

Patientsäkerhetsberättelse för Sociala sektorn Eksjö kommun 2024



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	Fel! Bokmärket är inte definierat.
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	17
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19

SAMMANFATTNING

Under året som gått ser verksamheten brister i följsamhet till basala hygienrutiner, tandhälsa, munhälsobedömning och dokumenterad smärtskattning vid vård i livet slut samt följsamhet till processen vid utskrivning från slutenvården.

Mål för 2025 är att:

- följsamheten till basala hygienrutiner ska öka från föregående år
- munhälsobedömning ska göras vid vård i livets slut
- handlingsplan vid palliativ vård ska finnas tillgänglig hos patienten
- smärtskattning sista levnadsveckan ska öka till 100 procent
- ta emot patienter från slutenvården inom 24 timmar
- förbättra munhälsa på säbo
- följsamheten till processen för riskbedömning med åtgärder och uppföljning vid risk ska öka, registrering i Senior alert

Åtgärder som ska genomföras:

- att årshjulet för hygien följs i verksamheterna, kontinuerligt utbilda hygienombud, kontinuerligt genomföra träffar för hygienombud
- förebyggande arbete genom riskbedömningar med registrering i senior alert
- följsamhet till processen för utskrivningsklar ex. genom Trygg hemgång att ge beslut om insatser i hemmet, planering för insatser i hemmet
- utbildning i munhälsa
- ökat antal läkemedelsautomater
- fortsatt arbete med handlingsplan, munhälsa och smärtskattning vid palliativ vård.

Åtgärder och effekt av åtgärder följs upp i resultatdialog.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

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

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

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

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

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

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

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

Organisation och ansvar

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

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

Socialnämnden

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

Sociala sektorns ledningsgrupp

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att planera, styra, följa upp, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. Ansvarar för att instruktioner och rutiner finns för att lagar, författningar, riktlinjer och andra regler är kända i verksamheten.

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

Enhetschef

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

Personligt yrkesansvar

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

I samverkan med Region Jönköping finns rutiner för avvikelserapportering när det brister i samverkan mellan kommunen och regionen. Under året har riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården uppdaterats.

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

Vid utskrivning från slutenvården till insatser från kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst används vårdplaneringssystemet Cosmic link. Vid behov av nya eller utökade insatser skickar slutenvården en initiering till samordnad vårdplanering, vårdsamordnare på regionens primärvård kallar berörda till en samordnad vårdplanering som sker i hemmet. Information vid hemgång skrivs i Cosmic link.

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

I samverkan med Regionen finns på Högländ ett händelseråd där kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, representant från Bra Livs vårdcentraler och chefssjuksköterskan på Högländssjukhuset identifierar risker, ser över rutiner och åtgärder och för att förhindra och förebygga vårdskador. Händelserådet sammanställer en årsrapport som lämnas till REKO samt skickas ut till verksamheterna.

Informationssäkerhet

Rutiner för informationshantering vid kris finns i verksamheten.

Reservrutiner har utarbetats för hur informations ska hanteras på ett säkert sätt.

En cybersäkerhetsövning har genomförts för att testa rutinerna mot tänkta händelser.

Verksamheten saknar en tydlighet i vilka behörigheter som ska finnas till olika system som hanterar patientuppgifter.

En god säkerhetskultur

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

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

På särskilda boende har man regelbundet brukarvårdsträffar (BVT) där enheten har dialog för en gemensam och samordnad vård och omsorg.

Mall för uppstartssamtal vid inflyttning till särskilt boende används i verksamheten för att tidigt se vilket stöd och hjälp Esther är i behov av.

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

Arbetet med att erbjuda hälsosamtal till äldre med, fokus på att minska ensamhet, har fortgått under 2024. En distriktssköterska har ansvarat för uppdraget. 55 personer uppfyllde kriterierna och erbjöds samtal. 22 samtal genomfördes. 75 % var över 80 år. I uppföljande telefonsamtal med seniorerna framkom att samtalen var uppskattade och värdefulla samt att informationsmaterialet som överlämnades var användbart.

Inom IFO har hygienombud utbildats och följsamhetsmätning till hygienrutiner genomförts.

Reservrutiner för oväntade händelser som kan påverka patientsäkerheten har fastställts under året.

Under 2024 har samtliga patienter och deras äldre anhöriga erbjudits vaccination mot säsongsinfluensa samt två doser (vår och höst) mot Covid. Äldre- och funktionshinderomsorgens medarbetare i omvårdnads nära arbete erbjöds under hösten vaccin mot säsongsinfluensan. 66 medarbetare vaccinerades av hemsjukvårdens sjuksköterskor.

12 olika individer har under året fått pröva en läkemedelsautomat, som hjälpmedel för att påminna om att ta sin dosrullar med läkemedel.

Rutinerna för hantering av narkotikaklassade läkemedel i hemsjukvården har uppdaterats. Nya lås och behållare har köpts in för säkrare förvaring och hanteringen av kasserade läkemedel.



Adekvat kunskap och kompetens

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

Utbildningarna planeras av cheferna i samverkan med verksamhetsutvecklare efter de behov man ser i verksamheten.

Under 2024 har hemsjukvården prioriterat kompetensutveckling och många medarbetare har deltagit på olika kurser och utbildningar.

Ett flertal har genomgått utbildning på hjälpmedelscentralen varav några sjuksköterskor har fått förskrivningsrätt för inkontinens och nutrition.

Ett flertal sjuksköterskor har även genomgått utbildning via Smittskydd/vårdhygien och erhållit ordinationsrätt för vaccin.

Durevallinstitutet genomförde en uppskattad utbildning i Vardagsrehabilitering och aktiverande förhållningssätt till bl.a. hemsjukvårdens undersköterskor och rehab. grupp.

Högländets sjuksköterskor och läkare som jobbar på särskilda boenden träffades under hösten för en värdefull utbildningsdag med fokus på samverkan och god vård till äldre.

En medarbetare har påbörjat utbildning till Palliativvårdssjuksköterska på Sophiahemmets högskola, utbildningen är på halvfart under två år.

Andra teman för utbildningar har varit Hot och våld, äldre och alkohol, palliativ vård till barn och Hepatit.

Särskilt utsedd sårsköterska har under året tagit fram rutiner för arbetet med sårbehandling.

Hemsjukvårdens sjuksköterskor och undersköterskor har fått utbildning i kompressionsbehandling och fått handledning i val av förbandsmaterial. Utbildning i trycksårsförebyggande arbete till omvårdnadspersonal har genomförts på särskilda boenden inom äldreomsorgen. Ett projekt har påbörjats för att kunna använda TENS som hjälp för smärtlindring och sårsläkning.

Hemsjukvården är också en del i introduktionsutbildning som ges och utbildar i sjukvård och förflyttningskunskap.

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

Nya hygienombud och dokumentationsombud har utbildats.



Patienten som medskapare

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

Rutin finns inom sektorn för anhörigträffar, brukarråd och husmöte.

Tillfällen då patienten och närstående kan vara delaktiga i gällande rutiner.

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



Patienter och i förekommande fall närstående/företrädare ska:

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

Vid utskrivning från slutenvården följs gemensamma riktlinjer för regionen och kommunerna om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Patienten är delaktig genom ex. telefonkontakt eller fysiskt besök av biståndshandläggare. Kommunen och regionen använder gemensamma datastödet Cosmic Link för att kommunicera och planera för behov och insatser för en patientsäker utskrivning och hemgång från slutenvården.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

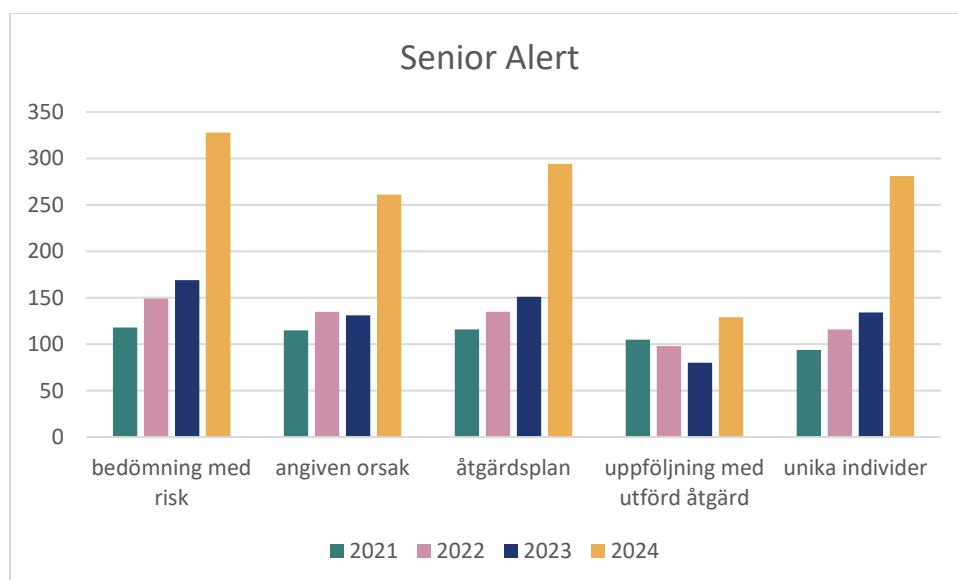
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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

Vårdprevention

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

2024 gjordes 365 registrerade riskbedömningar, 281 unika personer bedömdes.



Rutin för vårdteamsträffar är uppdaterad, där ingår att göra riskbedömningar. Riskbedömning ska göras gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa på alla patienter på ett särskilt boende samt hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende. Målet är inte nått 2024 men en ökning av unika individer som får bedömning ses.

Av de 328 riskbedömningar som visade på risk för vårdskada har orsaken identifierats till 79,5 procent, åtgärdsplan upprättats i 89 procent och uppföljningar med åtgärd gjorts i 44 procent av bedömningarna.

Resultatet visar på en ökning av antalet riskbedömningar och att antalet personer som fått en riskbedömning ökar. Uppföljning och utvärdering av åtgärder behöver förbättras. I de verksamheter som arbetar med riskbedömningar så följs hela processen med orsak, åtgärd och uppföljning.

Vård vid livets slut, Palliativ vård

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

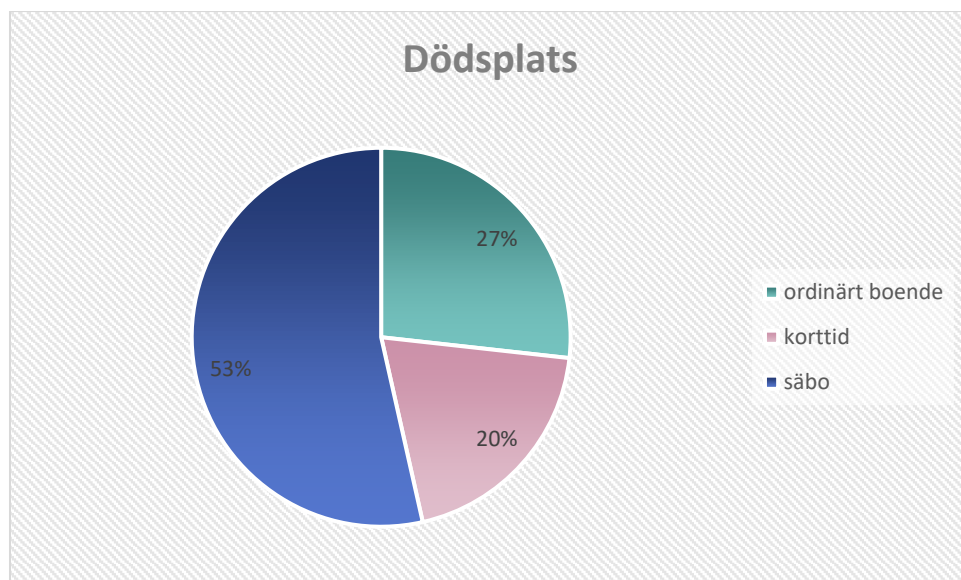
Palliativ vård ges utifrån de riktlinjer som Region Jönköping har gemensamt med kommunen. Den allmänna palliativa vården utförs i hemmet av kommunens hälso-sjukvård i nära samarbete med ansvarig läkare på vårdcentralen.

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

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

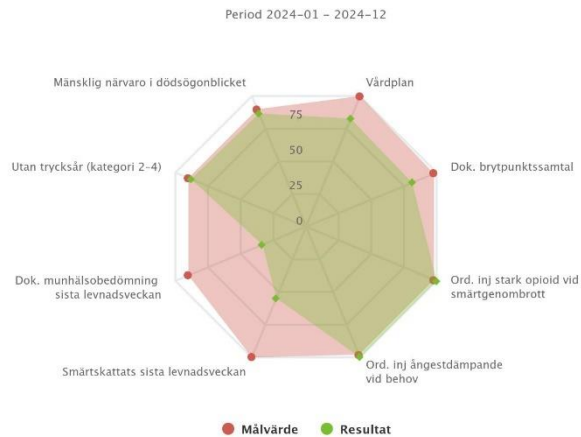
176 dödsfall har noterats i Eksjö kommun under 2024, av dessa är 64 stycken ej rapporterade i registret. 75 dödsfall är registrerade att de skett där hemsjukvården varit ansvariga för patienten.

Av de 75 rapporterade dödsfallen från kommunal hälso- och sjukvård så sker 53 procent på särskilt boende 27 procent inom ordinärt boende, 20 procent på korttidsenheten.



Av de kvalitetsindikatorer som registreras på verksamhetens enheter vid sista veckan före dödsfall når verksamheten upp till satta mål gällande ordinationer för smärtgenombrott och ångestdämpande vid behov. Vårdplan för att ge en god palliativ vård finns i 83 % av verksamhetens registrerade dödsfall.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

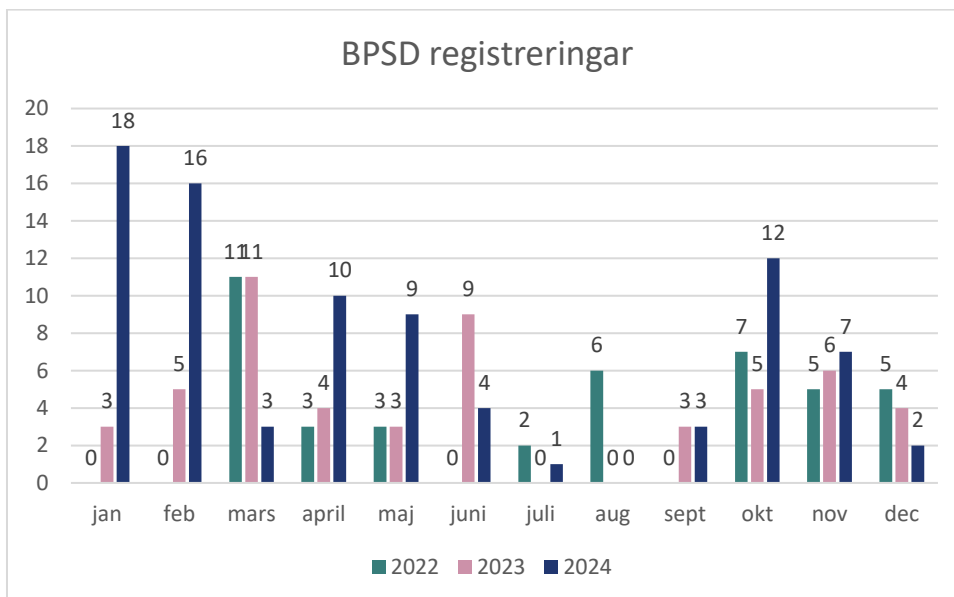
Brytpunktssamtal, smärtskattning sista levnadsvecka och munhälsobedömning sista levnadsvecka når inte upp till satta mål. Arbete med att förbättra smärtskattning och munhälsobedömning ska fortgå under 2025 för att nå upp till Socialstyrelsens mål för god palliativ vård.

Brytpunktssamtal sker av läkare och sker ibland utan närvaro av kommunens hälso- och sjukvård vilket gör att det inte dokumenteras i kommunens journal.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

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

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



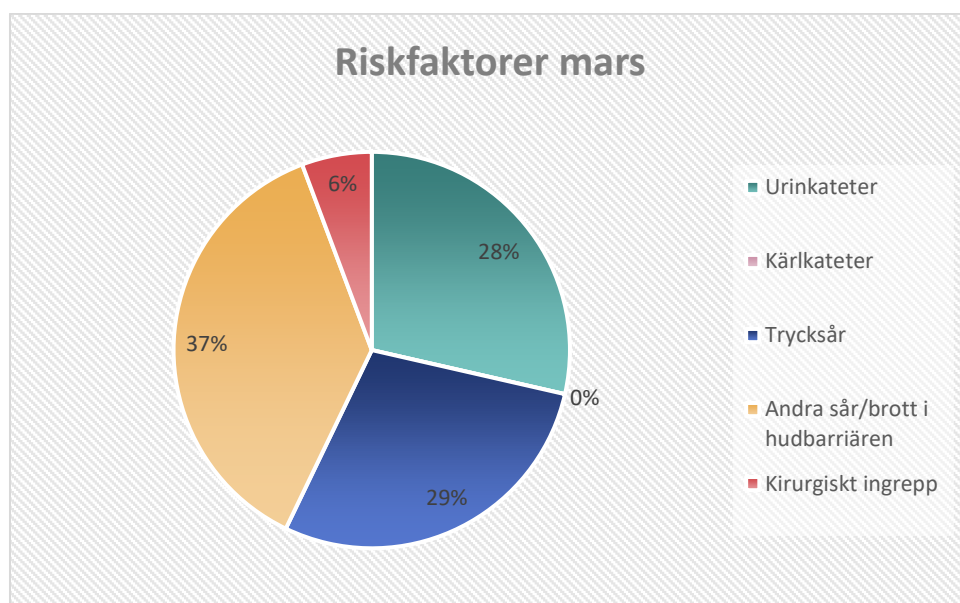
Bedömning BPSD görs på verksamhetens enheter för demenssjuka. Efter bedömning sätts åtgärder in ex. aktivering, bemötande, promenader och i sista hand läkemedel för att minska beteendemässiga symtom. Bedömningen följs upp och åtgärder revideras vid behov.

Mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukningen

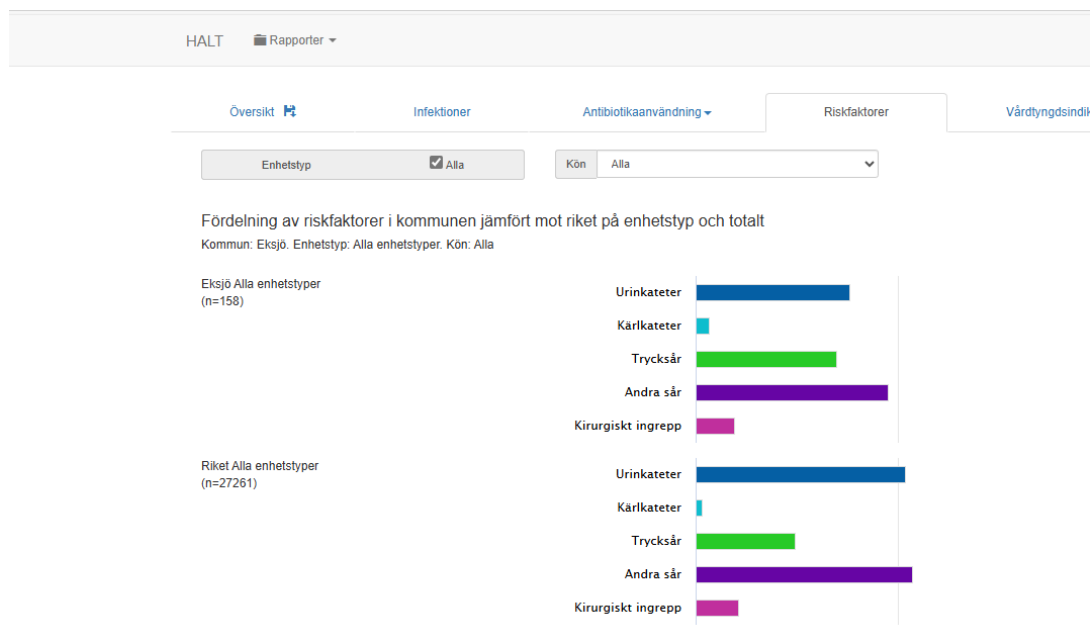
I samarbete med regionens vårdhygien utförs månadsvis registrering av riskfaktorer och infektioner förvärvad på särskilda boende.

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

Under mars månad ingick 114 patienter i registreringen i Eksjö kommun. Av de 114 patienterna hade 10 patienter ett trycksår.



Inom ramen för svenska HALT görs årligen mätningar gällande riskfaktor för trycksår, urinkateter och andra sår. Under 2024 ingick 158 vårdtagare på särskilt boende i mätningen. När det gäller riskfaktorer för våldsrelaterade infektioner ligger Eksjö kommun jämt med riket.



Följsamhet till basala hygienrutiner

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

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

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

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

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

Observationerna visar att 25% brister i att använda handsprit före vårdtagarnära arbete, 26% i korrekt användning av plastförkläde enligt riktlinjen, övriga parametrar följs riktlinjen till största delen.

Resultat av självskattningen visar att man själv bedömer att man följer riktlinjerna i högre grad än vad observationerna visar.

Följsamhet till de fyra hygienstegen behöver öka men följsamheten till de fyra klädstegen är god.

Under 2024 har det genomförts utbildning till hygienombud gemensamt på Höglandet vår och höst. Vårdhygien Region Jönköping håller i utbildningen. Målet är att det ska finnas minst ett

hygienombud i varje arbetslag, Mätning av följsamhet till riktlinjer ska genomföras minst två gånger under året. Informationsträff med hygienombud ska ske vår och höst.

Avvikelser

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

Vårdskada eller risk för vårdskada rapporteras enligt lex Maria till IVO.

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

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

Avvikelser enligt HSL	2022	2023	2024
	Antal	Antal	Antal
Fall	1078	1184	1293
HSL – brist i vårdåtgärd	23	17	21
Läkemedel	436	558	523
Hjälpmedel	6	16	24
Summa:	1543	1775	1861

Tabellen visar på HSL-avvikelser i verksamheten, ökning finns i avvikelser gällande fall, läkemedel och hjälpmedel.

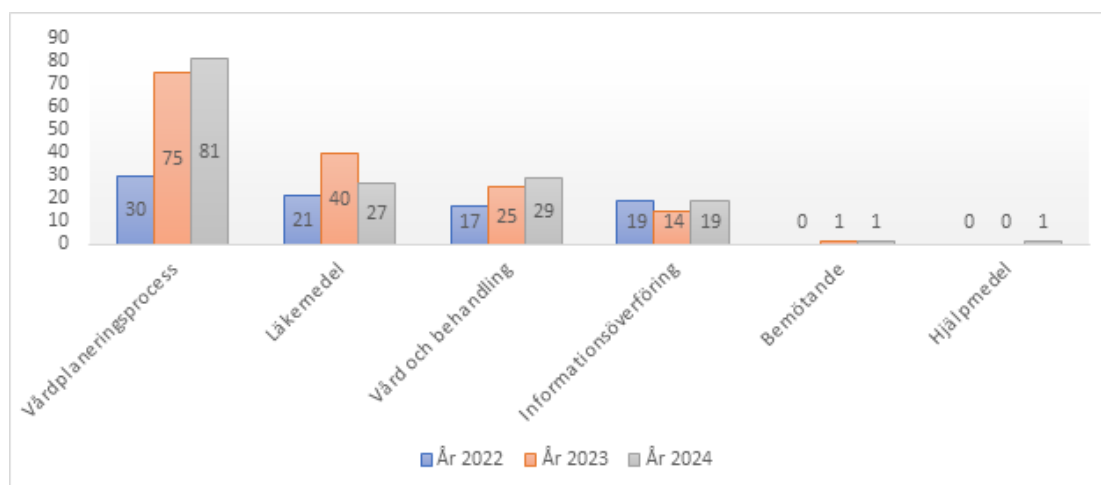
Vanligast förekommande orsaker till läkemedelshändelser är att gällande rutin ej följts och vidtagna åtgärder är enskilt samtal med personal samt gruppsamtal med personal.

Orsaker till fall är att den enskilde överskattar sin förmåga samt att den enskilde glömmer att använda rekommenderat gånghjälpmedel. Åtgärder är extra tillsyn, gruppsamtal med personal samt kontakt med legitimerad personal.

Digitala läkemedelsskåp har under 2024 placerats ut i ordinärt boende inom vård och omsorg och införskaffats till funktionshinderomsorgen för en god och patientsäker hantering av läkemedel.

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

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



Avvikelse i vårdplaneringsprocessen är största delen av avvikelser som skrivs. Det kan innebära brister i planering för hemgång och dokumentationsbrister.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälsosjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att patientsäkerheten upprätthålls.

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

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

Rutinen för avvikelseprocessen är att avvikelser ska lyftas på resultatdialog i de olika funktionsområdena för ett gemensamt lärande i verksamheten. Avvikelse och åtgärder som vidtagits ska lyftas i resultatdialog 3, enligt årshjul.

Händelserådet på Höglandet hanterar avvikelser i samverkan och har under året haft samtal med kliniska apotekare, psykiatrikliniken, SSIH samt samverkansmöte med medicinklinikens läkare för att förbättra för Esther vid vårdens övergångar.



Klagomål och synpunkter

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

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

Patientnämnden

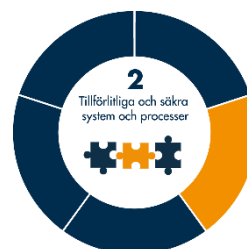
Patientnämnden har uppdrag att stötta och hjälpa patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården.

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

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

Tillförlitliga och säkra system och processer

Brister i följsamhet till Basala hygienrutiner i verksamheten förekommer fortfarande. Hygienombud har utbildats under 2024 för att nå målet att det finns ett hygienombud i varje arbetslag. Utbildningen till hygienombud sker i samverkan på Högländet och hålls av smittskydd/vårdhygien på regionen. Träffar för hygienombud har genomförts inom både äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Mätning av följsamhet till rutiner ska göras genom självskattning och observationer.



Rutin för preventivt arbete med registrering i Senior Alert sker i hela äldreomsorgen. Bedömningar och BPSD-registreringar sker för patienter med BPSD-problematik.

Flödesbeskrivning avvikelsehantering



En modul har införskaffats till DF respons för att chefer enkelt ska kunna följa sina avvikelser på aggregerad nivå.

Vid utredning av inkomna avvikelser ska bakomliggande orsaker utredas och åtgärder vidtas.

Säker vård här och nu

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



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

Stärka analys, lärande och utveckling

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

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



Kompetensutveckling sker kontinuerligt i verksamheten. Legitimerad personal utbildas bland annat inom inkontinensvård, sårvård, palliativ vård, nutrition.

Läkemedelsautomater ska erbjudas i verksamheten för en säkrare hantering att läkemedel ges på rätt tid samt ökad självständighet.

Under 2025 kommer ett arbete startas med Intensiv hemrehabilitering med syfte att undvika återinläggning, fördröja behov av insatser samt ökad självständighet.

Utbildning av hygienombud till alla enheter, utbildning inom munhälsa för omvårdnadspersonal.

Samarbete och dialog mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och läkare på vårdcentralen samt SSIH vid palliativ vård.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kommer till verksamheten via kommunens digitala system för synpunktshantering. Ärendet fördelas ut till ansvarig chef för verksamheten, som utreder synpunkten/klagomålet och återkopplar svar till den som lämnat in synpunkten/klagomålet.

Klagomål och synpunkter kan också komma via patientnämnden, synpunkten kommer till MAS som tillsammans med ansvarig chef utreder synpunkten. Svar skickas till patientnämnden som vidareförmedlar svaret till den som lämnat in synpunkten/klagomålet.

Under 2024 har en synpunkt kommit till sektorn från patientnämnden, synpunkten gällde bristande kunskap hos omvårdare om brukare, katetervård samt information till anhöriga.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Läget med en ökad oro i omvärlden och brist på vissa produkter har lett till att sociala sektorn under 2023 sett över vilka risker som kan finnas och ökat sin beredskap för oväntade händelser.

Sociala sektorn har arbetat med kontinuitetsplanering och reservrutiner för olika område och händelser har tagits fram. En övning har gjorts och rutiner testades gällande strömavbrott som leder till avsaknad av telefoni och datoranvändning.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under året som gått ser verksamheten brister i följsamhet till basala hygienrutiner, tandhälsa, munhälsobedömning och dokumenterad smärtskattning vid vård i livet slut samt följsamhet till processen vid utskrivning från slutenvården.

Mål för 2025 är att:

- följsamheten till basala hygienrutiner ska öka från föregående år
- munhälsobedömning ska göras vid vård i livets slut
- handlingsplan vid palliativ vård ska finnas tillgänglig hos patienten
- smärtskattning sista levnadsveckan ska öka till 100 procent
- ta emot patienter från slutenvården inom 24 timmar
- förbättra munhälsa på säbo
- följsamheten till processen för riskbedömning med åtgärder och uppföljning vid risk ska öka, registrering i Senior alert

Åtgärder som ska genomföras:

- att årshjulet för hygien följs i verksamheterna, kontinuerligt utbilda hygienombud, kontinuerligt genomföra träffar för hygienombud
- förebyggande arbete genom riskbedömningar med registrering i senior alert
- följsamhet till processen för utskrivningsklar ex. genom Trygg hemgång att ge beslut om insatser i hemmet, planering för insatser i hemmet
- utbildning i munhälsa
- ökat antal läkemedelsautomater
- fortsatt arbete med handlingsplan, munhälsa och smärtskattning vid palliativ vård.

Åtgärder och effekt av åtgärder följs upp i resultatdialog.

