi se att nivåerna för det som bedöms som avancerade och tidskrävande sjukvårdsuppgifter gått tillbaka till ungefär samma nivåer som 2019.

Avancerad HSL



Hyrpersonal

Avdelning för sjuksköterskor har haft cirka fyra årsarbetare som jobbat kvällar och nätter under hela 2023. Under sommaren har avdelningen haft cirka en årsarbetare under tre veckor dagtid. Under hösten har avdelningen haft 0,8 årsarbetare dagtid.

Frånvaro

Sjukfrånvaron på avdelning för sjuksköterskor har börjat sjunka, från 2022 till 2023 finns en tydlig skillnad även om sjukfrånvaron fortfarande uppskattas vara över nivåerna jämfört med före pandemin.

Kompetensutveckling

Utbildningsinsatser som gjorts på avdelning för sjuksköterskor under 2023 har varit inom skörhetsskattning och HLR. En kompetensutvecklingsplan för sjuksköterskor har fastställts under 2023. Under början av 2024 planeras en utbildningsinsatsning i VISAM beslutsstöd för sjuksköterskor.

Leveransproblem

En ökning av leveransproblem av exempelvis nutritionsvårdsprodukter, läkemedel och hjälpmedel har de senaste åren noterats. Ersättningsprodukter har funnits i de allra flesta fallen.

Framtid och omvärld

Omvärldsanalysen pekar på flera utmaningar med ett ökat antal äldre, förändrade/ökade krav och förväntningar på kommunens service och tjänster samt kompetensförsörjning. Att arbeta förebyggande och för en utveckling mot en nära vård är grunden för att kunna hantera såväl utmaningar i framtidens kompetensförsörjning som att möta de demografiska utmaningarna.

Förändringarna i samhället ställer också krav på samordning inom vården, men även mellan vården och omsorgen. Verksamheter behöver förändra hur de organiserar sitt arbete, liksom hur de utför arbetet utifrån enskilda personers behov.

Riskhantering

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.

I samband med planering av verksamhetsförändringar och när händelser inträffar som gör att en risk upptäcks görs riskanalys. Riskanalyser åtgärdas och följs upp.

Under året har två specifika riskanalyser gjorts inför sommaren när den legitimerade personalen är avsevärt färre i tjänst än normalt. En del arbetsuppgifter utförs inte under sommaren som till exempel vissa möten samt verksamhets- och kompetensutveckling. Vård- och omsorgspersonalen har dock lägre kompetens än normalt och det innebär att det krävs extra arbete för de legitimerade att upprätthålla patientsäkerheten. På grund av detta gjordes en riskanalys för sjuksköterskorna och en för kommunrehab. Båda ledde fram till ett förstärkt stöd för prioriteringar och en översyn av arbetssätt och sommarplanering. På kommunrehab skapades en modell för dagliga avstämningar och ett arbetssätt med färgsystem som underlättade att styra resurserna till där de bäst behövdes. För sjuksköterskorna används resultatet av riskanalysen, en prioriteringsordning, över hela året när bemanningen är lägre till följd av exempelvis sjukfrånvaro eller arbetsbelastningen är väldigt hög. Prioriteringsordningen får endast tas i bruk i samråd med chef som ska försöka lösa bemanningen i första hand.

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.



Lex Maria

Fyra anmälningar enligt Lex Maria gjordes till Inspektionen för vård och omsorg - IVO under 2023.

De allvarliga vårdskador eller tillbud med allvarlig risk för vårdskada som utretts under året har legat till grund för förändring av rutiner eller nya rutiner. MAR har sett över delegeringsrutinen för hantering av nackkrage och beslutat att det inte längre får utföras som en delegerad uppgift. I

samband med allvarlig konsekvens efter fallolycka har MAS uppdaterat rutinen för fallolycka. I samband med utredningen så gjordes en risk- och konsekvensanalys i den aktuella arbetsgruppen där det identifierades brister som följts upp och till stor del åtgärdats under året. Arbetet

fortsätter 2024 under ledning av enhetschef på området. MAS har uppdaterat rutinen för utlämning av iordningställt läkemedel vid akuta ändringar och tillsett att det inte är en uppgift som kan utföras på delegation. MAS har skapat en ny rutin för hemsjukvård till barn riktad till avdelning för sjuksköterskor då det är en sällan förekommande patientgrupp.

Anmälningar till läkemedelsverket

Vi är skyldiga att anmäla till läkemedelsverket när en medicinteknisk produkt är inblandad i en allvarlig avvikelse. Under 2023 har tre anmälningar har gjorts.

Nackkrage

I samband med Lex Maria görs anmälan till läkemedelsverket då kragen varit inblandad i en allvarlig avvikelse. Inget fel på kragen kunde identifieras

Ryggband till rollator

Patient som satt på sin rollator och lutade sig mot ryggband som gick av. Ingen återkoppling har fått av läkemedelsverket.

Däck på rullstol

Däck på rullstol krängde av fälgen då rullstolen kördes inomhus. Ingen återkoppling har fått av läkemedelsverket.

Kvalitetsregister

BPSD-registret

Registret mäter på ett systematiskt sätt förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med kognitiv svikt/demenssjukdom. Registret bygger på en systematisk arbetsmetod där det mångprofessionella teamarbetet är grunden. Metoden bygger på observationer bland annat med hjälp av en symtomskattningsskala. Observationerna analyseras och individanpassade åtgärder tas fram i form av till exempel bemötandeplaner.

Analys:

I Växjö Kommun har det saknats struktur för teamet att arbeta med BPSD vilket bidragit till att det inte har blivit något genomslag i arbetet. Det finns ingen struktur eller synliga/mätbara resultat. Få registreringar har gjorts i registret.

Åtgärd:

Ett projekt startade under hösten 2023 för att höja kompetensen hos samtliga professioner som arbetar med patienter med kognitiv svikt/demenssjukdom på särskilt boende och därmed en ökad kvalitet av vården. Första utbildningstillfället kommer ske våren 2024 och hålls av BPSD-certifierade registerutbildare. Hur många utbildningstillfällen som behövs på varje särskilt boende är beroende av boendets storlek. All personal ska utbildas. Ambitionen är att utbilda 2-3 boenden/termin. Efter genomförd utbildning står registerutbildarna till förfogande för att stödja personalen i sitt arbete framåt.

Svenska palliativregistret

Mål:

- Förbättra kvaliteten på vård i livets sista tid (sen palliativ fas), inklusive symtomskattning, symtomlindring och munhälsa.

Resultat svenska palliativregistret

Område	2022	2023
Dokumenterat brytpunktssamtal	87,7 %	88,3 %
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	91,4 %	96,6 %
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	92 %	96,1 %
Smärtskattning sista levnadsveckan	58,9 %	74,3 %
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	43,6 %	57 %
Avlidit utan trycksår (kategori 2-4)	87,7 %	84,4 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	82,2 %	88,3 %

Analys:

Arbetet som påbörjades under 2022 med att förbättra siffrorna i palliativregistret gällande symtomskattning och munhälsobedömning har gett fina resultat.

Åtgärd:

Under 2023 har arbetet med palliativ vård fortsatt inom de områden som identifierades 2022.

Fortsatt arbete enligt plan i palliativa gruppen och med egenkontroll som förstärks med resultat i den palliativa vården.

Senior Alert

Registret ska användas av samtliga enheter inom äldreomsorgen för att systematiskt förebygga fallskador, undernäring, dålig munhälsa och trycksår. Det finns enheter som har en låg registreringsgrad, men de allra flesta enheter arbetar aktivt i registret. I årets statistik ser vi en minskning av 12 unika registrerade personer vilket ger en procentuell minskning på 2% 2023. Resultatet visar att 58% av möjliga patienter registreras i Senior Alert.

Korttidsboende

På Evelid har arbete pågått med att säkerställa ett "inflyttningsflöde" där Senior Alert ska vara en naturlig del för alla som beräknas stanna på boendet i mer än en vecka. Antalet registreringar har ökat till 177 unika registrerade personer under 2023.

ÄO och hemvård	Utfall	Målvärde
Antal personer aktuella för registrering	1536	-
Antal unika registrerade personer	884	-
Andel unika registrerade personer, %	58 %	80 %
Åtgärdsplan vid risk, %	78 %	75 %
Utförda åtgärder vid risk, %	67 %	75 %

Ordinärt boende	Utfall	Målvärde
Antal personer aktuella för registrering	1 010	-
Antal unika registrerade personer	304	-
Andel unika registrerade personer, %	30 %	80 %
Åtgärdsplan vid risk, %	87 %	75 %
Utförda åtgärder vid risk, %	71 %	75 %

Särskilt boende	Utfall	Målvärde
Antal personer aktuella för registrering	557	-
Antal unika registrerade personer	409	-
Andel unika registrerade personer, %	73 %	85 %
Åtgärdsplan vid risk, %	84 %	75 %
Utförda åtgärder vid risk, %	69 %	75 %

Analys:

De enheter som har högst registreringsgrad har en eller flera i teamet som är drivande i det systematiskt förebyggande arbetet vilket ses som den enskilt största framgångsfaktorn.

I rapportens resultat bör det för ordinärt boende tas hänsyn till att underlaget för antal patienter aktuella för registrering är beräknat utifrån att ett genomsnitt på 15% av totalt antal inskrivna patienter inte är aktuella för registrering.

Åtgärder:

En förändring i ansvarsfördelningen har beslutats och kommer att genomföras gällande kvalitetsregistret senior alert där sjuksköterska tar över huvudansvaret för arbetet i stället för enhetschefen. Att arbeta med riskbedömningar ingår i sjuksköterskans profession och sjuksköterskan är närmre patienten än enhetschefen. Därför ska ansvaret omfördelas och effekten utvärderas.

Avvikelser

Avvikelser

Det finns fortsatt vissa brister i arbetet med avvikelser. Exempelvis avvikelser som inte blir avslutade eller avvikelser som avslutas utan att åtgärder dokumenterats eller att åtgärderna endast dokumenterats i löpande anteckningar i stället för i åtgärdsdelen. Det har framkommit att många tycker att åtgärdsdelen i systemet är svår att jobba i. Det finns en underrapportering av avvikelsetypen vårdrelaterade infektioner, trycksår och undernäring trots information om vikten att rapportera.

Ett arbete med avvikelseprocessen pågår liksom översyn och redigering av riktlinjer rörande avvikelshanteringen. Förhoppningen är att detta ska leda till en tydligare beskrivning av hur arbetet med avvikelser ska ske.

Ett projekt "Avvikelser som källa till förbättring" har genomförts och avslutats. Projektet har tagit fram en utbildningsfilm till medarbetare samt diskussionskort som ska användas tillsammans med filmen.

Det totala antalet läkemedelsavvikelser har ökat vilket kan bero på att antalet planerade läkemedelsrelaterade insatser har ökat. I det digitala signeringsverktyget Appva fanns under perioden 221001-230930 drygt 2,6 miljoner inplanerade läkemedelsrelaterade insatser, 98 % av dem signerades. Signeringsgraden är samma som förra året och har följts kontinuerligt på övergripande nivå.

Avvikelseyp	Antal 2022	Antal 2023
Läkemedelsavvikelser, totalt	1 167	1 461
Utebliven dos	518	530
Insulin	30	30
Blodförtunnande	25	12
Narkotikakontroll	137	119
Medicintekniska produkter och hjälpmedel	90	141
Rehabiliteringsinsatser	33	10
Fall	2 831	2 782
Fall som lett till höftfraktur	23	21
Vårdrelaterade infektioner	2	7
Externa avvikelse inkommande	72	58
Externa avvikelser utgående	107	169

Läkemedelsavvikelser	Antal 2022	Antal 2023
Ordinärt boende		
Personer hjälp med läkemedel	679	723
Avvikelser per patient/år	0,9	0,9
Särskilt boende		
Personer hjälp med läkemedel	428	473
Avvikelser per patient/år	0,7	0,8
Bostad med särskild service LSS		
Personer hjälp med läkemedel	170	156
Avvikelser per patient/år	0,8	0,9

Klagomål och synpunkter

Interna avvikelser och synpunkter samt klagomål som kommer till omsorgsnämnden via anmälan till Inspektionen för vård och omsorg - IVO eller som ett ärende från patientnämnden handläggs av MAS/MAR på likartat sätt. Händelserna utreds oftast av ansvarig enhetschef. Bedöms synpunkterna som allvarliga utreds de av MAS/MAR eller utredningsgruppen. Synpunkter ska besvaras senast inom 4 veckor.

Omsorgsförvaltningen har mottagit 94 avvikelser av typen klagomål och synpunkter under perioden oktober 2022-september 2023. Sjuksköterskeorganisationen var mottagare av 7 synpunkter, Kommunrehab 6 och resterande utspridda i övrig verksamhet. 9 synpunkter kom från patientnämnden och 2 från IVO. I avvikelssystemet finns inte någon funktion som visar om återkoppling lämnats till synpunktslämnaren inom 4 veckor.

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.



Krisberedskap

Vid en eventuell krissituation ska beredskap finnas så att ordinarie verksamhet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar tillfredsställande. Beredskap ska också finnas för att kunna möta nya målgrupper och behov som kan uppstå.

Kontinuitetsplanering

Ett antal aktiviteter har genomförts i omsorgsförvaltningen under året både inom förvaltningen och i samverkans forum med andra förvaltningar och bolag inom kommunen, länets kommuner och Regionen. Exempel på aktiviteter är genomförande av övergripande inventering och analys, ta fram förslag på åtgärder för att stärka förvaltningens krisberedskap och kontinuitetsarbete och

utveckling av det systematiska informationssäkerhetsarbetet.

Förvaltningens mål med kontinuitetsarbetet är långsiktighet och systematik samt ökad medvetenhet om kritiska beroenden för att kunna säkra leveransförmåga vid störningar.

Kontinuitetsarbetet behöver integreras i verksamheterna och bli en del av det dagliga arbetet. Metodiken som nu utvecklas ska ha en tydlig koppling till det praktiska arbetet, upplevas som enkel och inte ta för mycket tid från verksamheten.

Mål, Strategier och utmaningar för kommande år

Omsorgsnämnden i Växjö kommuns handlingsplan för patientsäkerhet för 2024 utgår från de grundläggande förutsättningar och fokusområden som krävs för ett patientsäkert arbetssätt enligt den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete är en engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.

De fem fokusområdena är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under 2024 har följande arbetsområden och mål satts upp för att höja patientsäkerheten utöver det som sker löpande under året som beskrivits i patientsäkerhetsberättelsen.

Handlingsplan för 2024

Målområde	Prioriterat arbetsområde	Aktivitet	Mål	Uppföljning
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Avvikelser	Utveckla arbetet med avvikelshantering för leg personal, enhetschefer och externa	Använda avvikelser som källa till förbättring Öka rapportering av avvikelser inom områden som är underrapporterade	Mäta antalet avvikelser årligen
Säker vård här och nu	Kompetensutveckling (Avdelningschefer och omsorgschefer är huvudansvariga)	MAS/MAR är med och tar fram underlag för kompetensutvecklingsplan inom hälso- och sjukvårdsområdet	Ha ett underlag för kompetensutvecklingsplan	Följs upp i nästa års patientsäkerhetsberättelse
	Samverkan med regionen	Uppstart samarbete mellan kommunal och regional primärvård	Öka samarbete kring gemensamma patienter	Följs upp i nästa års patientsäkerhetsberättelse
Tillförlitliga och säkra system och processer	Kognitiv svikt	Utbildningssatsning i arbetssätt enligt kvalitetsregistret BPSD i särskilt boende	Uppstart av nytt arbetssätt/implementering	Antalet registreringar Projektrapport arbetssätt
	Undernäring	Nutritionsutbildning för sjuksköterskor	Öka kunskap hos sjuksköterskor Öka journalföringen enligt nutritionsvårdprocessen	Antal som gått utbildningen Journal-granskning av arbetssätt

	Palliativ vård	Anhörigenkät	Förbättra kvaliteten på vården som ges i livets slutskede med hjälp av anhörigas upplevelser	Antal svar Analys av svar
Stärka analys, lärande och utveckling	Ombud	Utreda inom vilka områden i hälso- och sjukvård det ska finnas ombud	Uppdragsbeskrivning inkl. plan för kompetensutveckling	Följs upp i nästa års patientsäkerhetsberättelse

För att säkerställa att vi följer målsättningarna kommer följande egenkontroller att göras under 2024.

Egenkontroll 2024

Typ av egenkontroll	Frekvens	Metod
Förekomst av undernäring	1 gång/år	Hälso- och sjukvårdsmätning
Nutritionsvårdsprocessen	1 gång/år	Journalgranskning
Antal registreringar i BPSD registret	1 gång/år	Statistik BPSD
Riskbedömning trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen	2 gånger/år	Sammanställning av samtliga enheters statistik.
Nödvändig tandvård; antal intyg, antal bedömningar, antal utbildade personal	Sammanställning 1 gång/år	Statistik och bedömningar av tandvården
Självskattning palliativ vård	Sammanställning 1 gång/år	Statistik palliativa registret (7 kvalitetsindikatorer)
Mätning av hälso- och sjukvård	1 gång/år	Mätning av förekomst av hälso- och sjukvårdsinsatser samt förekomst av olika hälsotillstånd hos samtliga patienter med kommunal hälso- och sjukvård
Vårdhygien Basala hygienrutiner, klädregler Egenkontroll Självskattning	1 gång/år 1 gång/år 2 gånger/år	Punktprevalensmätning Egenkontroll Egenkontroll
Avvikelse Ex. vårdrelaterad infektion, fall, läkemedelsavvikelse, synpunkter och klagomål.	1 gång/år	Statistik lifecare
Utskrivning från slutenvården inom rätt tidsintervall efter meddelande om utskrivningsklar	1 gång/år	PowerBI
Läkemedelsgenombgång	1 gång/år	Hälso- och sjukvårdsmätning samt statistik från region Kronoberg
Antal patienter som träffat läkare årligen	1 gång/år	Hälso- och sjukvårdsmätning