

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Socialnämnden

Beslutad 19 mars §33

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	3
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
3.2 En god säkerhetskultur.....	12
3.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	13
3.4 Patienten som medskapare.....	16
4 Agera för säker vård	17
4.1 Egenkontroll	17
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador	34
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer	35
4.4 Säker vård här och nu	36
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling	39
4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap	42
5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år	42

I 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.



Källa:

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

2 Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för 2023 är utformad enligt den nationella mallen för patientsäkerhetsberättelsen. Den utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Under året har förbättringsområden identifierats och arbetats med inom våra processer t ex avvikelssystemet, teamarbete.

Grunden i allt kvalitetsarbete är att ha ett fungerande ledningssystem för kvalitet och säkerhet. En revidering av vårt ledningssystem har genomförts, där mer av arbetet med att identifiera en god kvalitet och säkerhet förläggs ute i den operativa verksamheten, nära mötet med vårdtagaren. Det skapar en större medvetenhet om vilka kvalitetsmål som verksamheten jobbar för och en delaktighet i att mäta och följa resultat som är nödvändig för att vi ska få ett lärande i verksamheten. Mer av redovisade mätvärden kommer då direkt från utövande verksamhet som gör att verksamheten själv blir ägare av sina resultat och är

dem som också ser vilka åtgärder som kan få bäst effekt. Det gör att vi i vissa delar gör om mätningar för att anpassa dessa till verksamheten, följden blir att vi kommer att ha svårare att jämföra med tidigare år under en övergångsperiod. Fortsatt arbete kommer att ske under 2024 med uppföljning av kvalitetsarbetet och det reviderade ledningssystemet.

Efter år av ekonomisk åtstramning och pandemi som slagit hårt mot verksamheten syns nu trendbrott i våra mätningar av kvalitet där en mer positiv trend ses.

Kvalitetsregister som används idag är Senior Alert, BPSD och Palliativregistret. I dessa har antalet registreringar ökat och det innebär att vårdtagarna får strukturerade bedömningar, insatta åtgärder och registren ger tillförlitliga data. Förbättringar ses i Palliativregistret samt vissa delar i BPSD och Senior alert.

Mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts brett i verksamheten genom 426 registreringstillfällen som är mycket bra. Resultatet visar att vi ligger kvar på ungefär samma nivå som förra året med någon procents förbättring på totalvärdet. Mätningar kommer att ske 2 gånger per år från och med 2024. Mycket av detta arbete utförs av hygienombud i verksamheterna som får regelbunden utbildning och stöttning för sitt uppdrag via MAS och Hygijensjuksköterska från smittskydd.

Efterlevandeenkäten visar också på trendbrott som är positiva när det gäller tillgänglighet, trygghet, nöjdhet och smärtlindring. Nattfastan ligger under 11 timmar som rekommenderas.

Samverkan med vårdcentralerna i kommunen är god. Tillsammans med Vårdcentralerna Bra Liv fördjupas samverkan i gemensamt projekt med att strukturera upp läkemedelsgenomgång för både vårdtagare inom vård och omsorgsboende och hemsjukvården. Det är en viktig del i kvalitén för våra vårdtagare att få en regelbunden genomgång av sina läkemedel. Drivande i detta arbete är vår gemensamma Farmaceut.

Det som till viss del begränsar utvecklingen av samverkan med vårdcentralerna är bristen på personalresurser i form av läkare. Det gör att sjuksköterskor upplever att det är svårt att få akuta hembesök och stöd i oplanerade insatser det framgår vid utvärdering av läkaravtalet. Detta ser vi också i efterlevandeenkäter och brukarundersökning där tillgänglighet till läkare upplevs minska.

Nära vård reformen har medfört kortare vårdtider inom specialistvården som medför ett ökat behov av insatser från primärvårdsläkare. Men det påverkar även kommunens verksamhet och behovet av legitimerad personal där vi också har svårigheter att rekrytera leg sjuksköterskor och fysioterapeuter. Verksamheten har kompenserat svårigheterna genom att anställa undersköterskor och rehabassistenter som är knutna till respektive organisation. Dessa kan utföra olika uppdrag i dialog med legitimerad personal och kan på så vis avlasta.

Det krävs dock en tillräcklig bemanning av legitimerad personal för att vi ska kunna möta behoven av medicinska bedömningar och behandlingar som kräver kompetens i form av legitimerad sjuksköterska/fysioterapeut för att kunna utföras i hemsjukvården. Det börjar också bli allt svårare att hitta omvårdnadspersonal med utbildning eller erfarenhet av vårdarbete.

Det är verksamheternas absolut största utmaning att kunna anställa de kompetenser som behövs för uppdragen speciellt gällande leg personal. Dessa är nyckelfunktioner och har uppdrag över geografiskt stora områden.

En annan verksamhet som också påverkas av en ökad vårdtyngd är vår korttidsenhet dit vårdtagare kommer med stort behov av rehabilitering, svårt sjuka, döende. Det ställer krav på högre bemanning och kompetens som är svårt att möta idag. Korttids är en avgörande del

i att ge vårdragare träning och förutsättningar att återgå till eget hem i ordinärt boende. Korttids ska också ge trygghet till kommuninnevånarna i form av att det ska finnas en plats att komma till när det av en eller annan anledning inte fungerar hemma längre.

För att ge möjlighet till en ökad flexibilitet i insatserna men ändå behålla kvalitén arbetar vi med att stödja våra vårdragare och verksamheten med införande av välfärdsteknik t ex Evondos som är en läkemedelspåminnare som stödjer vårdragaren att ta sina läkemedel självständigt och gör att hemtjänstinsatserna kan ges mer flexibelt.

Avvikelse i verksamheten har ökat något och det är främst fallen som ökar medan läkemedelsavvikelseerna gått tillbaka något, övriga avvikelser ligger ungefär som tidigare år. Det gäller även externa avvikelser som främst handlar om samverkan vid utskrivning från specialistvården, läkemedel och brister i kommunikation. Av inkomna rapporter om Lex Maria/vårdskada har 10 har utretts mer omfattande fem har bedömts som risk för vårdskada och fem har bedömts som vårdskada. Ingen har bedömts som allvarlig vårdskada. Åtgärder vidtas utifrån verksamheten och övergripande förändringar i rutiner, kommunikation, utbildning mm.

Det har inte inkommit något klagomål via IVO eller Patientnämnden under 2023 däremot har vi fått ett beslut på klagomål från 2022 där ärendet avslutades utan kritik. Klagomål från samhällsmedborgare har också minskat på totalen till 10 klagomål, 9 synpunkter, 1 beröm enstaka klagomål handlade om upplevelse i samband med utskrivningen från specialistvården och tillgänglighet via telefon.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 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.



Under 2023 har arbete med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet genomförts utifrån vårt kommunala perspektiv. En tvärprofessionell arbetsgrupp har gått igenom handlingsplanen och diskussioner har förts om de olika fokusområdena och olika delar har lyfts fram i arbetet. Arbetet har förankrats genom ett brett deltagande från förvaltningen så som Socialchef, verksamhetschefer, verksamhetschef för HSL, enhetschefer, tillsammans med leg personal och omvårdnadspersonal. Arbetet med patientsäkerhet harmoniserar med arbetet utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i förvaltningen benämnt STIG-Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och är också i linje med ett förebyggande arbetsmiljöarbete.

Verksamheten arbetar med att revidera rutiner och att titta över processer och rutiner för att de ska vara tydliga och ändamålsenliga.

Utvecklingen går hela tiden framåt och vikten av att vi blir bättre på att kommunicera ut det vi gör, på ett bra och tillgängligt sätt har identifierats. Utveckling av hemsidan med enkel och tydlig information om verksamhet är en del i detta. Att möta samhällsmedborgarna för dialog om planerade förändringar av verksamheten är ett annat sätt att förbättra kommunikationen.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

Verksamheten ska utifrån egenkontroller, avvikelshantering, kvalitetsregister och andra mått ha en kontinuerlig uppföljning av hur uppdraget utförs som grund till diskussion om kvalitet och patientsäkerhet i ledningsmöten och personalmöten.

Målet är att vi ska ha en god och säker vård som följer de lagar och föreskrifter som finns på området och att vården ska utformas i dialog med vårdtagaren.

Målsättning för patientsäkerhetsarbete är den lagstadgade (Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30) nivån som vi på olika sätt följer upp.

Den enskilde ska få en god, nära och samordnad vård som bygger på

- att den enskilde är en samverkanspartner i utformningen av dennes vård, omvårdnad och rehabilitering.
- att samverkan sker med omsorgsgivare och andra vårdgivare, och myndigheter för den enskildes bästa
- att vården bygger på trygghet, kontinuitet, tillgänglighet och hög patientsäkerhet
- att möta de behov individen har av åtgärder för att förebygga, utreda, behandla och rehabilitera en skada/sjukdom
- att preventivt arbete bedrivs för att behålla hälsa, förebygga sjukdom och vårdskador
- att användningen av medicintekniska produkter är säker
- att vi har en god hygienisk standard i verksamheterna
- att dokumentation är effektiv och rättssäker
- att när barn kommer i kontakt med vård och omsorg ska de mötas av lyhördhet för deras behov och åsikter och få information utifrån ålder och mognad
- att öka trygghet, patientsäkerhet och delaktighet i hemmet genom välfärdsteknologi

Strategierna för 2023 var satta utifrån arbetet med handlingsplanen för patientsäkerhet och är omfattande och kommer inte att ha slutförts under året. Arbetet kommer fortsätta även 2024 och framåt utifrån följande delar:

- fortsätta arbeta med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet utifrån grundförutsättningar och fokusområden.
- skapa struktur och kontinuerlig diskussion om kvalitet och patientsäkerhet i ledningsmöten och kvalitetsmöten
- information, utbildning och dialog kring det systematiska arbetet med ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet, avvikelshantering, riskbedömningar och egenkontroll.
- lyfta patientperspektivet i en god säkerhetskultur och informera patienter på ett enkelt sätt i
- arbete med att utveckla språkstödande arbetsgivare och kompetensutveckling regelbundet i form utbildning och årshjul med återkommande kompetensutveckling.
- enhetlig struktur för introduktion
- repetera/introducera kunskap om digitalt avvikelssystem DF-respons
- bibehålla struktur på tvärprofessionella teamträffar kring patienten

- samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård för att kontinuerligt arbeta med läkemedelsgenomgång
- fortsatt arbete med kvalitetsregister
- utveckla och behålla goda rutiner för vårdhygien i verksamheterna
- uppföljning av delegeringsprocessen och ev. revidering
- fortsatt utveckling av välfärdsteknologi inom verksamheten
- uppdatering av Kvalitetsfabrikens rutiner
- identifiera säker bemanning och prioritering
- Fortsatt samverkan med regionen kring utveckling av Nära vård
- Utveckla mått på god kvalitet och hög säkerhet som kan följas på enhetsnivå
- Arbeta med kontinuitetsplanering och scenarioträning för att öka vår krisberedskap

3.1.2 Organisation och ansvar

En nyckel till att styrningen och uppföljningen ska fungera optimalt i förvaltningen är en tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän. Det vill säga vem som ansvarar för *vad/när* och vem som ansvarar för *hur/vem*. På den politiska nivån ska man arbeta utifrån frågeställningarna om *vad* det är man vill ha utfört och *när* i tiden detta ska ske.

Förvaltningschefen beslutar och ansvarar sedan för *hur* dessa mål ska uppnås och *vem* som ska utföra uppdraget.

KOMMUNEN

Kommunens är enligt Hälso- och sjukvårdslagen, sjukvårdshuvudman och ansvarar för hälso- och sjukvård inom huvudmannens uppdrag och geografiska område. Inom området kan flera vårdgivare finnas. Kommunen är även vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi.(exklusive läkare inom socialförvaltningens verksamhet)

Kommunens övergripande styrmodell innefattar tre olika delar Ekonomistyrning, målstyrning och kvalitetsstyrning det senare utgår också ifrån gällande lagstiftning och föreskrifter för nämndens grunduppdrag som vårdgivare.

Kvalitetsstyrningen innebär ett verksamhetsansvar för att verksamheten har god kvalitet och att ev. brister åtgärdas.

SOCIALNÄMNDEN

Bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

Socialförvaltningens styrning och ledning påverkas och styrs av politiska mål, beslut och kommunövergripande styrande dokument.

Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården tillsammans med regionens primärvård och har samma grunduppdrag (HSL 2017:30 2 kap 6§, 13 a kap).

- Socialnämnden som vårdgivare har det yttersta ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs utifrån gällande lagar, författningar och förordningar.
- Övergripande ansvar för socialförvaltningens ledningssystem och systematiska kvalitetsarbete.
- Beslutar om övergripande strategier, mål och riktlinjer.
- Ansvarar för kvalitetsredovisning till kommunstyrelse, kommunfullmäktige,

Socialstyrelsen och andra myndigheter.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

- Förvaltningens uppgift är att arbeta för att uppfylla nämndens mål gällande vad och när. Förvaltningen arbetar fram en verksamhetsplan som beskriver *hur* målen ska nås och vem som kommer genomföra verksamheten. Det är förvaltningsledningens och arbetsledningens uppgift att planera och genomföra den verksamhet som socialnämnden beställt genom att planera lämpliga aktiviteter för att nå uppsatta mål
- Förvaltningsledningen har ansvaret för att koppla ihop enheternas uppföljningsarbete med nämndens strategiska planering. Enheterna förmedlar sina analyser och utveckling till socialnämnden via bland annat Kvalitets och Patientsäkerhetsberättelsen.

SOCIALCHEF

Förvaltningschefen ansvarar för att avsikten med kvalitetsutvecklingen omsätts i praktisk handling.

- Leda och följa upp förvaltningens övergripande ekonomi-, mål- och kvalitetsstyrning.
- Organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser, göra analyser och lämna rapportunderlag till socialnämnden och kommunledningen.
- Se till att internkontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.
- Bereda ärenden till nämnden så att de kan besluta i enlighet med mål, uppdrag, riktlinjer, policys, lagar, och förordningar.
- Att årligen gå igenom ledningssystemet
- Ansvarar för att det finns fungerande rutiner för riskanalyser, egenkontroll

STABSCHEF

- Ansvar för att det beslutade ledningssystemet realiserar och utvecklas i enlighet med fattade beslut.
- Övergripande ansvar för att intern- och egenkontroll genomförs.
- Identifiering, framtagande och uppdatering av förvaltningsgemensamma processer och rutiner i ledningssystemet.
- Att på förvaltningsnivå sammanställa och analysera nationella mätningar.

VERKSAMHETSCHEF HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- Enligt kap 4 2 § HSL (2017:30) ska det finnas en verksamhetschef för den kommunala hälso- och sjukvården.
- Verksamhetschefens uppdrag är att säkerställa att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses och är ytterst ansvarig för patientsäkerheten.
- Verksamhetschefen ska planera och leda verksamheten inom hälso- och sjukvård och se till att verksamheten har resurser och kompetens för att arbeta efter regelverk och framtagna riktlinjerna så att kravet på en god och patientsäker vård upprätthålls. Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Verksamhetschefen har också ansvar för att hälso- och sjukvården arbetar utifrån STIG- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialförvaltningen.

MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA

- Enligt 11 kap 4 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det i kommunen finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ska utöva de skyldigheter som anges.(

Se även Meddelandeblad 9/2020 från socialstyrelsen).

- I ansvaret ingår att patienter ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen(2008:355). Rutiner för läkemedelshantering och delegering ska vara ändamålsenliga och välfungerande.
- Det ska finnas rutiner så att legitimerad personal kontaktas när en patient har behov av hälso- och sjukvård och att ordinerad behandling av läkare genomförs. MAS har också ansvar för att vårdskada/risk för vårdskada/sjukdom som förorsakas av vården utreds och att allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada anmäls enligt Lex Maria till ansvarig nämnd och IVO.
- Ansvarar för att det varje år upprättas en patientsäkerhetsberättelse

SOCIALT ANSVARIG SAMORDNARE (SAS)

- Säkerställa god kvalitet och följsamhet enligt gällande lagstiftningar samt andra styrdokument för kvalitet och säkerhet inom det sociala omsorgsarbetet i förvaltningens verksamheter.
- Att innehållet i kvalitetsledningssystemet är aktuellt och utvecklas.
- Samordnar arbetet med brukarundersökningar och nationella undersökningar. Ansvarar för att omhändertata resultat och analyser för att säkerställa att de kommuniceras till alla berörda parter.
- Sammanställa årlig kvalitetsberättelse.
- Leda och samordna förvaltningens arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

VERKSAMHETSCHEFER

Verksamhetschefer ska med stöd av ledningssystemet

- Ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade inom respektive verksamhet.
- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten inom sitt verksamhetsområde samt i samverkan både internt och externt.
- Årligen upprätta en plan för verksamhetsområdet med mål och planerade aktiviteter som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Följa upp verksamheten löpande och årligen sammanställa en kvalitetsberättelse för verksamhetsområdet.
- Löpande göra riskbedömningar om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet samt ta del av, utreda, synpunkter och avvikelser.
- Fatta beslut om fastställande av processer inom sitt verksamhetsområde. Vid behov fattas beslut gemensamt av flera verksamhetschefer.
- Ansvar för kontroll och uppföljning av extern utförare och avtal minst en gång per år.

ENHETSCHEFER

Enhetschefer ansvarar för att med stöd av ledningssystemet planera, kontrollera och följa upp, utvärdera och förbättra sin verksamhet. De har ett helhetsansvar för kvalitet och säkerhet inom sin verksamhet.

- Ansvarar för att arbetet inom enheten bedrivs utifrån gällande lagstiftning, författningar, föreskrifter, allmänna råd och lokala rutiner samt att medarbetare uppfyller kompetenskrav som regleras i desamma.

- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Årligen upprätta en plan för enheten med mål och planerade aktiviteter samt kvalitetsindikatorer som ska följas under året.
- Följa upp arbetet inom enheten löpande och årligen sammanställa en kvalitetsberättelse inom sitt ansvarsområde.
- Löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet samt ta emot och utreda och åtgärda synpunkter och avvikelser som rör enheten.
- Ansvarig för att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i linje med STIG - Ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete; inom enheten och i samverkan övrig verksamhet
- Kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet och involvera medarbetarna i det systematiska förbättringsarbetet

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, processer, riktlinjer, rutiner och bär själva ansvar för utförandet av sina arbetsuppgifter.
- Har ansvar för att anmäla avvikelser och vårdskador/risk för vårdskador enl. avvikelssystemet.
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet så att en god vård och hög patientsäkerhet kan upprätthållas.

MEDARBETARE

- Ansvarar för att arbeta i enlighet med processer, riktlinjer och rutiner.
- Medverka i uppföljning av mål och resultat samt i det löpande verksamhetsnära kvalitetsarbetet.
- Rapportera avvikelser, vårdskada/risk för vårdskada
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, har vid utförande av insatserna samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen.

SYSTEMFÖRVALTARE

- Systemförvaltare utför behörighetskontroll och tar ut loggar från systemen samt tilldelar och tar bort åtkomst till systemen och SITHS-kort.
- Systemförvaltaren ser till att behörigheterna är anpassade till anställning och arbetsuppgifter som medarbetaren har.
- I rollen ingår också att informerar om systemförändringar och ge support till verksamheten, utbilda, ta fram riktlinjer, rutiner och manualer.

EXTERN UTFÖRARE

- Är ansvariga för att upprätta ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Är ansvariga för att informera Gislaveds kommun om mål, uppföljningar och resultatet utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt avtal.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

EXTERNA SAMARBETSPARTNERS

ENHETEN FÖR VÅRDHYGIEN/SMITTSKYDD

Enheten för Vårdhygien/Smittskydd i Regionen har en hygiensjuksköterska som arbetar med samtliga kommuner i länet i frågor om hygien och smittspridning. MAS nätverket har bildat ett hygienråd tillsammans med hygiensjuksköterskan där vi arbetar gemensamt med olika hygienfrågor och gemensamma rutiner för länets kommuner.

HÄNDELSERÅD

Är kontinuerliga kvartalsmöten där samverkan sker mellan chefsjuksköterska på länsdelsjukhuset i Värnamo och de lokala kommunerna i södra länsdelen(GGVV). På dessa möten diskuteras samverkan, rutiner och avvikelser för att förbättra samverkan för våra gemensamma vårdtagare.

AVSTÄMNINGSMÖTEN I SAMVERKAN

Varje vecka har vi ett digitalt avstämningsmöte mellan chefssjuksköterskan på Värnamo sjukhus och MAS:ar i GGVV samt även hygiensjuksköterskan för att stämma av verksamheternas nuläge och öka samverkan speciellt vid ökad smittspridning eller annan högbelastning.

SAMVERKAN KRING UTSKRIVNINGSKLARA

Under 2023 har överenskommelsen kring utskrivningsklara patienter från slutenvården reviderats. Regelbundna möten mellan vårdsamordnare från primärvården och kommunens vårdkoordineringsteam sker för att förbättra samverkan i utskrivningsprocessen och vårdplanering för gemensamma vårdtagare som har behov av insatser från både regional och kommunal primärvård.

SAMVERKAN MED VÅRDCENTRALER INOM GISLAVEDS KOMMUN

Det sker regelbunden samverkan med de vårdcentraler som är etablerade i kommunen. Verksamhetschefer och Verksamhetschef för HSL, chef för SSK-org. samt MAS har dialog om samverkan t ex läkarmedverkan, avtal för läkarmedverkan, gemensamma rutiner, projekt och avvikelser.

Vårdcentralerna Bra Liv och den kommunala hälso- och sjukvården har en gemensam Farmaceut anställd för att arbeta med kvalitet inom läkemedelsområdet som t ex läkemedelsgenomgång, insättning på APO-dos, utbildningsfrågor, säkerhetsfrågor kring läkemedel.

ÖVRING SAMVERKAN

MAS:ar i länet träffas regelbundet på länsnivå för att få information från t.ex. regionen, länsstyrelsen och andra aktörer och diskutera olika gemensamma rutiner och strategier samt utbyta erfarenheter om t ex utvecklingsprojekt, risker och incidenter som alla kan lära av.

MAS har under året varit involverad i länsövergripande grupper tillsammans med representanter för kommuner i länet och representanter från regionen. Det har rört samverkan kring rutiner i samband med ambulanstransporter och rutiner i samband med komplexa vårdförlopp som t.ex. trak och ventilatorbehandling samt LIS (Län i samverkan) grupp för Palliativ vård.

HS-Chefsnätverk, här träffas hälso- och sjukvårdschefer från länets kommuner och diskuterar olika verksamhetsfrågor och utbyter erfarenheter.

MEDICINTEKNISKAPRODUKTER

Det sker en samverkan i form av tjänsteköp med sjukhusets medicintekniska avdelning när det gäller kontroller av specifik utrustning som kommun tekniker inte har utrustning för. Det sker även intern samverkan mellan förvaltningar om tjänster av hjälpmedelsteknikern.

BEHOV AV UTVECKLAD SAMVERKAN

När det gäller samverkan med psykiatri kring individer med komplex och inte stabil psykisk sjukdom behöver samverkan utvecklas. Kommunen har inte förutsättningar att bedriva specialiserad psykiatriskvård.

En utveckling av samverkan kring Rehabilitering involverande både specialistvård, regional och kommunal primärvård skulle vara bra att få igång. Då nya insatser ska kunna ges med hög patientsäkerhet i primärvården och framför allt i hemmet.

Utvecklingen går snabbt framåt och nya krav ställs, Hjälpmedelscentralen är en enhet som kommunerna behöver utveckla samverkan mer med. Nya behov uppkommer som behöver hanteras ute i kommunalvård och omsorg och då behövs mer stöd med medicinteknik som hjälpmedelscentralen enkelt behöver ha tillgänglig.

3.1.4 Informationssäkerhet

När det gäller informationssäkerhet är det en utmaning att säkerställa information vid krissituationer som t.ex. när verksamhetens digitala system går ner. Ju mer omfattande digitalisering och effektivisering ju sårbarare blir vi om dessa lösningar slås ut.

Verksamheterna har börjat med att säkra tillgången till nödvändig information om systemen går ner. Verksamheten använder också flera system som vi kan ta stöd av om ett skulle gå ner.

Vid införandet av nya system som t.ex. Evondos (läkemedelspåminnare) sker en genomgång där riskanalys görs både utifrån teknik och brukarperspektiv och systemen klassas enligt SKR modell "KLASSA". Detta arbete sker samverkan med ansvarig från säkerhetsavdelningen och till viss del IT avdelningen för att säkerställa att vi har en gemensam bild av hur vi uppnår en hög informationssäkerhet. De digitalsystem som vi nu köper in och börjar använda i hälso- och sjukvård räknas som medicinteknisk produkt som innebär att det ställs höga krav på systemen enl. Lag om medicintekniska produkter och flera är även licensierade enligt ISO 27001.

Journalgranskning som utförts under året ligger också tillgrund för hur vi jobbar vidare med informationssäkerheten i vissa delar.

3.2 En god säkerhetskultur

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



En grund för att kunna arbeta med att utveckla säkerhetskulturen är att sätta tydliga rutiner för avvikelshantering och riskbedömningar samt hur man utreder, analyserar och försöker finna bakomliggande brister som kan åtgärdas.

Därför har ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete reviderats. Grunden i detta är att verksamheterna lokalt ska titta på sina avvikelser och mätningar med ett systemperspektiv för att själva se vilka åtgärder som kommer att ge bäst nytta.

Utbildning i digitalform har genomförts för alla medarbetare i socialförvaltningen i avvikelshantering och tänket kring varför det är viktigt att arbeta förebyggande. Arbete har genomförts för att revidera vissa processer för att förtydliga dessa t ex fall, och processen och roller i handläggningen av avvikelser i det digitala avvikelssystemet.

Utveckling av arbetsformer i team har skett för att förbättra kommunikation och samverkan kring vårdtagare framför allt där olika risker har identifierats utifrån riskbedömningar i Senior Alert.

För att stärka det förebyggande arbetet har förvaltningen anställt en utvecklingsledare i förebyggande arbete.

Arbetsgrupp har tillsatts för att titta på hur metodiken "Gröna korset" kan användas för att ge en bild av bl.a. bemanning, kompetens m.m. Denna metodik testas nu bland annat inom Rehaborganisationen och Vård och omsorgsboenden.

3.3 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.



SPRÅKUTVECKLANDE ARBETSGIVARE

Socialförvaltningen arbetar med att stärka Svenska språket hos de som har behov av detta. Bättre språkkunskaper ger en ökad trygghet för vårdtagaren både inom hemtjänsten och inte minst inom Vård och omsorgsboende. Det skapar också en bättre arbetsmiljö för alla. Att ge medarbetarna möjlighet att utveckla svenska språket och inrikta det mot vårdsvenska, ökar förståelsen för både arbetet och ger vårdtagarna bättre möjligheter att förmedla sina behov och önskemål.

Medarbetare erbjuds att delta i yrkessvenska på arbetstid inom ramen för projektet "Språkutvecklande arbetsgivare". De utvecklas i sitt språk både grammatiskt och med lite extra vårdinriktade kunskaper. Sjuksköterska deltar vid flera tillfällen och de ges även möjlighet att träffa dokumentationsombud för att förstå vikten av dokumentation.

Vi har nu startat grupp 2 som kommer att vara klar under våren. Den första gruppen uppvisade en mycket bra progression.

Vid kursstart låg den större delen av deltagarna på SFI D/grundskolenivå både vad det gäller skriftligt/muntligt medan lite högre på att läsa texter och hörförståelse. Vi kursslut hade alla eleverna en mycket positiv progression och det stora flertalet hade uppnått gymnasienivå inom de olika områdena.

KOMPETENSUTVECKLING FÖR LEG PERSONAL

Legitimerad personal har getts möjlighet att fortbilda sig. En sjuksköterska har läst förskrivningsrätt för läkemedel och tre har vidareutbildat sig till Distriktssköterskor samt två har läst vidareutbildning inom psykiatri.

Rehabpersonal har deltagit i utbildning i förflyttningskunskap, fysioterapeutdagar samt gått förskrivningsrätt för hjälpmedel. Rehabassistenter har utbildats till instruktörer för förflyttningsutbildning.

CHEFSUTBILDNING I HYGIENFRÅGOR

Ansvaret för att verksamheten lever upp till god hygienisk standard, vilar på verksamhetschefer och enhetschefer. Genom denna utbildning från enheten vårdhygien/smittskydd får cheferna en överblick över lagkrav både enligt hälso- och sjukvårdslagen men också enligt socialtjänstlagen och LSS på det vårdhygieniska området. De får också verktyg för att verksamheten ska kunna arbeta mot att säkerställa en god hygienisk standard. Detta innebär att lokaler, utrustning och hela verksamheten ska utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt

HYGIENOMBUD

Ett sätt att stödja chefernas arbete med vårdhygien är att vi har inrättat hygienombud i alla verksamheter. Dessa träffas 4 gånger per år 2 gånger fysiskt och 2 gånger digitalt. Där de får del av rutiner och ny kunskap på området. Hygienombuden håller i följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler och de jobbar också med olika teman enligt ett gemensamt årshjul för hygienfrågor. Detta sker i samverkan med hygiensjuksköterska från enheten vårdhygien/smittskydd och MAS.

KOMPETENSUTVECKLING AV OMVÅRDNADSPERSONAL

Denna kompetensutveckling håller sjuksköterska i och utbildningar hålls regelbundet utifrån ett årshjul.

- *Utbildning i rapporteringsstöd med klinisk bedömning* 130 erbjudna platser 85 personal

- har deltagit.
- *Utbildning i hud- sår och kompressionsbehandling* 130 platser och 106 personal har deltagit
- *Utbildning i vårdhygien i hälso- och sjukvård* Erbjudna platser under året är 40 st. och 21 personal har deltagit

DELEGERINGSUTBILDNING

Under det gångna året har 170 utlagda platser funnits för utbildning inför läkemedelsdelegering och 141 har deltagit i utbildningen 92 blev godkända (ca 65%)

Det har funnits 113 platser för insulindelegering 65 har gått utbildningen och 59 blev godkända (ca 90%) Dessa har då sedan tidigare utbildning i läkemedelsdelegering. Uppföljning och revidering av utbildningen kommer att ske under 2024.

SÄKERBEMANNING - DELEGERING AV HÄLSO OCH SJUKVÅRDSUPPGIFTER

Vårdförskjutningen ger mer komplexa omvårdnadssituationer och behov av läkemedelsbehandling med olika bredningar. Detta kräver mer kunskaper om hälso- och sjukvård, läkemedel och läkemedelshantering.

Svårigheter att rekrytera tillräckligt med legitimerad personal blir mer och mer påtaglig för varje år och verksamheten är beroende av konsultsköterskor och konsult fysioterapeuter idag för att klara uppdraget. Sjuksköterskorna och fysioterapeuterna är därför helt beroende av att kunna delegera olika medicinska uppgifter till reellt kompetent personal. Samtidigt som det idag är svårare att rekrytera omvårdnadspersonal med utbildning eller erfarenhet från vård och omsorg. Här uppstår ett kunskapsglapp.

Därför ställer vi tydligare krav på vad man måste kunna för att inneha en delegering för läkemedelshantering. På så sätt säkerställs att de som har delegering för att hantera läkemedel har tillräcklig kompetens. Det har fått som konsekvens att verksamheter ibland har fått göra om strukturen i arbetsgruppen, så att viss personal får ta de delegerade uppgifterna. Detta är självklart en utmaning för verksamheten och påverkar kontinuiteten. Men det är en balansgång att å ena sidan bemanna för alla uppdrag och å andra sidan säkerställa kompetensen för uppdragen.

KVALITETSSAMORDNARE

Verksamheterna inom vård och omsorgsboende har under året tillsatt kvalitetssamordnare 4 st. som jobbar nära verksamheten med kvalitets och säkerhets frågor. Detta har gett mycket bra effekt i verksamheten. De kan bland annat stödja verksamheten och medverka i avvikelshantering, kvalitetsmöten med personalen där man kan ha fokus på varje vårdtagare och just dennes behov och ev. risker som behöver förebyggas.

TIDIGA FÖREBYGGANDE INATSER

Det finns inte så stora marginaler i verksamheten för att hinna med planerade uppgifter. Då är det lätt att det förebyggande arbetet få stå tillbaka. Samtidigt som alla vet att det förebyggande arbetet är viktigt på sikt. För att kompensera detta arbetar utvecklingsledare i

förebyggande arbete med att komma in tidigare med förebyggande insatser hos de i befolkningen som inom några år kan bli aktuella för vård och omvårdnadsinsatser.

3.4 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.



Detta är ett område som behöver utvecklas mer. Framför allt hur vi ska få vårdtagarna att medverka i patientsäkerhetsarbetet, I kommunens verksamhet är det ibland utmanande att skapa delaktighet med vårdtagaren t ex då vårdtagaren har en demenssjukdom, psykossjukdom eller är i livets slutskede och för svag för att föra sin talan.

Det finns närstående som kan bistå men ibland är det svårt att veta vem som har rätt att företräda vårdtagaren framför allt om det finns flera närstående som har olika uppfattning om vad som vårdtagaren önskat.

Verksamheten är med i socialstyrelsens brukarenkät som vi sedan sammanställer. Det görs också enkäter i verksamheterna där man följer upp hur insatser upplevs bl.a. inom hemtjänsten och hemsjukvården. Det finns också möjlighet att lämna synpunkter och få kontakt genom efterlevandeenkäten som vi lämnar ut till närstående efter att någon har avlidit inom vår verksamhet.

Både i dokumentation enl. ICF och i IBIC kan vi följa upp om vårdtagaren kunnat vara med i planeringen av vården.

När det gäller vårdplanering vid utskrivning från sjukhuset (SIP) bygger den på att vårdtagaren och ev. närstående är delaktiga för att kunna påverka planeringen av vården.

Lämnas klagomål/synpunkter till personalen på enheterna så kan klagomålen registreras i avvikelssystemet så de handläggs enligt dessa rutiner och beaktas.

Inom vård och omsorgsboende har man välkomstsamtal när man flyttar in för att kunna ha dialog och informera. Uppstår det sedan frågeställningar eller behov av information så bokas möten med vårdtagaren om möjligt och/eller närstående för dialog.

Vid möten med vårdtagare och närstående där det framkommer positiva eller negativa synpunkter. Så försöker vi att beakta dessa vid revidering av rutiner, information eller vid utbildningsinsatser mm.

4 Agera för säker vård

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



4.1 Egenkontroll

4.1.1 Journalgranskning

Journalgranskning har genomförts av 15 Hälso- och sjukvårdsjournaler där 13 frågor var ställda utifrån de uppgifter som ska finnas dokumenterade i journalen. Frågorna rörde grundläggande information som ska finnas i journalen. Bedömning är gjord av varje fråga utifrån Godkänd/Delvis godkänd/ Ej godkänd/

Bedömningen blir: Delvis Godkänd GUL med viss övervikt mot godkänd.

Granskningen visade att det fanns otydlighet gällande samtycken till NPÖ, samtycke till att lämna information till närstående i 10 journaler.

När det gäller riskbedömningar eller åtgärder till identifierade risker i förhållande till t ex fallavvikelser så fanns det inte i 8 journaler. Det gör att det är väldigt svårt att läsa ut om det finns förebyggande insatser planerade utifrån ev. risker som framkommit.

Det fanns inte alltid planerade åtgärder och/eller mål i hälsoärenden.

Under övriga parametrar var det endast ett fåtal avvikelser. Det fanns kontaktuppgifter till fast vårdkontakt på VC, namngiven Patientansvarig sjuksköterska, Upplysningssignal var ifylld, Ej aktuella hälsoärenden var avslutade.

De bristerna som framkommit får åtgärdas genom att Patientansvarig sjuksköterska uppmärksammas på att kontrollera journaler och uppdatera dem.

4.1.2 Palliativ vård

Den palliativa vården följer vi via Palliativregistret som är ett kvalitetsregister. Enheterna kan följa sitt arbete på enhetsnivå men här har vi valt att dela in registreringarna i Korttidsboende, Vård och omsorgsboende samt Hemsjukvård

Palliativregistret

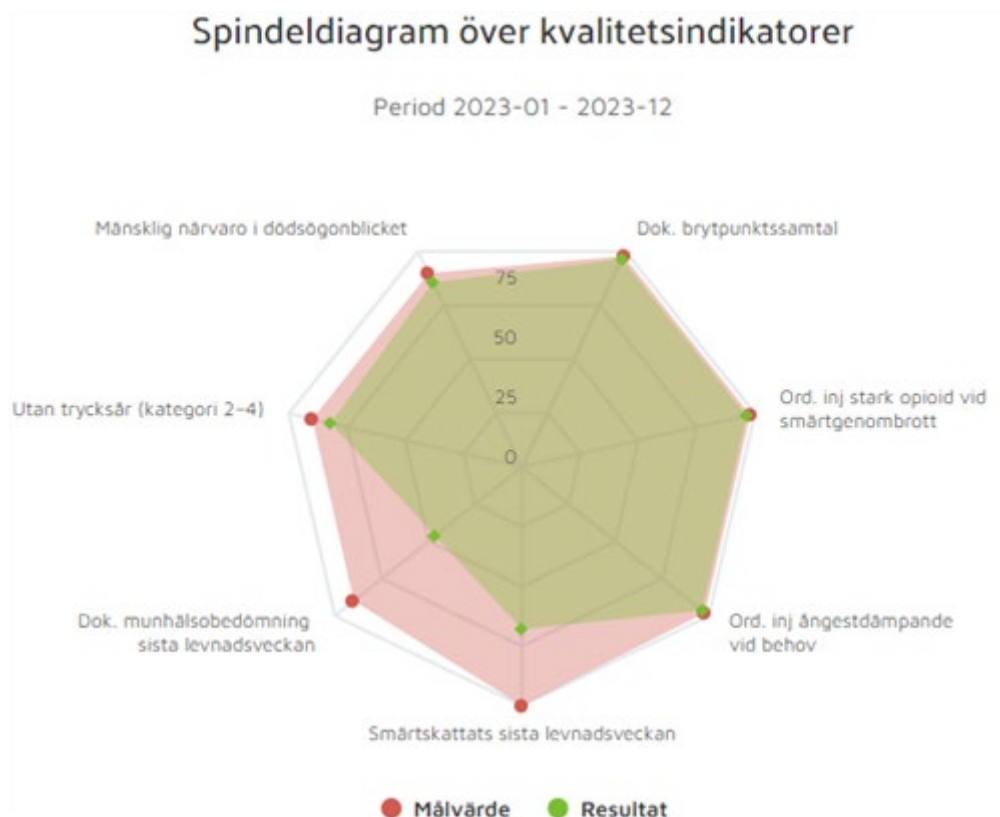
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en individ i palliativvård (livets slutskede) varit. Sjuksköterskan med ansvar för den individuella palliativa vården registrerar i registret.

Under 2023 var det 108 inrapporterade dödsfall 105 var förväntade dödsfall i palliativ vård.(230101-231231) nedan redovisas 101 utöver dessa vårdades ytterligare 4 men underlagen var inte fullständigt i fyllda. Dessa 4 redovisas inte i statistiken.

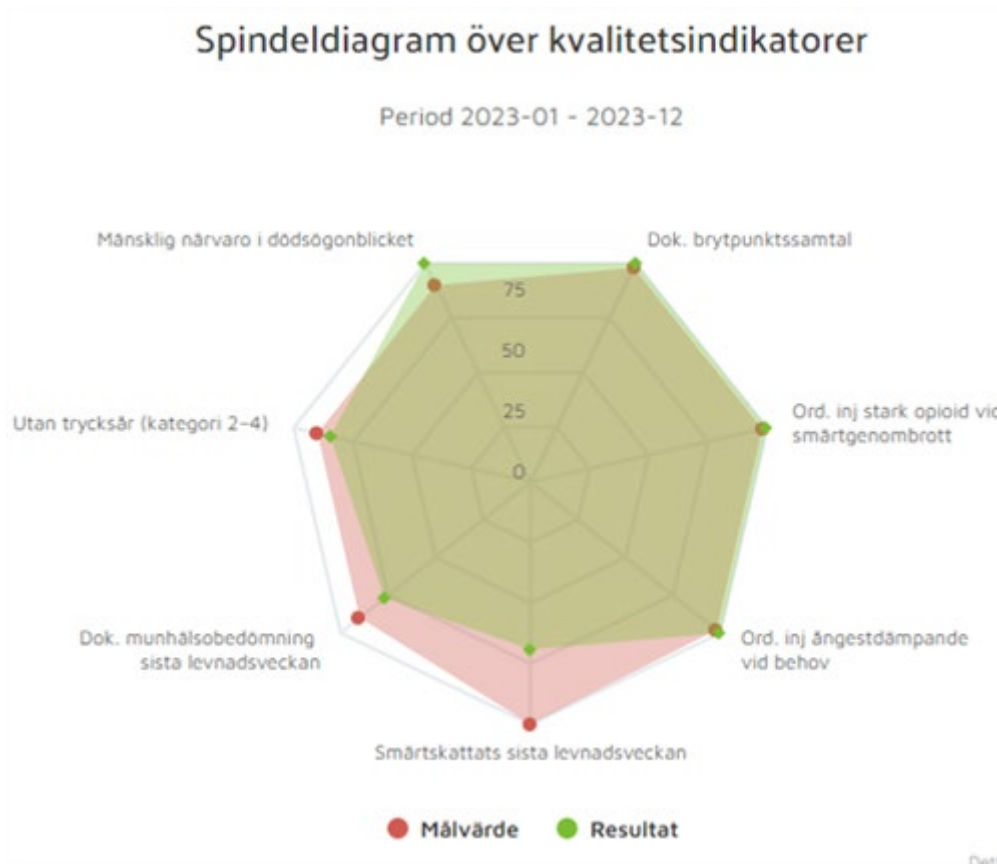
Diagram över kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård

De röda markeringarna är målvärde och de gröna är verksamhetens uppnådda värden för uppsatta kvalitetsindikatorer. Registrerade i palliativ vård både på korttids, ordinärt boende och för vård och omsorgsboende i nämndens verksamheter under 2023.

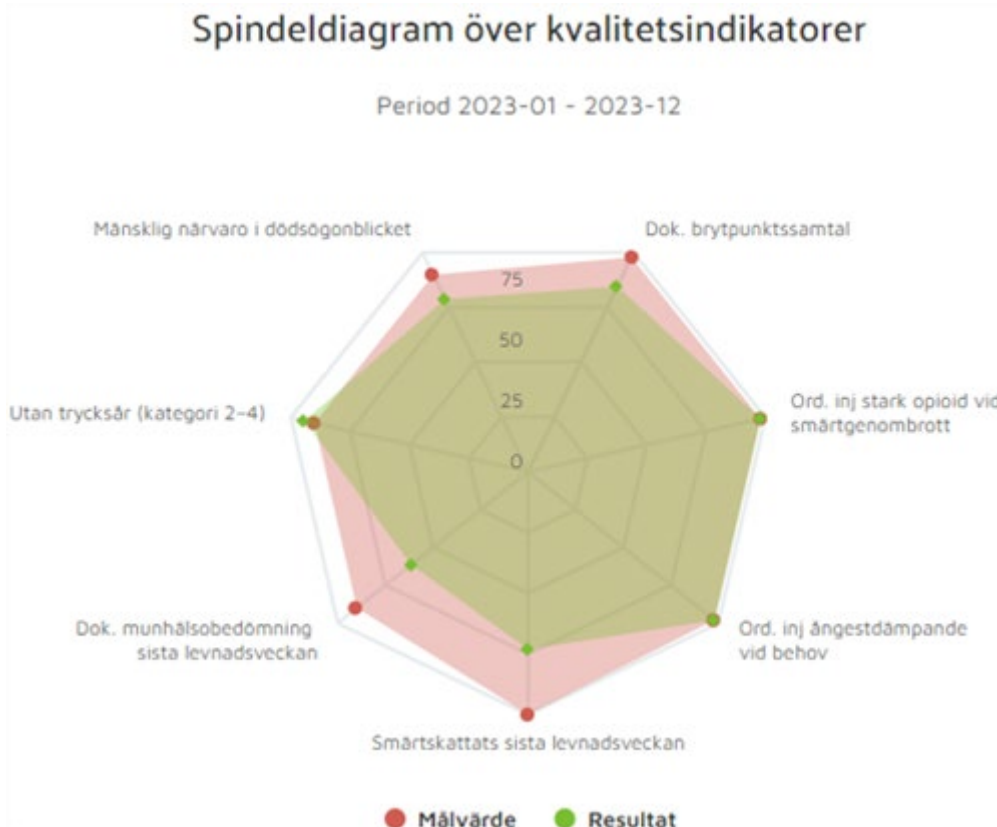
Spindeldiagram över Kvalitetsindikatorer i Korttidsvård av 28 registreringar i Palliativregistret



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer i Hemsjukvård av 13 registreringar i Palliativregistret

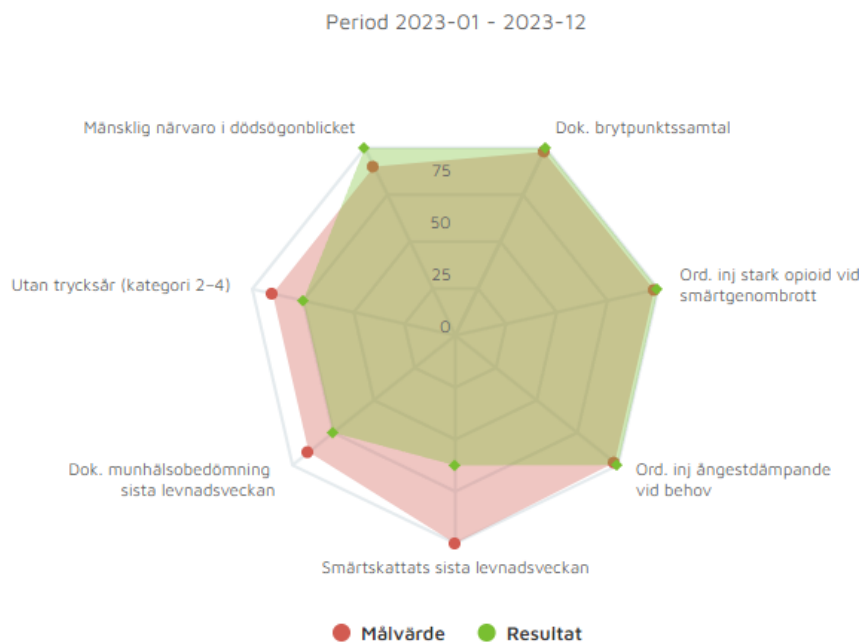


Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer i Vård och omsorgsboende för 52 registreringar i Palliativregistret



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer för 8 vårdtagare inskrivna i SSIH i samverkan med Hemsjukvården

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



RESULTAT

- Korttidsvården har bäst registreringsnivå i Palliativregistret, Kvalitetsindikatorerna beskriver i stort sett samtliga avlidna på enheten.
- Munhälsobedömningar och smärtskattningar har förbättrats inom hemsjukvården och vård och omsorgsboende och ligger kvar på samma nivå på korttidsenheten jämfört med 2022. Främst handlar det om att säkerställa att dessa insatser dokumenteras så de kommer med i registreringarna.
- Brytpunktssamtalet handlar om läkarkontakten och att ett samtal sker med vårdtagaren och/ eller närstående om vårdens inriktning. Detta har förbättrats inom alla tre områdena.
- Närvaro i dödsögonblicket har förbättrats på samtliga områden jämfört med 2022.
- Under 2022 särredovisades inte de som SSIH och hemsjukvården registrerade så dessa siffror kan vi inte säga så mycket om

4.1.3 Säker läkemedelshantering

För att se om vi har en säker läkemedelshantering görs följande egenkontroller.

ÅRSKONTROLLER OCH LÄKEMEDELSGENOMGÅNG

Den kommunala hälso- och sjukvården arbetar i samverkan med Bra Livs Vårdcentraler för att skapa en hållbar struktur för arbetet med årskontroller och läkemedelsgenomgång. Detta har nu permanentats som ett gemensamt arbetssätt. Tyvärr har inte kodningen av insatserna skett som tänkt. Vilket gör att det finns ett mörkertal som inte redovisats. Men nedan visas redovisade läkemedelsgenomgångar

Antal patienter som fått en läkemedelsgenomgång av någon form enkel eller fördjupad. Är i Södra kommundelen inom vård och omsorgsboende 49 och inom Hemsjukvården 63 patienter.

I Norra kommundelen inom vård och omsorgsboende 68 och inom hemsjukvården 15. Men fler har utförts utan att registreringen har hängt med.

UTFÄRDADE DELEGERINGAR

Här redovisas några av de delegeringar som sker i verksamheten. Delegeringsförfarandet har skärpts. Verksamheten upplever ibland att det är svårt att planera för att genomföra delegerade uppgifter men vi ser också vikten av att alla som blir aktuella för delegering har tillräcklig kompetens för att genomföra insatserna.

Delegerad personal för	Undersköterskor	Vårdbiträden
Läkemedelshantering	505	244
Insulingivning	341	110
Trakvård	42	12
Påsdialys	7	1

DELEGERADE INSATSER I TID OCH TOTALT GIVNA

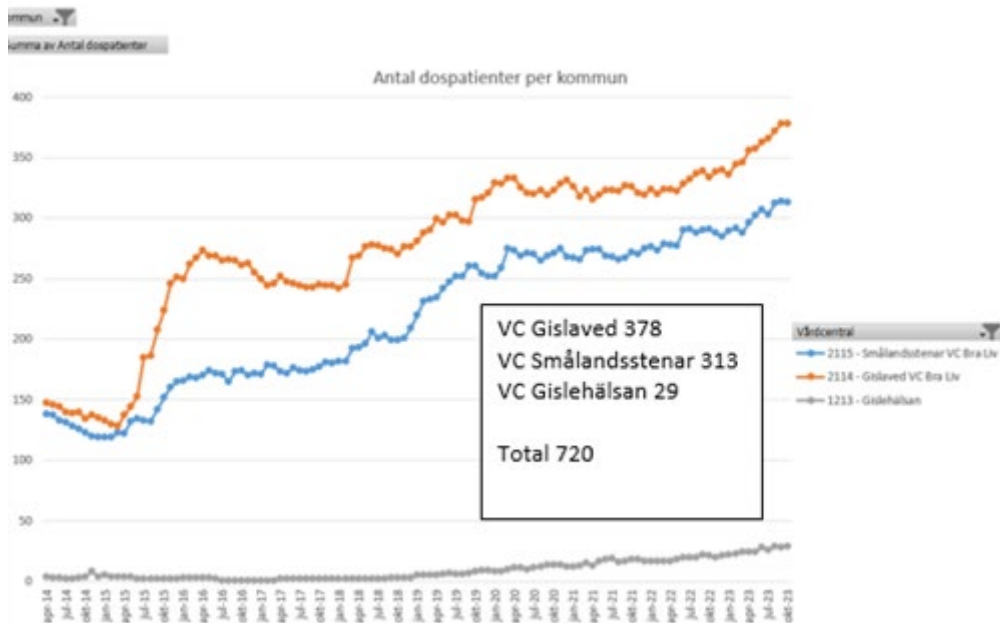
- Totalt av alla signerade insatser så är 94% signerade i rätt tidsspann, Samtliga signerade både i tid och försenade är 99% signerade. Totala antalet insatser är 1 438 233 st.
- När det gäller läkemedel så är 95% signerade i rätt tidsspann och 99% är signerade både i tid och försenade av totalt 1 173 722 insatser.
- När det gäller Fysioterapi så är 87% signerade i rätt tidsspann och 91% är signerade både av de i tid och försenade av totalt 78 825 insatser
- Smärtlindring i form av narkotikaklassade läkemedel är 92% signerade i rätt tidsspann och 100% är signerade både i rätt tid och försenade av totalt 17 227 insatser

Detta är bra siffror och innebär att vi klarar att stödja läkemedelsöverlämningar enligt ordinerade tidsspann i mycket hög utsträckning. Detta resultat får betecknas som GRÖNT när det gäller läkemedelsdelarna. Däremot har vi en förbättringspotential när det gäller ordinerad fysioterapi. GUL

4.1.4 Antal apo-doser

Antal vårddagare som får läkemedel uppdelade i påsar.

**Antal apodos totalt i Gislaveds kommun juli 2023 – diagram nedan
Privata+ hemtjänst + hemsjukvård /SÄBO (Juli 2023)**



Ovan beskriver en graf utvecklingen av APO-dos doserade läkemedel under 2023

Totalt i kommunen finns 720 APO-dos av dessa är 250 privat utförare eller att tjänsten köps av privatperson. Kvar blir då 470 APO-dos av dessa är 29 endast hemtjänsttagare och ytterligare 8 tillhör privat aktör LSS. Så totalt har HSV samt vård och omsorgsboende 433 APO-dos. För den senare gruppen ser vi en minskning av APO-dos medan de privata kunderna till APO-dos har fördubblats.

Det är viktigt att APO-dosinsättningarna ökar för att verksamheten ska klara att ta ansvar för och hantera dessa mängder av läkemedel på ett säkert sätt. På lite sikt ger detta också möjlighet att erbjuda flera läkemedelspåminnare som komplement till omvårdnadspersonal.

4.1.5 Vaccination

Förebyggande arbete i kommunen har utförts i form av vaccinationer mot Covid-19, influensa samt pneumokockinfektion. Det har vaccinerats 2020 doser, ca 1341 timmar har gått åt till detta under 2023. Det gavs 427 doser mer än 2022. Dessa vaccinationer ges i hemmen och genererar förutom själva vaccinationen arbete i form av logistik, förberedelse, transporter, och administration.

ANTAL GIVNA VACCINATIONER

År 2023	
Vaccinsort	Antal
Covid	1031
Pneumovax	452
Fluad tetra	499
Vaxigrip	38
	2020

Vaccinationsarbetet är utformat efter pandemins efterverkningar. Samhället har blivit mer normaliserat men inom verksamheten följs de rutiner och rekommendationer som tillkom under pandemin när någon uppvisar symtom. Under senhösten har både covid-19, influensa och RS virus förekommit i verksamheterna och flera har varit sjuka, men många har klarat sig med lindriga symtom då de varit vaccinerade. (vaccinerar ej mot RS)

4.1.6 Trycksår

Antal trycksår följer vi genom kvalitetsregister Senior alert. I år fokuserar vi på såren i grad 2, 3, och 4.

Inom vård och omsorgsboende har 267 individer bedömts av dessa hade totalt 35 (13%) trycksår (grad 2= 21 st. grad 3= 11 st. grad 4= 3 st.) Vi kan se att det görs riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar i Senior alert på ett systematiskt sätt. Vi vet att man har uppe vårdtagarna på teamträffar för att hitta gemensamma strategier för omvårdnaden. Målet är att minska trycksåren ännu mer och att dem på enhetsnivå ska jobba kontinuerligt med trycksårsförebyggande insatser. Sjuksköterskorna har utbildning för omvårdnadspersonal just kring trycksår och sårvård för att stärka kompetensen kring såren. All personal behöver involveras i att arbeta trycksårsförebyggande och behöver då utbildning för att överbrygga det kompetensglapp som uppstår.

Vi har under året sett att vårdtyngden varit hög. Fler har avlidit. Fler har kommit från sjukhuset svårt sjuka och fått vårdas på korttids. Många har fått flytta in på särskilt boende från korttids. Detta påverkar också trycksårsfrekvensen.

När det gäller hemsjukvården har vi gjort en punktmätning av 272 inskrivna i hemsjukvården så fanns det 7 trycksår av dessa var det (grad 2 = 2st, grad 3= 2st, grad 4 = 3 st.) ca 3%, få sår men de är av hög svårighetsgrad. Speglar samma fördelning som inom vård och omsorgsboende.

Mycket insatser har gjorts för att minska trycksåren men vi behöver analysera på enhetsnivå vad mer som kan göras för att ytterligare minska trycksåren. Kontrollen bedöms som GUL

4.1.7 Nattfasta

Som helhet i kommunen är de resultat som redovisats bra då nattfastan ligger under 11 timmar som är det gränsvärde som är satt. De åtgärder som redovisats av verksamheterna har haft mycket god effekt och har gett personalen stöd i att jobba strukturerat med att bryta nattfastan. Denna kontroll bedöms därför som GRÖN.

4.1.8 Metod för att säkra bemanning

Under det gångna året har några verksamheter börjat prova metoden "Gröna korset" som är en prisbelönad metod, för att över tid följa sin verksamhet t ex tillräcklig bemanning, tillräcklig kompetens. Verksamheterna testar metoden för att se hur den kan implementeras på bästa sätt och vara till hjälp när man ska säkerställa en god bemanningsnivå/kompetensnivå.

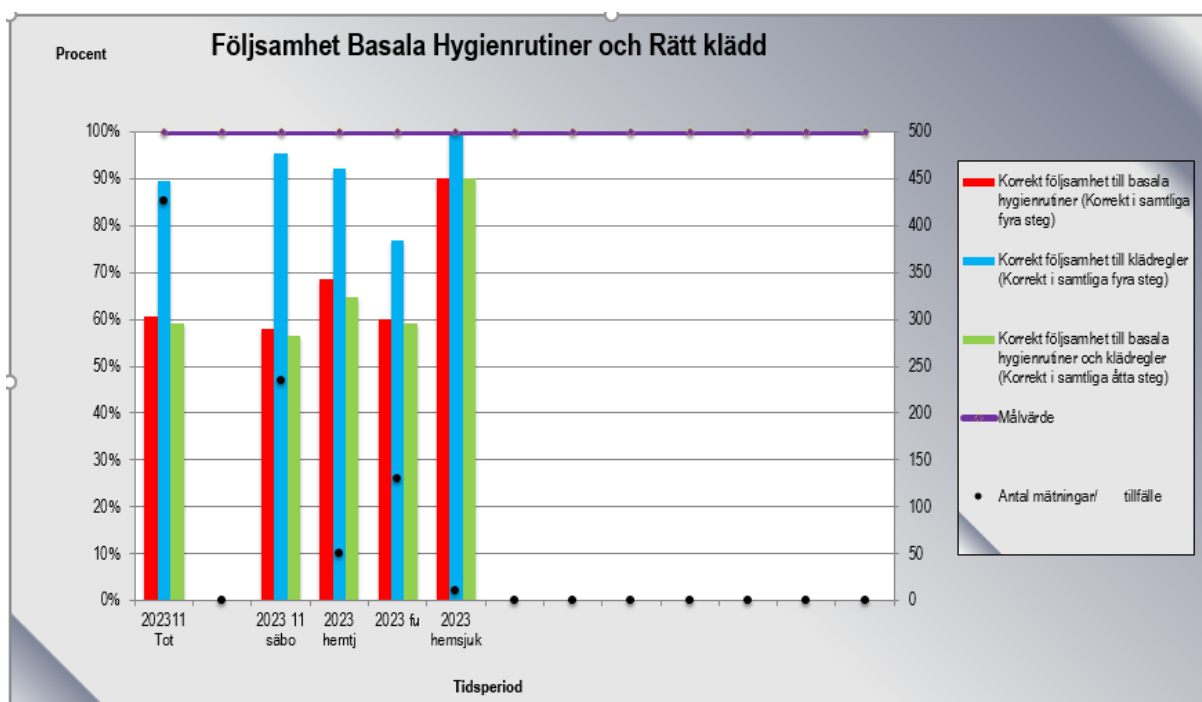
4.1.9 Följsamhetsmätning för basala hygienrutiner och klädregler

Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har utförts under hösten 2023. Det har totalt gjorts 426 granskningar i förvaltningens olika verksamheter som är relevanta utifrån att basala hygienregler ska följas enligt föreskrift och rutiner.

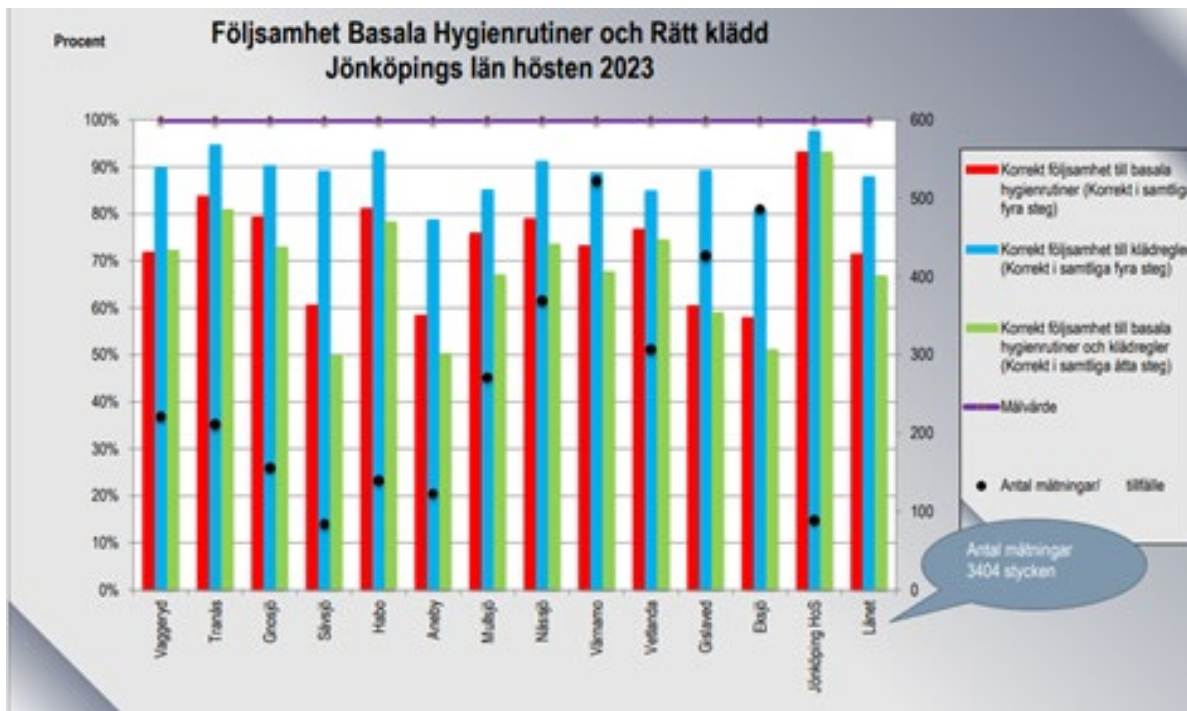
- Följsamhet till basala hygienrutiner var 61%
- Följsamhet till klädregler var 89%
- Korrekt följsamhet till båda stegen var 59%

Vi ligger i stort sett på samma nivå som under 2022 endast ett fåtal % förbättring. Inför 2024 kommer mätningarna att utföras 2 gånger per år för att på så sätt försöka lyfta medvetenheten om dessa rutiner i verksamheterna. När jämförelser görs med länets kommuner noteras hög frekvens med mätningar i verksamheten. När det gäller klädregler ligger vi i linje med flera kommuner, när det gäller följsamhet till basala hygienrutiner ligger verksamheterna på totalen lite lägre på den nedre halvan av kommunerna. Det kräver ett uthålligt arbete för att förbättra siffrorna. Kontrollen bedöms som GUL

Mätning till följsamhet till Basala Hygienrutiner och Klädregler har genomförts (BHK)



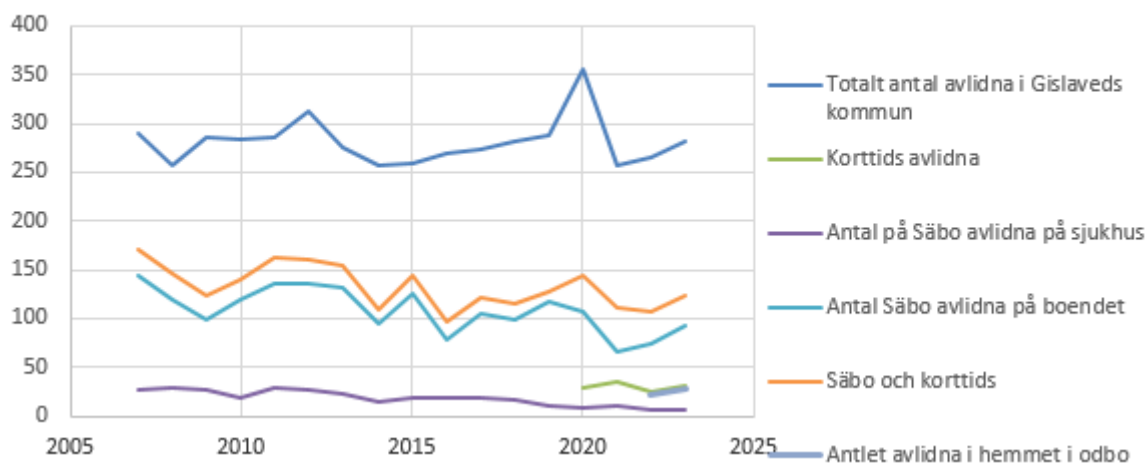
Längst till vänster är totalen för alla verksamheter sedan kommer vård och omsorgsboende, hemtjänst, funktionshinderomsorgen, hemsjukvården.



4.1.10 Dödstal 2023

Under åren har vi följt dödstalen i kommunen och var man avlider

Dödstal 2007 -2023 Gislaveds kommun



Totalt avlidna under 2023 i Gislaveds kommun 281 (* hämtat från Palliativregistret)

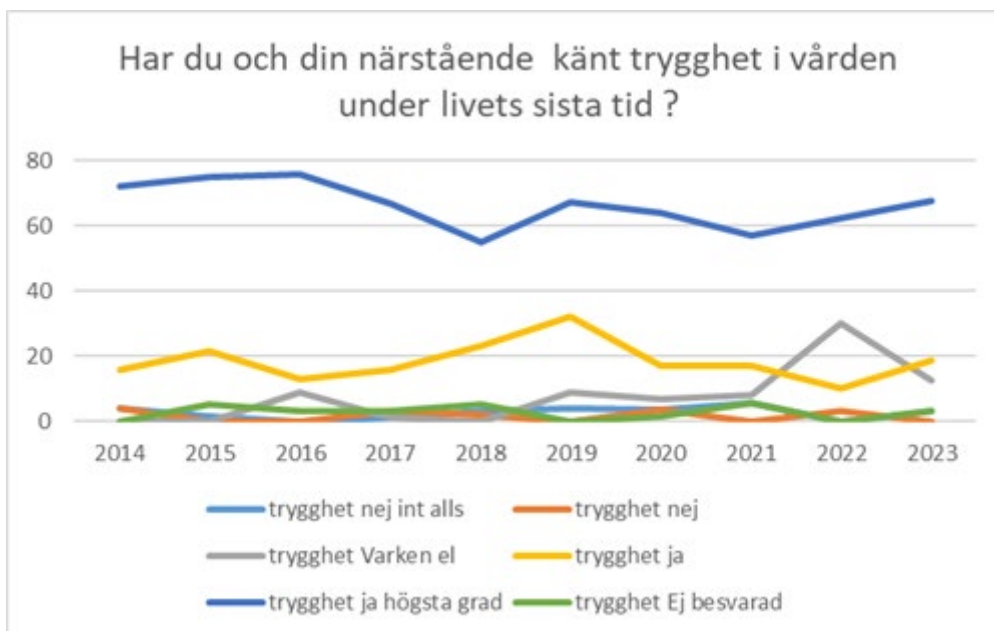
Efter att dödstalen har sjunkit efter pandemi åren så ökar de igen till mer förväntade nivåer. De flesta dödfallen sker inom vård och omsorgsboende och på korttids (123 st.). Inom ordinarie boende har 27 avlidit med stöd av hemsjukvård, specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) och hemtjänst. Få av dem som bor på vård och omsorgsboende avlider på sjukhus 7st.

4.1.11 Palliativvård

Verksamheten har sedan 2010 följt upp den palliativa vården genom att erbjuda efterlevande att fylla i en enkät om sina upplevelser kring vården av sin anhörig. Under 2023 har vi fått in 31 (25% av antalet avlidna) fullständiga enkäter från efterlevande till vårdtagare på vård och omsorgsboende. När det gäller hemsjukvården har vi fått in 11 (41% av antalet avlidna) enkäter från efterlevande till vårdtagare som vårdats i ordinärt boende. Här redovisas följande frågor.

Enkät svar från efterlevande som vårdats på vård och omsorgsboende samt korttidsenheten.

Har du känt trygghet i vården under livets sista tid?



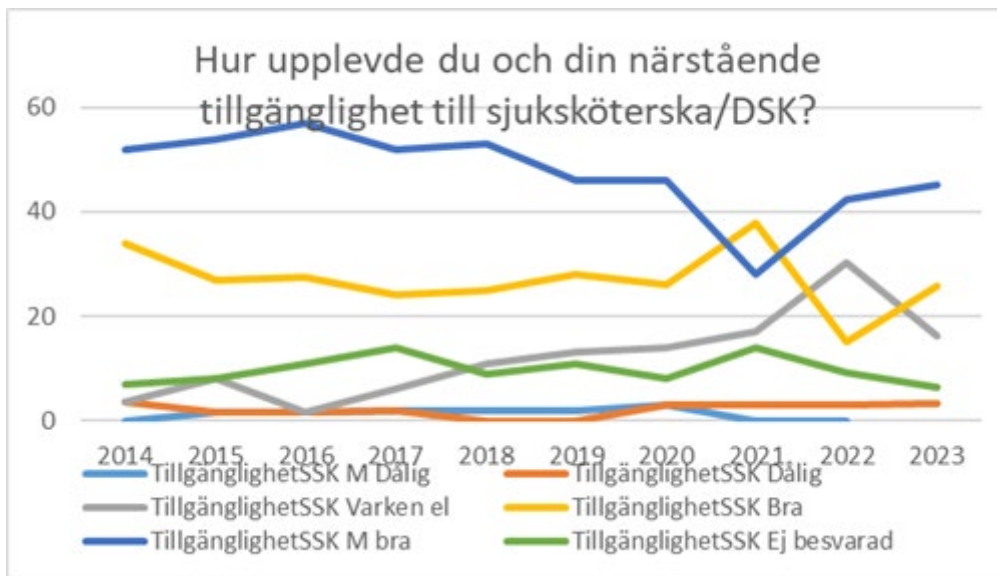
I förhållande till trenden ser vi att upplevd trygghet har ökat under 2023. Både "Upplevd trygghet i högsta grad" (= mörkblå linje)" upplevd trygghet ja" (= gul linje)

Är du nöjd med den omvårdnad din anhörig fick i livets slutskede?



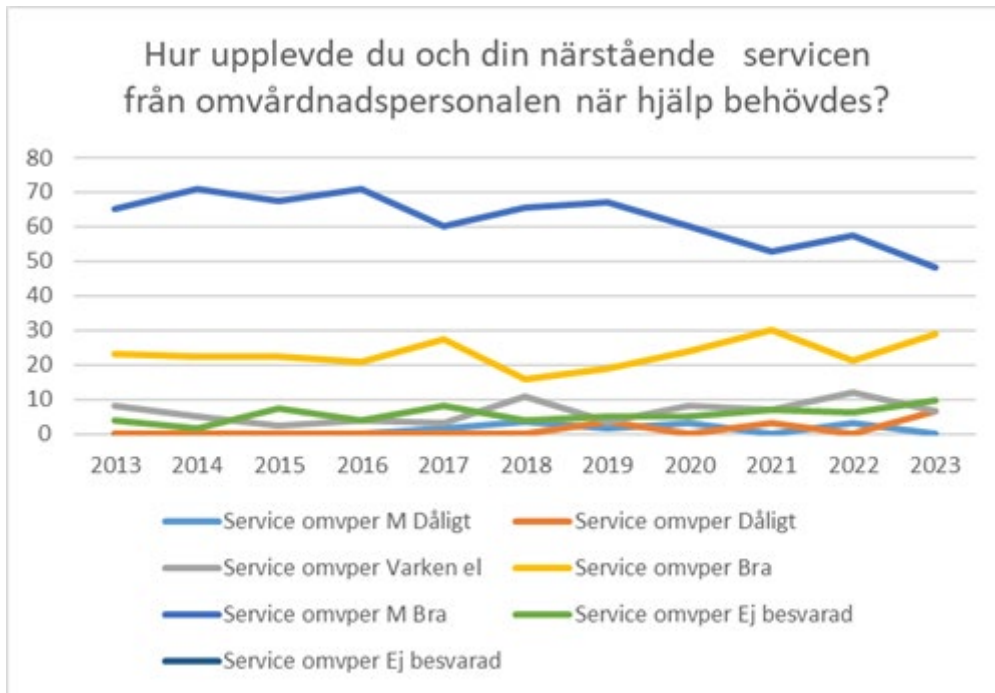
Nöjdheten har också ökat under 2023 . Främst "upplevd nöjdhet i högsta grad"=(mörkblå linje) men även "upplevd nöjdhet ja" = (gul= linje) ligger bra.

Hur upplevde du och din närstående tillgänglighet till sjuksköterska/DSK?

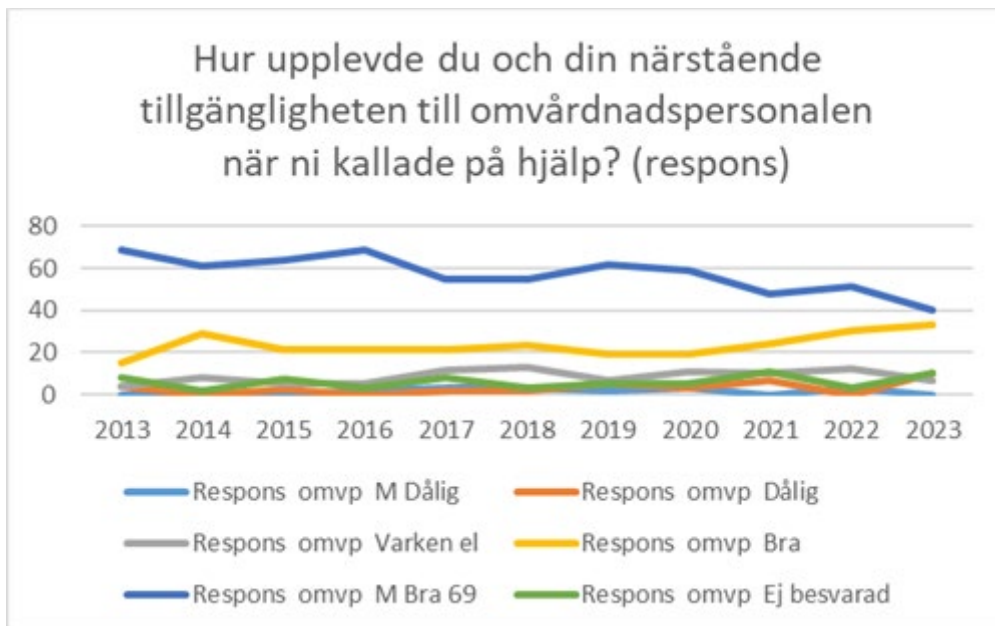


Trenden visar att tillgängligheten förbättrats något under 2023 "Tillgänglighet mycket bra =(mörkblå linje) och även "tillgänglighet bra"=(gul linje) har förbättrats

Hur upplevde du och din närstående service från omvårdnadspersonalen när hjälp behövdes?(hur arbetet utfördes)

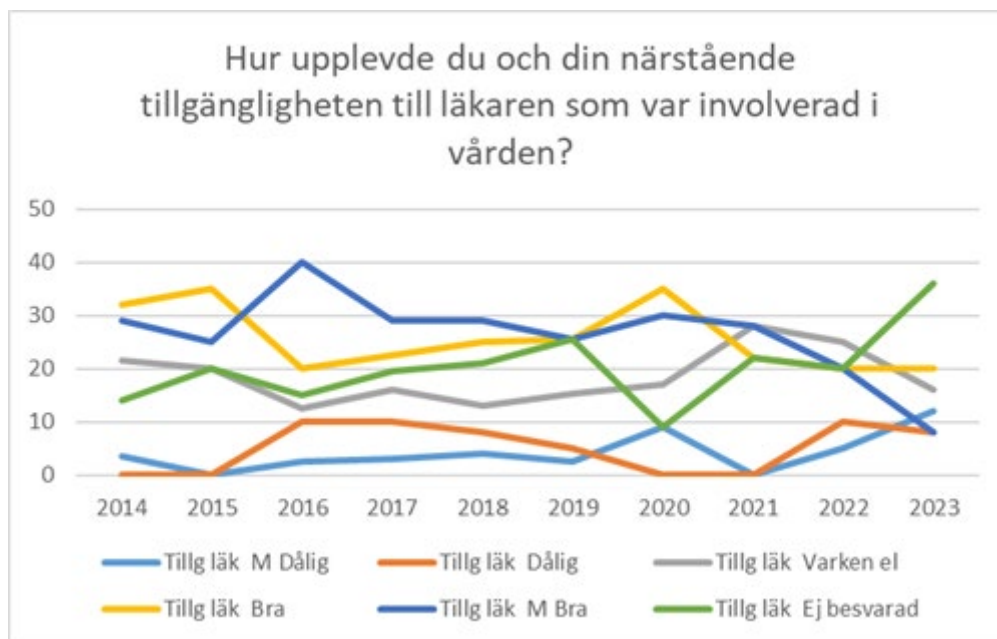


Hur uppfattade du responsen när du och din närståendekallade på hjälp? (hur tillgängligheten var)



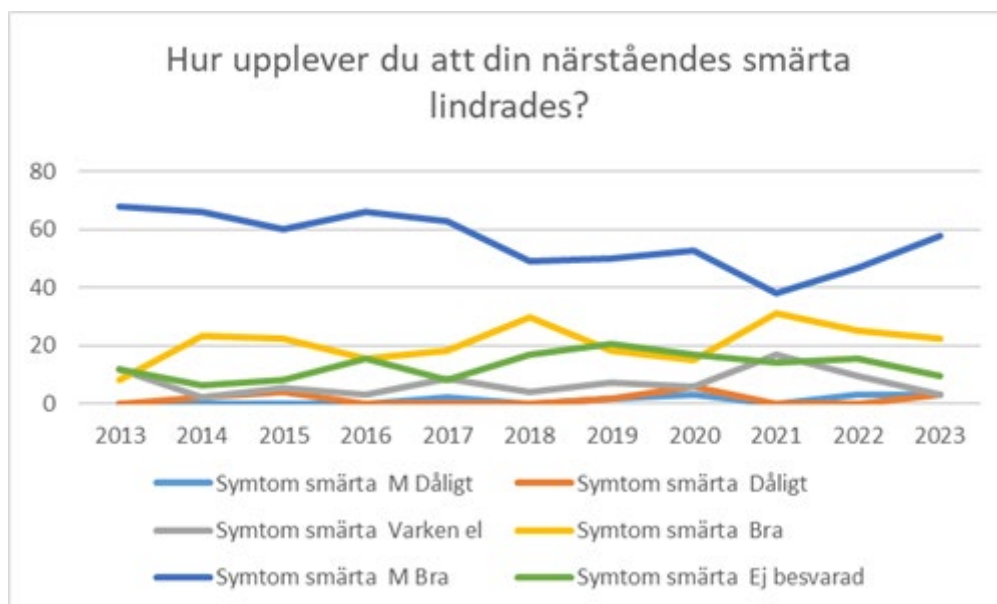
Både Service och Respons har förskjutits mot "service/respons bra" men är kvar på den mer positiva sidan av skalan.(mörkblålinje=Mycket bra och gul = Bra)

Hur upplevde du och din närstående tillgänglighet till läkare som var involverad i vården?



Upplevelsen av tillgänglighet till läkare som var involverad i vården har en tydligt sjunkande trend. (Mörkblå linje sjunkande och ljusblå= tillgänglighet mycket dålig stigande)

Hur upplever du att din närståendes smärta lindrades?



Trenden för lindring av smärta har en uppåtgående trend där upplevelsen är att vårdtagaren fått mycket god smärtlindring (mörkblå linje= Symtomlindring mycket bra)

Hemsjukvård

Redovisning av efterlevandeenkät från efterlevande till någon som vårdats i hemsjukvård.

De som vårdats i hemmet var 11 individer, 7 män och 4 kvinnor i åldrar, 1 (31-50 år), 1 (51-70 år) 5 (71 -90 år) 4 (91 år -) Det är så få svarande att de redovisas i antal svaranden.

- Hur upplevde du att det fungerat att få kontakt med DSK/sjuksköterska? 9 svarade Mycket bra , 1 Bra, 1 Kan ej besvara.
- Hur upplevde du och din närstående tillgänglighet till läkare som var involverad i vården? Svarade 5 Mycket bra 1 Bra, 3 kan ej besvara
- Hjälpmedelsbehovet har tillgodosett hos 10 (1 ej besvarat)
- Respons och Service från hemtjänst/USK har bedömts som Mycket bra av 8 svarande
- Trygghet i vården har upplevts i högsta grad av 8 svaranden o Bra av 3
- Nöjdheten med omvårdnaden svarade 9 i högsta grad nöjd och 1 nöjd .
- Smärtlindringen upplevdes Mycket bra av 5, bra 2, varken eller 1, kan ej besvaras 1,
- Samtliga 11 Fick avsluta sitt liv där de önskade.

Analys

Vi ser en positivare trend både från vård o omsorgsboende och i hemsjukvård när det gäller trygghet och nöjdhet. Även tillgängligheten till DSK/Sjuksköterska har en positiv trend. Upplevelsen av läkartillgänglighet är sjunkande inom vård och omsorgsboenden. Det lyfts även av sjuksköterskorna att det är svårt att få hembesök för akuta och oplanerade behov. Medan planerad rond fungerar bra.

4.1.12 Munhälsa och tandvård

Den uppsökande tandhälsovården har inom Gislaveds kommuns verksamheter gjort 328 besök. Av dessa har 97% av vårdtagare som önskat fått en munhälsobedömning. Av dessa hade 39% en god munhygien detta är lägre än länets medeltal(54%). Det har utbildats 106 omvårdnadspersonal kring hur man gör för att uppnå en god munhälsa.

Vid skattningar med ROAG i Senior Alert är antalet vårdtagare som bedömts ha övervägande 2 :or (= behov av åtgärder från personal många 316 av 404 bedömningar.

Orsaker till att vårdtagare behöver stöd av personalen var i 120 fall kognitivsvikt och 69 fall fysiska hinder för att själv klara tandborstning. Utöver det var det 97 vårdtagare som hade behov av insatser från tandvården.

Det finns ett fortsatt behov av utbildningsinsatser inom detta område. Det behövs också strategier på individnivå för hur man ska få hjälpa till när vårdtagaren inte själv är klar över sin problematik.

4.1.13 Kvalitetsregistret för vård vid Demenssjukdom BPSD (Beteende, psykiska symtom vid Demenssjukdom)

I tabellen redovisas antalet registreringar i registret som nu ökar igen. Det är positivt att det systematiska arbetet i Demensvården går framåt igen. Det är en ökning med 41 individer som är med i registret

Statistik för registreringar i kommunen över tid:

År	Antal registreringar	Antal personer
2013	267	133
2014	263	131
2015	254	114
2016	212	115
2017	275	133
2018	265	132
2019	240	137
2020	160	95
2021	130	79
2022	87	57
2023	158	98
Summa	2311	

När det gäller läkemedel hos de som är registrerade i BPSD så är trenden att verksamheten har en högre användning av T. Oxazepam (ångestdämpande, lugnande läkemedel) jämfört med länet och riket, samma gäller T. Risperidon (antipsykotiskt läkemedel)

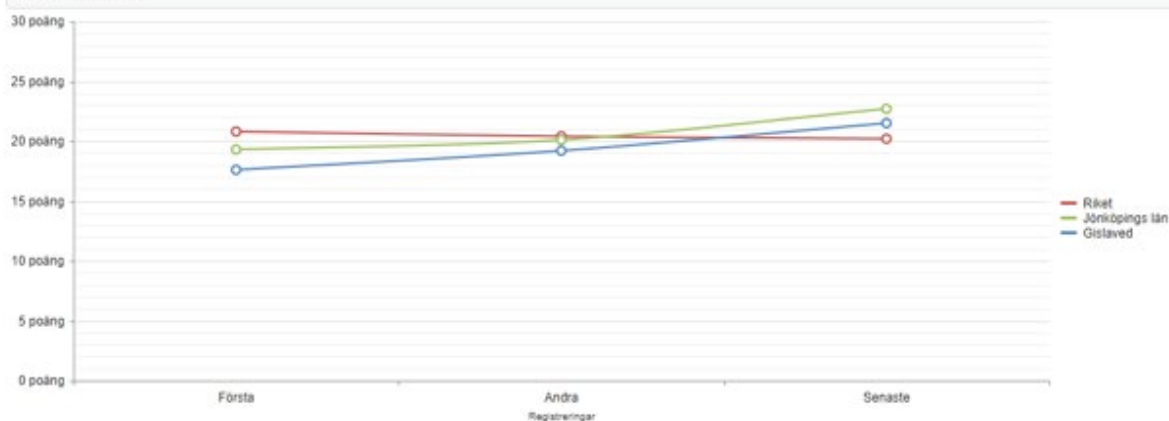
Däremot ligger vi under både länet och landet i användning av T. Haloperidol (neroleptika, antipsykotiskt) och T. Zopiklon (sömnmedel).

Andelen med Alzheimers sjukdom som behandlas med symtomlindrande läkemedel är fortfarande högre i vår kommun jämfört med länet och riket.

Under 2023 har 14 omvårdnadspersonal utbildats kring registret och demensvård.

Skattningsskalan NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory Scale - Nursing Home) genererar resultat i form av NPI-poäng. Den speglar på ett sätt den vårdtyngd som BPSD-problematiken medför på enheterna. Statistiken från BPSD-registret visar att den genomsnittliga NPI-poängen har ökat över tid för alla boenden tillsammans. Det kan finnas flera orsaker till detta, en del i att nya vårdtagare flyttar in med särskilda behov andra orsaker kan handla om personalens möjligheter att arbeta förebyggande med olika bemötande strategier. För att personalen ska kunna bemöta varje vårdtagare med en individuellstrategi krävs både kompetens och en högre bemanning än vanliga vård och omsorgsboende.

Grafen visar medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna.



Om underlaget understiger 5 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

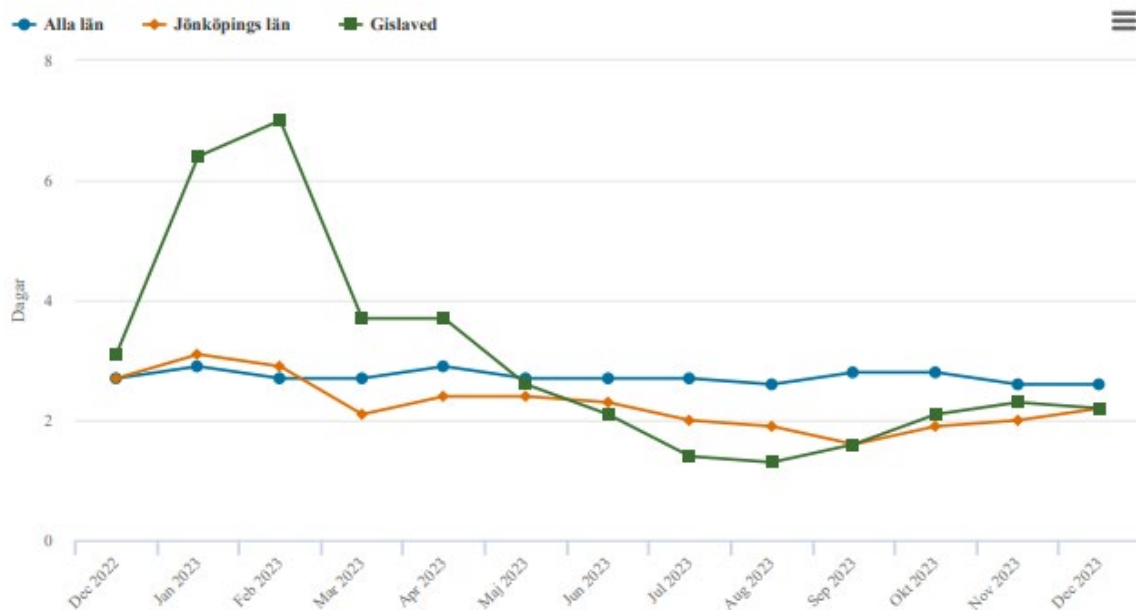
senast uppdaterad: 2024-01-05

Registreringar	Första	Andra	Senaste
Riket 45602 personer	20.8 poäng	20.4 poäng	20.2 poäng
Jönköpings län 1988 personer	19.3 poäng	20.1 poäng	22.7 poäng
Gislaved 254 personer	17.6 poäng	19.2 poäng	21.5 poäng

4.1.14 Vårdsamordningsprocessen

Denna statistik är hämtad från väntetider i vården som ägs av SKR

Linjediagrammet beskriver medelvårdtid för 2023. Tabellen beskriver mätning i december 2023. Medelvårdtid för- december 2023 var 2,2 dygn för Gislaveds kommun och ligger på samma nivå som länet i helhet i december men har under 2023 legat högre på medelvårdtiden. Vi har haft flera vårdtagare som behövt korttidsplats för att de inte kunnat återgå till hemmet och har haft svårt att tillgodose det behovet då det har varit fullt på korttids.



Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
Alla län	6 738	17 734	2.6
Jönköpings län	309	679	2.2
Gislaved	25	56	2.2

Den nedre tabellen är också för dec 2023 och beskriver Antal patienter som varit utskrivningsklara 1 dygn eller mer samt de som tagits emot samma dag som de blivit utskrivningsklara samt målpuppfyllnad i %.

Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Patienten skrivs ut utskrivningsklar-dagen	Målpuppfyllelse (%)
Alla län	6 738	9 755	59%
Jönköpings län	309	641	67%
Gislaved	25	66	73%

Vårdkoordineringsprocessen har varit varierande under året verksamheten har haft svårt att få platserna på korttid att räckta till. Det har gjort att vårdtagare som har haft behov av att komma till korttids har fått vänta kvar inom slutenvården. Det är givetvis inte målsättningen men har varit nödvändigt. Att vi har haft ett stort tryck på korttids finns det säkert olika anledningar till. En anledning är att de som kommit varit svårt sjuka och flera har avlidit inom några veckor då vill vi inte gärna flytta runt dem på olika boenden. En annan anledning har varit att vi har sett ett ökat tryck även på vårbostadsplatser. I slutet av året har vi bättre balans och det finns platser på korttids. Normalt varierar detta över tid och jämnar ut sig. Verksamheten tittar också över processer vid biståndshandläggningen för att se om vi kan göra förändringar här som förbättrar flödet till korttids och från korttids. Verksamheten påverkas också av tillgången till platser inom specialistvården och hur deras patienter fördelas mellan de tre sjukhusen.

4.1.15 Läkemedelsgenomgång/Årskontroller

I samverkan mellan kommunens Vårdcentraler Bra Liv och kommunal hälso- och sjukvård med stöd av gemensam Apotekare så har ett utvecklingsarbete genomförts. Där har en struktur för hur läkemedelsgenomgångar ska ske strukturerat både för vårddagare på Vård och omsorgsboende och i Hemsjukvård arbetats fram. Detta har varit positivt och utvärdering visar att sjuksköterskorna upplever att planerade tider med läkemedelsgenomgångar och årskontroller fungerar väl.

4.2 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.



RAPPORT LEX MARIA / VÅRDSKADA / ALLVARLIG VÅRDSKADA SAMT RISK FÖR VÅRDSKADA/ ALLVARLIG VÅRDSKADA

Under 2023 har 5 avvikelserapporter markerats som Lex Maria rapport i avvikelssystemet. Det är avvikelser som den som rapporterar eller chef som utrett har markerat för att de ska bedömas huruvida det föreligger vårdskada eller risk för vårdskada. När dessa granskats och ev. utreds ytterligare, tas ställning till om det föreligger vårdskada/ allvarlig vårdskada.

Det har inte anmälts någon allvarlig vårdskada till IVO under 2023. Däremot har 5 avvikelser bedömts som vårdskada och 5 som risk för vårdskada.

VÅRDSKADOR

Fördröjd smärtlindring, Ej genomförd ordinerad behandling, Uteblivna träningar och tippbräda, Fall som medfört fraktur och i efterförloppet dödsfall 2 st.

RISK FÖR VÅRDSKADA

IT-strul vid där planerade insatser inte gick att läsa, Hantering av central venkateter. Fall från lift vid förflyttning, Förväxling av person vid läkemedelsgivning.

Olika åtgärder har vidtagits för dessa incidenter ofta handlar det om förbättrad kommunikation och dokumentation, bristande kunskaper, bristande informationsöverföring mellan extern aktör och verksamheten men ibland också inom verksamheten. Bristande följsamhet till rutiner. Några avvikelser här handlat om att vi behöver förbättra vår

beredskap för hur olika kriser ska hanteras och förebyggas.

UTREDNINGSPROCESSEN

Det finns fortfarande en osäkerhet kring vad som är lex Maria och vad som är Lex Sara i verksamheterna därför kryssar flera i personalen båda, det gör att det inkommer flera ärenden som inte är en vårdskada. Vid vårdskada eller risk för vårdskada så samlar chefen in fakta från de som varit med vid händelsen och vårdtagaren. Utredningar görs lite beroende på komplexitet med MAS och berörda chefer, ibland deltar även andra yrkesroller. Ibland sker det fysiskt och ibland digitalt. Det görs en genomgång av händelsen för att kartlägga alla frågor. MAS fattar sedan beslut om det är en vårdskada eller en allvarlig vårdskada alternativ risk för någon sådan. Åtgärder vidtas sedan utifrån vad man kommer fram till i utredningen. Andra åtgärder kan vidtas utifrån MAS så som rutinförändringar, utbildning mm.

Vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada görs en lite mer omfattande utredning av MAS.

Det är svårt att hinna göra utredningarna så nära in på händelsen som möjligt och det kan bli fördröjningar.

INFORMATION FRÅN ANNAN VÅRDGIVARE OM RISK FÖR VÅRDSKADA

Under året har verksamheten också uppmärksammats på risker vid användning av SGLT2-hämmare. Dessa läkemedel förskrivs vid typ 2 diabetes men nu också vid enbart hjärtsvikt och även till äldre. Det finns risker med dessa läkemedel t ex vid vätskebrist av olika anledningar som feber, värmebölja, diarréer eller otillräckligt vätskeintag. Dessa situationer kan leda till Ketoacidosis som inte alltid är så lätt att diagnostisera framför allt inte hos äldre sköra individer. Personalen har därför informerats om tillståndet för att vara uppmärksamma på vårdtagare som uppvisar symtom och som står på dessa läkemedel.

4.3 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.



UTVECKLINGSLEDARE I FÖREBYGGANDE ARBETE

I september rekryterades en arbetsterapeut som utvecklingsledare för förebyggande insatser

till äldre. Under året har arbetet med förebyggande hembesök med teambaserad samtalsguide påbörjats för att kunna ge individuellt hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser. Fler hembesök kommer att erbjudas under 2024 och personer som beviljas trygghetslarm samt personer med trygghetslarm som fallit i hemmet kommer att kontaktas. Andra som önskar förebyggande hembesök kommer själva att kunna ta kontakt med arbetsterapeuten. Föreläsningar om det normala åldrandet planeras också att ges på träffpunkter under våren.

FÖREBYGGANDE VACCINATIONER

Vaccinationer har blivit ett större område att arbeta med inom kommunal hälso- och sjukvård sedan pandemin. Det är framförallt våra målgrupper som är aktuella för att vaccinera sig. Det har gjorts att vi vaccinerar både höst och vår för Covid-19. Samt under hösten även för Influensa och Pneumokocker.

Arbete med vaccinationer kommer att fortsätta kommande år, Då den målgrupp vi mestadels arbetar med är dem som fortsatt rekommenderas att vaccinera sig 2 gånger per år mot covid-19.

ARBETE MED FÖRBÄTTRAD LÄKEMEDELSHANTERING

Under hösten har granskning av läkemedelsförråd skett, på 2 enheter var förvaringen inte följbar till det regelverk som finns. Det mycket beroende på att lokaler inte går att anpassa för den hantering av både läkemedel och annan sjukvårdsutrustning som sker i dem. En lokal har gjorts om så det har blivit en bättre hantering. Den andra lokalen har justerats tillsvidare men det finns behov av större lokaler då verksamheten växer och framför allt behov av att förvara mer utrustning.

ARBETE MED FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER

Chefer har fått fördjupad utbildning inom hygienområdet och vi har hygienombud utsedda som stöd i arbetet. Dessa träffas 4 gånger per år för information, utbildning och utbyte av tips och idéer om hur man kan jobba med hygienfrågor i verksamheten. Det finns ett årshjul med teman för arbetet så det blir lättare att titta på hur olika delar fungerar i verksamheterna. Till detta kommer också ett egenkontrollprogram att läggas in i Stratsys så att cheferna kan redovisa de delar de jobbat med under året. Följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler kommer att ske 2 gånger per år för att följas både på enhetsnivå och övergripande.

4.4 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.



LÄKARMEDVERKAN

Uppföljning av läkaravtal med Vårdcentralerna ser vi en positiv utveckling av samverkan kring årskontroller och läkemedelsgenomgångar och struktur för detta. Däremot signalerar sjuksköterskorna att det inte finns tid för akuta hembesök eller oplanerade insatser som behövs när vi har flera på boenden och i hemmet som är svårt kroniskt sjuka och i palliativt skede. Där det snabbt kan ske förändringar i hälsotillståndet som behöver bedömas av läkare och behandlingar planeras så sjuksköterskan vet hur hon ska agera i olika scenarion. Detta handlar om att det är vakanta läkartjänster i regionens primärvård i denna del av länet.

AVANCERAD VÅRD

När det finns större möjligheter att tekniskt flytta ut vård från specialistvården så sker detta nu i större utsträckning. Det är vård inom olika specialistområden där det finns spetskompetens inom sjukhusvården. Det innebär att den kommunal hälso- och sjukvården som måste ha ett brett kompetensområde för att möta vårdtagare med olika vårdbehov ytterligare måste bredda sin kompetens för vård som tidigare var helt sjukhusbunden.

Det är inte bara personalen som måste utvecklas utan även systemen kring dessa vårdtagaren måste förändras så som t ex transporter, materialförsörjning, back up planering för elförsörjning, tillgänglig spetskompetens, utbildningsorganisation behöver anpassas efter att vårdtagare med olika behandlingsbehov flyttas ut. Det krävs riskbedömningar kring den vård som flyttas ut för att den ska bli säker för vårdtagaren. Därför upplevs dessa vårdssituationer som komplexa. Kommunal hälso- och sjukvård är mottagare av att utföra dessa vårdåtagande där även tillgänglighet till regionalsjukvård 24/7 och geografiskt läge påverkar hur vi kan möta behoven. Vi behöver uppmärksamma regionen på att det finns olika förutsättningar i länsdelarna och att kring systemen också måste ställas om efter de förändrade behoven när vården flyttas ut.

RESTNOTERADE LÄKEMEDEL

Under de senaste åren har vi fått mer och mer information om läkemedel som inte finns att tillgå. Dessa ska då om möjligt ersättas av annat läkemedel och ibland krävs helt ny ordination. Vi upplever en ökad sårbarhet när det gäller läkemedelsförsörjningen som också påverkar hanteringen men framför allt vårdtagarna. Kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för väldigt många individer som behöver hjälp med att hantera sina läkemedel. Men vi är helt beroende av att försörjningen av läkemedel fungerar som sker via regionen då det är individförskrivna läkemedel.

KORTTIDSVERKSAMHET

Många svårt sjuka och palliativa patienter har vårdas på korttids under 2023. Det har inneburit att under perioder har det varit fullt på korttids och svårt att möta upp alla utskrivningsklara som haft behov av att komma dit. Dessa har då har legat kvar på sjukhusen. Under året har 184 checkat ut från enheten 55 har gått till vård och omsorgsboende 30 avled 8 har avlidit inom en vecka och 10 återinläggs inom en vecka och totalt är det 15 som återinläggs i specialistvård. Det skrivs in och ut någon varje dag det är ett hårt tryck på korttidsverksamheten och de har både ett större behandlingstryck men också ett större behov av att rehabiliterande åtgärder utförs. Verksamheten är navet i att så många som möjligt kan stödjas att återgå till hemmet efter sjukhusvistelse och att vårdtagare i hemmet känner en trygghet i att det finns en plats att komma till om man tillfällig behöver mer insatser. Det är därför viktigt med en tillräckligt hög bemanning av alla kategorier av personal för att möta behoven. En kontinuerlig utvärdering av korttidsverksamhet behöver göras så att resurser anpassas till behoven som varierar stort.

BEMANNINGSPERSONAL

Den kommunala hälso- och sjukvården är beroende av bemanningssjuksköterskor och konsult fysioterapeuter. Vi har stora svårigheter att rekrytera legitimerad personal. Det är inget nytt det har varit så sedan lång tid tillbaka. Det bästa är självklart att ha fast personal och försök görs kontinuerligt att rekrytera ny personal med viss framgång men inte tillräckligt. Det innebär att verksamheten är sårbar och vid vakanser, sjukdom, VAB m.m. då inga ersättare finns att få. Det gör att personalen får prioritera hårdare och täcka större geografiska områden det leder till en ökad belastning för dem som är i tjänst.

Detta är den absolut största utmaningen i den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten för att få en hållbar organisation med tillräckligt med legitimerad personal för de uppdrag vi har att utföra. Uppdrag som både kommer att öka efterhand men som också blir mer komplexa när avancerad vård förskjuts ut från specialistvården. Det krävs också mer rehabiliterande insatser efter operationer och sjukdom som ska kunna ske i hemmet med hjälp av fysioterapeuter. Självklart ska vårdtagare kunna vårdas hemma istället för på sjukhus när det finns tekniska och medicinska möjligheter att utföra detta men det kräver en stabil organisation av legitimerad personal.

Den kommunala verksamheten arbetar ständigt med att rekrytera men mer måste göras och på bredare front om vi ska säkra hälso- och sjukvårdsuppdraget för kommuninnevanorna för rekryteringsläget kommer att bli värre innan det vänder.

4.4.1 Riskhantering

Avvikelse registreras i vårt avvikelssystem de avvikelser där rapporterade personal eller chef ser att det finns risker för vårdtagaren rapporteras då som lex Mariarapport. Det innebär att MAS automatiskt får ett meddelande om att det finns en rapport om lex Maria att ta del av. Utredning sker tillsammans med chefer eller annan personal som varit involverade i händelsen för att se hur en liknande situation kan förhindras. Riskanalyser i förhållande till kvalitet i vård och omsorg är något som vi behöver jobba vidare med att förstärka samma gäller händelseanalys som blir lättare att utföra om alla har samma utbildningsbakgrund. Test av Gröna korset utförs i verksamheter för att se hur det kan användas i kommunal verksamhet.

4.5 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.



Socialförvaltningens stab har omvärldsbevakning både för vad som gäller nyheter och nytt lärande. Bland annat genom att olika yrkesfunktioner deltar i nätverk får vi kunskap om vad andra kommuner har gjort och vi kan snabbt få till en dialog för utbyte av erfarenheter. Vi kan också få till oss risker som har identifierats som vi också måste beakta. Det gör att vi kan ligga steget före i vissa delar och förebygga incidenter.

Ett exempel på detta är SGLT-2 hämmare hos äldre där en annan vårdgivare identifierat ett nytt riskområde kring dessa nya läkemedel.

4.5.1 Avvikelse

Under 2023 har vi haft totalt 3 557 registrerade avvikelser.

Den största delen av avvikelser är Fallavvikelse som utgör 1 970 st. som har ökat något från tidigare år.

Av dessa har direkt vid fallet identifierats 18 höftfrakturer och 19 andra frakturer. Utöver det har 47 fått uppsöka sjukhus och här finns säkert ytterligare höftfrakturer som inte upptäckts utan röntgenundersökning.

I 26 fall har läkare fått konsulteras. Sårskada har uppstått i 178 fall. Det har avlidit 2 vårdtagare i sviterna efter fallskada.

Förvaltningen har under 2023 gjort ett omtag av utredning av fall och hur teamarbete kring vårdtagare med fallproblematik ska bedrivas, för att vi så långt det bara går ska kunna förebygga fallskador. Aktivt arbete med läkemedelsgenomgångar är också en del i det fallförebyggande arbetet.

Det förebyggande arbetet är omfattande och det är svårt att få resurser i form av leg sjuksköterska men främst fysioterapeuter att räkna till för att förebygga i tillräcklig utsträckning.

Svårigheter uppstår också när vårdtagaren själv överskattar sin förmåga eller glömmer att de är i behov av hjälp för att kunna förflytta sig. Fallavvikelse påverkas också av att vårdtyngden varit hög under året.

AVVIKELSER I VERKSAMHETERNA

Näst största avvikelseposten är avvikelser rörande läkemedelshantering som utgör 917 avvikelser. Det är en minskning sedan tidigare år.

År	Läkemedel
2018	1151
2019	1027
2020	752
2021	764
2022	963
2023	917

Fel i förbrukningsjournal narkotika /flytande läkemedel 85

Läkemedelsrutinen följs inte 70

Fel dos 67

Svinn av läkemedel 24

Brister vid signering 24

Avvikelserna visar på svårigheter att hantera flytande narkotika preparat. Det är också brister i att följa läkemedelsrutinen. Nästa post är fel dos som handlar om att det ges för lite eller för stor dos eller vid fel tillfälle. Sedan kommer läkemedelssvinn, det har noterats enstaka tabletter som har saknats. I bland har det handlat om felräkning eller att man har glömt redovisa dem som givits. Vissa lyckas vi inte hitta orsaken till. Men vi följer utvecklingen.

När det gäller avvikelser vid Insulingivning 7 st. är detta en viktig avvikelse att förebygga. Här är det viktigt med entydiga ordinationsunderlag, Förväxling av person 10 st. som ska ha läkemedel är också en avvikelse post som är viktig att förebygga.

Trots att det varit brister i hantering har läkemedelsavvikelserna inte haft allvarliga konsekvenser. Brister har upptäckts i tid och åtgärder har satts in.

Det som försvårar hanteringen är oklara ordinationsunderlag eller dubbla ordinationsunderlag. Detta har lyfts till regionen och bland annat läkemedelskommittén som en patientsäkerhetsrisk som inte ägs av den kommunala hälso- och sjukvården.

När det gäller övriga avvikelser så ligger de på samma nivå som tidigare år och har låg frekvens.

EXTERN AVVIKELSER

Vi har fått 39 avvikelser till oss från externa aktörer bl. a regionens Vårdcentraler, specialistvård, Ambulansorganisation samt annan extern aktör.

Verksamheten har skickat 100 externa avvikelser till Regionernas verksamheter så som Vårdcentraler, Kirurg; Medicin, Ortopeden, Psykiatrin samt Ambulansen.

Avvikelserna har rört, Brister i information om och gällande Läkemedel och Brist i samverkansprocessen för LINK/ SVPL, samt Brist i Rehabilitering och information om tänkt rehabilitering.

4.5.2 Klagomål och synpunktshantering

Synpunkter, beröm, klagomål och förslag inkomna via Gislaveds kommuns synpunktshantering "Tyck till".

2023 Tyck till	Klagomål	Synpunkter	Beröm
Totalt 20 ärenden	10	9	1

Synpunkter, beröm, klagomål och förslag tas emot i det kommungemensamma systemet "Tyck till" dit invånare kan vända sig och lämna synpunkter oavsett vilken kommunal verksamhet det gäller. Den som lämnat synpunkten får en bekräftelse på att synpunkt emottagits. Sedan kommer respektive chef att utses som utredare och en återkoppling ska ske inom 7 vardagar.

Sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål till socialförvaltningen via kontaktcenter för 2023. Dessa handlar om

Brister i bilkörning, Brister i vård efter sjukhusvistelse/otrygg hemgång, Brister i kommunikation/kontakt, Övrigt .

Det är en minskning av klagomål från tidigare år. Utifrån detta har vi diskuterat om vi skulle införa ett nytt sätt att omhänderta klagomål till förvaltningen. Det är ett fåtal ärenden och därför svårt att arbeta med trender men kommunikation är ett stort område som förvaltningen behöver arbeta mer med. Detta har identifierats och vi har stöd från kommunikationsavdelningen för att bli bättre inom detta område.

KLAGOMÅL VIA IVO

Ett beslut angående klagomål från IVO om brister i vård och behandling inom hemsjukvården/hemtjänst har inkommit under 2023. I beslutet riktades ingen kritik mot den kommunala hälso- och sjukvården. I övrigt har det inte inkommit några fler klagomål via IVO.

PATIENTNÄMNDEN

Under 2023 har inga klagomål inkommit via Patientnämnden.

Verksamheten arbetar med att följa upp synpunkter och klagomål från vårdtagare och närstående genom att boka samtal där man diskuterar de uppkomna situationerna och reder ut ev. missförstånd. Verksamheten försöker också att förbättra sin information via kommunens hemsida för att beskriva verksamheten.

4.6 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.



FRAMTIDA PLANERING FÖR TRAKVÅRD

I samverkan mellan MAS:ar i länet och regionen arbetar vi med att ta fram en process för vårddagare som behandlas med trak. Där vi inom kommunen ska ha några med spetskompetens som tillsammans med regionens personal uppdaterar sig regelbundet både teoretiskt och praktiskt för att kompetensutveckla sig i denna vård. Så de sedan kan vara till stöd för kollegor inom kommunens verksamhet när vi ska ta hand om dessa vårddagare.

KRIS OCH KRIGSBREDSKAP

Vidare ska vi under kommande år arbeta med att säkerställa lager av skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel så vi har god beredskap både i krissituationer och i en ev. krigssituation. Socialförvaltningens arbete med att öka beredskapen för kris och krigssituationer är igång och vi har en samordnare som är med i det kommunövergripande arbetet. Länsstyrelsen finns med i arbetet på länsnivå och stödjer utveckling och samordning i länet.

Det kommer att krävas ett omfattande arbete för att skapa en krisberedskap som kan täcka socialförvaltningens breda uppdrag. Detta behöver så småningom omsättas i någon form av scenarioträning.

5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år

MÅL FÖR 2024

Målet är att vi ska ha en god och säker vård som följer de lagar och föreskrifter som finns på området och att vården ska utformas i dialog med patienten. Målsättning för patientsäkerhetsarbete är den lagstadgade nivån som vi på olika sätt följer upp.

Den enskilde ska få en god, nära och samordnad vård som bygger på

- att den enskilde är en samverkanspartner i utformningen av dennes vård, omvårdnad och rehabilitering.
- att samverkan sker med omsorgsgivare och andra vårdgivare, och myndigheter för den enskildes bästa
- att vården bygger på trygghet, kontinuitet, tillgänglighet och hög patientsäkerhet

- att möta de behov individen har av åtgärder för att förebygga, utreda, behandla och rehabilitera en skada/sjukdom
- att preventivt arbete bedrivs för att behålla hälsa, förebygga sjukdom och vårdskador
- att användningen av medicintekniska produkter är säker
- att vi har en god hygienisk standard i verksamheterna
- att dokumentation är effektiv och rättssäker
- att när barn kommer i kontakt med vård och omsorg ska de mötas av lyhördhet för deras behov och åsikter och få information utifrån ålder och mognad
- att öka trygghet, patientsäkerhet och delaktighet i hemmet genom välfärds- teknologi
-

STRATEGIER

Strategier för 2024 är satta utifrån arbetet med handlingsplanen för patientsäkerhet och är en fortsättning från 2023 strategierna är omfattande och kommer att löpa över flera år.

- Fortsatt arbete med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet utifrån grundförutsättningar och fokusområden.
- skapa struktur och kontinuerlig diskussion om kvalitet och patientsäkerhet i ledningsmöten och kvalitetsmöten
- information, utbildning och dialog kring det systematiska arbetet med ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet samt avvikelshantering, riskbedömningar och egenkontroll.
- lyfta patientperspektivet i en god säkerhetskultur och arbeta för att patienter ska vara välinformerade
- arbete med att utveckla språkstödande arbetsgivare och kompetensutveckling regelbundet i form av årshjul.
- enhetlig struktur för introduktion
- fortsatt utveckling av kunskap om det digitala avvikelssystemet DF-respons
- fortsatt utveckling av struktur på tvärprofessionella teammöten kring patienten
- samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård för att utveckla arbetsstrukturen för läkarmedverkan och följa upp läkemedelsgenomgångar
- fortsatt arbete med kvalitetsregister
- utveckla och behålla goda rutiner för vårdhygien i verksamheterna
- uppföljning av delegeringsprocessen och ev. revidering
- fortsatt utveckling av välfärdsteknologi inom verksamheten
- uppdatering av Kvalitetsfabrikens rutiner
- identifiera säkra bemanning
- fortsatt samverkan med regionen kring utveckling av Nära vård
- utveckla mått på god kvalitet och hög säkerhet som kan följas på enhetsnivå
- arbeta med kontinuitetsplanering och scenarioträning.
- att införa Evondos läkemedelsgivare för att stödja självständighet och skapa flexibilitet i verksamheten.