



**VAGGERYDS
KOMMUN**

SOCIALFÖRVALTNINGEN

Patientsäkerhetsberättelse

2020

Caroline Lundgren

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

2021-03-01

*Medförfattare: Dorya Gustafsson
Johan Stewart*

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER	6
KOMMUNÖVERGRIPANDE VISION OCH VÄRDEGRUND.....	7
ORGANISATION OCH ANSVAR	8
Vårdgivare	8
Socialnämnd.....	9
Förvaltningschef.....	9
Verksamhetschef.....	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	9
Områdeschef.....	10
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)	10
Omvårdnadspersonal/Omsorgspersonal	11
STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING	11
UPPFÖLJNINGSSOMRÅDEN UR ETT KVALITÉTS- OCH PATIENTSÄKERHETSPERSPEKTIV	12
Grundläggande värderingar.....	12
Uppföljningsbara mål	13
Brukarundersökning funktionshinderomsorg	14
Vad tycker äldre om äldreomsorgen.....	15
Hemtjänst.....	16
Särskilt Boende (Säbo)	16
Risk och händelseanalys- händelser och störningar, fel och brister	17
Informationssäkerhet och incidentrapporteringar	17
Klagomål och synpunkter	18
Lex Maria.....	19
Lex Sarah	19
Tillsyn från IVO	20

Avvikelsehantering i Magna Cura.....	20
Delegering och läkemedelshantering.....	20
Samverkan och samarbete	21
Avvikelser i samverkan	21
Säker Läkemedelshantering – Regional Samverkan.....	21
Samverkan Regionen, Hälso- och sjukvård.....	22
Patientnämnden.....	22
Dokumentation	22
Egenkontroll.....	23
Verksamhetsnära kvalitetsarbete	24
Senior Alert	24
Palliativ vård-Vård vid livets slut	24
Svenska palliativvårdsregistret.....	25
God Demensvård.....	27
Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)	27
Mätning av nattfasta - Mätning av ofrivillig nattfasta.....	28
Smittskydd och Vårdhygien.....	28
<i>Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg</i>	<i>28</i>
Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer	29
SARS CoV-2 (Covid- 19)	31
Kompetensförsörjning.....	33
ANALYS OCH FRAMÅTBlick.....	33
God Demenssjukvård	33
Avvikelsehantering.....	34
Kompetensförsörjning.....	35
Smittskydd och vårdhygien.....	35
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet	35

Sammanfattning

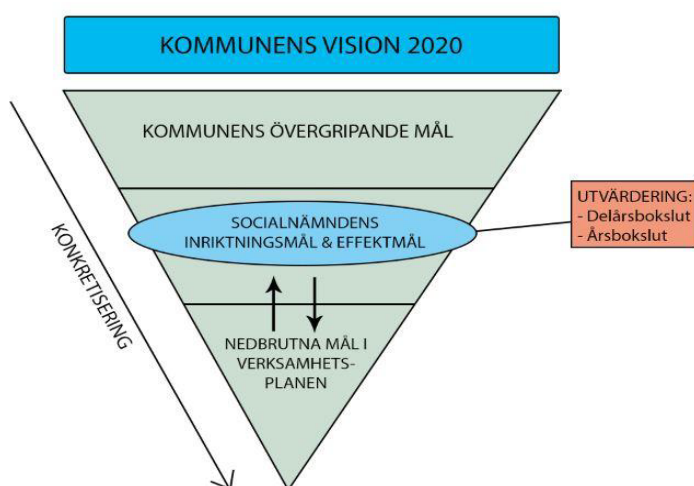
Socialförvaltningen redovisar en årsavstämning gällande följsamheten till SOSFS 2011:9 (ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete) samt en redogörelse för hur nuläget ser ut gällande patientrelaterade avvikelser samt klagomål och synpunktshanteringen. Enligt socialstyrelsen definieras en verksamhets 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 i enlighet med SOSFS 2011:9. Rapporteringen varierar beroende på vilka aktiviteter som pågått under året. År 2020 visade sig inte ta hänsyn till någon planering. I mars tog Covid-19 över samtlig planering och all tillgänglig tid har vigts åt att prioritera att hantera, ett för världen okänt, virus i dess framfart. Förvaltningen har haft ett förhöjt krisläge under större delen av året och efter tillgänglig kunskap arbetat efter de råd och riktningar folkhälsomyndigheten, socialstyrelsen och Myndigheteten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har angivit. Kommunerna har vid flera tillfällen upplevt en nedprioritering vad det gäller både skyddsmaterial och tillgång till riktlinjer. Vårdgivaren har följt myndigheternas råd och riktlinjer när sådana har kommit. Förvaltningen har identifierat en sårbarhet gällande antalet medarbetare, vilket ger en stor påverkan på patientsäkerheten när exempelvis sjukfrånvaron blir förhöjd. Rekryteringsförhållanden är fortsatt svåra med hänvisning till tillgång på personal, främst legitimerade sjuksköterskor. Grupperna har dock visat att medarbetarskapet är starkt då det funnits en flexibilitet i utförandet. Det verksamhetsnära utvecklingsarbetet har, med all rätt, fått stå tillbaka för att prioritera patienters överlevnad och medarbetares säkerhet. Grunduppdraget har utförts med anpassningar efter omvärldsfaktorer. Utvecklingsarbetet har därför planerats om till kommande år med målsättning om att kunna genomföras. Dock kommer arbetat inte att kunna färdigställas under 2021 utan snarare under en tid framöver när kapacitet finns. Aktiviteter som förhoppningsvis kan inledas är t.ex. arbete med Senior Alert, BPSD-utbildningar samt arbete med läkemedelshantering och delegering. Framtiden bjuder dock ovisshet. Förvaltningen rapporterar trots omständigheter, något färre avvikelser. Det finns dock förbättringsarbete att göra gällande hanteringen av avvikelserna och själva lärandeprocessen. Pandemin har visat vilka processer som håller för stark påverkan av omgivningsfaktorer och vilka processer som behöver förstärkas. När pandemin är över kommer förvaltningen att dra nödvändiga lärdomar.



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. Verksamheten styrs av lagar, förordningar, författningar, allmänna råd, avtal, rutiner, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Vaggeryds kommun styrs verksamheterna även av verksamhetsplaner, programbudget och kommunfullmäktiges övergripande mål. Medborgare har rätt enligt socialtjänstlagen att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Socialförvaltningen skall även erbjuda hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).



Figur 1. Kommunens vision

Kommunfullmäktige beslutar om övergripande kommunala mål. Socialnämnden fastställer inriktningsmål för kommande mandatperiod. I programbudgeten fastställs effektmål för socialförvaltningen. Förvaltningens samtliga enheter utarbetar verksamhetsplaner där produktionsmål framgår. Uppföljning 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.

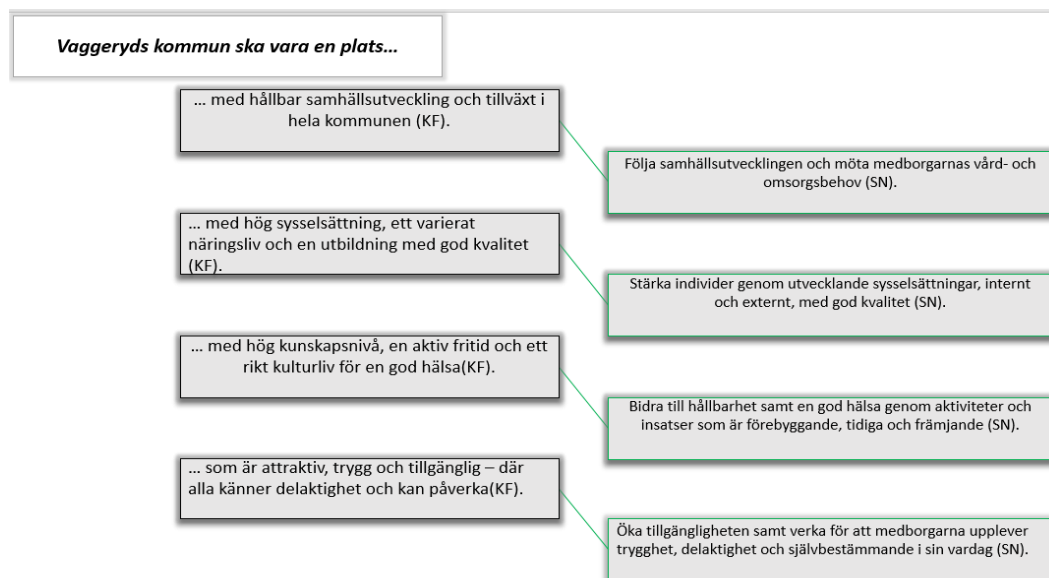
- *Tanke och omtanke*
- *Idéer blir till verklighet*
- *Alla har betydelse*

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.



Figur 2. Kommunens och socialnämndens 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 individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som t.ex. hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SOL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Förvaltningslagen (FL) och offentlighet och sekretesslagen (OSL), patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patient-lagen. Hälso- och sjukvård samt vård och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. 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 patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren har skyldighet erbjuda hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

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.

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

En medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar enligt 2017:30 kap 4, 6§ för att;

1. Att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

-
5. Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - a. Läkemedelshantering
 - b. Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - c. Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fodrar det.

MAS ansvarsområde 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. MAS ansvarar för att årligen, senast Mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år. I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården med vårdgivaren och verksamhetschefen som har det administrativa ansvaret.

Områdeschef

Områdeschef ansvarar för att vård och omsorg bedrivs utifrån gällande lagstiftning, författningar, föreskrifter och lokala rutiner. Områdeschefen ska tillse att personalen har den kompetensnivå som krävs för att tillgodose det vårdbehov som finns hos 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.

Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

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. Hälso- och sjukvårdspersonal 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 enligt SOSFS 2011:9 skyldigheter som berör kvalitetsarbete. Samtliga medarbetare har skyldigheter att anmäla Lex Sarah 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 enligt Lex Sarah, dock för hälso- och sjukvårdspersonal är Lex Maria lagstiftningen suverän. Samtlig personal är skyldig att rapportera till myndighet om risk för att barn för illa enligt socialtjänstlagen 14 kap. 6§.

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 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 lagar, förordningar, föreskrifter 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

avvikelsehantering, 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	Risk- och händelseanalys 4. Händelser och störningar (fel och brister)
5	Klagomål och synpunkter, avvikelsehantering
6	Samverkan och samarbete
7	Dokumentation
8	Egenkontroll
9	Verksamhetsnära kvalitets arbete
10	Kompetensförsörjning

Uppföljningsområden ur ett Kvalitets- och Patientsäkerhetsperspektiv

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 berör samtliga patienter och brukare inom förvaltningen. Hälso- och sjukvårdens personal utgår ifrån etiska koder och principer i sitt arbete för att tillgodose 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 frånga 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 arbetsplatsträffar (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

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 kvalitetsindikatorer

Indikator	2018	2019	2020	MÅL
Basal Hygien	Registrering 4 ggr/år	Registrering 4 ggr/år	Registrering 4 ggr/år	<ul style="list-style-type: none"> • Fullständig registrering på samtliga enheter • 80 % följsamhet
Senior Alert	N/A	N/A	N/A	Patienter på SÄBO <ul style="list-style-type: none"> • Vid inflyttning • I samband med årlig läkemedelsgenomgång • Vid förändrat hälsoläge. Planerad uppstart 2020, förskjuts till 2021 r/t Covid-19
BPSD	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer
Palliativregistret	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	Årlig uppföljning i nationellt register	En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer
Nattfasta	Registrering i december	Registrering i december	Senarelagd på grund av Covid-19	Årligen registrera nattfastan för att kvalitetssäkra och genomföra förbättringar i verksamheten

VRI & Riskfaktorer	Månadsvis HS	Månadsvis HS	Månadsvis HS	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % registrering • Normalvärden i relation till övriga länet
Synpunkter & Klagomål (HOABB)	Tabell	Tabell	Tabell	Ändamålsenlig klagomål och synpunktshandling som ger individen möjlighet att påverka.
Avvikelser	Tabell	Tabell	Tabell	En verksamhet som rapporterar avvikelser så att risker kan förebyggas och verksamheten förbättras
Nationella Brukarenkäten ÄO	Redovisning årligen från socialstyrelsen Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Redovisning årligen från socialstyrelsen Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Redovisning årligen från socialstyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad svarsfrekvens lokalt • Verksamhetsnära förbättringar på årligen utvalda områden
Nationella brukarenkäten FO	Redovisning årligen från socialstyrelsen Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Redovisning årligen från socialstyrelsen Fokusrapporter redovisade på enhetsnivå	Redovisning årligen från socialstyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Bibehållen svarsfrekvens lokalt • Verksamhetsnära förbättringar på årligen utvalda områden

Brugarundersökning 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 *brugarundersökning funktionshinder* är ett exempel på vad som innefattas i egenkontrollen.

Inom boendestödet märktes föregående år en markant ökning av tryggheten med boendestödjarna, denna siffra har i mätningen 2020 åter sjunkit från 89 % 2019 till 72 % 2020 vilket indikerar att detta är ett område som åter kräver arbete för förbättring. Områdena ”Får du

bestämma om saker som är viktiga för dig” (72 % 2019 till 80 % 2020) samt
”*Förstår personalen vad du säger*” (70 % 2019 till 80 % 2020) båda ökat sedan
föregående mätning.

Inom gruppboendestäderna redovisas en ökning från föregående år inom områdena ”Får du bestämma över saker som är viktiga för dig” (från 77 % 2019 till 87 % 2020) och ”Förstår personalen vad du säger” (från 69 % 2019 till 91 % 2020). Inom området ”Pratar personalen med dig så att du förstår” ses en viss minskning då de som upplever att endast några i personalen talar med dem så att de förstår har ökat (11 % 2019 till 22 % 2020).

Den aspekt som ger indikation för förbättring- och utvecklingsarbete inom gruppboendestäderna är framförallt: ”Pratar personalen med dig så att du förstår”.

Inom området daglig verksamhet, ses en minskning från föregående år angående; ”Vet du vem du ska prata med om något är dåligt” vilket är en minskning (från 92 % till 85 %).

Inom området ”Pratar personalen med dig så att du förstår” ses en ökning från föregående år då andelen brukare som upplever att all personal pratar med dem så att de förstår har ökat från 80 % till 91 %. De aspekter som ger indikation för förbättring- och utvecklingsarbete, avser; ”Vet du vem du ska prata med om något är dåligt”. Inom övriga områden ligger kommunen i linje med riket i stort eller något bättre.

Tabell 3. Svansfrekvens Nationella brukarundersökningen inom funktionshinderomsorgen 2020.

Verksamhet	Antal svarande (antal tillfrågade)	Svansfrekvens
Daglig verksamhet	55 (57)	96 %
Gruppboendestäder	31 (35)	89 %
Boendestöd	25 (53)	47 %

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 äldre om äldreomsorgen* är ett exempel på vad som innefattas i egenkontrollen. Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldre-omsorgen.

Hemtjänst

Inom området *"Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten"* ses en ökning sedan föregående år (60 % 2019 till 71 % 2020) vilket även ligger över snittet i länet och riket. Inom området *"Brukar personalen meddela i förväg om tillfälliga förändringar"* ses en minskning sedan föregående år (61 % 2019 till 52 % 2020) här ligger vi även under snittet i länet (66 %) samt snittet i riket (70 %). Inom området *"Fick du välja utförare av hemtjänsten"* har också en minskning skett sedan föregående år (48 % 2019 till 39 % 2020), och även inom detta område ligger vi klart under läns- och rikssnittet som är på 58 %. De aspekter som ger indikation för förbättrings- och utvecklingsarbete, avser; *"Val av utförare"* och *"Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar"*. 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.

Särskilt Boende (Säbo)

Utifrån årets resultat finns flera aspekter där andelen positiva svar minskat. En av förklaringarna till detta kan vara restriktioner som genomförts under pågående pandemi med Covid-19. Många svar ligger dock i paritet med snitten i Jönköpings län samt riket i stort.

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"* och *"Tillgänglighet"* ses minskningar i bland annat 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 53 % att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena, vilket är en minskning sedan föregående år (64 %) och sämre än Riket (64 %) och Jönköpings län (64 %).

-Inom området *"Sociala aktiviteter"* ses en nedåtgång i att brukarna upplever att de inte är nöjda med de aktiviteter som erbjudits samt möjligheterna att komma utomhus.

-Inom området *"tillgänglighet"* ses en generell mindre positiv syn på möjligheterna att träffa sjuksköterska och läkare vid behov. Även möjligheten att få kontakt med personalen har minskat (från 90 % 2019 till 78 % 2020).

Synpunkter och klagomål är en viktig del i de systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet (SOSFS 2011:9). Inom *området hjälpen i sin helhet* ses en likvärdig siffra för 2020 jämfört med föregående mätning gällande kunskap om vart de ska vända sig gällande synpunkter/klagomål (47 % 2020; 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.

Risk och händelseanalys- händelser och störningar, fel och brister

I det strukturerade arbetsmiljöarbetet genomförs riskanalyser i systemet Lisa, numera Stella. Övriga riskbedömningar och riskhantering 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

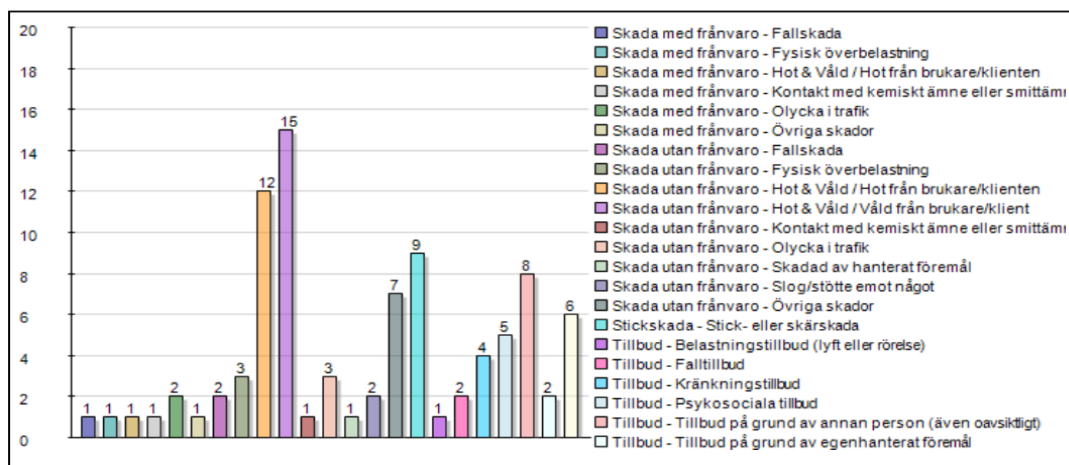
Händelser och störningar relaterade till arbetsmiljö hanteras i systemet Stella, där tillbud och arbetsskador registreras och hanteras systematiskt. Systemägare är personalenheten. För socialförvaltningen ryms inte alla incidenter ännu medan händelserna hanteras i likhet med riskanalys enligt Sveriges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

Informationssäkerhet och incidentrapporteringar

Förvaltningen fortsätter arbetet med informationsklassning enligt KLASSA som metod för att hjälpa verksamheten att välja rätt åtgärd för att skydda sin information. Verktyget är framtaget av SKR. Incidentrapporteringar (aj och oj) ska ske i systemet Stella (tidigare LISA). Där rapporteras samtliga tillbud/allvarliga tillbud och arbetsskador. Jämfört med föregående år så är antalet stick- och skärskador likvärdigt (9 st). Det framgår ej huruvida skadorna medfört risk för blodburen smitta. Förvaltningen har rutiner för den typen av händelser.

Händelsedatum: 2020-01-01 - 2020-08-31
Skadetyper: Visar alla

Lisa Händelsestatistik - Händelse



Figur 3. Fördelning av rapporterade incidenter i Stella (LISA) 2020

Hälso- och sjukvårdsorganisationen klassificeras som en så kallad HRO-organisation (High Reliability Organization) enligt SKR. Det innebär att ledningen för dessa organisationer bör skapa beredskap för att förutse, förebygga och hantera risker och avvikelser. Inom hälso- och sjukvården har man i historiken hanterat patientsäkerhetsarbete och arbetsmiljö sparad. 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. Förvaltningen har en uppskattningsvis god kännedom om risker i verksamheten med hänvisning till en fungerande rapportering av avvikelser.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunktshandlingen inom hälso- och sjukvården förändrades från 2018-01-01. Förvaltningens process skiljer inte på klagomålshandlingen 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 handlingen för att skapa förtroende hos medborgare.

Tabell 4. Översikt klagomål och synpunkter samt avvikelser

	2018	2019	2020
Hjälp oss at bli bättre	2	5	5
Lex Maria	2	1	0
Lex Sarah	2	1	0
Tillsyn från IVO -Uppföljning tidigare Lex (2019) -Missbruksvården -Covid -Medicinsk vård och behandling på särskilt boende	1	3	4
Avvikelser Magna Cura	1643	2217	2138
Avvikelser Regionen	51*	140*	48*
Övriga synpunkter (mail, muntliga mm)	9	5	2
Barn och Unga	10	4	3
Familjerätt	4	1	0
Kontaktfamilj/person	0	0	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).

-Ingen Lex Maria har utretts eller anmälts under 2020.

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 persona inom socialtjänstens verksamheter som styrs av socialtjänstlagen, LSS och socialförsäkringsbalken, har rapporteringsskyldighet. Syftet med Socialförvaltningens utredningar är att kvalitetsförbättra verksamheterna.

-Ingen Lex Sarah har utretts eller anmälts under 2020.

Tillsyn från IVO

Fyra områden har tillsynats av IVO under 2020.

- Uppföljning tidigare lex (2019)
- Missbruksvården
- Covid
- Medicinsk vård och behandling på särskilt boende

Avvikelsehantering i Magna Cura

Avvikelse registreras i verksamhetssystemet, dock endast gällande äldreomsorg och funktionshinderomsorg. Övriga verksamhetsområden följer process för avvikelse- 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 minskat och omfördelats något jämfört med föregående år, se tabell 5.

Tabell 5. Avvikelse fördelning efter kategori och år

Kategori	2018	2019	2020
Bemötande	17	18	18
Brister i informationsöverföring	61	97	104
Avvikelse i samverkan RJL	(51*)	(140*)	(48*)
Dokumentation	51	54	55
Medicinteknisk utrustning	12	24	33
Omvårdnadshändelse	60	120	163
Rehabilitering	6	10	3
Fall	830	965	749
Läkemedel	606	789	1013
Total	1643	2217	2138

*summa av avvikelser från olika kategorier

Delegering och läkemedelshantering

Enligt delegeringsföreskriften (SOSFS 1997:14) 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, vilket är ett område för konflikt mellan ekonomi och säkerhet. 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. MAS kan begränsa delegeringsrätten anpassat till risker i verksamheten. Begränsningar finns idag gällande flertalet uppgifter. Arbetsgivaren skall tillse att medarbetaren har förutsättningar att fullgöra arbetsuppgiften. I Dagsläget råder fortsatt en ojämn fördelning i antalet delegeringsbeslut per personal vilket härleds till personalomsättning. Det har utfärdats 1289 delegeringar kring olika uppgifter under 2020. I detta inkluderas att samma person kan ha flera delegerade uppgifter vilket alla är en unik post. Under 2020 har 541 personer delegerats. Antalet uteblivna läkemedelsdoser dominerar fortsatt läkemedelsavvikelserna, men det finns även brister i hanteringen av narkotiska preparat samt potenta injektioner. Bristerna följs av åtgärdsplaner där verksamheterna får analysera de individuella riskerna och planera för åtgärder.

Samverkan och samarbete

Avvikelser i samverkan

Under 2020 så har händelseråden pausats till förmån för möten gällande Covid-vården. Avvikelser i samverkan har hanterats löpande.

Säker Läkemedelshantering – Regional Samverkan

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. Med anledning av Covid-19 så har intern läkemedelsgranskning genomförts av MAS. Protokoll lämnat till verksamhetschef samt enhetschef för omedelbara åtgärder. På övergripande nivå så har antalet läkemedelsgenomgångar i primärvården gått ner från 73 till 68 % sedan föregående mätning vilket kan ha en påverkan även på kommunernas hälso- och sjukvård. Kommunerna har två representanter i länets läkemedelskommitté samt två representanter i länsgemensam referensgrupp för patientsäkerhet. Det har över en längre tid funnits en brist på läkarkompetens hos de vårdcentraler kommunen har avtal. Avtalet styrs geografiskt. Under Covid-19 har flertalet besök genomförts digitalt vilket är en bra möjlighet som dock aldrig helt får ersätta ett fysiskt besök.

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 avslutat och i full drift. En stor del av samverkansavvikelser härleds till avvikelser från processen. Dessa avvikelser ska hanteras i händelseråd i länets olika delar.

Patientnämnden

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården. Dessa sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården. Vårdgivaren har generellt fåtalet ärenden hos patientnämnden, och under 2020 har inga sådana inkommit.

Dokumentation

Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger. Förändringar sker i dokumentationsstrukturen då skifte av verksamhetssystem pågår. Förändringen sker för att kunna tillgodose socialstyrelsens rapporteringskrav samt för att uppdatera ett gammalt eftersatt system som ej uppfyller kraven för dagens journalföring.

Egenkontroll

Egenkontroll bedrivs inom följande områden.

Tabell 6. Områden för egenkontroll 2020 och fortlöpande.

	Huvudområde	Information
1	Grundläggande Värderingar	Kommunens värdegrund. Uppföljning.
2	Uppföljningsbara mål	Tabell över de mätbara indikatorerna och hur de mäts/redovisas samt mål med mätning.
3	Risk- och händelseanalys 4. Händelser och störningar (fel och brister)	Fortsatt behov av utbildningsinsatser. <ul style="list-style-type: none">• Stella (LISA) (oj och aj) Incidentrapportering.• Support LINK (ej avvikelser i samverkan)• Informationssäkerhet – rapporterade händelser
5	Klagomål och synpunkter (avvikelsehantering)	<ul style="list-style-type: none">• Avvikelsehantering (MC) (kategorisering)• Lex Maria/Sarah• Avvikelser i samverkan RJL• Klagomål & synpunkter, muntlig, samtal, mail mm.• ”Hjälp oss att bli bättre”
6	Samverkan och samarbete	<ul style="list-style-type: none">• Avvikelser i samverkan; sammanställning, Analys, process osv.• Avtal för läkarmedverkan• Säker läkemedelshantering• Samverkansforum• LINK-process
7	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none">• Journalgranskning
8	Egenkontroll	<ul style="list-style-type: none">• Avvikelsehantering MC• Klagomål och synpunkter• Basal Hygienmätning (BHK)• Svenska Palliativregistret• Mätning av nattfasta• BPSD• VRI, Riskfaktorer• Extern (Intern) läkemedelsgranskning• Läkemedelsdelegeringar, fördelning
9	Verksamhetsnära kvalitetsarbete	<ul style="list-style-type: none">• Värdeverkstad ()• Senior Alert (pausad)• Palliativ vård, Svenska Palliativregistret• God demensvård, BPSD• Mätning av nattfasta• Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg (BHK)• Vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer (VRI +Risk)
10	Kompetensförsörjning	<ul style="list-style-type: none">• Behovsbeskrivning

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 är ett kommunövergripande arbete och det är i råder en oklarhet i hur detta fortlöper. Förvaltningen har ej tillsatt tjänsten förbättringssamordnare som tidigare arbetat med verksamhetsnära förbättringsarbete enligt PGSA (planera-gör-studera-agera) och Lean.

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. Samtliga faktorer är viktiga att följa för att arbetet skall kunna målinriktas. Med hjälp av Senior Alert vill kommuner och regioner 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 istället för reaktivt. Senior Alert planerades att återinföras under 2020 vilket har senarelagts med hänvisning till pandemiarbete. 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. Bedömningarna bygger på teamsamverkan vilket innebär att nya team ska bildas och många medarbetare måste utbildas.

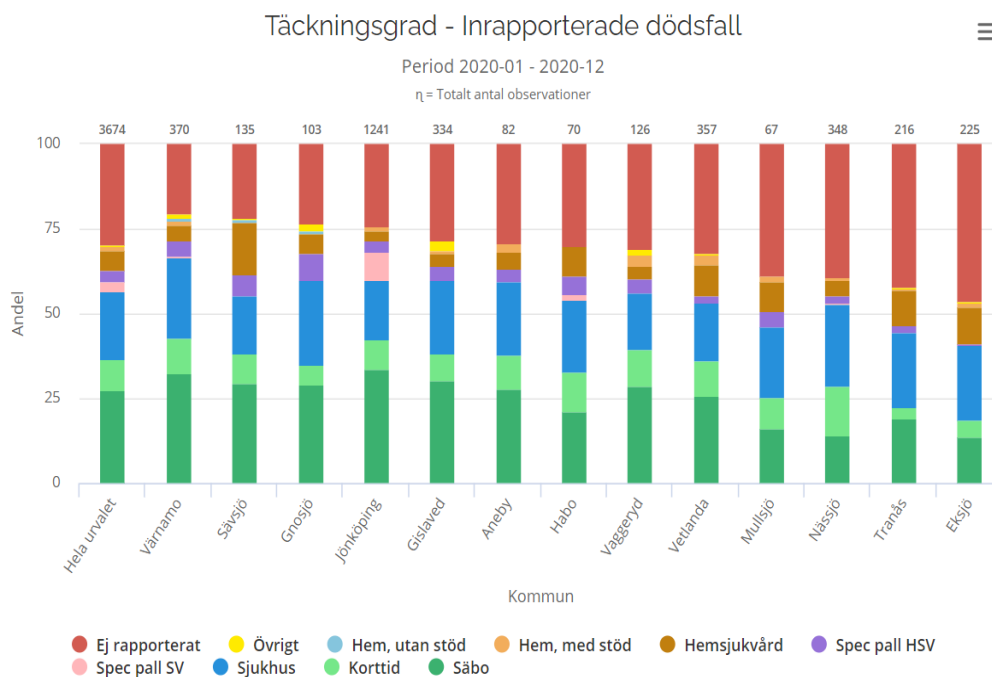
- Mätning görs på alla, en gång per år, i samband med läkemedelsgenomgång
- Mätning görs på alla nyinflyttade
- Mätning görs vid förändrat hälsostatus

Palliativ vård-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

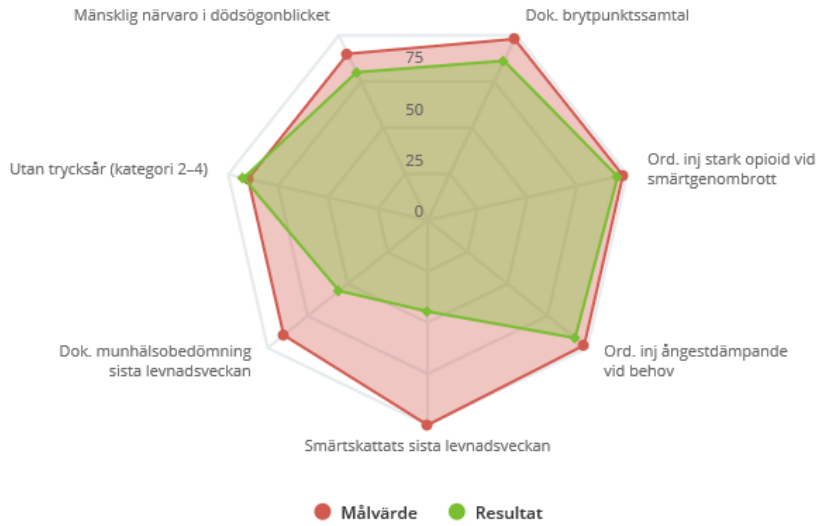
Utvalda insatser för palliativ vård skall registreras i svenskt palliativvårdsregistret. Genomgående för länet är att det brister i smärtskattningar. Smärtlindring ges, men grundar sig inte alltid på att en skattning har utförts. Antalet avlidna med någon form av insats från kommunen var 112 st. oavsett var individen avlidit eller vilken typ av insats. Av dessa har 66 personer registrerats i palliativregistret. Som tidigare år finns brister i dokumentation gällande smärtskattning även om denna parameter är marginellt förbättrad. Det skett förbättring gällande bedömning av munhälsa, dokumenterade brytpunktsamtal utfärdande av ordinationer samt gällande trycksår. Det har skett försämring gällande mänsklig närvaro dödsögonblicket. Viktig parameter är att diagrammet visar en ögonblicksbild som ej talar för ett fullständigt vårdförlopp.



Figur 4. Täckningsgrad i Jönköpings län

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

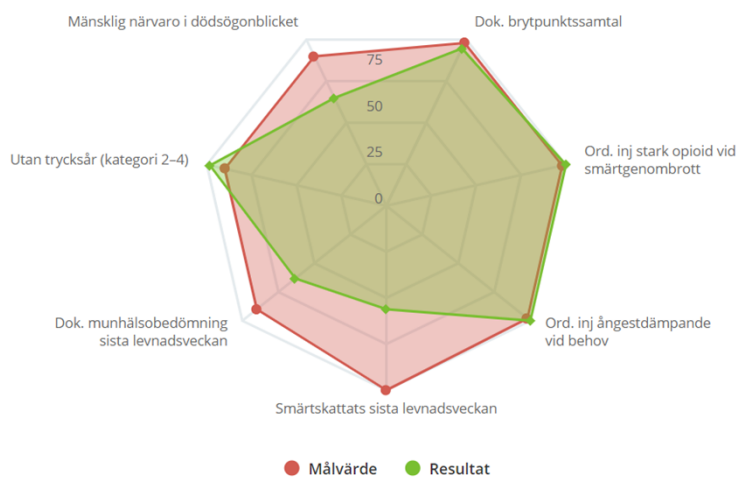
Period 2019-01 - 2019-12



Figur 5. Måluppfyllelse kvalitetsindikatorer 2019, Vaggeryds kommun oavsett vårdgivare

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Figur 6. Måluppfyllelse kvalitetsindikatorer 2020, Vaggeryds kommun oavsett vårdgivare

God Demensvård

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

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. Under 2019 tillsattes ny demenssjuksköterska med syfte att stärka arbetet inom demensområdet i förvaltningen. Planering fanns för utbildningsinsatser under våren 2020 vilket tyvärr senarelagts med sikte på hösten 2021. All planering i nuläget är preliminär med hänvisning till rådande Covid19-läge.

Demenssjuksköterska arbetar inom ordinarie arbetet och har ej möjlighet att driva arbetet framåt i rådande läge utan arbetet är i nuläget strikt behovsbaserat.

Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt 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 med hänvisning till att det vid personalomsättning ej utbildats ny. Detta ligger i planering när de Covid19-relaterade omständigheterna tillåter.

Tabell 7. Antal BPSD-bedömningar i Jönköpings län 2020

	Summa	2020-01	2020-02	2020-03	2020-04	2020-05	2020-06	2020-07	2020-08	2020-09	2020-10	2020-11	2020-12	2021-01	2021-02
Summa	1859	187	148	182	109	150	137	26	106	223	131	156	179	104	21
Aneby	63	8	5	11	0	2	7	0	3	6	6	4	9	2	0
Eksjö	35	0	1	5	5	0	3	2	4	4	3	6	0	1	1
Gislaved	174	23	18	23	9	12	8	1	6	19	11	20	10	12	2
Gnosjö	48	4	2	3	0	2	4	2	2	3	4	8	5	6	3
Habo	13	0	1	1	0	8	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Jönköping	721	72	57	60	56	44	49	9	46	101	55	52	66	47	7
Mullejä	12	1	0	5	0	0	1	0	1	0	1	1	2	0	0
Näsejö	193	9	13	20	7	31	8	0	14	23	8	12	32	15	1
Sävejö	86	14	7	7	2	8	8	0	5	15	7	8	3	1	1
Tranås	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	0
Vaggeryd	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vetlanda	243	23	26	21	14	26	16	6	14	16	22	28	20	8	3
Värnamo	263	32	18	24	16	17	33	6	11	35	11	15	32	10	3

Mätning av nattfasta - Mätning av ofrivillig nattfasta

Sedan 2015 har förvaltningen genomfört årliga mätningar gällande ofrivillig nattfasta, vilket innebär att brukare ej ofrivilligt ska fasta mellan dagens sita mål och nästkommande dags första mål. Brukare väcks ej för att bryta fastan men ska erbjudas mellanmål eller nattmål om denne är vaken. Inga mätningar har genomförts under 2020. Mätningen av ofrivillig nattfaste sker årligen i december, vilket förvaltningen nu har omvärderat då det tillåter få möjligheter till justeringar vid t.ex. risk för smittspridning. Målsättningen är att snarast under våren genomföra mätningen, beroende på när Covid19 - läget tillåter. Skulle mätningarna ej gå att genomföra enligt ursprunglig planering så planeras istället stickprover på utvalda enheter.

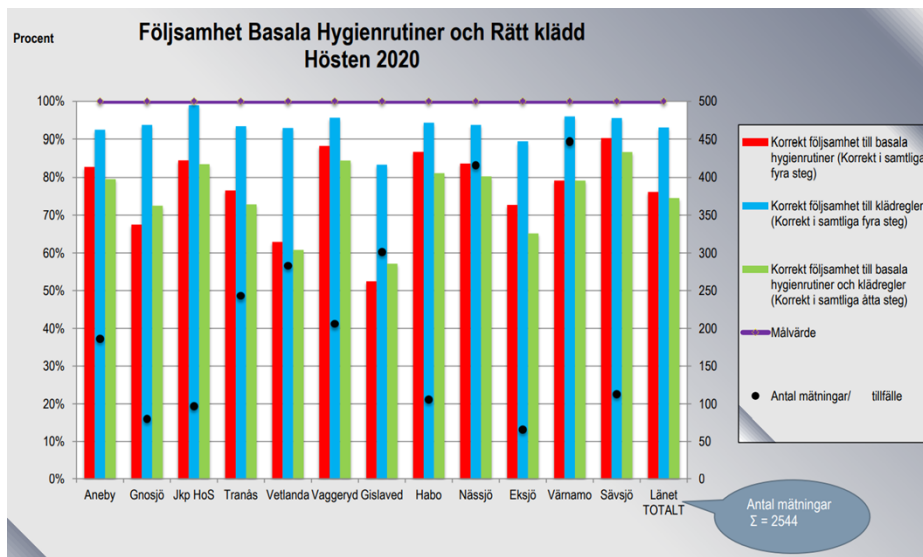
Smittskydd och Vårdhygien

Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg

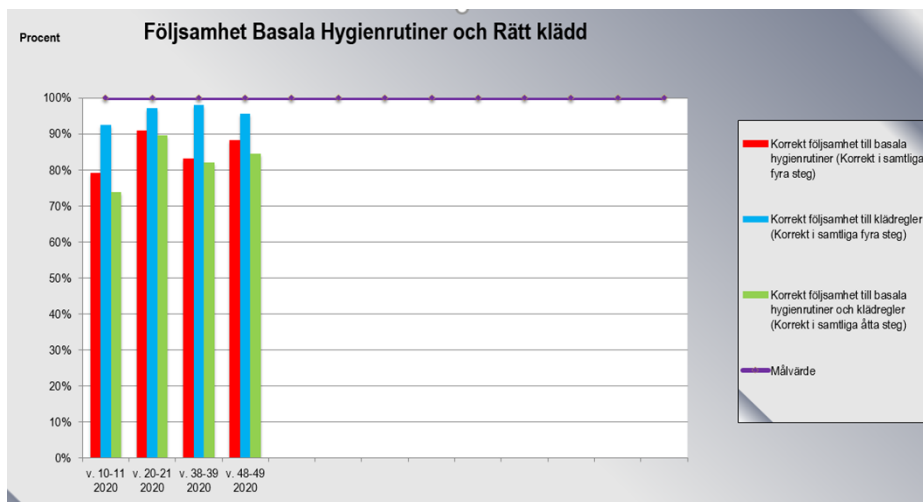
Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften 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 andningsskydd.



Figur 7. Följsamhet till basala hygien och klädregler Jönköpings län

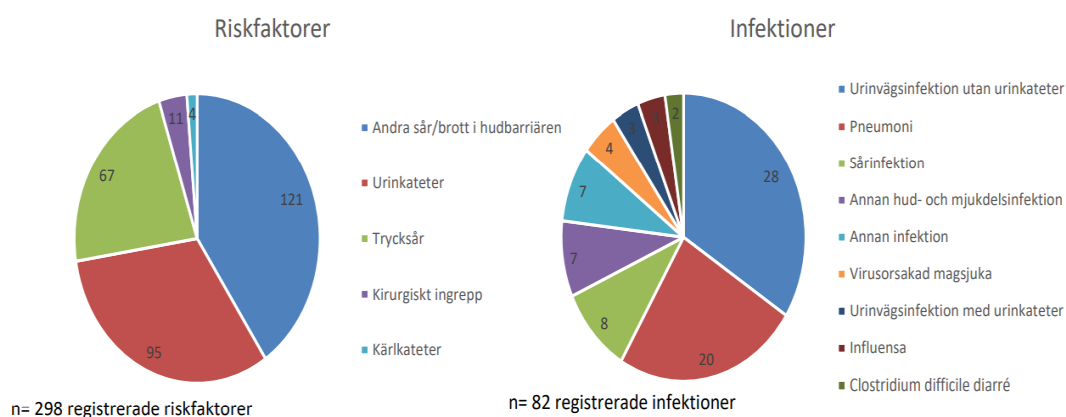


Figur 8. Följsamhet till BHK 2020, Vaggeryds kommun

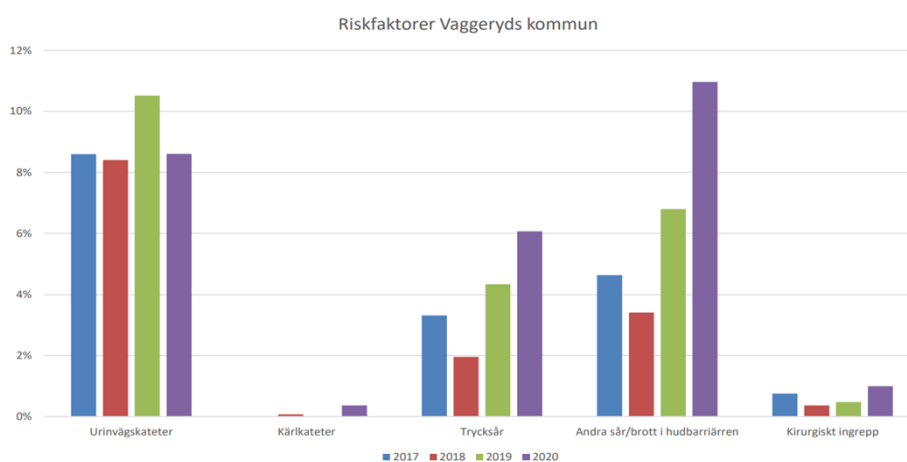
Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer

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.

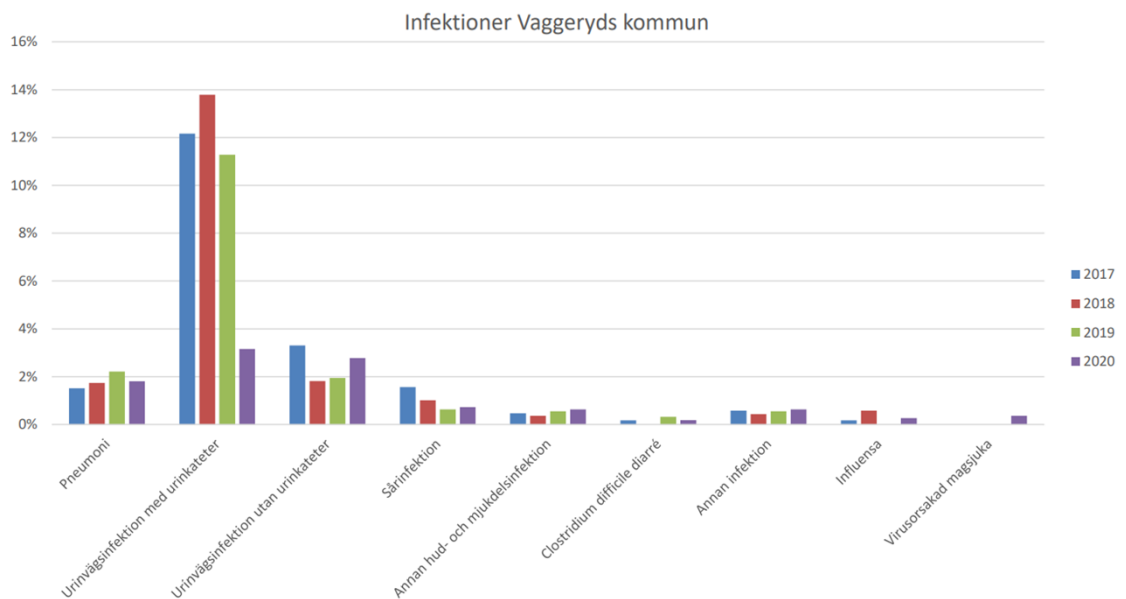
Detta är ett sätt att kvalitetssäkra vården. Förvaltningen kan på detta sätt redogöra för vilka riskfaktorer som figurerar och hur dessa utvecklas. De vanligaste infektionerna som kräver antibiotikabehandling är fortsatt urinvägsinfektion och pneumoni. Den vanligaste enskilda riskfaktorn är andra sår eller brott i hudbarriären och därefter följer urinkateter.



Figur 9. Fördelning av riskfaktorer och infektioner i Vaggeryds kommun 2020



Figur 10. Fördelning av riskfaktorer och infektioner i Vaggeryds kommun 2017-2020



Figur 11. Fördelningen av antal infektioner i Vaggeryds kommun 2017-2020

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

SARS CoV-2 (Covid- 19)

Året 2020 har präglats av den pågående pandemin. Det nya coronaviruset som upptäckts i Wuhan, i centrala Kina som orsakar infektioner i respirationsapparaten. Detta nya virus har fått namnet Covid-19. Viruset ingår i samma virusgrupp som orsakade utbrottet av SARS (Svår Akut Respiratorisk Sjukdom) under 2003. Det framgick i tidigt skede att utvecklingen var okänd men att smittspridningen var snabb vilket minskade förberedelsestiden radikalt

Förvaltningen tillsatte krisledningsorganisation under mars månad vilken har arbetat aktivt efter behov under pandemins gång. Relativt omgående påbörjades ett tätt samarbete med Länsstyrelsen som har fungerat sammankallande mellan kommunerna och Regionen. Stor vikt har lagts vid samlad och enhetlig kommunikation trots snabba förändringar. Ordinarie arbetsuppgifter omfördelades till de som haft högre prioritet för liv och hälsa.

Möjligheten att föregå händelseförlopp har varit obefintliga då viruset visat sig följa få normer. Detta har försvårat arbetet med stora volymer av t.ex. material då förändringar skett omedelbart. Det blev tidigt känt att äldre var en högriskgrupp men kommunens uppdrag sträcker sig över flera riskgrupper vilket behövde tas hänsyn till i samtlig planering. Förvaltningen har från början följt direktiv från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och MSB. I Regionen har Smittskydd och Vårdhygien varit rådgivande organ.

Behovet av skyddsmaterial blev snabbt en global fråga vilket genererat ett behov av att lagerhålla stora mängder material som ej behövts i liknande omfattning tidigare. Det uppstod även global brist på skyddsmaterial vilket påverkade både tillgång, kvalitet och priser. Det läns-gemensamma arbetet kring skyddsmaterial bedöms som viktigt för tillgången. Kvaliteten på materialet har varit av stor vikt då standarden varierat kraftigt. Förvaltningens yttersta mål har varit att skydda och hindra smittspridning. Förvaltningen drabbades av smitta i verksamheten 2020-04 vilket krävde samtliga tillgängliga resurser samtidigt som det på regional nivå planerades för behovet av att skapa enheter för Covid-19 patienter i kommunerna. Detta för att kunna trygga platser till kommuninvånare ifall sjukhusen skulle fullbeläggas. Enheten planerades och färdigställdes 2020-04. Enheten behövde aldrig tas i bruk, men gav en erfarenhet i hur man bygger upp och strukturerar den typen av enhet. Informationsflödet blev snabbt omfattande och under ständig förändring. Standardiserade strukturer byggdes upp men lokala anpassningar var nödvändiga beroende på logistik och demografi. I samband med den uppbyggda Covid-enheten sammansattes ett så kallat Covid-team med funktion att stödja de verksamheter som drabbas av Covid-smittor i det dagliga flödet och med lokala anpassningar. Dessa har visat sig vara en värdefull kunskapskälla och ett stöd i arbetet förvaltningsöverskridande.

Mejeriets särskilda boende var planerat för inflyttning under våren vilket kunde skjutas i tid. Det genererade att personella resurser frigjordes och omfördelades efter behovsinventering. De personella resurserna som tillgängliggjordes sträckte sig ej över legitimerade sjuksköterskor vilket varit en brist under pandemin. Samtliga kommunala resurser inventerades vilket genererade ett fåtal bemanningssjuksköterskor. Naturligt finns en sjukfrånvaro som självfallet förvärras under smittspridning. För hög sjukfrånvaro kan påverka patientsäkerheten negativt. Under 2020-07 meddelade IVO en tillsyn på SÄBO med anledning av Covid-19. Beslutsunderlaget kom förvaltningen till del i oktober. En ny tillsynsinsats inleddes av IVO i november med fokus på hur beslut hos enskilda personer med socialtjänstinsatser hade hanterats av förvaltningen. Ärendet pågår.

I december inleddes arbetet med planering av vaccination mot Covid-19 med planerad vaccinationsstart januari 2021. Dagarna innan jul informerades om att de första doserna anländer mellan jul och nyår 2020. Följande vecka planerades för att kunna vaccinera de första patienterna, vilket inträffade 28 december 2020.

I förvaltningen insjuknade 34 personer i Covid-19. Av dessa så avled 10 st. till följd av sjukdomen. Samverkan och samarbete har intensifierats med flertalet olika mötesforum. Kommunens vårdcentraler har varit en aktiv medspelare vilket har genererat en ökad trygghet för både patient och medarbetare.

Kompetensförsörjning

En förskjutning av vården pågår i inriktning med den statliga utredningen för en god och nära vård. Tyngdpunkten ska ligga hos primärvården, dit även kommunens hälso- och sjukvård tillräknas. Förvaltningen behöver möta de ökade kraven på komplexiteten i vården som bedrivs i vårdgivarens regi.

Rehabiliteringen har utlokaliseras ifrån sjukhusen och idag finns endast ett fåtal rehabplatser på sjukhusen. Övrig rehabilitering ska ske i patientens hem. I dagsläget är organisationerna slimmade och dåligt rustade för förändringar, som t.ex. en smittspridning. Det går ej att förutse framtid men det går att dra lärdomar av historik. Kraven på ökad medicinsk kompetens ökar i takt med att allt mer avancerad vård sker i hemmet. Behovet av arbetskraft är fortsatt större än tillflödet vilket är en stor utmaning. Generellt så krävs en högre bemanningsgrad för att kunna svara till de lagstadgade kraven. I kommunal hälso- och sjukvård finns både demografiska och geografiska utmaningar.

Analys och Framåtblick

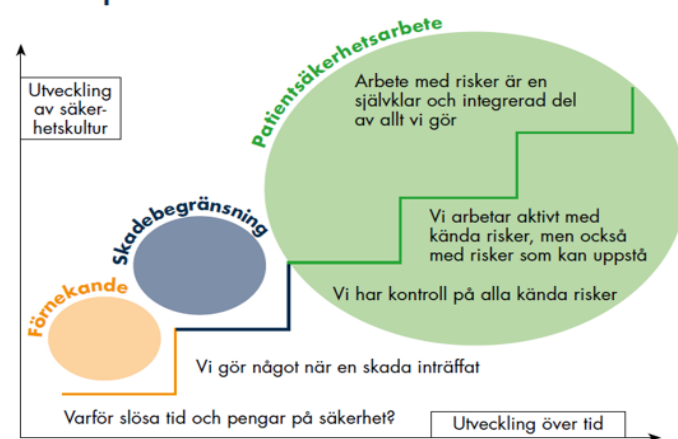
God Demenssjukvård

Området demens kommer alltid att bestå av utmaningar, då det ständigt rör sig i det juridiska gränslandet. Ett professionellt och individanpassat bemötande är oftast avgörande. Medarbetarna behöver därför erhålla den nödvändiga kompetensutveckling som krävs för att kunna utföra och hantera sådana uppgifter. Omvårdnad av demensdiagnoser är främst beroende av att det finns resurser i form av tid och kompetens att möta de individuella behoven. Det finns behov av specialistundersköterskor inom demensvård för att stärka upp ute på enheterna. Vård av demensdiagnoser är resurskrävenad och måste få vara det. Till viss mån kan det hanteras på väl anpassade demensenheter. Individer med demensdiagnos eller BPSD bor dock ej alltid inom de mer anpassade enheterna, men har ändå rätt till samma individanpassning. Implementering av BPSD är planerat snarast möjligt.

Avvikelsehantering

Antalet avvikelser har minskat i jämförelse med 2019, om än marginellt. Det har skett en viss omfördelning i rapportering och det går att dra slutsatser i var förbättringar behöver göras. Det finns en trend i att antalet rapporterade uteblivna besök har ökat under 2020 vilket även har genererat ett ökat antal uteblivna läkemedelsdoser. Uteblivna doser är fortsatt den uteslutande största posten och den står för 50 % av avvikelserna gällande läkemedelshantering. Det största riskmomentet i läkemedelshantering är överlämnandet, och där brister vårdgivaren i för stor utsträckning. Det finns även en ökad brist i hanteringen av narkotiska preparat. Det går ej att isolera enstaka faktorer som brister men även här sker det brister i överlämnandet i större utsträckning än vad som är acceptabelt. Förvaltningens medarbetare hanterar potenta läkemedel och det finns en möjlighet om att inskränka delegeringsmöjligheten ytterligare vilket kan realiseras om handlingsplaner ej uppvisar förbättringar som kan svara mot en god och säker vård. Avvikelse rapporteringen är en egenkontroll av verksamheten på så vis att verksamheten själv rapporterar när den brister. Vi har relativt god kännedom om de kända riskerna. Nästa utvecklingssteg är; hur skapar vi ett aktivt lärande på enheterna. Hur tar vi de uppmärksammade bristerna och skapar forum för utveckling? Här finns det förbättringspotential. Här behöver vi förflytta oss till nästa steg.

Vad är patientsäkerhetsarbete?



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Figur 12. Beskrivning av patientsäkerhetens olika steg (Nationell handlingsplan för patientsäkerhet- Socialstyrelsen.

Kompetensförsörjning

Covid-19 har förtydligat det faktum att kommunerna har en personaltäthet som inte klarar av allt för stora differenser i vårdtyngden. Referensintervallet är smalt. Jourtidsbemanning av legitimerad personal är för liten för att kunna tillse god och säker vård under några andra omständigheter än det som håller sig inom det smala intervallet. Kommunal hälso- och sjukvård har utmaningar som inte finns inom slutenvården och då t.ex. gällande geografi. Det blir uppenbart när det blir fråga om att vara på två platser samtidigt. Detta skapar en känsla av otillräcklighet hos medarbetaren vilket under en förlängning kan leda till ökad rörlighet på arbetsmarknaden. Med de utmaningar som redan finns i att rekrytera kompetent personal så behöver vårdgivaren anstränga sig för att attrahera de legitimerade medarbetare som finns att tillgå. För att svara upp till övergripande mål för socialnämnden behövs; Ökad personaltäthet och fungerande kompetensutvecklingsplanering med regelbundenhet.

Smittskydd och vårdhygien

Under 2020 har förvaltningens arbete med smittskydd och vårdhygien satts på sin spets. Vi har sedan tidigare ett väl fungerande samarbete med smittskydd och vårdhygien. Flera års hygienarbete har satts på prov. Pandemin sköljde över som en våg och det fanns ingen möjlighet till att någon skulle kunna vara förberedd. Durationen är lång och ju längre den pågår ju mer utarmar den personella resurser. Förvaltningen har arbetat utefter de allmänna råd som inkommit även om det varit långt ifrån tillräckligt. Det är för tidigt att dra några slutsatser gällande Coronapandemin. Den är fortfarande pågående. I vårt arbete med äldre och sjuka är det vår skyldighet att inte utsätta patienterna för onödiga smittämnen som kan generera vårdskador. Det krävs dock goda förutsättningar för sådant arbete. Nationen har blivit varse om vad smittspridning innebär i realiteten. Virus rör sig. Förvaltningen kan fortfarande bli bättre inom detta område. Konsekvenserna av att inte vara bra är för stora. Förvaltningen kommer inte att dra slutsatser av Coronapandemin under en pågående pandemi.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Under 2020 släpptes nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Mot bakgrund av de förändringar och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför ser regeringen behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan och att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet. Handlingsplanen ska stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Handlingsplanen ska även stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet (Agera för säker vård- Nationell handlingsplan för patientsäkerhet 2020, Bilaga 1). Vårdgivaren behöver under kommande år påbörja arbetet utefter handlingsplanen. Arbetet är långsiktigt och omfattande och sträcker sig över flera år.