



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019



2020-03-01 Dorya Gustafsson

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	3
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER.....	4
ORGANISATION OCH ANSVAR	6
STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING	9
1. Grundläggande värderingar	11
2. Uppföljningsbara mål	12
Brukarundersökningar	15
3. Händelser och Störningar.....	17
4. Risk och händelseanalys	119
5. Klagomål och synpunkter	19
Lex Maria	20
Lex Sarah.....	21
Avvikelser i Magna Cura.....	21
6. Samverkan och Samarbete.....	24
7. Dokumentation	25
8. Egenkontroll	25
9. Verksamhetsnära Kvalitetsarbete	27
Senior Alert	27
Vård vid livets slut	28
Svenska Palliativregistret	28
God Demensvård.....	30
BPSD.....	31
Nattfastemätning	33
Basal Hygien	35
Vårdrelaterade infektioner	36
10. Kompetensförsörjning	39
Analys och Framåtanda	40

Sammanfattning

Socialförvaltningen redovisar en årsavstämning gällande följsamheten till SOSFS 2011:9 (ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete) samt en redogörelse för hur nuläget ser ut gällande patientrelaterade avvikelser samt klagomål och synpunktshantering. Enligt socialstyrelsen definieras en verksamhets kvalitet genom att den uppnår följsamhet gentemot gällande lagstiftningar. Det innebär att verksamheten skall kunna beskriva vilka processer som pågår samt vilka aktiviteter som ligger under processerna. Huvudområdena är återkommande men rapporteringen kan variera beroende på vilka aktiviteter som pågått under året.

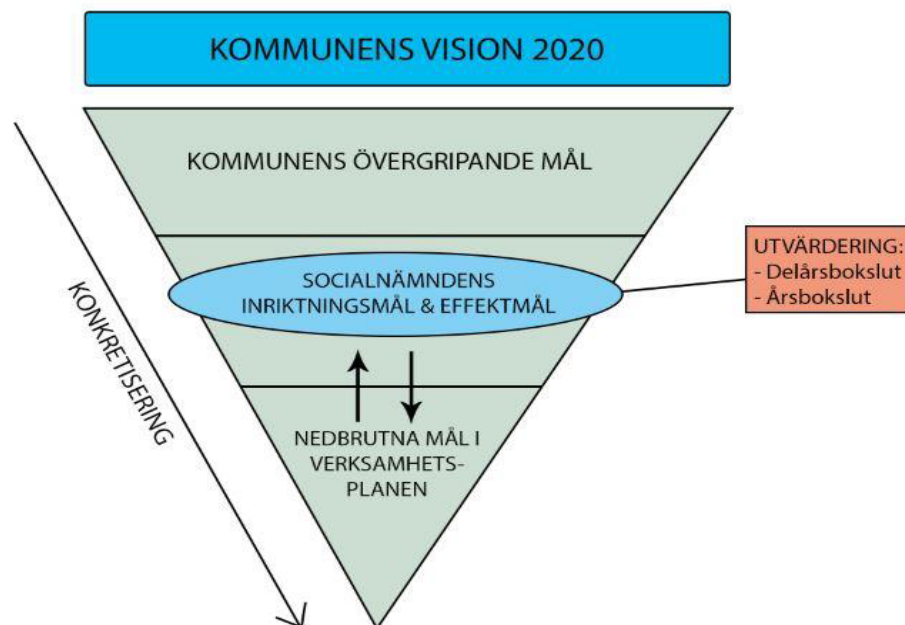
I januari 2018 tillkom Lagen om samverkan vid utskrivning ifrån sluten hälso- och sjukvård, vilket innebär att Jönköpings län nu har arbetat enligt ny lagstiftning i två år. Övergången har inneburit ett flertal utmaningar och det har bland annat gett en ökad belastning på vårdgivarna. En förskjutning av vård och omsorg håller på att ske och kraven på medicinsk kompetens ökar inom förvaltningens verksamheter. Förvaltningen har svarat på det ökade kompetenskravet under året och planering fortgår och måste fortgå, för att kunna möta det framtida behovet. Antalet identifierade risker och avvikelser ökar både med ökad rapportering och med faktiska avvikelser. Antalet anmälningar till IVO ligger på en stabil nivå i förhållande till övriga kommuner och vår egen nivå. Verksamheten är väl fungerande i detta avseende. Antalet avvikelser, vad gäller läkemedel och fallrapporter ökar. Detta gäller även avvikelser inom områdena dokumentation och avvikelser i samverkan. Det sistnämnda kan relateras till den nya utskrivningsprocessen där det skett en ökad rapportering från hälso- och sjukvården. Förvaltningen arbetar löpande och systematiskt med risk- och konsekvensanalyser gällande risker i arbetsmiljön, vilket är sammanlänkat med patientsäkerhet. Arbetet med ledningssystemet fortlöper liksom planering och införande av nytt verksamhetssystem. Båda projekten är omfattande och resurskrävande men går hand i hand. Förvaltningen har under året vidgat egenkontrollen och kan således redovisa ytterligare parametrar. Fortsatt arbete pågår inom området. Inom området smittskydd och vårdhygien uppvisar förvaltningen goda resultat liksom nationella brukarundersökningen inom funktionshinderomsorgen som uppvisat ett högt deltagarantal. Utmaningen kvarstår inom området kompetensförsörjning. Tillgången på arbetskraft är mindre än förväntat behov. Förvaltningen arbetar aktivt med kompetensförsörjning och behöver löpande kompetensutveckla befintlig personal för att kunna möta invånarnas behov i framtiden.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Varje individ i Vaggeryds kommun ska känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individen ska bemötas med respekt och värdighet och ha inflytande över sin vardag. På samma sätt ska varje medarbetare ges möjlighet att utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges av god kvalitet.

Målen för verksamheten sätts utefter lagkrav, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Vaggeryds kommun styrs verksamheterna av verksamhetsplaner, programbudget och kommunfullmäktiges övergripande mål där olika kvalitetsriktningar finns beskrivna. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Den enskildes upplevelse av bemötande och delaktighet är viktigt i detta perspektiv. I brukarperspektivet finns även verksamheternas arbete med att systematiskt och löpande följa upp resultaten av olika insatser på både individ- och gruppnivå.



Figur 1. Kommunens vision

Kommunfullmäktige beslutar om de övergripande kommunala målen. Socialnämnden fastställer inriktningsmål för kommande mandatperiod. I programbudgeten fastställs effektmål för socialförvaltningen.

Förvaltningens samtliga enheter arbetar fram verksamhetsplaner där produktionsmålen framgår. Uppföljningen redovisas i delårsbokslutet och i den årliga verksamhetsberättelsen.

Kommunövergripande Vision och Värdegrund

Visionen och Värdegrunden antogs av kommunfullmäktige 2013. Under 2019 togs ett nytt beslut i KF om att förlänga Visionen till 2030

Vision 2030

”Här ger vi plats för att göra skillnad”

En plats för möjligheter – formad med tanke och omtanke, där lusten är vår drivkraft och där glädjen smittar. En plats med stark tradition – för gränslöst skapande, där gemensam vilja och kunskap får livet att lyfta och idéer blir till verklighet. En plats i rörelse som bygger på mångfald och hållbarhet, där allt är nära och där alla har betydelse.

Värdegrund

Kommunens värdegrund hämtas från visionen och beskriver förhållningssätt i arbetet och gentemot de människor vi möter.

- *Tanke och omtanke*
- *Idéer blir till verklighet*
- *Alla har betydelse*

Nationell värdegrund inom vård och omsorg

Den 1 januari 2011 infördes nationell värdegrund i socialtjänstlagen 5 kap 4§. Detta innebär att äldre personer ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå detta ska omsorgen bland annat värna om och respektera den enskilde personens rätt till kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Oavsett målgrupp inom socialnämndens verksamheter så gäller den nationella värdegrunden.

Socialnämndens vision för 2019-2022

Alla som bor, lever och verkar i Vaggeryds kommun uppnår tillsammans visionen genom fyra mål:

Vaggeryds kommun ska vara en plats...

1. ... med hållbar samhällsutveckling och tillväxt i hela kommunen (KF-mål).

-
- Följa samhällsutvecklingen och möta medborgarnas vård- och omsorgsbehov (SN-mål).
 - 2. ... med hög sysselsättning, ett varierat näringsliv och en utbildning med god kvalitet (KF-mål).
 - Stärka individer genom utvecklande sysselsättningar, internt och externt, med god kvalitet (SN-mål).
 - 3. ... med hög kunskapsnivå, en aktiv fritid och ett rikt kulturliv för en god hälsa(KF-mål).
 - Bidra till hållbarhet samt en god hälsa genom aktiviteter och insatser som är förebyggande, tidiga och främjande (SN-mål).
 - 4. ... som är attraktiv, trygg och tillgänglig – där alla känner delaktighet och kan påverka(KF-mål).
 - Öka tillgängligheten samt verka för att medborgarna upplever trygghet, delaktighet och självbestämmande i sin vardag (SN-mål).

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare

Enligt SOSFS 2011:9 definieras vårdgivaren, en statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridiskperson eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren (socialnämnden) ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den enskilde. Socialförvaltningens verksamheter styrs främst av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SOL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Förvaltningslagen (FL) och offentlighet och sekretesslagen (OSL), patient-säkerhetslagen, patientdatalagen och patient-lagen. Hälso- och sjukvård samt vård och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet och självbestämmande på ett sådant sätt, att det är säkert för patienten att vistas i vårdgivarens regi. Vårdgivaren är skyldig att tillse att gällande lagstiftning uppfylls med hänvisning till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Socialnämnd

Socialnämnden som vårdgivare har det yttersta ansvaret för kvalitets- och patient-säkerhetsarbetet.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Denne skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

I förvaltningschefens ansvar är denne per definition även verksamhetschef, enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården och ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten

Det vill säga att förvaltningschefen i definitionen gällande exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, är verksamhetschef med det yttersta ansvaret för patientsäkerhet.

Om denne inte innehar hälso- och sjukvårdskompetens fullgörs vissa uppgifter av kommunens motsvarighet med medicinskt ledningsansvar, medicinskt ansvarig sjuksköterska/rehabiliterings-ansvarig. Det övergripande ansvaret övergår inte.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för ledningssystem (SOSFS 2011:9) samt planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera och förbättra verksamheten inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschefen skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Samtidigt ansvarar verksamhetschefen för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med övergripande mål samt följa upp och utvärdera verksamhetens mål.

Områdeschef

Områdeschef ansvarar för att våren bedrivs utifrån gällande lagstiftning, författningar, föreskrifter och lokala rutiner samt att personalen får adekvat utbildning för den vård som förvaltningen bedriver. Områdeschefen ska tillse att personalen har den kompetensnivå som krävs för att tillgodose det vårdbehov som finns os kommunens invånare, samt möjliggöra för personalen att leverera vård i enlighet med gällande lagar och riktlinjer och att på så vis undvika vård skador eller risk för vård skador. I det ansvaret ingår även att regelbundet genomföra riskanalyser samt att, tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska, bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientrisk, till Socialstyrelsen samt att aktivt förhindra risker för vård skador.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS ansvarar för patientsäkerhetsfrågor som t.ex. att riktlinjer finns för att säkerställa hälso- och sjukvårdens kvalitetskrav inom kommunens hälso- och sjukvårdsområde, samt uppföljning och utveckling av verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för utredning och händelserapportering enligt Lex Maria om en patient i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt.

Enligt lokal rutin ansvarar MAS även för att utredning av anmälan enligt Lex Sarah, då brukare utsätts för missförhållande eller risk för missförhållande, rapporteras till socialnämnden. MAS ansvarar för att årligen senast Mars månad upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.

Förbättringssamordnare

Från 2015 har förvaltningen haft en förbättringssamordnare som gett stöd till verksamheten gällande arbetet med värdegrund, kvalitet- och förbättringsarbete. Samordnaren har även stöttat verksamheten i utbildning, coaching och effektivisering.

Förbättringssamordnaren har, tillsammans med chef och medarbetare lett personalen i LEAN-inspirerad inriktning mot förbättringar som gynnar den enskilde. Grunden till förbättringar nås genom medarbetarnas delaktighet och där har förbättringssamordnaren varit en nyckelperson. Under 2020 kommer tjänsten som förbättringssamordnare att vara vakant. Delar av kvalitetsarbetet kommer att drivas vidare på annat sätt och det fortsatta arbetet fördelas på övriga medarbetare i förvaltningen.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare (SAS) arbetar med tillsyn, kvalitets- och verksamhetsutveckling inom socialnämndens verksamhetsområde, samt är sakkunnig och kan biträda förvaltningsledning, övrig organisation och nämnder med rådgivning. Vidare arbetar SAS med att utarbeta och implementera riktlinjer och rutiner, utreda rapporter om missförhållanden (Lex Sarah-anmälningar) samt att säkerställa och delta i arbetet med att utveckla en rättssäker myndighetsutövning och en god avvikelshantering. SAS arbetar även med omvärldsbevakning samt med förvaltningens statistikrapportering och analys av dess resultat. I uppdraget tillhör även samverkan och samarbete med MAS i gemensamma och överlappande arbetsuppgifter i vilket de ska stötta och hjälpa varandra utefter respektive funktion. SAS ansvarar för att årligen upprätta en kvalitetsberättelse.

Under 2019 har en SAS funnits i förvaltningen, men då denne till stor del varit frånvarande har en del av ansvaret fallit tillbaka på MAS men även på verksamhetschefer och övriga medarbetare i socialförvaltningen. Under 2020 kommer det inte längre att finnas tillgång till någon SAS och dennes arbetsuppgifter kommer

därför att omfördelas och drivas av andra medarbetare inom förvaltningens arbetsområde.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, fysioterapeut och dietist har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, har samma ansvar som legitimerad personal, enligt hälso- och sjukvårdslagen, när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs. Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process, i syfte att förebygga vård skador och risker för vård skador.

Vårdpersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra individuell patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten. I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

Omvårdnadspersonal/Omsorgspersonal

Omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter definieras av uppgiften som hälso- och sjukvårdspersonal. De har samma ansvar och skyldigheter som legitimerad personal att rapportera risker och händelser, samt att följa lagar och riktlinjer och av MAS fastställda rutiner. Vårdpersonal är enligt patientdatalagen skyldiga att föra individuell patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten. Alla medarbetare inom socialförvaltningen har ett ansvar att se till att patienten får en bra vård av god kvalitet enligt evidensbaserad metodik.

Samtliga medarbetare har skyldigheter som berör kvalitets arbete, till exempel genom Lex Sarahbestämmelserna, som innebär att den som arbetar med att ge service och omvårdnad inom socialtjänstens område är skyldig enligt lag att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i verksamheten enig Lex Sarah, dock för hälso- och sjukvårdspersonal är Lex Maria lagstiftningen suverän.

STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

SOSFS 2011:9 3kap. 2 §

Socialförvaltningen arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter so bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SOL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå kvalitet, vilket innebär att uppnå följsamhet till gällande lagstiftning. Genom ett adekvat utformat ledningssystem i förvaltningen uppnås patientsäkerhet. Patientsäkerheten följs med flertalet strukturerade mätningar samt med standardiserade processer som ständigt är under utveckling, med målsättning att skapa följsamhet mot gällande lagstiftning. Utöver gällande lag och allmänna råd, så följer patientsäkerhetsarbetet omvärldens förändringar. Val av fokusområden styrs av nationell och regional samverkan samt av behov som identifieras med hjälp av avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser. Uppföljning av förvaltningens kvalitets arbete görs enligt uppföljningsområden i tabell 1.

Tabell 1. Uppföljningsområden enligt SOSFS 2011:9

1	Grundläggande värderingar
2	Uppföljningsbara mål
3	Händelser och störningar (fel och brister)
4	Risk- och händelseanalys
5	Klagomål och synpunkter, avvikelshantering
6	Samverkan och samarbete
7	Dokumentation
8	Egenkontroll
9	Verksamhetsnära kvalitets arbete
10	Kompetensförsörjning

Uppföljningsområden ur ett Kvalitets- och Patientsäkerhetsperspektiv

1. Grundläggande värderingar:

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap 4§ skall socialtjänstens omsorg om äldre människor inriktas på att äldre personer för leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre människor för möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden samt ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra: Lag SFS (2010:427). Värdegrundsarbetet inbegriper inte bara äldre personer, utan berör samtliga patienter och brukare inom förvaltningen. Hälso- och sjukvårdens personal utgår ifrån etiska koder och principer i sitt arbete för att tillgodoser patientens behov för att främja en god, trygg och jämlik vård. I vårdprofessionen ingår att vårdpersonalen alltid ska ha patientens hälsa som det främsta målet och att aldrig frångå principen om människors lika värde. Hälsa är omvårdnadens centrala målsättning.

Utöver den lagstiftade nationella värdegrunden så arbetar Socialförvaltningen även i enlighet med Vaggeryds kommuns övergripande värdegrund. Socialförvaltningen har sedan tidigare beslutat att avsätta tid på samtliga medarbetares APT. Därmed är det således säkerställt att samtliga verksamheter har möjlighet till ett aktivt värdegrundsarbete.

- Meningsfullhet och Sammanhang
- God Kvalitet
- Självbestämmande
- Privatliv och Personlig Integritet
- Gott Bemötande
- Trygghet
- Individanpassning och Delaktighet

2. Uppföljningsbara mål:

Förvaltningen prioriterar att följa de mål som genererar följsamhet mot lagen. Dessa kan komma att variera över tid beroende på verksamhetens utmaningar. Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll

Tabell 2. Mätbara exempel på kvalitets indikatorer

Kvalitets indikatorer	2019	2018	2017	2016	Mål
Senior Alert registrering och Uppföljning	Ingen registrering	Ingen registrering	Ingen registrering	September 2016	Registrering av samtliga patienter på SÄBO <ul style="list-style-type: none">• Vid inflyttning• I samband med årlig läkemedelsgenomgång• Vid förändrat hälsoläge.
Nattfasta	Dec. 2019	Dec. 2018	Dec. 2017	Dec. 2016	Årligen kartlägga nattfastan för att kunna målinrikta insatser och genomföra förbättringar i verksamheten

Basal Hygienfölsamhetsmätningar	Registrering 4 ggr/år	Registrering 4 ggr/år	Registrering 4 ggr/år	Gruppbo- städerna 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fullständig registrering på samtliga enheter • 80 % följsamhet
VRI och riskfaktorer för VRI	Månadsvis HS	Månadsvis HS	Månadsvis HS	Sörgården HS	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % registrering • Normalvärdet i relation till övriga länet
Synpunkter och klagomål <ul style="list-style-type: none"> • Avvikelser • Hjälp oss att bli bättre, (muntliga, mail mm.) 	Tabell 4	Tabell	Enligt tabell 2	Se tabell 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ändamålsenlig klagomål och synpunkthantering som ger individen möjlighet att påverka • En verksamhet som rapporterar avvikelser så att risker kan förebyggas och verksamheten förbättras

Nationella brukarenkäten; Vad tycker äldre om äldreomsorgen	Redovisning årligen från socialstyrelsen Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Redovisning årligen från socialstyrelsen Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Redovisning årligen från socialstyrelsen	Redovisning årligen från socialstyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad svarsfrekvens lokalt • Verksamhetsnära förbättringar på årligen utvalda områden
Nationella brukarenkäten FO	Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	N/A	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Bibehållen och om möjligt ökad svarsfrekvens • Verksamhetsnära förbättringar på årligen utvalda områden
Svenska Palliativregistret	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	<ul style="list-style-type: none"> • En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer
Täckningsgrad BPSD	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	<ul style="list-style-type: none"> • En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer

Brukarundersökning funktionshinderomsorg

Socialstyrelsens SOSFS 2011:9 anger i 5 kap 2§ att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta olika delar som möjliggör granskning och utvärdering av verksamheten med syfte att kontinuerligt utveckla verksamhetens kvalitet. SKR:s nationella *brukarundersökning funktionshinder* är ett exempel på vad som innefattas i egenkontrollen.

Fokusrapporter har producerats av förvaltningens stabsfunktion och återkoppling har gjorts till respektive enhet för att användas i verksamhetsnära kvalitets- och utvecklingsarbete. Generellt var de flesta svar positiva!

Inom boendestödet märktes en markant ökning av tryggheten med boendestödjarerna, medan en minskning sågs då man upplevde att man inte visste men kan kunda ta kontakt med då man behövde/ville prata, vilket indikerar att detta är ett område som man behöver arbeta med och förbättra.

Inom gruppboendestäderna redovisas en markant ökning från föregående år, inom området *"Pratar personalen hemma med dig så att du förstår"* (från 54,2% till 80,8%). Inom området *"Trivs du hemma"* ses en markant minskning då de som inte trivs hemma har ökat från 0 % till 11,5%.

De aspekter som ger indikation för förbättring- och utvecklingsarbete, avser; *"Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma"* och *"trivs du hemma"*.

Inom området daglig verksamhet, ses en minskning från föregående år angående; *"Känner du dig trygg med personalen på din dagliga verksamhet"* vilket är en minskning (från 92,8% till 85,4%). Detta resultat ligger dock bättre än riket i övrigt.

Inom området *"Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig"* ses en ökning från föregående år då andelen brukare som upplever att personalen bryr sig om dem har ökat från 89 % till 92,6%. De aspekter som ger indikation för förbättring- och utvecklingsarbete, avser; *"Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet"*, och *"Känner du dig trygg med personalen på din dagliga verksamhet"*.

Tabell 3. Svansfrekvens Nationella brukarundersökningen inom funktionshinderomsorgen.

Verksamhet	Antal svarande (antal tillfrågade)	Svansfrekvens
Daglig verksamhet	55 (62)	88,71 %
Gruppboendestäder	27 (41)	87,10 %
Boendestöd	36	63,16 %

Vad tycker äldre om äldreomsorgen

Socialstyrelsen SOSFS 2011:9 anger i 5 kap 2 § att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen ska innefatta olika delar som möjliggör granskning och utvärdering av verksamheten med syfte att kontinuerligt utveckla verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsens årliga undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* är ett exempel på vad som innefattas i egenkontrollen. Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldre-omsorgen. Utifrån detta fick ca 220 000 äldre personer under våren en enkät med frågor om vad de tycker om sin äldreomsorg. Enkäten skickades till alla personer 65 år och äldre som bor i ordinärt boende med hemtjänst eller bor på permanent särskilt boende. I 2019 års undersökning svarade 57 % (124 997) personer) på enkäten.

Syftet med undersökningen är dels att ge enskilda äldre en röst, dels att ta fram kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån ett brukarperspektiv. Det möjliggör att utfallet av insatser kan mätas och jämföras och därmed även utvärderas och utvecklas i linje med vad de personer som tar emot omsorg tycker. Vidare så kan resultatet användas som utgångspunkt för analys och vägledning i förbättrings-, utvecklings- och målarbete.

Fokusrapporter har producerats av förvaltningens stabsfunktion och återkoppling har gjorts till respektive enhet för att användas till verksamhetsnära kvalitets- och utvecklingsarbete.

Hemtjänst

Inom området *kontakt med kommunen* ses en markant ökning i att handläggarens beslut är bättre anpassat efter den enskildes behov. Inom området *trygghet och tillgänglighet* ses en markant minskning i upplevelsen av ensamhet. Här följer vi även siffrorna väl mot riket i övrigt och ser en positiv utveckling sedan föregående år

De aspekter som ger indikation för förbättrings- och utvecklingsarbete, avser; *Val av utförare, "Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar" och Information kring vart brukare kan vända sig gällande klagomål och synpunkter*. Ett antal parametrar visar inom dessa områden en nedåtgående trend. Detta bör beaktas vid verksamhetsplanering, då respektive chef bör använda resultatet som utgångspunkt vid verksamhetsplanering och målformulering.

De aspekter och delar som antyder möjlighet för förbättrings- och utvecklingsarbete, men även målarbete, är bland annat;

Inom områdena; *Kontakter med kommunen, inflytande och hjälpens utförande*. Inom dessa områden ses en nedgång i siffrorna jämfört med föregående år, men

även vid en jämförelse med riket i övrigt.

Särskilt Boende

Utifrån årets resultat finns flera aspekter där särskilt boende uppvisar ett relativt bättre resultat än läns- och riksgenomsnittet. Inom *området bemötande* upplevs ett gott bemötande från personalen samt att personalen tar hänsyn till brukarens åsikt/önskemål om hjälpens utförande. Likaså inom *området trygghet* upplevs att brukarna känner förtroende och tillit till personalen samt att äldreboendet känns som en trygg plats. Inom *området sociala aktiviteter* ses markanta ökning i tillfredsställelse av aktiviteter som erbjuds samt möjligheten att komma utomhus.

De aspekter och delar som antyder möjlighet för förbättrings- och utvecklingsarbete, men även målarbete, är bland annat;

Inom *området boendemiljö* där upplever 64 % att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena, vilket är en ökning sedan föregående år (42 %) men sämre än Riket (63 %) och Jönköpings län (68 %).

Inom *området hjälpens utförande* ses en nedåtgång i att brukarna upplever att de inte har något inflytande eller kan påverka vilka tider de kan få hjälp.

Synpunkter och klagomål är en viktig del i de systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet (SOSFS 2011:9). Inom *området hjälpen i sin helhet* ses en ökning jämfört med föregående mätning gällande kunskap om vart de ska vända sig gällande synpunkter/klagomål (38 % 2018; 48 % 2019). Å andra sidan kvarstår det faktum att drygt hälften av brukarna inte vet vart de ska vända sig gällande synpunkter/klagomål, vilket innebär att frågor av kvalitets- och utvecklingskaraktär kan utebli från verksamheten.

Utifrån resultatet har verksamheten olika möjligheter och alternativ till fortsatt arbete, där inget utesluter det andra.

Verksamhetschef bör använda resultatet som utgångspunkt vid verksamhetsplanering och målformulering.

3. Händelser och störningar (fel och brister)

Händelser och störningar relaterade till arbetsmiljö hanteras i systemet LISA, där tillbud och arbetsskador registreras och hanteras systematiskt. För socialförvaltningen ryms inte alla incidenter ännu medan händelserna hanteras i likhet med riskanalys enligt SKR. Systemägare är personalenheten. Händelser och störningar i verksamhetssystemen hanteras av systemförvaltare.

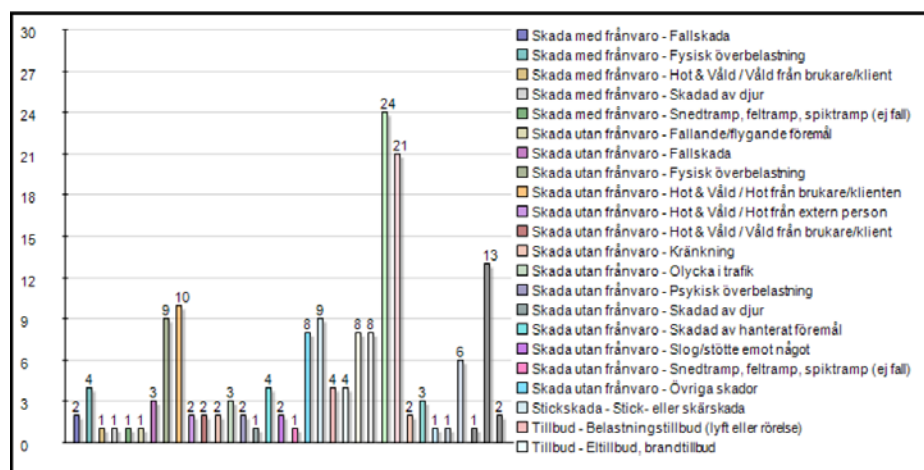
Antalet supportärenden i Cosmic LINK uppgår 2019 till 67 jämfört med 51 föregående år. Dessa hanteras av systemadministratör. Inga avvikelser har skett under 2019 som kan kopplas till driften på Cosmic Link.

Informationssäkerhet

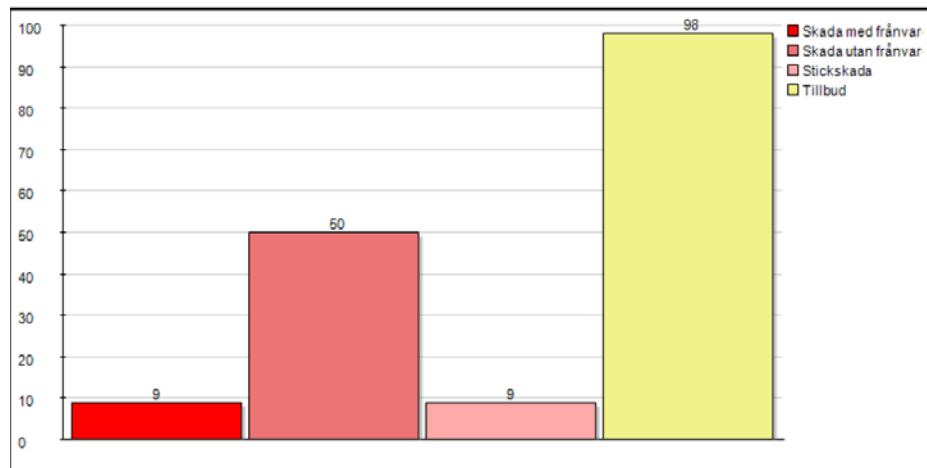
Inga större händelser har inträffat under 2019 som har utsatt brukare eller patienter för risker. Arbetet med att anpassa verksamheterna till GDPR har genererat en kvalitets säkring i dokumenthanteringen samt en ökad följsamhet till både GDPR men även till SOSFS 2011:9. Förvaltningen håller sedan tidigare en relativt god nivå gällande hantering av personuppgifter då verksamhetens journalföring och journalhantering är lagstyrd.

Incidentrapporteringar

Incidentrapporteringar (aj och oj) ska ske i systemet LISA.



Figur 2. Fördelning av rapporterade incidenter i LISA 2019



Figur 3. Antal händelser i LISA

4. Risk och händelseanalys

I det strukturerade arbetsmiljöarbetet genomförs riskanalyser i systemet LISA. Övriga riskbedömningar och riskhantering kan göras i systemstödet Sara samt att riskanalyser genomförs av verksamheterna baserat på förändringar i verksamheten. Då används underlag från SKR (Sveriges kommuner och landsting).

Riskanalyser skall till exempel göras när;

- Ny teknik införs
- Ändring av personalens sammansättning
- Förändring i rutiner

Hälso- och sjukvårdsorganisationen klassificeras som en så kallad HRO-organisation (High Reliability Organization) enligt SKR. Det innebär att ledningen för dessa organisationer skapar beredskap för att förutse, förebygga och hantera risker och avvikelser. Inom hälso- och sjukvården har man i historiken hanterat patientsäkerhetsarbete och arbetsmiljö sparat. Forskningen pekar dock tydligt på att patientsäkerhet är kopplad till arbetsmiljön. Förvaltningen uppmanar verksamheterna att aktivt arbeta med riskanalyser även på individnivå för att säkerställa att rutiner finns för hantering av komplexa situationer som kan uppstå. På så sätt minskar antalet risker i verksamheten.

5. Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunktshanteringen inom hälso- och sjukvården förändrades från 2018-01-01. Förvaltningens process skiljer inte på klagomålshanteringen gällande IFO-verksamhet, socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Detta för att skapa en enkelhet för berörda intressenter.

Målsättningen är att håll en hög nivå på hanteringen för att skapa förtroende hos medborgare.

Tabell 4. Översikt klagomål och synpunkter samt avvikelser

	2019	2018	2017	2016
Hjälp oss at bli bättre	5	2	7	24
Lex Maria	1	2	3	1+1
Lex Sarah	1	2	6	4 (+3HVB)
Tillsyn från IVO	3	1	1	4
Avvikelse Magna Cura	2217	1643	1437	1160
Avvikelse Regionen	140*	51*	28 (17/11)	26
Övriga synpunkter (mail, muntliga mm)	5	9	7	4
Barn och Unga	4	10	24	0
Familjerätt	1	4	4	2
Kontaktfamilj/person	0	0	8	0

*ingår även delvis i Magna Cura

Lex Maria

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vård skada inträffat eller om det förelegat risk för en vård skada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan sker vid allvarlig vård skada. Med allvarlig vård skada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit Dessa händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Till Socialförvaltningen har en anmälan gjorts gällande brister i vården.

En avvikelse upptäcktes i verksamhetens avvikelssystem 2019-04-29 vilket föranledde att Vaggeryds kommun anmälde verksamheten gällande en allvarlig omvårdnadshändelse.

Bristerna gällde obefintlig eller utebliven dokumentation och bristande kommunikation hos HS-personal, vilket sammantaget ledde till en fördröjning av utredning, diagnos och insättning av medicinska åtgärder. Brukaren diagnostiserades med en massiv blodpropp i hela benet och det kan inte uteslutas att fördröjningen av vårdinsatser kunde lett till allvarliga konsekvenser för brukaren. Brister i dokumentationen har skett tidigare i verksamheten och gör händelsen i sig ännu mer allvarlig.

Bristerna har meddelats de berörda vid upprepade tillfällen för att organisationen ska dra lärdom av de misstag som begås. Bristerna påvisar även betydelsen av att verksamheten arbetar aktivt med fortbildning och för en öppen dialog om vikten

av att dokumentera då det finns en skyldighet enligt lag att löpande föra patientjournal.

Kommunikationsverktyg används och ska användas i verksamheten, men vid den aktuella händelsen har HS-personal helt förbigått detta. Kommunikationsverktyget har åter aktualiserats och nyanställda får ta del av hur instrumentet används och dess funktion då de påbörjar sin anställning. Vid tiden för händelsen var även arbetsbelastningen hos sjuksköterskorna hög, då det fanns en stor brist på kompetent personal till följd av vakanta tjänster och omfattande sjukfrånvaro. Detta har förbättrats under året och samtliga sjukskötersketjänster har kunnat tillsättas.

Utredning och yttrande lämnades till IVO som har avslutat ärendet efterhänvisning till förvaltningens utredning och åtgärder.

Lex Sarah

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitets arbetet inom socialförvaltningen. Arbetet med Lex Sarah och personalens rapporteringsskyldighet regleras av Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:5 och i Socialtjänstlagen och LSS. All personal inom socialtjänstens verksamheter som styrs av socialtjänstlagen, LSS och socialförsäkringsbalken, har rapporteringsskyldighet. Syftet med Socialförvaltningens utredningar är att kvalitetsförbättra verksamheterna.

Socialförvaltningen har anmält ett fall till IVO 2019-04-27, gällande ett trygghetslarm som inte fungerade och där brukaren blev liggande utan hjälp i ca 14 timmar utan att kunna larma.

En omfattande utredning påbörjades i förvaltningen där stabschef, processansvariga och systemadministratörer involverades. Kontroll och hantering av trygghetslarmen sker dagligen av processansvariga.

Systemadministratör har varit behjälplig i tekniska frågor samt för att uppdatera och revidera rutiner.

Socialförvaltningen har sammanträtt med larmoperatören där uppdateringar och revideringar har gjorts av tidigare larmplaner. Förvaltningen har getts ökad systembehörighet och samverkansrutinerna har uppdaterats.

En kommunjurist har anlåtats för genomgång och juridiskt utlåtande om händelsen och ärendet. Vidare har SKR informerats och kommer att delges det juridiska utlåtandet då detta är färdigställt.

Tillsyn från IVO

Två tillsynsärenden har genomförts av IVO under 2019. Tillsynen gällde uppföljning av 2018 års rapporterade Lex Sarah inom Funktionshinderomsorgen och Lex Maria på Furugården.

IVO avslutade tillsynsärendena då förvaltningen genomfört de åtgärder som angivits i anmälan. Förutom dessa tillsynsbesök har även en oanmäld nattinspektion genomförts av IVO.

Avvikelser i Magna Cura

Avvikelser registreras i verksamhetssystemet, dock endast gällande äldreomsorg och funktionshinderomsorg. Övriga verksamhetsområden följer process för avvikelser- och händelsehantering som utformats under 2018. Förbättringar sker ständigt i systemet och i processen för att generera säkra data och på så vis ge möjlighet att genomföra förbättringar i verksamheten. Antalet registrerade avvikelser har ökat jämfört med föregående år, se tabell 3.

Tabell 5. Avvikelser fördelning efter kategori och år

Kategori	2019	2018	2017
Bemötande	18	17	5
Brister i informationsöverföring	97	61	30
Avvikelser i samverkan RJL	(140*)	(51*)	16
Dokumentation	54	51	4
Medicinteknisk utrustning	24	12	5
Omvårdnadshändelse	120	60	37
Rehabilitering	10	6	1
Övrigt	N/A	N/A	14
Fall	965	830	816
Läkemedel	789	606	509
Total	2217	1643	1437

*summa av avvikelser från olika kategorier

Tabell 6. Fördelning läkemedelsavvikelser årsvis

	2019	2018	2017
Feldelad dosett	14	71	53
Felaktig hantering av narkotika	54	26	47
Förväxlingar	12	11	7
Glömd/missad/ ej fått	466	312	296
RJL	19	11	12
Fel tid/dos/för stor/för liten	43	35	94
Övrigt blandat	182	140	-
Läkemedelsavvikelser totalt	790	606	509

Delegering och läkemedelshantering

Enligt delegeringsföreskriften (SOSFS 1197:14) så kan den som har formell kompetens (legitimerad) för en medicinsk arbetsuppgift överlåta denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Uppgiftsmottagaren måste då vara reellt kompetent genom erfarenhet i den praktiska yrkesverksamheten. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten bedrivs så att den uppfyller kraven på god vård. Delegering är inte avsedd att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Delegeringar av medicinska uppgifter får inte göras slentrianmässigt. Den som delegerar uppgiften skall försäkra sig om att mottagaren av uppgiften har faktiska förutsättningar att fullgöra den. Det åligger den som har utfärdat ett delegeringsbeslut att bevaka den arbetsuppgift som hen delegerat så att den fullgörs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. I Dagsläget råder en ojämn fördelning i antalet delegeringsbeslut per personal.

Fördelningen av antalet läkemedelsdelegeringar/sjuksköterska varierar kraftigt under 2019, viss utjämning syns dock i jämförelse med 2018. Vissa naturliga förklaringar till obalansen finns i form av, nyanställda sjuksköterskor som inte hunnit arbeta så länge i förvaltningen, föräldralediga sjuksköterskor som återkommit till verksamheten under året och längre sjukskrivning.

Antalet läkemedelsdelegeringar under 2019 var 524 stycken, fördelade på 23 sjuksköterskor och mellan 1-57 delegeringar per sjuksköterska.

Tabell 7. Antalet delegeringar samt fördelning/sjuksköterska 2019.

Antal sjuksköterskor 2019	Antal utfärdade delegeringar 2019
9	1-10
7	11-30
4	31-50
3	> 50
Totalt antal sjuksköterskor 23	Totalt antal utfärdade delegeringar 524

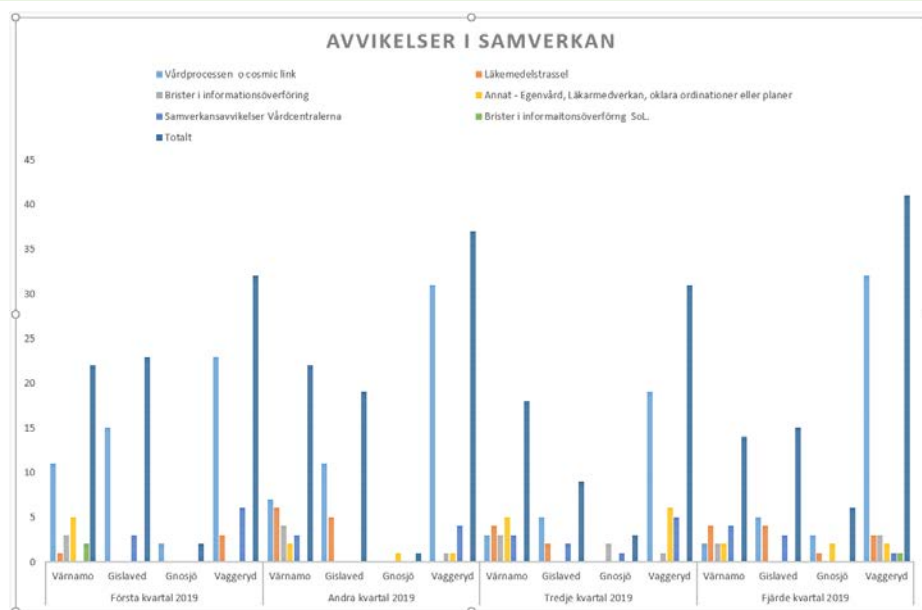
Tabell 8. Antalet delegeringar samt fördelning/ sjuksköterska 2018

Antal sjuksköterskor 2018	Antal utfärdade delegeringar 2018
6	1-10
7	11-30
8	31-50
1	> 50
Totalt antal sjuksköterskor 22	Totalt antal utfärdade delegeringar 507

6. Samverkan och samarbete

Avvikelser i samverkan

Det totala antalet avvikelser i samverkan har minskat något i GGVV, från 345 under 2018 till 295 under 2019. Antalet avvikelser från Vaggeryds kommun, uppvisar dock på en ökning från 51, 2018 till 140, 2019. En anledning till ökningen i vår kommun kan härledas till att Vaggeryd har fler patienter som vårdas på Ryhov, där man inte har kommit så långt i avvikelshanteringen som man har gjort i Värnamo. Återkopplingen från Regionen har förbättrats något, men får ändå anses vara låg i förhållande till antalet avvikelser totalt. Gentemot primärvården är dock återkopplingen bättre. En återkoppling, i förvaltningen, sker därefter regelbundet till de olika verksamheterna, i syfte att åstadkomma ett lärande.



Figur 7. Avvikelser i samverkan

Säker Läkemedelshantering – Regional Samverkan

Under 2018 färdigställdes den regionövergripande läkemedelsrutinen. I samband med detta färdigställdes även den lokala läkemedelsrutinen där det skett skärpningar i hanteringen. Rutinerna grundar sig i Läkemedelsförfattningen (HSLFS 2017:37) Det sker fortsatt läkemedelsavvikelser i samverkan även om dessa är färre sedan kommunens sjuksköterskor fått tillgång till patientens läkemedelslista. Förvaltningen genomför årligen den lagstadgade läkemedelsgranskningen (kap3, § 4) gemensamt i GGVV.

Förstärkningar i rutiner genomförs därefter. MAS-gruppen i GGVV, har haft ett samrådsmöte med apotekare i Gislaved, som där har ett ansvar både inom kommunal och regional verksamhet. MAS-gruppen har efter detta beslutat att göra vissa gemensamma justeringar i den befintliga rutinen, med Regionens rutin som grund, då den till största del även kan översättas till ett kommunalt perspektiv.

Samverkan Regionen, Hälso- och sjukvård

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) i Jönköpings län var ute i god tid inför lagförändringen så projektet ”Trygg och säker vård och omsorg” rullade igång redan 2016.

”Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och där jag behöver den”.

Projektet är nu initierat och beräknas vara fullständigt infört i och med psykiatris anslutning till processen. En stor del av ökningen i samverkansavvikelser härleds till avvikelser från processen. Dessa avvikelser hanteras i händelseråd i länets olika delar.

7. Dokumentation

Under 2018/2019 genomfördes en kortare utbildning för vårdpersonal inom ÄO avseende social dokumentation. I nuläget förs inga standardiserade granskningar gällande dokumentation i verksamheterna, dock görs stickprovskontroller. Bedömningen är dock att dokumentationen följer rådande lagstiftning. I samband med det nya verksamhetssystemet kommer dokumentationen genomgående att följa ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), BBIC (Barns behov i centrum) samt IBIC (Individens behov i centrum).

8. Egenkontroll

Egenkontroll bedrivs inom följande områden.

Områden för egenkontroll 2018

- *Avvikelsehantering*
- *Klagomål och synpunkter*
- *Basal Hygienmätning (BHK)*
- *Svenska Palliativregistret*
- *Nationell brukarundersökning ÄO*
- *Nationell brukarundersökning FO*
- *Nattfastemätning*
- *BPSD*
- *VRI riskfaktorer*
- *Extern läkemedelsgranskning*

Områden för egenkontroll 2019

- *Avvikelsehantering*
- *Klagomål och synpunkter*
- *BHK-mätningar*
- *VRI och riskfaktorer*
- *Extern läkemedelsgranskning*
- *Nationell brukarundersökning ÄO*
- *Nationell brukarundersökning FO*
- *Svenska Palliativregistret*
- *Nattfastemätning*
- *BPSD*

Områden för egenkontroll 2020

- *Avvikelsehantering*
- *Klagomål och synpunkter*
- *BHK-mätning*
- *VRI och riskfaktorer*
- *Extern läkemedelsgranskning*
- *Nationell brukarundersökning ÄO*
- *Nationell brukarundersökning FO*
- *Svenska Palliativregistret*
- *Nattfastemätning*
- *BPSD*
- *Senior Alert*
- *Läkemedelsdelegeringar*

9. Verksamhetsnära Kvalitetsarbete

Värdeverkstaden

Värdeverkstaden är verktyget för förvaltningens interna arbete med kvalitet. Syftet är att med en översiktlig bild ge inspiration och stöd i vardagen till att arbeta med ständiga förbättringar. Målet är att vision och värdegrund ska vara en naturlig del av vårt interna förhållningssätt och att alla medarbetare ska känna att de gör skillnad. Värdeverkstaden skapar en tydlig struktur mellan Vad som är vårt uppdrag och till Vem det riktar sig till och Hur de upplever kvalitet. Den skapar en förståelse för hur saker hänger ihop och är utformade och kan kopplas samman med framtida analoga eller digitala verktyg.

Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister i vilket personer som är 65 år eller äldre och som har kontakt med vård eller omsorg, registreras gällande

riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior Alert vill kommuner och regioner/landsting utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den.

Det möjliggör för verksamheten att arbeta preventivt i stället för reaktivt. Verksamheten har inte registrerat i Senior Alert sedan 2017 vilket innebär att inga riskbedömningar kan redovisas för 2018 och 2019. Vid förvaltningens stickprovskontroller saknas det generellt riskbedömningar. Därför planeras Senior Alert att återinföras under 2020. Det är ett omfattande arbete att återuppta arbetet med riskbedömningar då många av de medarbetare, inom alla personalkategorier, som nu finns i verksamheten är nya. Då det bygger på en teambaserad bedömning, så måste nya team bildas och många medarbetare måste utbildas.

För att på ett smidigare sätt få in bedömningarna på ett naturligt och självklart sätt i verksamheten igen planeras att:

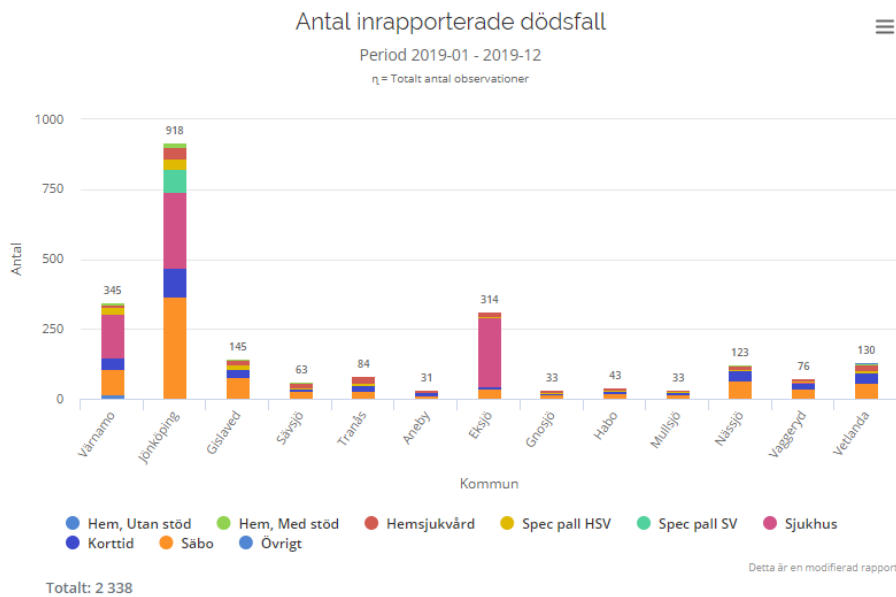
- Mätning görs på alla, en gång per år, i samband med läkemedelsgenomgång
- Mätning görs på alla nyinflyttade
- Mätning görs vid förändrat hälsostatus

Vård vid livets slut

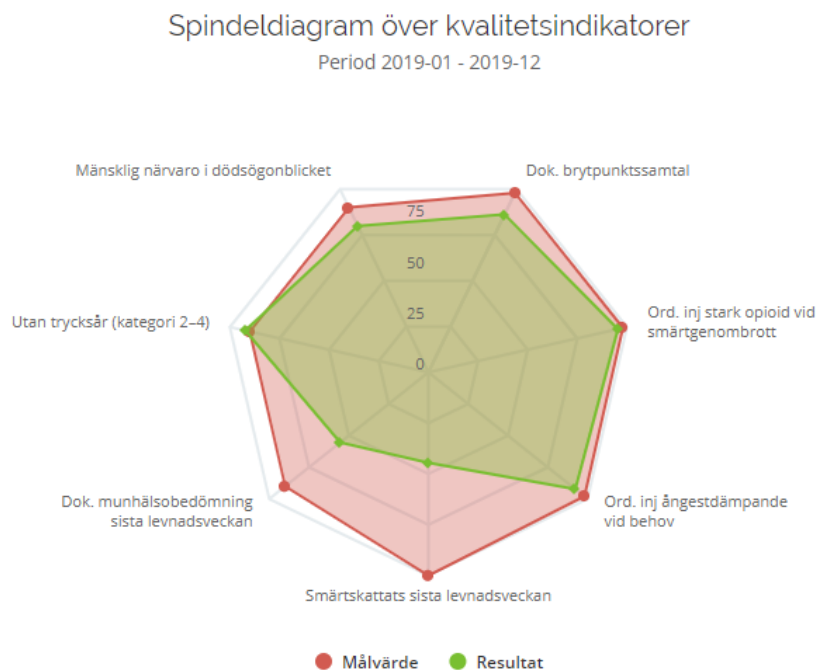
Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård har prioriteringsnivå 1. Palliativ vård som utförs i kommunal regi registreras i Svenska palliativregistret.

Svenska palliativvårdsregistret

Utvalda insatser för palliativ vård skall registreras i svenskt palliativvårdsregistret. Genomgående för länet är att det brister i smärtskattningar. Smärtlindring ges, men grundar sig inte alltid på att en skattning har utförts. 2019 har 96 personer, med någon form av kommunala insatser, avlidit i Vaggeryds kommun. Av dessa har 76 personer registrerats i palliativregistret. Antalet dödsfall 2018 med någon form av insats från kommunen var 124.



Figur 8. Täckningsgrad 2019, fördelning i Jönköpings län



Figur 9. Måluppfyllelse kvalitetsindikatorer 2019 för Vaggeryds kommun oavsett vårdgivare

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	86,2
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,4
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	44,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	55,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	92,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	80,0

God Demensvård

Under hösten 2017 trädde socialstyrelsens nya riktlinjer för demensvård i kraft.

I förvaltningen utarbetades under 2018 en plan, för implementering, tillsammans med GGVV, med målsättning att uppnå en jämlik demensvård oavsett geografisk lokalisering. Detta arbete har pågått även under 2019. Personer med demens finns inte endast på demensavdelningar, utan även på andra avdelningar inom särskilt boende, samt i ordinärt boende. Demensvården är en av punkterna i länets Strategigrupp Äldre och dess arbetsgrupper. Kommunen har tillsammans med vårdcentralerna genomfört en GAP-analys gällande nationella riktlinjer för demens.

Forum Geriatrikum är en samverkan mellan Region Jönköpings län, länets kommuner och Hälsohögskolan, Jönköping University. En föreläsningsserie påbörjades under hösten och fortsätter även under 2020. Ett antal aktuella teman tas upp och man startade med Näringsbehov för äldre samt Äldres munvård och tandhälsa. Dessa har följts av Äldre och läkemedel samt Förebygga trycksår. Under våren följer sedan Äldres hälsa, Osteoporos och Demenssjukdom.

Det har skett en del förändringar inom demensvården i kommunen under 2019. En ny demenssköterska tillträdde under hösten och därmed märks en ökad aktivitet inom området.

I Skillingaryd har det tillkommit en demensavdelning där det även skapats växelvårdspplatser och där kommer även framöver att ges plats för korttidsvård för dementa.

I Vaggeryd bedrivs nu ren dagverksamhet inom demensområdet, vilket har gett den verksamheten ett uppsving.

Fungerande demensteam i samverkan med primärvården är nu åter igång på båda orterna. Ett internt demensteam har också tillkommit för att synliggöra och kunna hjälpa dementa såväl de som bor på SÄBO som de som finns i ordinärt boende. Sjuksköterskor och rehab-personal har rekryterats under 2019 och är nu fulltaliga i sina personalgrupper, vilket varit en del i att teamen har kunnat starta upp.

Utbildningar planeras under 2020 inom demens ABC. Den kommer att ges till personal inom alla verksamheter och är baserad på socialstyrelsens nationella riktlinjer. Demens ABC vill motivera till att tänka och arbeta personcentrerat och se människan bakom sjukdomen och låta den bilden påverka den vård och omsorg som ges.

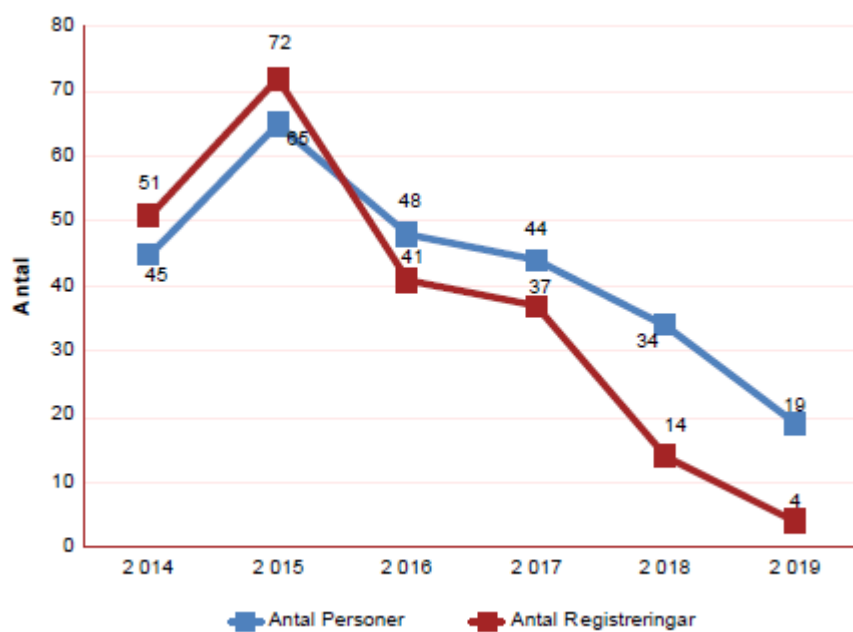
BPSD

Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

BPSD-registret är ett register för *Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens*.

Det är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom- Likaså är det ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som "symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom" Målet är att ständigt förbättra vård och omsorg för individer med demenssjukdom. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär.

BPSD har de senaste åren minskat drastiskt, mycket beroende på att stora delar av personalen är utbytt och att det inte längre finns tillräckligt med utbildad personal som kan hantera registret. Även inom detta område kommer det att bli en nystart under våren. 19 nya medarbetare kommer att gå en 2-dagars utbildning på hemmaplan, vilket kommer att sänka kostnaden.



Figur 10. Antal registrerade och registreringar i Vaggeryds kommun 2019

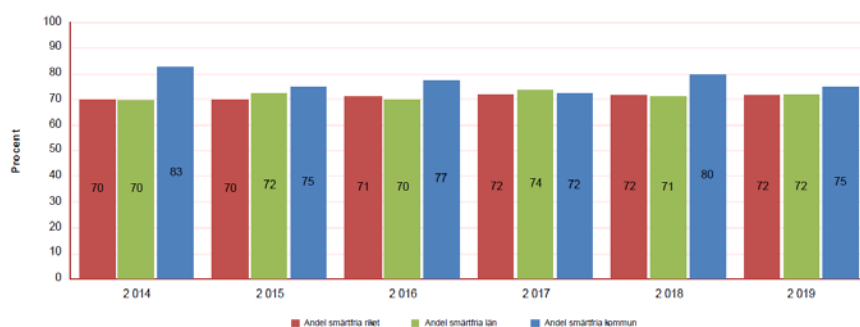
Tabell 8. Antal BPSD-bedömningar i Jönköpings län 2019

	Summa	2019-01	2019-02	2019-03	2019-04	2019-05	2019-06	2019-07	2019-08	2019-09	2019-10	2019-11	2019-12
Summa	1734	175	129	170	189	163	124	24	78	190	171	160	161
Aneby	55	8	1	1	5	13	3	0	1	4	6	6	7
Eksjö	75	4	6	7	9	5	8	1	1	10	4	8	12
Gislaved	240	33	23	20	23	29	9	1	11	27	28	18	18
Gnosjö	43	5	4	6	4	3	1	1	1	6	3	7	2
Habo	14	2	3	2	2	0	0	0	0	2	1	2	0
Jönköping	565	58	37	44	39	49	49	7	34	67	57	49	75
Mullsjö	35	1	3	1	11	7	4	0	0	1	1	0	6
Nässjö	180	17	17	14	38	9	12	1	7	13	17	19	16
Sävsjö	70	4	9	17	6	2	3	1	3	5	11	4	5
Tranås	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vaggeryd	7	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Vetlanda	222	14	14	23	29	27	16	6	12	24	27	21	9
Värnamo	228	28	12	31	23	19	19	6	8	31	16	26	9

Personer med demenssjukdom är ofta äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta.

Det är inte ovanligt att en person med demenssjukdom har nedsatt kommunikationsförmåga vilket kan leda till oro, sömnproblem etc. I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta och det registreras om personen verkar vara smärtfri. Ju högre stapel desto fler personer bedöms vara smärtfria.

(Diagrammet nedan visar en jämförelse mellan rike, län och aktuell kommun)



Figur 11. Andel personer som bedömts vara smärtfria

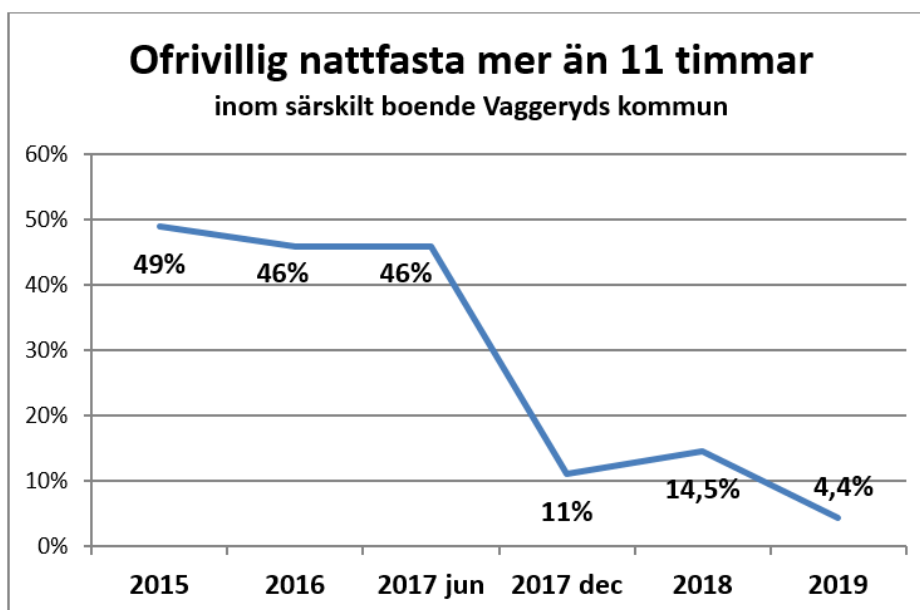
Nattfastemätning 2019

Vi mäter den ofrivilliga nattfastan vilket innebär att ingen av våra brukare skall behöva gå utan mat mellan kvällsmaten och frukosten. Vi har rutiner för att erbjuda kvällsfika, nattmellanmål och förfrukost.

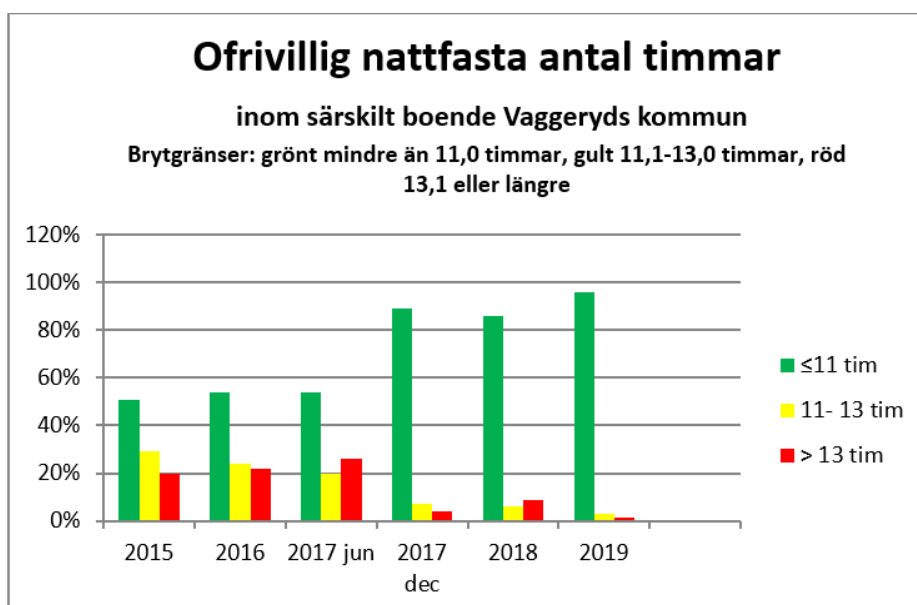
En mätning av den ofrivilliga nattfastan genomfördes under fem dagar i december månad på samtliga SÄBO-enheter inklusive korttidsavdelningen. Totalt gjordes 550 mätningar. Mätningen 2019 visar att antalet mätningar med nattfasta mer än 11 timmar har minskat från 14,5% 2018 till 4,4 % 2019.

Snittvärdet på den ofrivilliga nattfastan i timmar är däremot stabil, 2019 = 11,1 timmar jämfört med 11,2 för 2018.

Den verkliga nattfastan kan vara betydligt längre eftersom vi aldrig kan tvinga någon att äta. Vi väcker inte någon som sover och i samband med vissa sjukdomsperioder då brukaren sover över måltider eller inte vill äta blir nattfastan lång. Snittvärdet på den verkliga nattfastan är även den stabil 2018 var den 13,4 timmar och 2019 är den 13,3 timmar.



Figur 12. Nattfastemätning 2015-2019



Figur 13. Ofrivillig nattfasta antal timmar

Det långsiktiga arbetet med rutiner för det tidiga morgonmålet och kommunikationen mellan natt- och dagpersonal, är något vi måste arbeta vidare med.

Genom att servera ett enkelt mellanmål kan nattpersonalen medverka till attindra oro och öka möjligheterna till en god nattsömn.

Tabell 9. Jämförelse av ofrivillig nattfasta på de olika enheterna 2019

Ofrivillig nattfasta	Totalt Vaggeryds kommun	Sörgården	Kastanjen Linden	Boken Eken	Korttids Granen
Antal vårdtagare som deltagit	111	34	54	14	9
Antal mätningar	550	168	270	69	43
Exkluderade mätning	0	0	0	0	0
Registerade nattmål	94%	155	252	69	43
≤ 11 timmar	95,6%	96%	93%	100%	100%
11 - 13 timmar	3,1%	2%	5%	0%	0%
>13 timmar	1,3%	2%	1%	0%	0%

Nattfastan i timmar, snittvärde					
Ofrivillig nattfasta	11,1	11,1	11,2	11,0	11,0
Verklig nattfasta	13,3	13,8	13,2	13,0	13,3

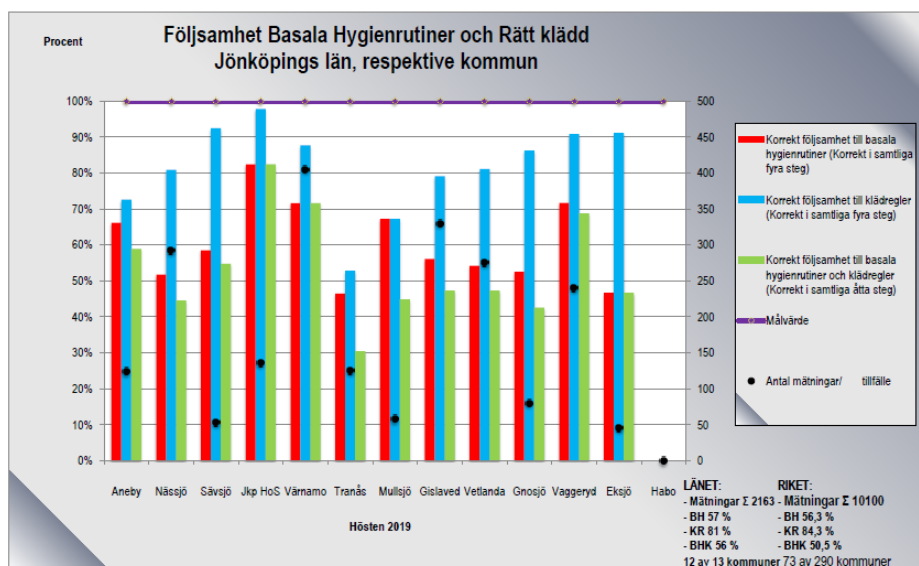
Smittskydd och Vårdhygien

Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg

Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund för detta. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaförskrivning och därmed även bidra till att minska antibiotikaresistensen. Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.

I basala hygienrutiner ingår:

- Handhygien, det vill säga, alltid handdesinfektion och ibland också handtvätt.
- Handskar
- Skyddskläder
- Ibland stänkskydd – visir eller skyddsglasögon och munskydd eller andningskydd.



Figur 14. Fölsamhet till basala hygien och klädregler Jönköpings län

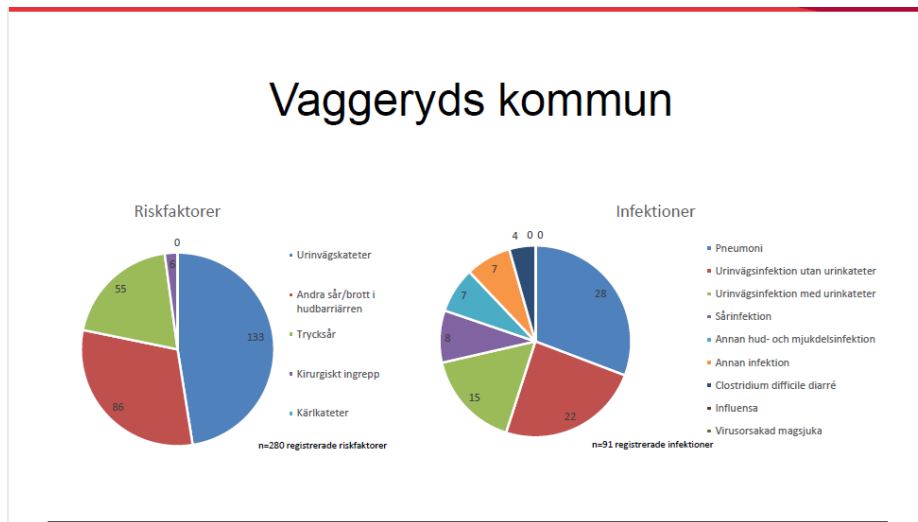
Tabell.10. Sammanställt resultat BHK-mätning Vaggeryds kommun 2017, 2018 och 2019

Observationsperiod	Observation	Sjukvård	Handsprit		Korrekt användning av handskar	Korrekt användning av plastförkläde	Helt korrekt fölsamhet till basala hygienrutiner (Korrekt i alla fyra steg)	Arbets-dräkten är kortärmad	Utan ring, klocka, armband eller olika stödskenor	Har korta naglar, fria från nagellack samt konstigt material	Har kort eller uppsatt hår	Helt korrekt fölsamhet till klädregler (Korrekt i alla fyra steg)	Helt korrekt fölsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	
			Före	Efter										
2017	v. 12 – 13 (282)	190	92	154	250	245	213	139 (38%)	257	250	254	267	214 (59%)	
	v. 23 – 24 (153)	78	75	119	146	142	137	110 (30%)	153	150	145	147	137 (38%)	
	v. 39 – 40 (197)	98	99	151	202	197	189	138 (38%)	210	204	203	211	192 (56%)	
	v. 49 – 50 (239)	139	100	186	233	229	218	166 (46%)	244	237	242	250	224 (62%)	
2018	v. 11-12 (240)	134	107	207	238	239	226	187 (78%)	245	244	343	248	231 (96%)	
	v.22-23 (240)	145	95	200	241	225	233	191 (79%)	250	246	232	250	230 (95%)	
	v. 37-39 (190)	107	73	151	180	172	167	131 (68%)	188	186	180	187	175(92%)	
	v. 48-49 (207)	138	77	148	207	197	199	141 (68%)	215	210	212	216	205 (99%)	134
2019	v. 11-12 (260)	126	119	206	240	239	242	187 (72%)	247	238	247	253	234 (90%)	173 (66%)
	v.21-21 (240)	127	81	181	206	198	198	156 (65%)	227	203	207	215	190 (79%)	142 (59%)
	v. 37-39 (160)	104	46	126	147	147	144	120	159	155	153	160	150	110
	v. 48-49 (240)	159	75	189	221	224	220	172 (71%)	233	225	225	234	218(90%)	165(68%)

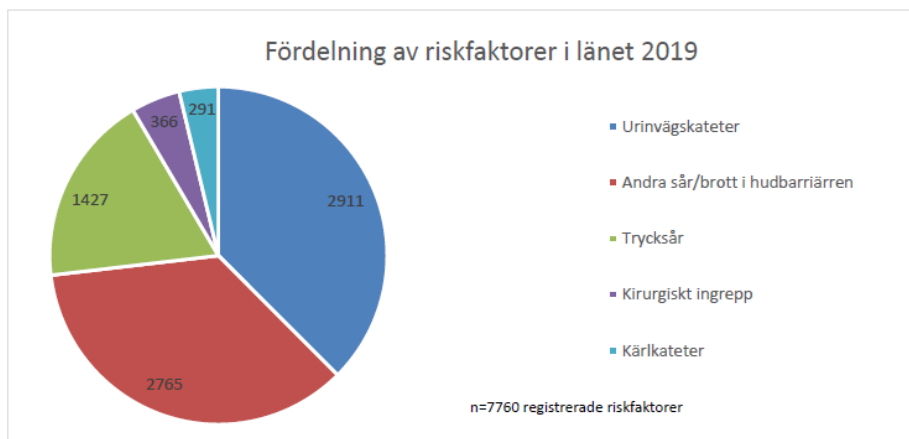
Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer

Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Ju fler riskfaktorer som kan identifieras hos en individ, desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga, dels förekomsten av riskfaktorer, dels antalet infektioner förvärvade inom särskilda boenden. Vaggeryds kommun rapporterar månadsvis till smittskydd och vårdhygien och erhåller i gengäld sammanställda data.

Detta är ett sätt att kvalitetssäkra vården samt ta det ansvar för folkhälsan som åligger en vårdgivare. Vi kan på detta sätt redogöra för vilka riskfaktorer som figurerar och hur dessa utvecklas. De vanligaste infektionerna som kräver antibiotikabehandling är urinvägsinfektion, pneumoni och sårinfektion. Den vanligaste enskilda riskfaktorn är urinkateter och därefter följer andra sår eller brott i hudbarriären.

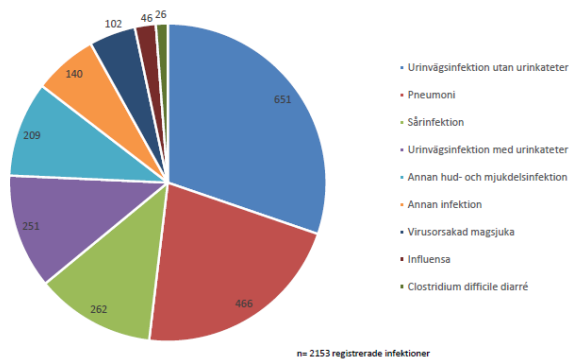


Figur 15. Fördelning av riskfaktorer och infektioner i Vaggeryds kommun 2019



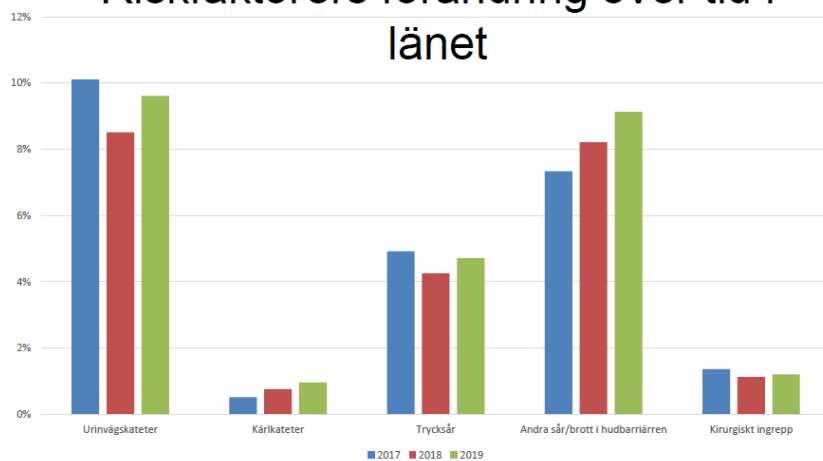
Figur 16. Fördelning av riskfaktorer i länet 2019

Fördelning av infektionstyper



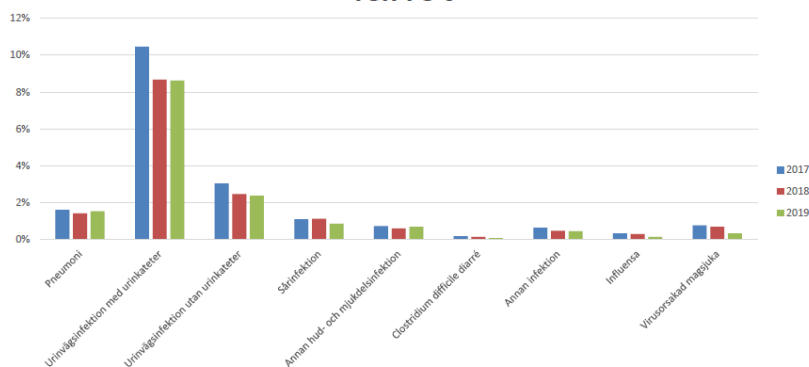
Figur 17. Fördelning av infektioner i länet 2019

Riskfaktors förändring över tid i länet



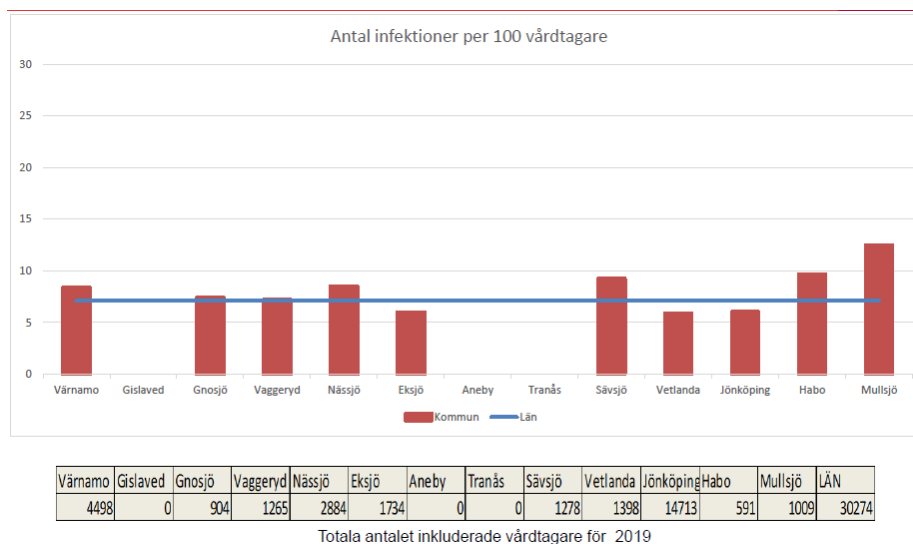
Figur 18. Riskfaktorernas förändring över tid i länet

Infektioners förändring över tid i länet



Figur 19. Infektionernas förändring över tid i länet

Antalet infektioner i länet ligger i genomsnitt på sju infektioner per 100 vårdtagare. Sedan 2017 ser man en minskning för varje år.



Figur 20. Antalet infektioner/100 vårdtagare

För att nå upp till vad smittskydd och Vårdhygien, som är referensenhet i Region Jönköping, klassificerar som ”God vårdhygienisk standard” så ingår, utöver det verksamhetsnära kvalitetsarbetet;

- Följsamhetsmätningar gällande Basala Hygienrutiner (4 gånger per år i Vaggeryd). Mätningarna utförs av särskilt utbildade hygienombud.
- Mätning av förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) månadsvis. Dessa utförs av sjuksköterskor i Hälso- och sjukvården

10. Kompetensförsörjning

Statens utredning ”Samordnad utveckling för god och nära vår” och Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, har inneburit en förskjutning av vården. Idag sker snabbare utskrivningar från slutenvården än med tidigare lagstiftning vilket därmed har fått till följd att patienterna allt tidigare hamnar i kommunerna för fortsatt återhämtning. Kraven på ökad medicinsk kompetens ökar i takt med att allt mer avancerad vård sker i hemmet. Behovet av arbetskraft är större än tillflödet vilket är en stor utmaning. Rekrytering av personal till förvaltningen har pågått under hela året och såväl inom rehab- som inom sjuksköterskeorganisationen har man under 2019 lyckats att fylla de vakanta luckor som funnits vilket ökat stabiliteten inom dessa yrkesgrupper. Behovet av kompetent personal är dock ständigt aktuellt inte minst inför semestrar och ledigheter och det finns ett fortsatt behov av att arbeta med rekrytering. Kompetenta undersköterskor utbildas inte heller i den takt som det finns behov av.

I förvaltningen kommer det även att behövas en nyrekrytering av dessa, då ett nytt boende kommer att öppnas under året.

För att säkerställa patientsäkerheten har man, inom förvaltningen, arbetat med utbildning och fortbildning inom dokumentation, avvikelshantering och hygien och det finns fortsatta behov av att öka kunskapen inom dessa områden.

En bra introduktion för nya medarbetare, inte minst inför sommarrekryteringen, är avgörande för att bibehålla en god och säker vård under hela året. Genom att planera scheman och bemanning på ett strukturerat sätt så minskar ansvaret på vikarierna vilket genererar mindre negativ påverkan på de olika verksamheterna under semesterperioderna.

Analys och Framåtblick

God Demenssjukvård

I samband med att de nationella riktlinjerna trädde i kraft hösten 2017, formade strategigrupp äldre uppdragen att;

Implementera de nya nationella riktlinjerna, genomföra lokala GAP-analyser, genomföra seminariedagar i varje länsdel, kartlägga incidens i varje kommun, säkerställa vårdcentralernas delaktighet, planera för strategigruppens äldre-dag hösten 2019, samt delta vid Socialchefsträff under våren.

Det finns utmaningar inom demenssjukvården! Personer med demens befinner sig under en period i ett gränsland, dels mellan vårdcentral och kommun, men även mellan olika lagstiftningar. För varje individ är all hjälp frivillig, vilket kan vara svårt att hantera för den som har en kognitiv nedsättning. Syftet är ändå att varje individ ska få bästa möjliga vård genom att förbättra kedjan mellan uppdragsgivarna. Kognitiva sjukdomar är väldigt komplexa och ofta även mycket resurskrävande. Oftast är inte läkemedelsbehandling det mest primära, i vården och omsorgen om den enskilda individen.

Ett professionellt och individanpassat bemötande kan ibland vara mer avgörande.

För personalen krävs det flexibilitet och anpassningsförmåga. Det gäller att hitta alternativa utvägar, både vad gäller logistik men även i utformningen av lokaler och i möjligaste mån försöka att anpassa sig efter patientens mående för dagen eller stunden.

Detta är resurskrävande och kan i viss mån vara hanterbart på särskilt anpassade demensenheter. Personer med kognitiva diagnoser återfinns inom kommunens samtliga ansvarsområden. Dessa boendeformer inte är anpassade efter behovet, varken miljömässigt eller bemanningsmässigt och detta är ett dilemma då resurserna fördelas efter diagnos och inte efter behov.

En person, med en kognitiv nedsättning, som är utan demensdiagnos och bor inom ordinär särskild boendeform, kommer att ha samma behov av anpassning gällande miljö och bemötande som den som fått en demensdiagnos på ett demensboende.

Därför behöver kompetensutveckling inom demensområdet omfatta även övriga verksamheter i kommunen. Specialistutbildade undersköterskor inom demensområdet behövs för att möta invånarnas behov.

Inom förvaltningen har vissa förändringar gjorts under 2019, i demensverksamheten. Dagverksamhet och korttidsvård har separerats. En demensavdelning har tillskapats i Skillingaryd och kombineras där med korttids/växelvårdsplatser. Dagverksamheten finns i Vaggeryd och har där renodlats som dagvård. Detta har inneburit en skjuts framåt för dagverksamheten under senare delen av 2019. Demensutredningarna har åter tagit fart och man har nu fungerande demensteam på båda orterna. Kvalitetsregistret BPSD används åter inom demensverksamheten, men en kompetensökning behöver göras och planeras inom detta område. Välfärdstekniken knackar på dörren och förberedelser behöver göras för att ta emot och utbilda och säkra upp inom detta område.

Smittskydd och vårdhygien

Ett tätt och framgångsrikt samarbete bedrivs med smittskydd och vårdhygien. Detta är en nödvändighet eftersom Regionen har en specialistkompetens som inte kommunerna kan upprätthålla. Med framgång har Regionen anpassat kunskap till kommunal verksamhet vilket gett förvaltningen en verktygslåda i det förebyggande arbetet med smittspridning. Eftersom 90 % av vård sängarna finns inom kommunerna är detta samarbete av största vikt. Ju äldre man blir desto mer antibiotika förskrivs och desto fler resistenta bakterier finns det i kroppen. Därför är det angeläget att minska antibiotikaanvändningen och bidra till minskad smittspridning. När resistenta bakterier får fäste, hjälper inte vår tids antibiotika. Kostnaden i pengar och lidande är omfattande. För framtid och nutid kan det vara livsavgörande att satsa på investeringar i förebyggande åtgärder för att minska smittspridningen.

I vårt arbete med äldre och sjuka är det vår skyldighet att inte utsätta patienterna för onödiga smittämnen som kan generera vård skador. Arbetet med Basal hygien och klädregler är en viktig del i detta. Förvaltningens målsättning är att minska risken för vård skador samt att följa gällande lagstiftning. Det är viktigt att fortsätta detta arbete även om resultaten visar att vi är på god väg mot de uppsatta målen. Delmålet är 80 % följsamhet till basala hygien och klädregler. En god basal hygien ligger även till grund för bekämpandet av okända smittämnen som kan dyka upp. Det är därför av största vikt att upprätthålla dessa riktlinjer i förvaltningen och att se till att det skapas utbildningar för gamla och nya hygienombud. Hygienombuden har en viktig roll i det förebyggande arbetet och dessa behövs inom alla de olika yrkesgrupperna och enheterna inom förvaltningen.

Avvikelsehantering

Antalet avvikelser har ökat under 2019, jämfört med föregående år. Rapporteringen av risker och avvikelser har blivit bättre och personal inom flera yrkesgrupper och inom fler enheter rapporterar nu än tidigare. Utbildningar inom avvikelsehanteringen har hållits under 2019 och kommer att fortsätta även under 2020. Man har under 2019 arbetat aktivt med läkemedelsavvikelserna vilket speglar sig i det ökande antalet avvikelser. För att komma ifrån dosetterna, som är orsak till en stor del av avvikelserna, så har man arbetat målmedvetet med att försöka föra över läkemedelshanteringen från dosettindelade läkemedel till dosdelade läkemedel. Det går dock inte helt att komma ifrån den manuella dosettindelningen, då vissa läkemedel kräver individuell dosering från dag till dag. Under sommaren 2019 räknade man ut att det gick åt en sjuksköterska på heltid, enbart för att dela dosetter. Ett försök har även gjorts för att med hjälp av digital teknik (Dosell), för att komma ifrån den mänskliga faktorn. Försöket fick avbrytas då dessa visade sig vara i högsta grad osäkra och inte gick att programmera in. Även signeringslistorna har förbättrats och uppdaterats för att få till en säkrare hantering.

Avvikelserna i samverkan har ökat där de flesta av dessa rör processen.

Egenkontroll av delegeringar kommer att införas under 2020. Detta kommer att göras två gånger per år. Ett flertal avvikelser har upptäckts under 2019 där personal arbetat utan gällande delegeringar. Information har delgivits personal i verksamheten och ett antal indragningar och repressalier har vidtagits för att åtgärda de allvarligaste förseelserna.

Var finns vård sängarna?

90 % av vård sängarna bedöms finnas inom kommunal hälso- och sjukvård. I Vaggeryds kommun finns en förväntad ökning av antalet personer 80+ med 25,9 % under åren 2016-2025.

Grupperna med kroniska sjukdomar ökar i takt med ökad medellivslängd. Även gruppen med psykisk ohälsa står för en märkbar ökning. Akut sjukvård tas idag om hand av sjukvårdssystemet men för övriga grupper med olika sjukdomstillstånd finns det stora oklarheter omkring. En förskjutning av vården har börjat och är pågående. Utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård” pekar ut en riktning mot primärvård och kommuner. Det är en stor utmaning man står inför och en upprustning behövs.

Kompetensförsörjning

I och med lagen om samverkan vid utskrivning har det påbörjats en förskjutning patienterna inom hälso- och sjukvården.

En tidig hemgång ställer större krav på hälso- och sjukvårdsinsatser, men även med utökade hemtjänstinsatser. Avancerade sjukvård bedrivs i hemmiljö av varierande kompetensnivåer, vilket ställer ökade krav på både hemtjänst och hemsjukvård att kunna svara till de ökande behoven med betydligt kortare varsel än tidigare.

Dock har inte kompetensutvecklingen och resurserna hängt med i denna snabba utveckling. Kommunerna måste påtala dessa behov och lyfta frågan kring hur förskjutningen av hälso- och sjukvården ska kunna lösas och hur en omfördelning av resurserna ska kunna göras.

