Växjö kommun

Patientsäkerhetsberättelse

Omsorgsnämnden

2022

www.vaxjo.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3
Inledning 5
Grundläggande förutsättningar för säker vård 6
Engagerad ledning och tydlig styrning 6
En god säkerhetskultur 11
Adekvat kunskap och kompetens 12
Patienten som medskapare 14
Agera för säker vård 16
Öka kunskap om inträffade vårdskador 16
Tillförlitliga och säkra system och processer 22
Säker vård här och nu 27
Stärka analys, lärande och utveckling 30
Öka riskmedvetenhet och beredskap 37
Handlingsplan för patientsäkerhet 2023-2025 38

Sammanfattning

Under 2022 har patientsäkerhetsarbetet för andra året i rad skett enligt det nationella vårdprogrammet för patientsäkerhet "Agera för säker vård". Den förvaltningsövergripande nulägesanalys som gjordes 2021 har legat till grund för arbetet. Då målen i planen är riktningsmål och flertalet verkställs genom långsiktiga åtgärder kommer patientsäkerhetsplanen fr o m i år eller som den nu heter ”handlingsplan för patientsäkerhet” att löpa över tre år istället för ett. Den kommer ändå att följas upp årligen och revideras vid behov. För första gångenhar en mätning gjorts av patientsäkerhetskulturen. Mätningen är i första hand avsedd för att medvetandegöra och att ge stöd för att komma till rätta med kulturellt betingade svårigheter i kvalitetsarbetet på enheterna. Den kommer att upprepas efter genomförande av utbildningsinsats inom området avvikelser som källa till utveckling.

Pandemin har påverkat verksamheten även 2022. Totalt har 571 omsorgstagare smittats under året och det är långt fler än under något tidigare år. Sjukdomsförloppet har för de flesta varit kortare och lindrigare, men några av de sköra äldre har varit allvarligt sjuka och tidvis krävt sjukhusvård. Den höga smittspridningen har också inneburit hög sjukfrånvaro bland personalen. Under utbrott har det tidvis varit svårt att bemanna enskilda enheter. Under slutet av året uppstod också en kraftig smittspridning av influensa, RS-virus och andra övre luftvägsinfektioner, samtidigt som covidsmittan fortfarande låg på en hög nivå.

Den senaste vårdhygienmätningen från våren 2022 visar på fortsatt goda resultat, där framför allt hemvården utmärker sig på ett positivt sätt. Det totala resultatet låg dock något lägre än 2021 beroende på att flera enheter inom omsorg funktion nu deltog och att deras resultat som helhet låg något lägre än inom äldreomsorgen. Pandemin har fortsatt inneburit ett stort fokus på vikten av att följa basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning. Växjö har ett bättre totalresultat jämfört med medianvärdet för samtliga kommuner.

Verksamhetsutveckling har skett inom de områden som var avsedda både inom olika projekt i omställningen till en God och Nära Vård och Omsorg och även enligt de delar av patientsäkerhetsarbetet som ligger utanför projekten. Specialistsjuksköterskor och dietist har utarbetat olika former av verksamhetsstöd som ska underlätta verksamhetsutvecklingen och kvalitetssäkra arbetssätt. På grund av ovan nämnda påfrestningar i verksamheten har det varit svårt att nå ut i verksamheterna och därför har en del av implementeringen av verksamhetsstöden fått skjutas fram.

En hel del verksamhetsutveckling har skett inom t.ex. förebyggande och hälsobevarande arbete, palliativ vård, samverkan och dokumentation vilket också återspeglas i förbättrade resultat i egenkontrollen inom flera av områdena. Ett utvecklingsarbete för att kartlägga och avhjälpa de brister som hade konstaterats i de mest omsorgskrävande omsorgstagarnas munhälsovård har pågått under året i samverkan med regionens tandvård. En del åtgärder har kunnat vidtas direkt och en handlingsplan för det fortsatta arbetet kommer att upprättas under 2023. Resultatet för 2022 var en förbättring jämfört med 2021.

Under flera år har utveckling med hjälp av välfärdsteknik och digitala lösningar prioriterats. Utgångspunkten är att ta till vara digitaliseringens möjligheter för att öka kvaliteten, använda

resurserna smartare och skapa högre trygghet och självständighet för omsorgstagaren. Digital signering är implementerat i samtliga delar av verksamheten och har visat sig ge ökade möjligheter att säkerställa utförandet av ordinerade insatser. Under året har också läkemedelsrobotar testats inom hemvården/hemsjukvården.

Fortsatt fokus kommer att vara på att komma vidare i omställningen till en God och nära vård för alla invånare. En stor utmaning är och kommer att vara 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, tex. digitala lösningar och bredare samarbete mellan kommun och region. Kompetensutvecklingsarbetet har förstärkts genom en ny struktur med ett kompetensutvecklingsforum där MAS, MAR, SAS, representanter för utvecklingsavdelningen, omsorgschefer och avdelningschefer ingår.

Personcentrering för den enskilde patientenen i vården är en viktig del och arbetet med patientkontrakt fortsätter i samverkan med Region Kronoberg. Arbetet med fast vårdkontakt och vårdplaner inom hälso- och sjukvården måste föras samman med arbetet med fast omsorgskontakt och genomförandeplaner inom omsorgen till en trygghetsskapande helhet för patienten. Att fånga upp patienternas synpunkter och önskemål och att på andra sätt också göra dem delaktiga i kvalitetsarbetet är andra delar som är avgörande för om vi ska uppnå målet att erbjuda patienterna en personcentrerad och säker vård.

De förändringar som sker p g a det som sker i omvärlden och hur det påverkar oss såsom pandemi, krig, IT-attacker och klimatförändringar har gjort att beredskaps- och säkerhetsmässiga kontinuitetsfrågor har prioriterats upp. Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är en viktig del av det svenska samhällets beredskap. Vid en eventuell krissituation ska ordinarie verksamheter fungera med god kvalitet samtidigt som det ska finnas beredskap för att nya målgrupper och behov kan uppstå. För att verksamheten vid behov ska kunna möta en allvarlig händelse och bidra till att minska konsekvenserna av det inträffade behöver arbetet med kontinuitetshantering fortlöpa.

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 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 också utifrån en femårig uppdragsplan för omställningen till en God och nära vård och omsorg. Den är uppbyggd kring fyra centrala utvecklingsområden:

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

Övergripande mål och strategier:

- Öka patientens delaktighet i sin egen vård och stärka patientens roll som medskapare i utveckling av processer och arbetssätt och genom att tillvarata och återkoppla inkomna synpunkter och genom en satsning på att de som har behov ska ha en fast vårdkontakt och en samordnad individuell plan
- Utveckla kunskapsstyrningen och trygga kompetens genom att delta i utvecklingen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och genom att utöka andelen specialistsjuksköterskor, utreda renodlat undersköterskeuppdrag och utöka antalet specialistundersköterskor
- Öka kunskapen om inträffade vårdskador hos alla medarbetare genom att utbilda dem i konceptet "avvikelser som källa till förbättring" och genom att förenkla analys och redovisning av resultat för cheferna.
- Minska risken för specifika vårdskador genom förebyggande och hälsobefrämjande arbete
- Öka andelen ändamålsenliga vårdmiljöer genom översyn av vårdmiljöer.
- Förstärka granskningen och kontrollen av patientsäkerheten inom organisationen och i arbetet där samarbete sker med andra vårdgivare.
- Stärka analys, lärande och utveckling genom analyser som möjliggör lärande och spridning av kunskap och lärdomar
- Öka riskmedvetenhet och beredskap genom riskanalyser, färdighetsträning och simulering

Organisation och ansvar

Beskrivning av ansvar och organisation finns att läsa i Omsorgens handböcker. https://omsorgenshandbocker.vaxjo.se/sidor/rutiner-for-halso--och-sjukvard/patientsakerhetsberattelse-och-plan.html

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Utöver de övergripande samverkansavtalen finns också avtal gällande mer avgränsade områden som till exempel trackeostomivård, respiratorvård, egenvård och samordnad individuell plan SIP. Samverkansrutiner och de olika avtalen finns i Omsorgens handböcker.

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.

Samverkan med primärvården, bland annat när det gäller läkarmedverkan, regleras genom lokala avtal mellan hemsjukvårdsenheter och vårdcentralerna i Växjö kommun. Samverkan har huvudsakligen fungerat väl. Under några perioder har dock några vårdcentraler haft svårt att tillgodose önskat behov av läkartid. Det har kunnat lösas efter gemensam uppföljning och planering. MAS har också haft regelbunden samverkan och gott samarbete med företrädare för primärvården och allmänmedicinskt kunskapscentrum. Tillsammans med Birka vårdcentral pågår ett samarbete för att analysera och minska antalet återinläggningar av multisjuka äldre efter utskrivning från akutsjukvården. Inledande dialog har genomförts med vårdcentralen Teleborg för att under våren inleda ett samarbete med digitala hembesök. Målet är att samordna vården runt de enskilda patienterna och till exempel koppla upp sig under hembesöket för att ge ökade möjligheter att ha med läkaren på vårdcentral i bedömning och behandlingsupplägg.

Behovet av sjukhusvård har kunnat tillgodoses och de allra flesta utskrivningar från sjukhus sker på ett tryggt och säkert sätt för patienterna. Sjuksköterskorna på korttidsverksamheten på Evelid rapporterar dock att det förekommer missar i informationsöverföring och läkemedelshantering i samband med utskrivning. Sjuksköterskornas upplevelse är att det är stress på avdelningarna på sjukhuset som gör att allt inte hinns med och att vissa saker glöms bort.

Omsorgsförvaltningen mäter andelen omsorgstagare inom den egna verksamheten som går hem samma dag eller dagen efter utskrivningsklar. Personer som under 2022 gått hem med hemtjänst gjorde det till 94 % samma dag eller dagen efter utskrivningsklar. Samma siffra för särskilt boende var 99 %. Personer som har LSS-insatser gick i 97 % av fallen hem samma dag eller dagen efter utskrivningsklar. Motsvarande siffra för personer som skrivs ut till korttidsplats var 83 %. Andelen som skrivs ut senast samma dag till korttidsplats har förbättrats sedan 2021 då andelen var 66 %. Att personer som efter sjukhusvistelsen skrivs ut till korttidsplats tenderar att vänta längre på sjukhuset än övriga grupper beror på att antalet korttidsplatser är begränsade och att den enskilde i behov av korttidsplats oftast inte kan gå hem till sin ordinarie bostad i avvaktan på ledig plats.

En viktig del i arbetet med Nära vård och omsorg är att undvika inskrivning i sluten vård när det är möjligt att ge patienten en god och säker vård i hemmet. Det ska i första hand ske genom ett förebyggande och hälsobefrämjande arbete, men också genom väl inställd behandling och god vård och omsorg i hemmet. När en patient har blivit inlagd är det viktigt att den fortsatta vården hemmet planeras på ett sätt så att återinläggning kan undvikas. Under 2022 skedde det 264 återinläggningar inom 30 dagar efter utskrivningen för patienter med insatser från Omsorgsförvaltningen. (mätningen gjord 1 mars - 31 dec). Totalt under året var det 2806 vårdtillfällen inom slutenvården för omsorgstagare som har insatser från Omsorgsförvaltningen.

Siffran kan ställas i relation till att det, enligt statistik från regionen som omfattar alla kommuninvånare 65 år och äldre (oavsett insatser från omsorgsförvaltningen) var 16 % av patienterna som

efter totalt 5497 vårdtillfällen åter lades in inom 30 dagar.

Analys har inte gjorts av orsaken till återinläggningarna. Det är inte heller känt hur många av de återinlagda som hade insatser av kommunal hemsjukvård.

Avvikelser som har skrivits och skickats mellan vårdgivarna visar på att det har förekommit brister i information och kommunikation, och det har hänt att frågor ej besvarats i vårdplaneringssystemet LINK. Vid några tillfällen har patienter skrivits ut innan kommunen har givit sitt klartecken, vilket är en allvarlig patientsäkerhetsrisk. Det har också förekommit att planerat utskrivningsdatum har flyttats fram fler än 5 gånger. Utskrivningsdatum kan ofta vara svårt att beräkna och datum sätts i god tid i syfte att skapa möjlighet för planering i kommunen, men kan leda till att kommunens medarbetare avsätter tid och resurser för en planerad hemgång som inte blir av. Detta sker fr.a. när utskrivningsdatum ändras nära inpå det planerade datumet. Antalet avvikelser som gäller har minskat något i antal sedan tidigare år men beskriver liknande brister.

För att förebygga vårdskador orsakade av brister i vårdplanering, ordinationer och informationsöverföring finns en rutin för gemensam avvikelsehantering. Avvikelser från hela länet ska enligt den analyseras på aggregerad nivå 2 gånger per år i ett analysteam bestående bl.a. av 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. Gruppen kommer med sin första rapport under 2023.

Det finns också en tvärprofessionell arbetsgrupp som arbetar länsövergripande med att förbättra rutiner och arbetssätt i samband med in- och utskrivning. Denna arbetsgrupp är också representerad i analysgruppen ovan.

Ett utökat samarbete med vårdhygien och smittskydd på regionen har pågått under hela pandemitiden. MAS och företrädare för verksamheterna har haft täta kontakter och regelbundna möten. Riktlinjer för vårdhygien vid covid -19 har upprättats genom samarbete mellan länets kommuner, vårdhygien- och smittskyddsenheten på Region Kronoberg.

Informationssäkerhet

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 ett år. Verksamhetssystemet är uppskattat av användarna och informationsöverföringen mellan kommunens hälso- och sjukvård och Region Kronoberg har underlättats jämfört med tidigare. En gemensam tidbok för sjuksköterskor och läkare för planering av de patientärenden som ska tas upp vid läkarsamverkanstider har testats framgångsrikt på en enhet under året och ska nu införas på flera enheter.

En journalgranskning har genomförts omfattande 93 journaler förda av sjuksköterska. Granskningen omfattar samtliga verksamhetstyper. Sjuksköterskorna har granskat sina egna journaler. Resultatet som redovisas nedan beskriver vilka obligatoriska delar som finns i journalerna.

Journalgranskning 2022, 93 patientjournaler av sjuks	ja %	delvis %	nej %	ej aktuel	felaktig
medicinska diagnoser med verifierad källa	78		15		
överkänslighet med angiven källa	60		33		
närstående som ska kontaktas	48	5	40		
vårdplaner	84	0	9		
patientansvarig sjuksköterska	92		1		
fast vårdkontakt	73		18		2
riskbedömningar	21	38	22	12	
munhälsobedömning	21		51	21	
överskådlighet	67	26	0		
smärtskattning	11		31	51	
behandlingsbegränsningar	25		19	49	

Ett utvecklingsarbete har genomförts för att förbättra strukturen i journalen och för att bättre stödja arbetet enligt upprättade vårdplaner. Detta visar sig genom ett gott resultat när det gäller relevanta vårdplaner.

Bristerna i dokumentation av medicinska diagnoser och överkänslighet bottnar troligen i svårighet att förstå vikten av att både kommunens och regionens journaler måste innehålla alla viktiga uppgifter. När sjuksköterskorna har tillgång till regionens journal kan det tyckas oviktigt att dokumentera grunduppgifter i den kommunala journalen. Detta kan leda till patientsäkerhetsrisker om en patient spärrar sin journal eller om regionens journal av någon annan anledning inte är tillgänglig.

Behandlingsbegränsningar innebär att patienten, läkare och sjuksköterska och ibland i samråd med närstående har beslutat att patienten vid försämring t. ex. inte ska ha hjärt- och lungräddning eller sjukhusvård. Resultatet visar på att det i mer än hälften av journalerna har bedömts att det inte är aktuellt med behandlingsbegränsningar. I 19 av journalerna har sjuksköterskan vid granskningen bedömt att det saknas en beskrivning av behandlingsbegränsning där det borde ha funnits en.

I kommunen som helhet visade journalgranskningen att 59 av de granskade journalerna innehöll journalanteckning om riskdiagnoser. I 12 av journalerna uppgav sjuksköterskan att det inte fanns någon riskdiagnos, se tabell ovan.

Journalgranskning har också gjorts av sårsjuksköterska på det särskilda boendet där det enligt mätning av hälso- och sjukvård fanns det största problemet med trycksår. Boendet använde sig av registret Senior Alert, men det arbetet återspeglades inte i sjuksköterskornas journalanteckningar. Riskbedömningar och åtgärder som var registrerade i registret fanns inte i journalerna. Det fanns också patienter som hade anteckning om risk i journalen men där det inte syntes i registret.

Journalgranskning i syfte att bedöma i hur stor del sjuksköterskorna har dokumenterat enligt nutritionsvårdsprocessen har gjorts. 36 journaler från särskilt boende och 34 från ordinärt boende granskades. För resultat se avsnitt om undernäring.

Den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen är indelad i tre olika delar. Delen för legitimerad personal dvs sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter är den huvudsakliga journalen,

och den ligger i Cambio Cosmic. När sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter ger uppdrag till vård- och omsorgspersonal eller lägger in information till dem används den andra delen av patientjournalen som ligger i verksamhetssystemet procapita. Där gör också vård- och omsorgspersonal alla sina journalanteckningar. När insatser signeras används appen Appva. På lång sikt vore det ur säkerhetssynpunkt och med tanke på användarvänlighet att föredra att hela journalen förs i samma verksamhetssystem. Behovet av sammanhållen journal med regionen väger dock tyngst och därför är den lösning som just nu används det bästa alternativet. Det finns för närvarande ingen lösning som skulle fungera både för sammanhållen journal med regionen och för hela den kommunala hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Appva innebär en ökad möjlighet för verksamheten att följa sitt resultat i läkemedelshanteringen och upptäcka när en dos inte har överlämnats i tid. Appen ger utöver signeringsdelen också stöd i arbetet med att säkerställa att den personal som utför arbetsuppgiften har en giltig delegering.

Införandet av Lifecare HSL som ska ersätta Procapita för vård- och omsorgspersonalens dokumentation har skjutits fram till runt årsskiftet 2023/2024.

För att öka informationssäkerheten pågår ett arbete med att föra över även de privata utförarnas journaler i Cambio Cosmic. De enheter som köper tjänster av leg. kommunal personal (dvs de hemvårdsenheter som utför hälso- och sjukvård) prioriteras i första hand, men på sikt har det även ett högt värde att de privata särskilda boendena använder Cambio Cosmic som journalsystem för att de, liksom de kommunala boendena, ska ingå i samarbetet med sammanhållen journal med Region Kronoberg.

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 2021 påbörjades arbetet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet Agera för säker vård. En förvaltningsövergripande nulägesanalys genomfördes. Den visade på att fokusområdet att "öka kunskap om inträffade vårdskador och förebygga vårdskador" bör prioriteras. Ett annat fokusområde för prioritering var att få verksamheten att använda de verktyg, metoder och arbetssätt som finns för ett patientsäkert arbete. Båda områdena är beroende av grundförutsättningen "god patientsäkerhetskultur" i verksamheten.

2022 användes för första gången ett verktyg för att mäta patientsäkerhets- och kvalitetskulturen. Det verktyg som användes då var en anpassad form av HSE (Hållbart säkerhetsengagemang). Mätningen omfattade inte bara just patientsäkerheten utan säkerhetskulturen i verksamheten som helhet. Antalet svarande var enligt följande:

Omsorg funktionsnedsättning 198, hemvård 130, särskilt boende 255, avdelning för sjuksköterskor 54, kommunrehab 29 och myndighetsavdelningen 21

Resultatet av mätningen visade på mestadels s.k. gröna och gula resultat dvs resultat som inte anses behövas en omedelbar åtgärd. Det enda resultat som låg inom det röda området låg i sjukskö-terskeverksamheten och kommunrehabs svar och det gällde området "patienternas delaktighet i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete".

Säkerhetsfaktorer	resultat
lära av varandra och det som fungerar bra	4,16
agera utifrån de risker vi ser, där det finns risk för vårdskada eller annan negativ konsekvens för omsorgstagaren	4,22
rapporterar alltid avvikelser och synpunkter	3,99
genomföra förbättringar efter negativa händelser och avvikelser	3,85
påtala när man tror att något är på väg att gå fel	4,52
våga prata om misstag	4,55
blir bra bemött när jag ber om hjälp	4,44
bemöter kollegor väl som ber om hjälp	4,74
gott samarbete med andra verksamheter t.ex. Region Kronoberg	3,54
bibehållen säkerhet även vid ändrade förutsättningar	4,02
trygg med att min närstående får insatser från Omsorgsförvaltningen	3,98
erbjuder patienter/omsorgstagare att vara delaktiga i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	3,44

Resultaten av mätningen följdes upp genom diskussion på möten med medarbetarna samt på enhetschefsträffar. Särskilt fokus sattes då på vad som behövs för att bli bättre, vad det innebär att göra patient/omsorgstagare delaktig i säkerhetsarbetet och vad det innebär att få god återkoppling på avvikelser och synpunkter. Enheterna skulle utifrån detta skapa sin egen plan för att komma tillrätta med svagheter. Mätningen kommer att upprepas efter nedanstående projekts genomförande.

Det är tänkbart att de goda resultaten i mätningen återspeglar en låg nivå av medvetenhet om vad en god säkerhetskultur innebär. Detta kommer i så fall att återspeglas i nästkommande mätning som kommer att ske under 2024.

Under 2022 har ett projekt för att stärka kunskapen och medvetenheten om avvikelser som källa till förbättring påbörjats. En film som blir obligatorisk för samtliga anställda kommer att färdigställas under 2023. Projektgruppen avser också att göra en plan för hur enheterna kan fördjupa och förstärka sitt kvalitets- och säkerhetsarbete genom att erbjuda anpassade diskussionsunderlag.

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.

Utbildningsprocess

Under året har en utbildningsprocess tagits fram och en arbetsgrupp kallad kompetensutvecklingsforum har påbörjat sitt arbete. Arbetet omfattar inledningsvis vård- och omsorgspersonalens kompetensutveckling.

Syftet med processen är att tydliggöra och effektivisera arbetsgången vid framtagande av utbildningsinsatser för omsorgspersonal inom äldreomsorgen och omsorg funktionsnedsättning. Önskemål om tillägg av utbildningar eller förändringar i nuvarande utbildningar i verksamhetens kompetensutvecklingsplan för året eller kommande år anmäls till kompetensutvecklingsforum som analyserar och bereder förslaget för att sedan lämna det vidare till ledningsgruppen för ställningstagande och beslut av förvaltningschefen.

Kompetensutvecklingsforumet

Uppdrag och mandat för kompetensutvecklingsforumet som är enligt nedan;

- säkerställa att önskade och initierade utbildningsinsatser möter förvaltningens behov för att kunna ge en god och säker vård och omsorg till våra invånare i dag och i framtiden.
- är beredande och samlar förvaltningens experter utifrån områdena lagkrav, kompetens, kvalitet, behov, resurser och verkställighet inom förvaltningen.
- använder ett underlag till utbildningsinsats som stöd för sitt arbete, vilket är avsett att kvalitetssäkra processen och skapa engagemang och delaktighet hos alla i forumet
- föreslå vem/vilka som ska ta fram aktuella utbildningar

Utbildningsportalen

Utbildningsportalen används för att säkerställa och tillgängliggöra kompetensutveckling.

Delegering som kompetensutveckling

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

Kompetensutvecklingsplan

Kompetensutvecklingsplan finns på övergripande och individuell nivå.

Kompetensutveckling inom GNVO

I uppdragsplanen för god och nära vård och omsorg - GNVO finns området som heter att trygga kompetens. Inom det området finns en plan för att utöka andelen specialistsjuksköterskor och att utreda renodlat undersköterskeuppdrag och utöka antalet specialistundersköterskor.

Inom hemvård och särskilt boende är kravprofil, annons och en grund för arbetsrutin för den nya yrkesgruppen specialistundersköterskor framtagen. Tjänsterna annonseras ut i början av 2023.

Rekrytering av specialistundersköterskor med placering vid sjuksköterskeavdelningen är inne i sin slutfas och kommer avslutas inom kort.

I planen finns också målet att gå mot utvecklad kunskapsstyrning.

Samverkan med Region Kronoberg

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. Målet är att den ska vara klar första halvåret 2023. GAP-analyser av beslutade vårdförlopp pågår tillsammans med region och övriga kommuner. 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. I primärvårdsrådet i Region Kronobergs Allmänmedicinska kunskapscentrum har det tagits fram en ny struktur med uppdrag att identifiera kompetensbehov i primärvården (region och kommun) och erbjuda gemensamma utbildningar med fokus på kunskap i linje med kunskapsstyrningen.

Omsorgsförvaltningen har via MAS under året deltagit arbetet med två sammanhållna vårdförlopp för Kronobergs län. MAS har också 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.

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. Det finns en målsättning att höja kvalitén på hanteringen av synpunkter. Arbete för att uppnå detta pågår inom GNVO-projekt "Avvikelser som källa till förbättring". I projektet ingår att ta fram en utbildningsfilm riktad till medarbetare avseende vad som är en avvikelse respektive synpunkt samt vad Lex Sarah och Lex Maria är. Projektgruppen avser också utarbeta ett underlag för diskussion och fördjupning i säkerhetskultursfrågor och avvikelsehantering som kan användas ute i verksamheten.

Arbete för en personcentrerad vård har pågått under 2022 som en viktig del i arbetet med en god och nära vård och omsorg. Arbetet med att implementera omställningen ute i verksamheterna har under året trappats upp och en stor satsning med Omsorgens dag gjordes i september vilket spridde budskapet och syftet med omställningen till näst intill samtliga medarbetare i förvaltningen. På länsövergripande nivå pågår i samverkan med Region Kronberg och övriga kommuner förberedelser för införandet av patientkontrakt. Arbete har också påbörjats för att öka användandet av samordnad individuell plan - SIP och säkerställa att alla patienter som behöver det och så önskar ska få en fast vårdkontakt.

Arbetet med vardagsrehab har fortsatt inom hemvården där alla hemtjänstteam har arbetat enligt handlingsplaner för att förbättra arbetet. I handlingsplanerna som tagits fram har man tagit ställning till hur aktiviteterna som man föreslagit gynnar patienten och man har arbetat med

individens mål i centrum. Vid slutet av året var antalet pågående ärenden 119.

Metoden vardagsrehab är nu etablerad inom hemvården om än med något ojämn kvalitet och omfattning. Samtliga kommunala hemvårdsenheter uppfyller nu målet att ha minst två pågående vardagsrehabsärenden per månad.

Agera för säker vård

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.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat samt åtgärd och uppföljning	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	Ska minska varje år	Se text nedan	Magsjuka och Covid-19 rapporteras vid sidan av avvikelsesystemet		
Trycksår	Ska minska varje år	se diagram	Fortsatt satsning på Senior alert och analys av orsaker till trycksåren. Mätning av Hälso- och sjukvården, markörbaserad journalgranskning, kvalitetsregister	Se egenkontroll	Senior alert
Vårdskador fall	Ska minska varje år	se diagram	Fortsatt satsning på Senior alert och utveckling det systematiska arbetet med avvikelser. Rapporterade avvikelser och vårdskador .Markörbaserad journalgranskning, kvalitetsregister	Se egenkontroll	Senior alert och regionens statistik på höft och lårbensfrakturer
Vårdskador till följd av läkemedelsavvikelser	Ska minska varje år	Inga allvarliga skador har rapporterats			
Vårdskador med koppling till avvikelser medicintekniska produkter	ska minska varje år	Inga allvarliga skador har rapporterats			

Vårdrelaterade Infektioner

Resultat:

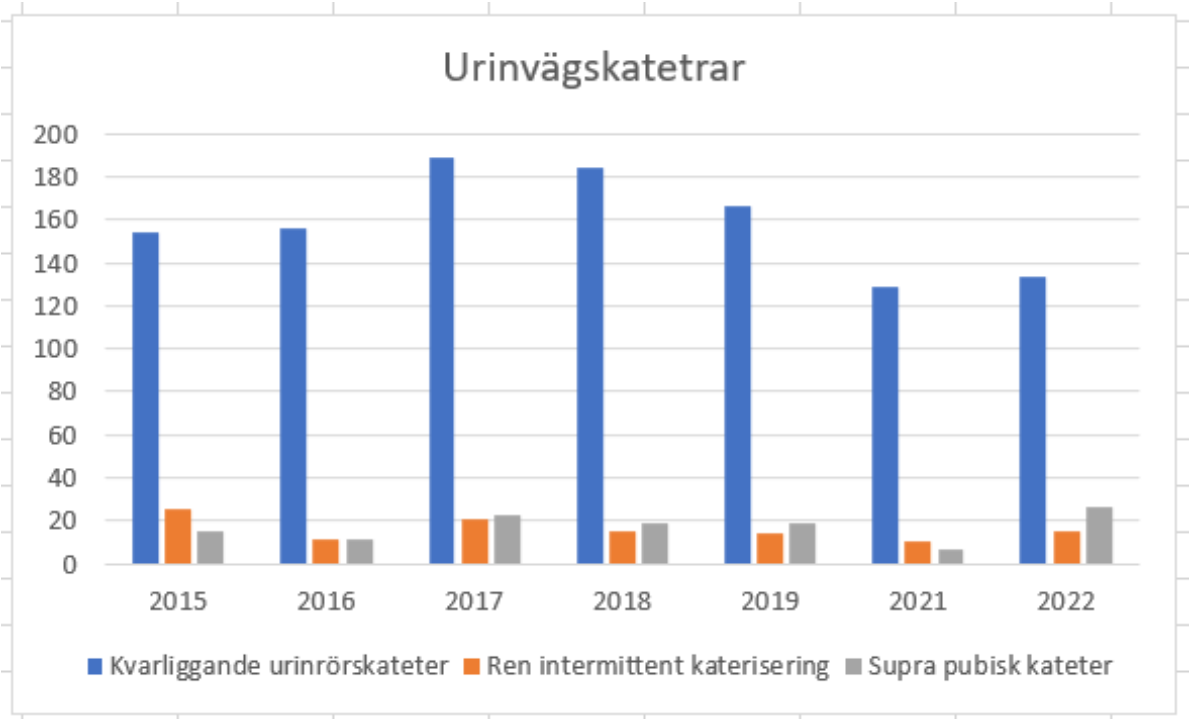
Fem utbrott av magsjuka har inrapporterats, tre på särskilt boende och två inom Omsorg funktion. Tre infekterade sår har rapporterats.

Tabell över inrapporterade fall av Covid-19

	2020	2021	2022
Ordinärt boende	59	51	147
Särskilt boende	102	42	323
Evelid	69	29	39
Omsorg funktion	16	21	50
Arbete o välfärd	11	12	12
TOTALT	257	155	571

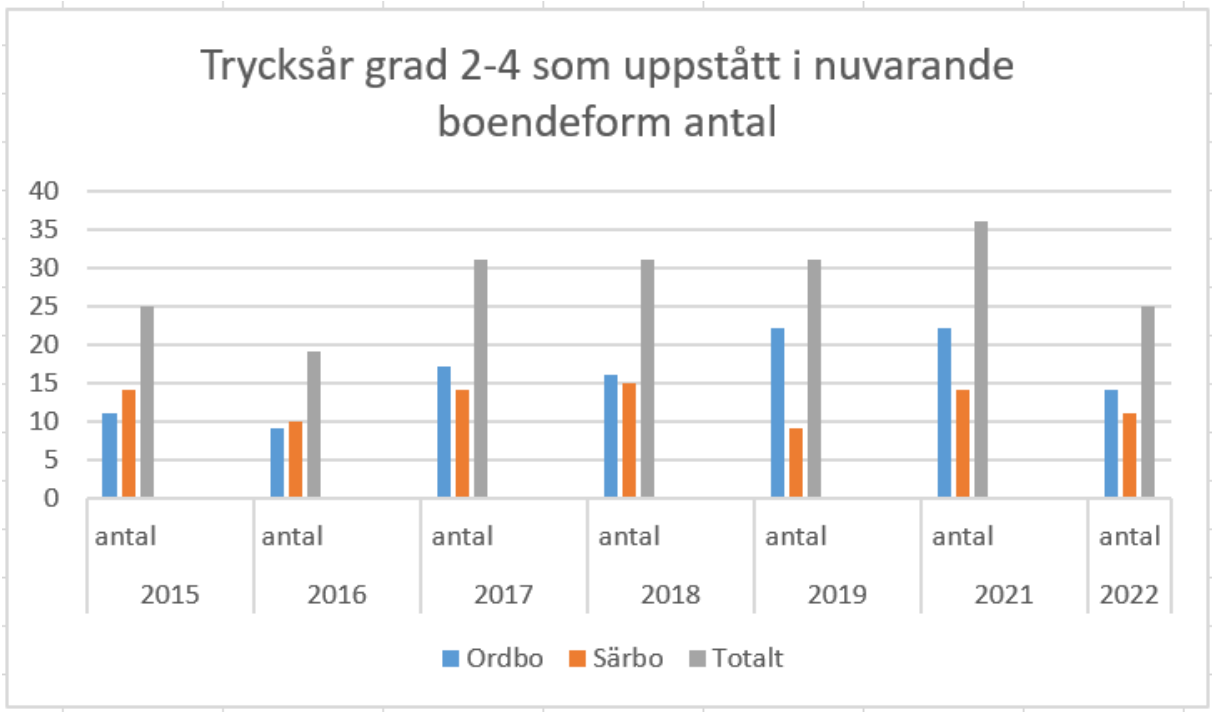
Urinvägskatetrar

En urinvägskateter leder till en ökad risk för urinvägsinfektion och ska inte användas i onödan. För de flesta är det ur infektionssynpunkt att föredra ren intermittent kateterisering dvs tappning med engångskateter. Tappningen innebär för många patienter i hemsjukvården ett behov av hjälp av personal vid varje tappningstillfälle vilket sker vid flera tillfällen per dag. Det gör att många föredrar att ha en kvarliggande kateter trots den förhöjda infektionsrisken. Antalet urinvägskatetrar mäts årligen för att ha kontroll över ett ev. överanvändande och vilka typer av katetrar som används. Suprapubisk kateter som är en kvarliggande kateter som går in i blåsan via bukväggen är ett bra alternativ för patienter som ska ha kateter under lång tid. Den upplevs av många som bekvämare, ger mindre påverkan på sexuell integritet och ger möjlighet att träna den egna förmågan att kissa. Den innebär också en lägre risk för urinvägsinfektion.



Trycksår

Resultat:



Analys

Antalet trycksår har minskat sedan föregående år vilket troligen kan kopplas till en ökad satsning på förebyggande arbete.

Resultatet av trycksårsmätningen har analyserats både verksamhetsövergripande och per enhet. De enheter som hade flest trycksår vid mätningen har fått stöd i sitt förbättringsarbete av specialistsjuksköterska.

Åtgärd

Samverkan med region Kronoberg kring rutiner, dokumentation och utbildning har varit ett fokusområde. Ett gemensamt men verksamhetsanpassat utredningsstöd för svårläkta sår har skapats som ett stöd för sjuksköterskor och läkare i utrednings- och behandlingsprocessen. Under sjuksköterskedagarna hösten 2022 har utredningsstödet presenterats i samband med föreläsning om sårbehandling för samtliga sjuksköterskor i Växjö kommun.

Digitala samverkansmöten mellan regionen och Kronobergs kommuner har hållits två gånger under året. Temat har varit trycksårsprevention i patientens resa mellan vårdgivare – hur upprätthåller vi insatta förebyggande åtgärder och hur tar vi till vara på dokumenterade risker? Under samverkansmötet uppmanas deltagarna till att sammanställa tankarna diskussionsgruppen haft och skicka in. Noteringarna blir sedan underlag för eventuellt förbättringsarbete.

Ett sådant påbörjat förbättringsarbete har startats upp på det särskilda boendet Hagalund. Syftet är att bredda det trycksårspreventiva arbetet med sacrum- och hälförband dels som skydd mot tryckskador men framför allt skjuvskador. Ett liknande pilotprojekt har gjorts inom slutenvården med goda resultat. I projektet ingick föreläsning i trycksårsprevention för samtliga undersköterskor.

Föreläsning i trycksårsprevention har även gjorts på korttidsboendet Evelid efter en avvikelse där en patient fått en tryck- eller skjuvskada som ledde till allvarlig infektion. I händelseanalysen framkom det att det saknades riktlinje/rutin för röntgen av djupa skador i kategori 3–4 där underliggande benvävnad är blottad eller ytlig. Den medicinska riktlinjen har uppdaterats.

Föreläsning i trycksårsprevention skulle hållits även för personalen på Sörgården där en hög andel patienter hade tryckskador som uppstått i egen verksamhet (HSL-mätning 2022). Föreläsningen fick ställas in på grund av Covid-utbrott. Uppföljande samtal med sjuksköterskor och enhetschef har hållits under hösten. Enhetschefen anser att det saknas handledning för baspersonalen från sjuksköterska. Sjuksköterskorna hade vid uppföljningstillfället precis börjat på Sörgården och saknade uppfattning om orsakerna till trycksåren.

Ett potentiellt utvecklingsområde kring sårbehandling är nutrition. Dialog har hållits med primärvårdens dietister samt deras chef som anser att det är svårt att bedöma patienter med svårläkta sår eftersom de saknar kunskap inom ämnet sårbehandling.

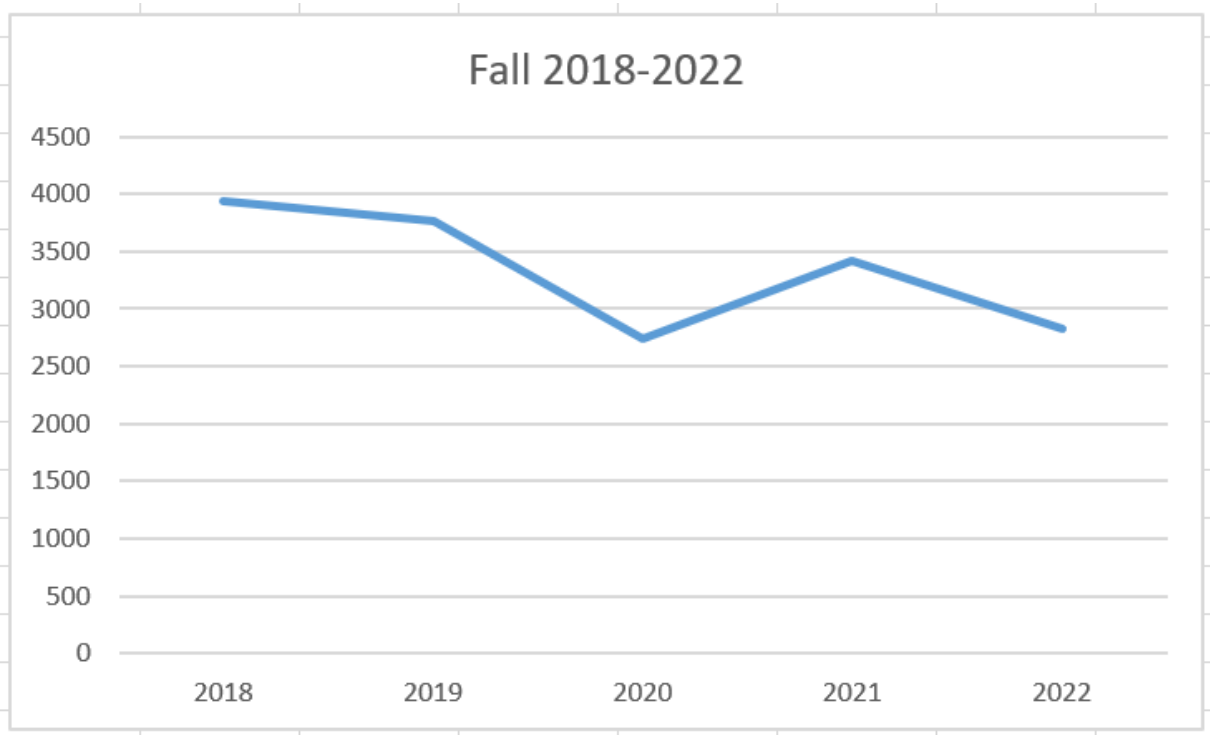
Växjö kommun har ett lokalt sårnätverk som breddar kompetensen inom sårbehandling i kommunen. De har under året gått en utbildning i debridering dvs. upprensning av död vävnad i sår för att skapa förutsättningar för sårläkning.

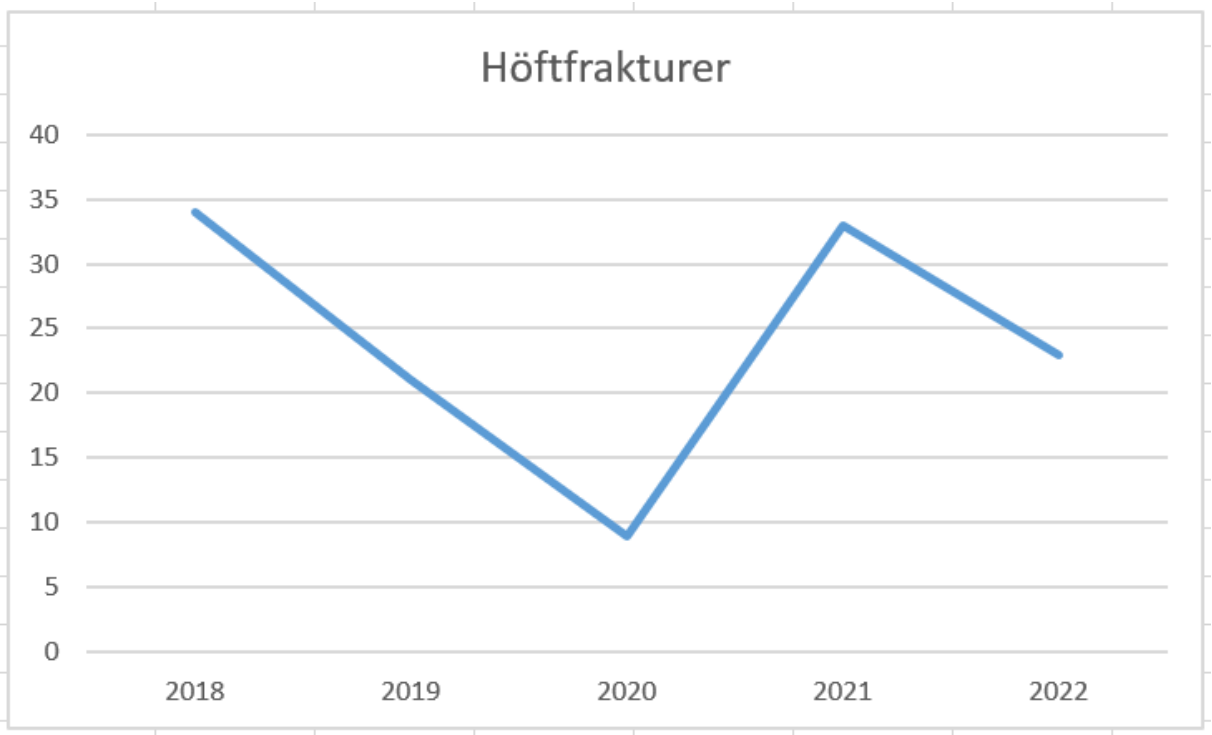
Under 2022 har ett omfattande upphandlingsarbete av hygien- och sjukvårdsmaterial gjorts. Upphandlingsgruppen har också lyft frågan om gemensamt avtal med region Kronoberg och när aktuellt avtal löper ut kommer en gemensam upphandling gällande sårbehandlingsmaterial att genomföras. Det kommer att underlätta samarbetet mellan region och kommun när samma material används.

Professionsråd för sårbehandling och prevention har skapats där såransvarig sjuksköterska i Växjö kommun är sammankallande tillsammans med MAS i Ljungby kommun. Rådet ska arbeta länsövergripande med sårbehandlingsfrågor med målet att uppnå en likvärdig och jämlik vård i Kronoberg.

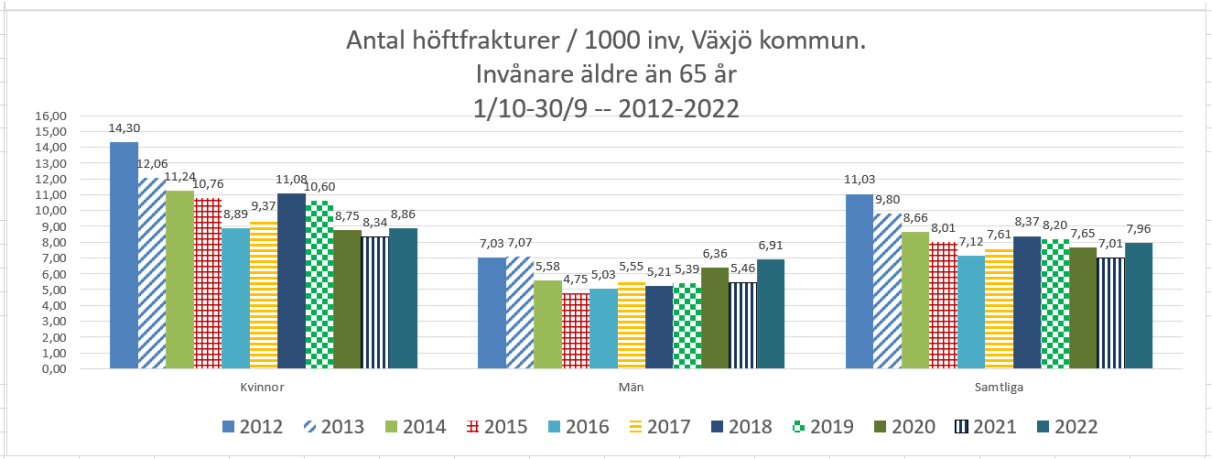
Fall och höftfrakturer

Resultat:





Regionen mäter också antalet höft- och lårbensfrakturer till följd av fall. Antalet beräknas utifrån diagnos av läkare och oberoende av om patienten har vård- eller omsorgsinsatser av kommunen, se nedanstående diagram.



Analys:

Både antalet fall och antalet höftfrakturer som har inrapporterats på Omsorgsförvaltningen har sjunkit under året. (Siffran för antalet fall och frakturer 2020 är inte korrekt pga brister i rapporteringen.) Det finns sannolikt ett samband mellan de förebyggande åtgärder som har vidtagits och det förbättrade resultatet. Mycket tyder också på att ordinerade rehabinsatser nu utförs i större utsträckning än före införandet av digital signering vilket sannolikt har en positiv effekt då

träning har mycket hög evidens när det gäller att förhindra fallskador.

Det totala antalet höft- och lårbensfrakturer för personer 65 år och äldre oberoende av insats från Omsorgsförvaltningen hade ökat i Växjö kommun vilket också är trenden i riket som helhet. Att omsorgstagarna i Växjö kommun inte verkar följa den negativa trenden är positivt.

Åtgärd:

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

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 undernäring

Resultat:

En mätning har gjorts av förekomsten av undernäring på särskilda boenden och i ordinärt boende i såväl kommunal som privat regi. Undernäring är vanligt förekommande inom äldreomsorgen till följd av hög ålder och multisjuklighet. Därför är det viktigt att undernäring förebyggs och behandlas i så stor utsträckning som möjligt utifrån individens behov och förutsättningar. För andra året i rad har mätningen genomförts med diagnoskriterierna för undernäring enligt The Global Leadership Initiative on Malnutrition - GLIM[1]. Årets mätresultat redovisas i tabellen nedan. 76 % av omsorgstagarna i särskilt boende är inkluderade i mätningen. Övriga 24 % har inte rapporterats in alternativt så saknades vissa parametrar som gjorde att förekomst av undernäring inte kunde bedömas. Förekomsten av undernäring varierar mellan olika boendeformer. Högst andel med undernäring finns i särskilt boende inom äldreomsorgen, se tabell nedan.

Verksamhet	Antal (andel) inkluderade	Antal (andel) med måttlig undernäring	Antal (andel) med svår undernäring	Antal (andel) med undernäring totalt
Särskilt boende (kommunalt)	374 (76 %)	92 (25 %)	100 (27 %)	191 (51 %)
Särskilt boende (privat)	188 (76 %)	38 (20 %)	69 (37 %)	107 (57 %)
Ordinärt boende (kommunalt)	201	53 (26 %)	54 (27 %)	107 (53 %)
Ordinärt boende (privat)	-	-	-	-
Totalt:	**763**	**183 (24 %)**	**223 (29 %)**	**405 (53 %)**

[1]GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. 2018

Journalgranskning i kommunala verksamheter

36 journaler från särskilt boende och 34 journaler från ordinärt boende har granskats i syfte att bedöma i hur stor andel av journalerna sjuksköterska har dokumenterat enligt den rekommenderade nutritionsvårdsprocessen. Sammantaget fanns dokumentation som till hög grad följde nutritionsvårdsprocessen i nio journaler på särskilt boende och i fyra journaler i ordinärt boende.

Nutritionsdokumentationen i Cosmic har förenklats jämfört med tidigare med hjälp av nya dokumentationsmallar. Vid risk för undernäring ska nutritionsutredning alltid initieras av sjuksköterska vilket innebär att det borde ha funnits dokumentation kring detta.

Analys

Jämfört med föregående års mätning var det färre personer som hade inkluderats i mätningen för särskilt boende i kommunal drift. Det procentuella utfallet var likvärdigt om man jämförde de båda åren. I särskilt boende i privat drift hade förekomsten av undernäring ökat. Likaså kunde man se en ökning i ordinärt boende i kommunal drift.

Jämfört med tidigare år sågs en viss förbättring vad gällde sjuksköterskornas dokumentation enligt nutritionsvårdsprocessen. Förbättringen har skett trots att implementeringen av dokumentationsmallarna har varit bristfällig, vilket har gjort att många sjuksköterskor sannolikt ännu inte känner till dem.

Projektanställd nutritionssköterska hade i uppdrag att implementera nutritionsvårdsprocessen i verksamheten under 2022. Hon avslutade sin tjänstgöring i juni, och därefter rekryterades inte någon ersättare. Nutritionssköterska arbetade med att initiera nutritionsutredning inom ramen för implementering av Senior alert. I projektet ingick tre hemsjukvårdsgrupper, som fick extra stöd av nutritionssköterska. De fyra journaler i hemsjukvården där dokumentationen till hög grad följde nutritionsvårdsprocessen kom inte från någon av de grupperna.

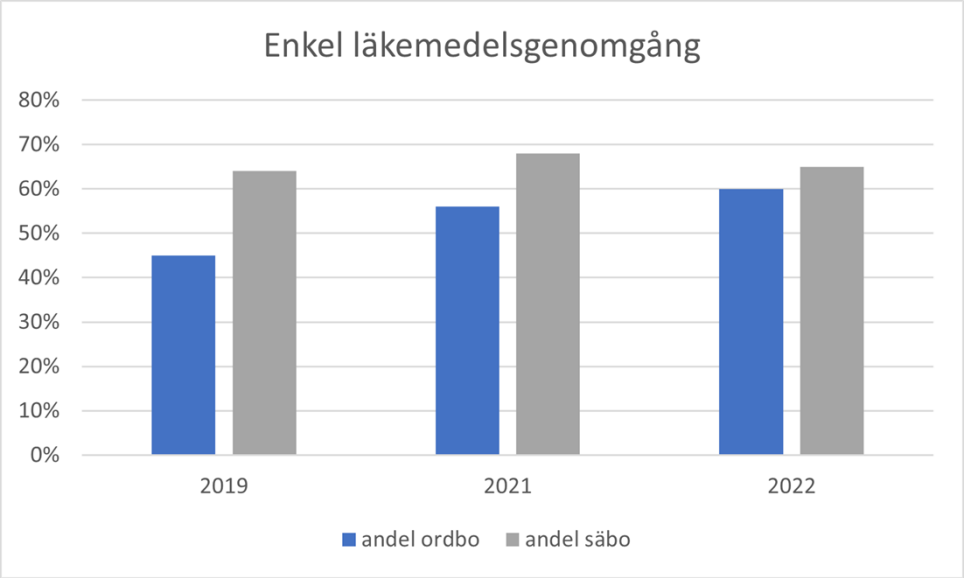
Digital utbildning för sjuksköterskor i nutritionsvårdsprocessen har inte färdigställts beroende på vakanser i dietistbemanningen. Utbildningen planeras att färdigställas under andra kvartalet 2023. Den kan då kompletteras med information om dokumentation i dokumentationsmallarna. Implementeringen av måltidsrutiner i särskilt boende skulle genomförts under 2022, och kommer istället att verkställas under 2023.

Läkemedel och Läkemedelsgenomgångar

Resultat:

Totalt genomfördes 688 enkla läkemedelsgenomgångar vilket är en minskning från föregående år (709). I särskilt boende ses en en minskning till 279 (325) och i ordinärt boende ses en ökning till 409 (384). Siffrorna hämtas från den årliga hälso- och sjukvårdsmätningen som genomförs i kommunen. Siffrorna ska ses utifrån att antalet patienter är färre än föregående år.

Totalt 259(209) teambaserade läkemedelsgenomgångar genomfördes varav 189(115) i särskilt boende och 70(94) i ordinärt boende. En ökning ses i särskilt boende och en minskning i ordinärt boende jämfört med föregående år.



Analys:

Andelen teambaserade läkemedelsgenomgångar har ökat totalt jämfört med föregående år medan enkla läkemedelsgenomgångar ligger på en något lägre nivå. Det är ett fåtal vårdcentraler som står för de teambaserade läkemedelsgenomgångarna. Orsakerna till att övriga vårdcentraler inte utför teambaserade läkemedelsgenomgångar är oftast prioritering av läkartiden. När de måste prioritera väljer de enkla läkemedelsgenomgångarna och kontinuitet i läkarsamverkan och hembesök vid behov framför de teambaserade läkemedelsgenomgångarna. När kontinuiteten på läkare och sjuksköterskor är god upplevs behovet av teambaserade läkemedelsgenomgångar som litet. Fördelen med den teambaserade metoden är att den samtidigt som läkemedelsbehandlingen får en grundlig översyn också erbjuder kompetensutveckling för alla som deltar. Nackdelen är att den är väsentligt mer tidskrävande.

1458 av 2005 patienter i hemsjukvården hade träffat läkare fysiskt minst en gång det senaste året. Många träffar också läkare oftare. Vid avtalsuppföljningar framgår det att de patienter som vill träffa läkare får möjlighet att göra det. Möjligheten för läkare att ha en dialog med patienten direkt utan sjuksköterskan som mellanhand kommer i framtiden troligen att öka genom införandet av möjlighet till digitala hembesök.

Åtgärd:

Sjuksköterskor fortsätter att efterfråga enkla läkemedelsgenomgångar samt planerar för och deltar i teambaserade läkemedelsgenomgångar tillsammans med vårdcentralerna. Fortsatt uppföljning av samarbetet med vårdcentralerna vid avtalsuppföljningar där vikten av båda typerna av läkemedelsgenomgångar lyfts av MAS.

Överlämnande av läkemedel

En metod för att säkerställa att insatsen överlämnande av läkemedel utförs på ett korrekt sätt har utformats och testats under 2022. Egenkontrollen ska göras genom kollegieobservation under en

avgränsad tid. Resultaten förs sedan in via enkätsvar av observatören. Enhetschefen går sedan igenom resultatet med samtliga medarbetare och sjuksköterskor och ev. åtgärder beslutas gemensamt. Egenkontrollen ska göras för första gången under hösten 2023. Egenkontrollen initierades och prövades första gången som en åtgärd i ett Lex Mariaärende under 2021.

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 67 % vilket är en minskning från föregående år då siffran var 73 %. Växjö kommun har i många år haft ett gott resultat även i jämförelse med riket. Också i riket sågs 2022 ett sämre resultat, där var årets siffra 63,3 % mot 67,6 % föregående år.

Analys:

Stort fokus har under pandemiåren legat på vårdhygien och basala hygienrutiner för att minska risken för smittspridning och därför är det lägre resultatet oväntat. Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete med utbildningsinsatser, regelbunden uppföljning, dialog med chefer och stöd från ledningen. Verksamheterna i omsorg funktion deltog i större utsträckning än tidigare år och hade också lägre resultat än enheterna i äldreomsorgen vilket drog ner resultatet som helhet. Ingen enhet i hemvården hade ett resultat på 50 % eller lägre.

Åtgärder:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har kontaktat och samtalat med chefer för enheter med resultat på 50 % eller lägre. MAS har även besökt vissa enheter och träffat hela personalgruppen.

HSLF-FS 2022:44 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS gäller från oktober. Med anledning av den nya föreskriften har en arbetsgrupp bildats med representanter från vårdhygien i regionen och länets kommuner. De ska ta fram ett gemensamt utbildningsmaterial gällande vårdhygien.

Ett särskilt fokus kommer att sättas på verksamheterna i omsorg funktion med anledning av de lägre resultaten.

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 nationelle Strama. Mätningen genomförs under veckorna 46-47 varje år.

Resultat:

Liksom förra året var det endast tre boenden som genomförde mätningen på grund av

sjukfrånvaro bland sjuksköterskorna. Totalt registrerades 102 patienter. Vid mättillfället var det ingen patient på de aktuella boendena som hade en pågående infektion, vilket är ett mycket positivt resultat.

Munhälsa för omsorgstagare med rätt till nödvändig tandvård

Resultat:

Under 2021 uppmärksammades att 386 eller 58 % av de 663 omsorgstagare med rätt till nödvändig tandvård (enligt det särskilda tandvårdsstödet som anges tandvårdslagen 1985:125 och tandvårdsförordningen 1998: 1338) och som undersökts av tandhygienist under året hade dålig munhygienstatus. Det innebär att patienten vid undersökningen hade rikligt med beläggningar i munhålan. Resultaten för 2018 och 2019 var 35 % resp. 34 %. Resultatet var alltså en försämring. Under 2021 hade endast 21 medarbetare fått utbildning av tandhygienist. 2020 var antalet 126. Det låga antalet förklarades då av att det hade varit svårt att hålla utbildningar pga pandemin.

Under 2022 hade 1722 personer i Växjö kommun intyg för att få tillgång till nödvändig tandvård. Det var ungefär lika många som 2021. 49 % av dem dvs 842 personer tackade ja till en munhälsobedömning av tandhygienist. Resultaten från årets bedömningar var att 44 % av de 591 undersökta omsorgstagarna hade dålig munhälsostatus. Det är alltså en förbättring av resultatet från 2021, men fortfarande inte i nivå med hur det var före pandemin. I resultaten ovan är även privata utförare inräknade. Andelen med dålig munhälsa i enbart de kommunala verksamheterna var 45 %. Endast 36 medarbetare hade under 2022 deltagit i utbildning av tandhygienist från regionens tandvård.

Analys av resultat:

Sannolika orsaker till den bristande munhygienen är bristande kunskap i hur munhälsan ska skötas samt svårigheter i att få hjälpa till av integritetsskäl. Resultatet var något sämre än i övriga kommuner i Kronobergs län och det är angeläget att analysera orsakerna och sätta in åtgärder.

Under 2022 har MAS med hjälp av regionens tandvård fått resultaten specificerade per enhet. I särskilt boende går det då att se vilka enheter inom särskilt boende och bostäder enligt LSS som har röda, gula resp. gröna resultat. 10 av 115 enheter (privata inräknade) hade gröna resultat (4 av de 10 gröna enheterna drivs privat). 5 hade gula resultat och resten röda. I ordinärt boende går det inte att se resultaten tydligt per enhet eftersom tandvården delar in sin verksamhet geografiskt på ett annat sätt än kommunen. Resultaten har redovisats för omsorgschefer och avdelningschefer. För att få en tydligare bild av orsakerna till upptäckta brister beslutades att genomföra fokusgrupper med medarbetare från 2 enheter i ordinärt boende och 2 enheter i särskilt boende inom äldreomsorgen samt 2 bostäder inom omsorg funktion. 5 av 6 fokusgrupper har genomförts under 2022 och den sista planeras under första delen av 2023.

Åtgärd:

Utifrån resultat av fokusgrupperna och munhälsobedömningar 2022 kommer en handlingsplan att upprättas. Ett arbete med att förändra tandvården geografiska områdesindelning så att den överensstämmer med hemvårdens är påbörjat. Vid samverkansmöten med tandvården har det

också upptäckts att rutinen med utlämnande av munvårdskort på enheterna inte har följts de senaste åren. Det saknas därför munvårdskort/instruktion för att sköta munvården hos många av kommunens omsorgstagare. Eftersom många omsorgstagare har implantat, bryggor och andra speciella lösningar i munhålan så behövs det en tydlig instruktion för att hjälpa till på rätt sätt. Rutinen har nu återinförts, men det kommer att ta ett år innan ordningen är återställd. Regionens tandvård har påbörjat arbetet med att kontakta samtliga enhetschefer och erbjuda utbildning i förebyggande munhälsoarbete.

Analys av åtgärd:

I kommunens resultat ingår även resultat för de verksamheter som drivs av privata utförare. Åtgärder i handlingsplanen kommer att spridas även till privata utförare tillsamman med önskemål om upprättande av handlingsplaner för de enheter som har gula och röda resultat.

Merparten av åtgärderna under 2022 har varit utredande. Uppmaning om att ta emot utbildningar från regionens tandvård och samtal med tandhygienisterna om vikten av att ta kontakt och erbjuda utbildningarna har inte lett till en ökning av antalet medarbetare som fått utbildning. Den höga smittspridningen och förhållandevis höga sjukfrånvaron under stora delar av året har troligen påverkat resultatet.

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.

Pandemin

Sjukfrånvaron för omsorgsnämndens medarbetare har varit fortsatt hög pga pandemin. Den var dock i slutet av året något lägre än 2021. De fortsatta rekommendationerna om att stanna hemma vid symptom och provtagning för covid för personal inom vård och omsorg har gjort att fler än normalt har stannat hemma från arbetet. Det har också sannolikt bidragit till att minska smittspridningen så sammantaget är det svårt att avgöra om effekten har varit positiv eller negativ utifrån rådande situation. Ett stort antal smittsamma infektionssjukdomar under slutet av året såsom influensa, RS-virus och andra förkylningar har också bidragit till att bemanningssituationen tidvis på vissa enheter har varit ansträngd.

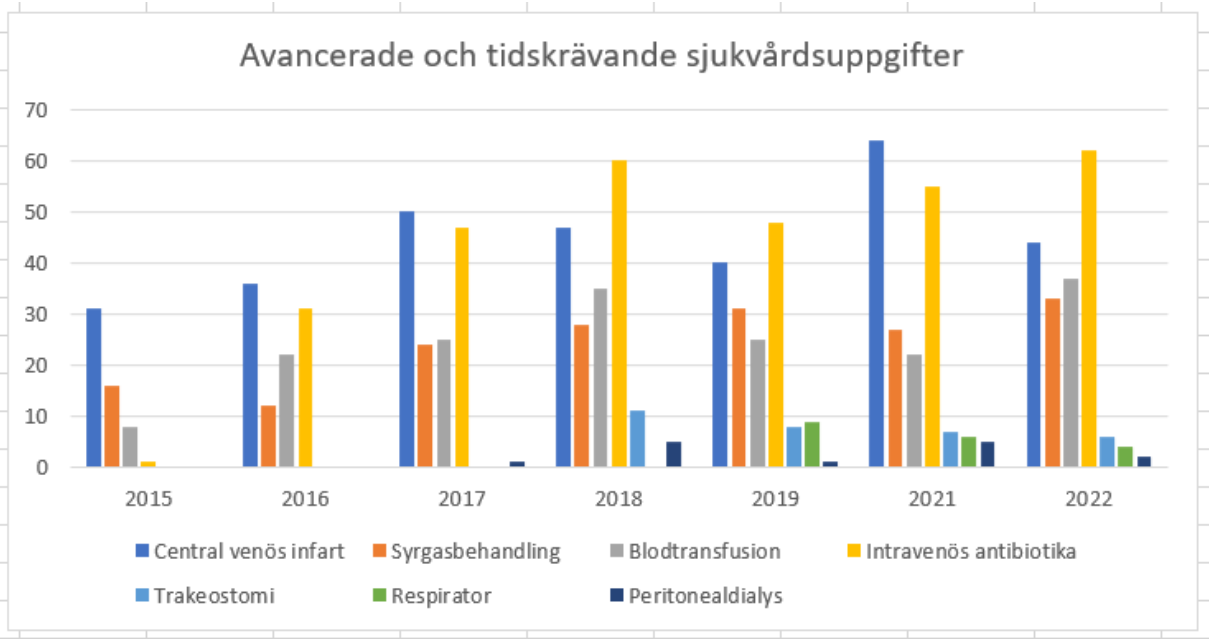
Sjukfrånvaro	Totalt		Kvinnor		Män	
	dec-22	dec-21	dec-22	dec-21	dec-22	dec-21
Sjukfrånvaro i procent av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid	8,24%	9,68%	8,92%	10,40%	5,27%	5,79%
Andel av sjukfrånvaro som är över 60 dagar	34,2%	39,8%	36,6%	41,4%	16,3%	23,6%
Sjukdagar/snittanställd	27,5	28,9	29,1	30,6	18,8	19,1

Kontinuitet

Centralt för patientsäkerheten i hemvården är en god personalkontinuitet. Den planerade kontinuiteten mäts från och med 2018 löpande för de kommunala hemvårdsgrupperna. Snittet för det första halvåret 2022 var 12,94, vilket visar på en förbättring jämfört med såväl delår 2021 (14,27) som helår 2021 (14,13). Personalkontinuiteten för hela 2022 var 12,85. Centrala insatser som ligger till grund för den förbättrade kontinuiteten är kontinuerlig uppföljning, utbildning av planerare och samarbete i hemvårdsområden. Arbetet med att förbättra kontinuiteten fortgår under 2023. Målet för personalkontinuiteten för 2023 är maximalt 12 personal per omsorgstagare under en tvåveckorsperiod, vilket uppnås av totalt två enheter redan under 2022.

Förändringar i hemsjukvårdens uppdrag

Under senare år har ett antal mer avancerade sjukvårdsinsatser blivit vanligare inom hemsjukvården. Diagrammet nedan beskriver den utvecklingen utifrån resultat av kommunens egen mätning av hälso- och sjukvården 2022. Mätningen baseras på en enkät som besvaras av sjuksköterskorna. Då det tillkommer ny teknik och nya behandlingsformer är det av stor vikt att ha kontroll över utvecklingen så att verksamhetens organisation anpassas och kompetensen upprätthålls och anpassas efter nya behov. Nya sjukvårdstekniska behandlingsformer som olika typer av dränage, stomier och hostmaskin lades till i mätningen i år.



Bemanning och inhyrd personal

På avdelningen för sjuksköteverksamheten har hela 2022 varit präglat av mycket sjukfrånvaro och ledighet för vård av barn, särskilt de första tre månaderna och de sista två. Hyrsjuksköterskor har behövts i kvälls-nattpatrullen hela året för att klara bemanningen. Dagtid har avdelningen använts sig av hyrsjuksköterskor (ca 1,0 årsarbetare) från mars-augusti. Två undersköterskor har också varit anställda under hela året på avdelningen och de har också tagit hjälp av de undersköterskor som är specialutbildade för att jobba med patienter med trakeostomi när de har varit tillgängliga.

Det har varit en ökad belastning på hälso- och sjukvården pga det fortsatt höga antalet fall av covid. Det har medfört en stort antal provtagningar och vård av de sjuka. Även användande av skyddsutrustning tar tid och gör arbetet mer ansträngande än normalt. Det tar också tid med handledning av övrig personal inom vårdhygien. I slutet av året har även influensa och andra infektioner påverkat arbetsbelastningen. Allt detta har gjort att utbildningar och kompetensutveckling har legat på en fortsatt återhållsam nivå. Utvecklingsarbete har skett av specialistsjuksköterskorna och dietist, men verksamheterna har inte haft möjlighet att ta emot i den utsträckning som hade varit önskvärt. Det gäller både kompetensutveckling för sjuksköterskorna själva och den kompetensutveckling och handledning som de normalt kan bidra med för övriga medarbetare. Det har medfört att en del av den verksamhetsutveckling som hade planerats inom hälso- och sjukvården har fått skjutas på framtiden för att upprätthålla den befintliga verksamheten. Som exempel kan nämnas bedömning av smärta med validerat skattningsinstrument, där det under 2022 har skett en minskning av användandet. Trots de svåra förhållandena har det skett en positiv utveckling bl.a. när det gäller journalföring och i det förebyggande arbetet med upprättande av planer för riskdiagnoser. Både trycksår och fall som har lett till allvarlig skada har minskat.

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 god och nära vård och omsorg 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.

Troligen kommer det att bli nödvändigt att i högre grad skapa olika uppdrag inom gruppen som i dag kallas vård- och omsorgspersonal så att medarbetare utför arbete som är mer anpassat utifrån den individuella kompetensen. Det kommer också att ställa krav på en mer individuellt anpassad kompetensutvecklingsplan.

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 tre specifika riskanalyser gjorts. två av dem gällde den period under sommaren när den legitimerade personalen är avsevärt färre i tjänst än normalt. En del arbetsuppgifter utförs inte under sommaren som t.ex en del möten 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. pga 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.

På en hemvårds- och hemsjukvårdsenhet gjordes en riskanalys pga upplevda brister i patientsäkerheten. Den ledde till flertalet åtgärder när det gällde samverkansrutiner och förbättringar i dokumentationen. Riskanalysen följdes upp under hösten och då var bristerna till största delen avhjälpta.

I samband med att förvaltningen har intensifierat sitt arbete med kontinuitet vid kriser har också den delen av riskhanteringen aktualiserats och förstärkts, se ovan under rubrik kontinuitetshantering och beredskap.

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

Ingen anmälan enligt Lex Maria gjordes till Inspektionen för vård och omsorg - IVO.

Anmälningar till läkemedelsverket

Tre anmälningar gällande allvarliga brister på medicinsktekniska produkter är gjorda till Läkemedelsverket.

- Av nylevererade lyftvågar visade 7 av 10 fel vikt vid ankomstkontroll.
- Vid ankomstkontroll av en nylevererad rullstol upptäcktes ett fel på en hjulaxel.
- Ett däck på en rullstol krängdes av från hjulet när omsorgstagaren kördes i rullstolen, ingen vårdskada uppstod.

Kvalitetsregister

BPSD-registret

Resultat:

Registret mäter på ett systematiskt sätt förekomst av beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Registret, bygger på en systematisk arbetsmetod där det mångprofessionella teamarbetet är grunden för en personcentrerad omvårdnad. Metoden fungerar även för dem som inte har fastställd demensdiagnos och uppvisar BPSD. Arbetsmetoden som verktyg bygger på observation bl a med hjälp av en symtomskattningsskala. Observationen analyseras och individanpassade åtgärder i form bemötandeplaner och strukturerade åtgärder tas fram av teamet. Dessa åtgärder fokuserar på att dämpa de symtom som är störst hos den enskilde. Genom ett anpassat och adekvat bemötande samt genomtänkta omvårdnadsåtgärder är syftet att öka livskvaliteten för den enskilde och ge omvårdnadspersonal ett genomtänkt arbetssätt. Uppföljningen utförs efter en överenskommen tid men minst en gång/år (enligt rekommendationer i de nationella riktlinjerna).

Resultat

Antalet registreringar i BPSD-registret var 211 vilket är en ökning från föregående år då antalet var 171.

Fem BPSD-utbildningar genomfördes under 2022 (2,5 dagar/utbildning), ytterligare två var planerade men ställdes in på grund av för lågt deltagarantal som sannolikt berodde på smittläget under pandemin.

Antal personer som genomgått BPSD utbildning var 52.

Alla särskilda boenden är anslutna till registret. Två boenden inom LSS verksamheten har anslutits till registret under året. Endast en hemsjukvårdsgrupp arbetar enligt metoden.

Analys av resultat:

Antalet registreringar är tillbaka på samma nivåer som före pandemin och kan förklaras med att de dagverksamheter som brukar registrera i registret åter är i gång med sin verksamhet. Pandemin påverkar fortfarande verksamheten vid ökad smittspridning med bemanningsproblem som följd.

Bäst resultat ser vi på de enheter som har hela teamet (chef, vård- och omsorgspersonal och legitimerad personal) med, vilket tyvärr inte förekommer mer än på ett fåtal enheter. En orsak till att det kontinuerliga arbetet med uppföljningar och att inarbetad struktur inte fungerar kan vara

byte av chefer och/eller legitimerad personal eller att tid för administratörsuppdraget (omvårdnadspersonal) inte avsätts.

Svenska palliativregistret

Mål: Ny kunskap görs tillgänglig på ett sådant sätt att det är användbart för dem som behöver den. Resultat och lärdomar återkopplas till verksamheterna.

Resultat:

Målet har inte uppnåtts, men steg har vidtagits för att uppnå förbättrade resultat. Den palliativa arbetsgruppen har omstrukturerats och fått ett tydligare syfte. Gruppen har arbetat med att stärka rutiner kring symptomskattning, symptomlindring och munhälsa i livets sista tid. Det digitala signeringssystemet Appva har möjliggjort säkerställande av utförda ordinationer på ett bättre sätt än tidigare.

Material har tagits fram för att kunna identifiera ett tidigt palliativt skede. Rutiner och arbetsmetoder för att kunna jobba utefter de behov som den enskilde individen har i samband med svår eller livshotande sjukdom, skada eller tillstånd har skapats. Den nationella vårdplanen för palliativ vård kan användas i detta syfte, och har under året förts in i Cambio Cosmic. Den är nu ute för test på ett antal enheter både i kommunen och i regionen. Användandet av vårdplanen underlättar samarbetet mellan region och kommun, och gör på så sätt också vården mer sömlös för den enskilde.

Arbete pågår med införandet av Palliativregistrets närståendeenkät, där man kan fånga upp de närståendes upplevelser av vården.

För att kunna ge en mer jämlik och inkluderande palliativ vård används från och med 2022 en närståendeinformation om livets sista tid, som finns i 20 olika språk.

En specifik satsning har gjort mot Evelids palliativa enhet. Personalen har genomgått en utbildningsdag organiserad av Palliativt Centrum, och man har även fått möjlighet att se över olika aspekter på enheten som kan förbättra upplevelsen för de som vistas där, samt deras närstående. Bland annat ska det finnas möjlighet till övernattning i varje rum och personal ska utbildas i taktil massage. Även den estetiska miljön har förbättrats för att ge möjlighet till mer personanpassning.

Under 2022 har ett förslag på ny övergripande modell för egenkontroll också tagits fram av avdelningen för uppdrag och uppföljning. I modellen ingår uppföljning av valda resultat i palliativregistret som viktiga delar. Om modellen beslutas kommer den att bidra till en ökad medvetenhet hos enhetscheferna om enhetens resultat i palliativregistret. Därmed skapas förutsättningar för enheterna att arbeta med förbättringsarbete utifrån just sina egna resultat.

Det genomförda utvecklingsarbetet visar sig ännu inte genom förbättrade resultat i registret. Andelen som fått symptomskattning av smärta ligger på 61,4 %, vilket är lägre än förra årets 68 %. Samtliga kvalitetsindikatorer i tabellen nedan har försämrats jämfört med 2021, förutom andelen patienter som hade trycksår när de avled. Andelen som har fått ett dokumenterat brytpunktssamtal ligger trots en liten minskning fortfarande högt i jämförelse med övriga riket. Antalet registrerade patienter var 193 vilket är en minskning jämfört med 2021 då 221 patienter registrerades.

Analys av resultatet:

Pandemin påverkar fortfarande verksamheten och det är fortsatt svårt att bedriva utvecklingsarbete. När resultaten av det pågående utvecklingsarbetet når ut i verksamheterna förväntas det öka måluppfyllelsen.

Åtgärder:

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 förebygga fallskador, undernäring, dålig munhälsa och trycksår. Det totala antalet personer som har fått en riskbedömning har ökat något varje år sedan 2017. Registret ger en ökad riskmedvetenhet och kunskap om förebyggande åtgärder. Det skapar också en systematik i det förebyggande arbetet.

Övergripande rapport

ÄO och Hemvård		Målvärde
Antal personer aktuella för registrering	1605	
Antal unika registrerade personer	924	
Andel unika registrerade personer i %	57,5%	80%
Åtgärdsplan vid risk	86%	75%
Utförda åtgärder vid risk	75%	75%

Ordinärt boende		Målvärde
Antal personer aktuella för registrering	962	
Antal unika registrerade personer	379	
Andel unika registrerade personer i %	39%	80%
Åtgärdsplan vid risk	91%	75%
Utförda åtgärder vid risk	84%	75%

Särskilt boende		Målvärde
Antal inskrivna under perioden	540	
Antal unika registrerade personer	399	
Andel unika registrerade personer i %	73%	85%
Åtgärdsplan vid risk	84%	75%
Utförda åtgärder vid risk	69%	75%

Det finns enheter som har en låg registreringsgrad, men de allra flesta enheter arbetar aktivt i registret. Det var bara 3 enheter, samtliga i hemvården som inte alls gjorde riskbedömningar i registret under 2022.

Alla rapporter som sammanställs baseras på 12 månaders perioder. Således är varje rapport jämförbar. I jämförelsen nedan rapport görs jämförelse med senaste delårsrapporten 202108-202208 och årsrapport för helåret 2022 har registreringarna totalt sett ökat både i antal samt procentuellt. Vi ser en ökning på **83** unika registrerade personer samt en procentuell ökning på **6,5** enheter i %. Resultatet visar att **57,5 %** 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. Där har det blivit märkbart fler registreringar i registret vilket indikerar att arbetet givit gott resultat. Evelid hade **146** unika registrerade personer under 2022.

Evelids registreringar inkluderas i totalen för antal registrerade unika personer i ÄO och Hemvård.

Analys av resultat

Trots påfrestningar i verksamheten så har det förebyggande arbetet gått framåt och det är mycket positivt att korttidsverksamheten har kommit i gång så väl under året. Detta gör att omsorgstagare får sin riskbedömning och åtgärder när de är på korttidsplats och förhoppningsvis också att åtgärderna sedan följs upp när de kommer hem. Sannolikt kommer det att påverka det förebyggande arbetet i hemvården i positiv riktning.

I omställningsarbetet till nära vård har ett projektarbete gjorts där ansvarsfördelningen för det systematiskt preventiva arbetet med hjälp av Senior Alert omfördelats. På fyra enheter har sjuksköterskan tagit arbetsledarrollen för preventionsarbetet. Utfallet har varierat beroende på hur olika drivande sjuksköterskorna varit i arbetet. I projektet har det ingått att implementera rutinerna för nutritionsutredning vid risk för undernäring. Det största framgångsfaktorn har varit att sjuksköterskorna anser att nutritionsåtgärderna som ordineras har en högre träffsäkerhet nu än tidigare.

Åtgärder

De enheter som inte har någon registrering, eller bara enstaka under 2022 kommer att upprätta en handlingsplan och vid behov också få extra stöd under 2023 för att komma igång.

Avvikelser

Arbetet med avvikelserapportering är ständigt pågående. Trots informationsinsatser finns vissa brister i rapporteringen. Det finns fortsatt många avvikelser som inte är avslutade under året men de är färre än föregående år. Det finns också ett antal avvikelser där analys inte alls är påbörjad. Det betyder att det inte går att säkerställa att åtgärder är vidtagna. De syns inte heller i statistiken. Vi vet att avvikelser av typen vårdrelaterade infektioner, trycksår och undernäring är fortsatt underrapporterade.

Åtgärdsdelen i systemet hade en teknisk brist som är åtgärdad och därmed ökade användandet, men inte i den utsträckning som behövs för att kunna följa hur enheterna arbetar med åtgärder av avvikelser i statistiken.

Det totala antalet läkemedelsavvikelser har minskat och det beror sannolikt på att det digitala signeringsverktyget Appva MCSS är fullt implementerat sedan mars 2022.

I Appva fanns under perioden 211001 - 220930 drygt 2,5 miljoner läkemedelsrelaterade insatser planerade och 98 % av dem signerades. Signeringsgraden har under året följts kontinuerligt på övergripande nivå och när registreringsgraden har sjunkit på någon enhet har kontakt tagits av MAS för att utreda orsaker och åtgärder. Det har då bl.a. framkommit att rutinerna för åtgärd av uteblivna signeringar och de larm som då går till verksamheten skiljer sig åt mellan enheterna

och under nästkommande år ska en gemensam rutin skapas.

När det gäller de externa avvikelserna som mestadels gäller samverkan med Region Kronoberg så har de under 2022 pga bristande rutiner och tidsbrist till viss del blivit liggande och inte förmedlats vidare i tid, eller i vissa fall inte alls. Åtgärder är vidtagna och arbetet fungerar nu tillfredsställande. Processen ska ses över.

Avvikelsetyp	Antal	Sammanfattande analys och vidtagna åtgärder
Läkemedelsavvikelser, totalt	1 167 (1504)	
Utebliven dos	518 (818)	Minskningen av utebliven dos beror sannolikt på att digitalt signeringsverktyg implementerats i alla verksamheter.
Insulin	30 (40)	
Blodförtunnande	25 (28)	
Narkotikakontroll	137 (72)	
Medicinsktekniska produkter	90 (120)	
Rehabiliteringsinsatser	33 (52)	Siffran beskriver ej utförd insats som minskat sedan föregående år och kan sannolikt bero på införandet av det digitala signeringsverktyget.
Fall	2 831 (3421)	
Fall som lett till höftfraktur	23 (33)	
Vårdrelaterade infektioner	2 (1)	
Externa avvikelse inkommande	72 (89)	
Externa avvikelser utgående	107 (116)	

Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelser	2019	2021	2022
Ordinärt boende			
Personer hjälp med läkemedel	882	683	679
Avvikelser per pat/år	1,1	0,9	0,9
Särskilt boende			
Personer hjälp med läkemedel	528	468	428
Avvikelser per pat/år	1,4	0,6	0,7
Bostad m särsk.service LSS			
Personer hjälp med läkemedel	210	178	170
Avvikelser per pat/år	1,3	1,2	0,8

Tabell över totalt antal avvikelser som rör läkemedel /patient och år

Klagomål och synpunkter

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

Omsorgsförvaltningen har mottagit 101 avvikelser av typen klagomål och synpunkter under perioden oktober 2021-septemper 2022. Sjuksköterskeorganisationen var mottagare av 8 synpunkter, kommunrehab 2 och resterande utspridda i övrig verksamhet.3 synpunkter kom från patientnämnden och 4 från IVO. I avvikelsesystemet finns inte någon funktion som visar om återkoppling lämnats till synpunktslämnaren inom 4 veckor.

Ett ärende är lämnat till Leverantören Tieto angående bristen i systemet för att kunna ta fram uppgifter på om inkomna synpunkter fått återkoppling inom 4 veckor. Det finns en funktionalitet för återkoppling men det går inte få fram i statistiken.

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.

Kontinuitetsarbete beredskap

Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är en viktig del av det svenska samhällets beredskap. Vid en eventuell krissituation ska ordinarie verksamheter fungera med god kvalitet samtidigt som det ska finnas beredskap för att nya målgrupper och behov kan uppstå. För att verksamheten vid behov ska kunna möta en allvarlig händelse och bidra till att minska konsekvenserna av det inträffade behöver arbetet med kontinuitetshantering fortlöpa.

Omsorgsnämndens arbete med kontinuitetshantering påbörjades i mars och har pågått intensivt under resten av året. Kontinuitetshanteringen syftar till att verksamheten ska kunna hållas i drift, oavsett bortfall eller särskild händelse. Arbetet utgår inte från en specifik händelse, utan inleddes med att identifiera aktuella processer och vilka aktiviteter som ingår och sedan görs en riskbedömning av dessa. Riskbedömningen innebär att identifiera konsekvenser av olika händelser och bortfall samt vilka beroenden processerna har. Utifrån detta planerar man sedan för hur ett eventuellt bortfall ska hanteras.

Under hösten har kontinuitetshanteringsarbetet främst handlat om att identifiera och säkerställa hanteringen av samhällsviktig verksamhet inom omsorgsnämndens ansvarsområde vid händelse av eventuell eleffektbrist och manuell förbrukningsfrånkoppling.

Handlingsplan för patientsäkerhet 2023-2025

Omsorgsnämnden i Växjö kommuns handlingsplan för patientsäkerhet för åren 2023-2025 utgår från de grundläggande förutsättningar och fokusområden som krävs för ett patientsäkert arbetssätt enligt den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete är 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

Handlingsplanen har tagits fram genom:

- Analys av resultaten från patientsäkerhetsarbetet 2022
- Resultat av nulägesanalys som genomfördes 2021
- Samråd med berörda chefer och specialister inom verksamheterna

Nedan beskrivs de mål och strategier som ska ha särskilt fokus under åren 2023-2025, samt vilka egenkontroller som ska genomföras för att säkerställa resultat. Arbetet inom de flesta målområdena är tänkt att fortgå under hela tidsperioden, medan några områden bara är tänkta att ha särskilt fokus under ett eller två av åren.

Patienten som medskapare 2023–2025

Mål: Öka patientens delaktighet i sin egen vård och stärka patientens roll som medskapare i utveckling av processer och arbetssätt

Mål: Registreringsgraden av synpunkter ska öka

Mål: Återkopplingsgraden, snabbheten och kvalitén på återkopplingen av synpunkter ska öka

Strategier:

- Utveckla arbetssättet med patientkontrakt i samverkan med Region Kronoberg
- Hitta strategier för att bättre ta vara på patienters och närståendes synpunkter och klagomål för att utveckla verksamheten
- Definiera och tydliggöra för verksamheten vad som är en synpunkt som ska
- registreras
- Återskapa broschyr för synpunkter

Adekvat kunskap och kompetens 2023–2025

Mål: Utveckla kunskapsstyrningen

Mål: Säkerställa god kompetens

Strategier:

- Bibehålla och om möjligt utöka andelen specialistsjuksköterskor
- Anställa specialistundersköterskor inom områdena demens, palliativ vård, sårvård och nutrition
- Utveckling av rollen undersköterska med renodlat uppdrag inom hälso- och sjukvården
- Kompetensutveckling enligt kompetensutvecklingsprocess vilket bl.a. innebär individanpassning av introduktion och kompetensutveckling
- Rollen språkombud utvecklas, förtydligas och fler utbildas.
- Införa Visible Care som kunskapsstöd för alla medarbetare inom vård och omsorg i syfte att öka tillgängligheten till rutiner och arbetssätt

Egenkontroll

Andel patienter med patientkontrakt: SIP Fast vårdkontakt kommun Fast vårdkontakt Region Kronoberg Fast läkarkontakt	1 gång/år	Cambio Cosmic Statistik Region Kronoberg
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång/år	Antal ärenden från Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet och kort beskrivning av ärenden och åtgärder Antal och Andel i % som är besvarade inom 4 veckor

Öka kunskap om inträffade vårdskador 2023-2025

Avvikelserapportering

Mål: Alla medarbetare ska ha goda kunskaper om och förstå sitt ansvar i avvikelseprocessen och därmed minska antalet vårdskador

Strategier:

- Uppdatera och fördjupa kunskapen i avvikelser och vårdskador för all legitimerad personal, biståndshandläggare och enhetschefer.
- Förenkla redovisning av resultat av avvikelser och vårdskador på förvaltnings-, avdelnings- och enhetsnivå för chefer
- Genomföra projektet "Avvikelser som källa till förbättring"

Egenkontroll

Trycksår	1 gång/år	Mätning av hälso- och sjukvården
Fallolyckor	1 gång/år period 1 okt-30 sept	Avvikelsesystemet, statistik från region Kronoberg
Undernäring	1 gång/år	Markörbaserad journalgranskning Prevalens för undernäring baserat på GLIM:s diagnoskriterier Andel omsorgstagare som fått riskbedömning genom den modifierade versionen av SKR Nutrition
Riskbedömning och förebyggande arbete trycksår, fall och undernäring	1 gång/år	Senior Alert och avvikelsehanteringssystemet
Munhälsa för patienter med rätt till nödvändig tandvård Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	1 gång/år	Årlig bedömning av tandhygienist av patienter med nödvändig tandvård Svenska palliativregistret
Vårdrelaterade infektioner inkl. magsjuka och luftvägsinfluensa	1 gång/år period 1 jan-30 dec	Avvikelser med redovisade åtgärder. Statistik från insjuknanderapporter. Antal utbrott samt antal insjuknade patienter och medarbetare

Basala hygienrutiner och klädregler Självskattning Egenkontroll av Vårdhygien	1 gång/år 2 ggr/år 1 gång/år	PPM-databasen Omsorgens handböcker Växjö kommun Vårdhygien Utförda självskattningar Enligt mall i Omsorgens handböcker Utförd egenkontroll, antal och ev. åtgärder
Avvikelsetyper, antal, åtgärder och uppföljning	1 gång/år period 1 okt – 30 sept	Avvikelsehanteringssystemet

Tillförlitliga och säkra system och processer 2023-2025

Förebyggande arbete för att minska risker för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa

Mål: Vårdskador ska minska och den upplevda hälsan öka

Strategier:

- Systematiskt förebyggande arbete med stöd av Senior Alert ska tillämpas på alla enheter inom äldreomsorgen.
- Implementera demensstrategi

Mål: Säkerställa patientsäkerheten genom delaktighet i utvecklandet av gemensamma vårdprocesser med andra vårdgivare

Strategier:

- Utveckla sammanhållna vårdförlopp i samarbete med Region Kronoberg
- Delta i arbetet enligt regional handlingsplan för Nära vård i samarbete med Region Kronoberg

Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete 2023-2025

Mål: Alla medarbetare ska använda ändamålsenliga verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete

Strategier:

- Säkerställa användande av ISBAR genom ny modell för implementering samt inkludera kommunrehab i arbetssättet
- Säkerställa korrekta bedömningar av sjuksköterska genom användande av VISAM
- Identifiera behov av mätutrustning och verktyg för mätning av vitalparametrar och vågar för ett säkert nutritionsarbete samt inköp vid behov

- Samtliga sjuksköterskor ska ta del av digital basutbildning med nutritionsprocessen i fokus
- Etablera och utveckla digitala hembesök, egenmonitorering och möten i samverkan med Region Kronoberg
- Antalet registreringar i kvalitetsregistren ska öka och alla verksamheter ska använda för dem relevanta register.
- Egenkontroll av insatsen överlämnande av läkemedel genom kollegieobservation införs
- Upprätta gemensamma riktlinjer för ansvar för kontroll av utförandet i Appva

Ändamålsenliga vårdmiljöer 2023-2025

Mål: Öka andelen ändamålsenliga vårdmiljöer

Mål: Skapa samarbetsytor inom hemsjukvårds- och hemvårdsgrupper och därigenom underlätta teamsamverkan

Strategier:

- Samlokalisera hemsjukvårds- och hemvårdsgrupper
- Översyn av vårdmiljöer i samband med granskning av läkemedelsförråd och hygienronder och åtgärder till följd av granskningen

Egenkontroll

Registreringsgrad i Senior alert	2 gånger/år	Senior alert
Kollegieobservation av överlämnande av läkemedel Antalet genomförda observationer Andel korrekt utförda överlämnanden	1 gång per år	Enkätsvar

Säker vård här och nu 2023-2025

Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare

Mål: Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som följs upp och därmed säkerställer en säker och god vård.

Strategier:

- Uppföljning av att åtgärder som beslutas vid händelseanalyser genomförs och följs upp
- Analys av avvikelser gällande samverkan med andra vårdgivare och verkställande av beslutade åtgärder för att stärka vården övergångar enligt rutin för Kronobergs län
- Uppföljning av utförda riskanalyser
- Granskning av verksamheten genom uppföljning av KVÅ-koder och journalgranskning

utvecklas
- Möjlighet till digital journalgranskning undersöks
- Modell skapas för hur MAS och MAR deltar i verksamheternas kvalitetsarbete
- Skapa metod för att följa upp andelen av medarbetarna som fått utbildning i munhälsoarbete, digital utbildning och via regionens tandvård

Egenkontroll

Antal genomförda läkemedelsgenomgångar enkla Teambaserade läkemedelsgenomgångar	1 gång/år	Mätning av kommunal hälso- och sjukvård Statistik från Region Kronoberg
Antal patienter som har träffat läkare det senaste året	1 gång/år	Mätning av kommunal hälso- och sjukvård
Utskrivningar där patienten har kunnat tas emot samma dag som utskrivningsklar eller nästkommande dag antal och andel	1 gång/år	Mätning Myndighetsavdelningen
Återinläggningar inom 30 dagar	1 gång/år	Mätning Myndighetsavdelningen
God munhälsa antal och andel av de omsorgstagare som har rätt till nödvändig tandvård och som har fått en munhälsobedömning av tandhygienist	1 gång/år	Statistik från tandvården Region Kronoberg

Stärka analys, lärande och utveckling

Analyser som möjliggör lärande 2023

Mål: Medvetandegöra alla medarbetare kring resultatet av patientsäkerhetsarbetet på både enhets- och förvaltningsnivå.

Strategi:

- MAR och MAS informerar via nyhetsbrev och andra kanaler
- Ny modell för egenkontroll med uppföljningsbesök av MAS och SAS föreslås

Spridning av kunskap och lärdomar 2023-2024

Mål: Ny kunskap görs tillgänglig på ett sådant sätt att det är användbart för den som behöver det och resultat och lärdomar återkopplas till verksamheterna

Strategier:

- Utse undersköterskeombud med specialansvar för Senior Alert, munhälsa, vårdhygien, demens och rehab samt skapa tydliga uppdrag och organisation för ombudens kunskaps-utveckling

Egenkontroll

Utförda och signerade rehabinsatser	1 gång/år	Appva
Palliativ vård/Vård i livets slutskede	1 gång/år	7 kvalitetsindikatorer från Svenska palliativregistret
BPSD antal registreringar	1 gång/år jan-dec	BPSD-registret

Öka riskmedvetenhet och beredskap 2023-2024

Mål: Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap

Strategi:

- Utveckla möjligheter till färdighetsträning och simulering för ökad kunskap inom aktuella vårdområden

Mål: **God riskmedvetenhet och beredskap** 2023-2025

Strategier:

- Kontinuitetsarbete för att säkerställa vård och omsorg i kris- och katastrofsituationer