



Patientsäkerhetsberättelse

2021

Caroline Lundgren

Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska

Hanna Schoeneck

Utvecklingsledare

Malin Broddegård

Enhetschef Kvalitet och
Utveckling

Innehållsförteckning	
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Kommunövergripande Vision och Värdegrund	5
Organisation och ansvar	6
Vårdgivare	6
Socialnämnd	6
Förvaltningschef.....	6
Verksamhetschef.....	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	7
Områdeschef	7
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	7
Stödfunktion kvalitet och utveckling	8
Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg.....	8
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	9
Uppföljningsområden ur ett Kvalitets- och Patientsäkerhetsperspektiv	10
Grundläggande värderingar.....	10
Uppföljningsbara mål.....	10
Risk och händelseanalys – händelser, störningar, fel och brister.....	13
Incidentrapportering	14
Klagomål och synpunkter	15
Dokumentation	25
Egenkontroll	26
Verksamhetsnära kvalitetsarbete.....	37
Kompetensförsörjning.....	37
Analys och Framåtblick	37
Dokumentation	37
Avvikelsehantering	38
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.....	39
Kompetensförsörjning.....	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 i enlighet med SOSFS 2011:9. Rapporteringen varierar beroende på vilka aktiviteter som pågått under året.

Med optimistiska steg vaccinerade vi oss in i 2021 med förhoppningen om en period av återhämtning för verksamheterna efter en tuff period med covid-19. Viss återhämtning blev det med goda vaccinationseffekter och en tydlig påverkan på smittspridningen. Verksamheterna har dock fortsatt att arbeta under stor press och under näst intill samma förutsättningar gällande massiva provtagningar, hög sjukfrånvaro och ett utökat uppdrag gällande både smittspårning, arbete med skyddsutrustning och vaccinationer. Verksamheten är sliten, det finns inte lämpligare ordval. Verksamheterna har visat på enorm flexibilitet under det gångna året för att tillse Vaggeryds kommuns invånare med en nödvändig hälso- och sjukvård, den vård och omsorg samt stöd och service som uppdraget innebär. Förvaltningen har än dock lyckats hålla en acceptabel nivå trots pandempåverkan om vi ser till de egenkontroller som genomförs under året. Det har inte funnits utrymme för nya projekt utöver införandet av verksamhetssystem och avvikelshanteringssystem. Verksamheten fortsätter att rapportera avvikelser i ungefär samma nivå som tidigare, men det finns en tydlighet i skillnader mellan olika verksamheter och enheter samt utvecklingsområden. En vinst är att det nu finns ett avvikelshanteringssystem som täcker alla förvaltningens verksamhetsområden och som möjliggör både en hantering av avvikelser med god kvalitet och ett lärande. Det finns nu även en funktion i verksamheten som hanterar utredning av missförhållanden inom SoL och LSS-lagstiftningen sett utifrån socialtjänstens perspektiv (Lex Sarah) vilket ses som en bidragande faktor till ytterligare ökad kvalitet. Förvaltningen behöver arbeta aktivt med kompetensförsörjning och personaltäthet samt dra lärdomar av pandemin och de granskningar som genomförs i samband med detta och inte se dem som ett undantag med hänsyn till pandemin. Målsättningen är att vårdgivaren/förvaltningen skall erbjuda en vård som ska;

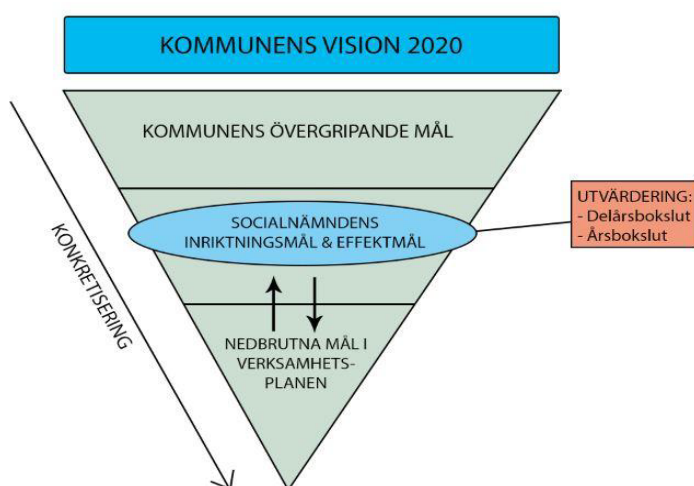
- vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso-och sjukvårdspersonalen

- vara lättillgänglig

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.

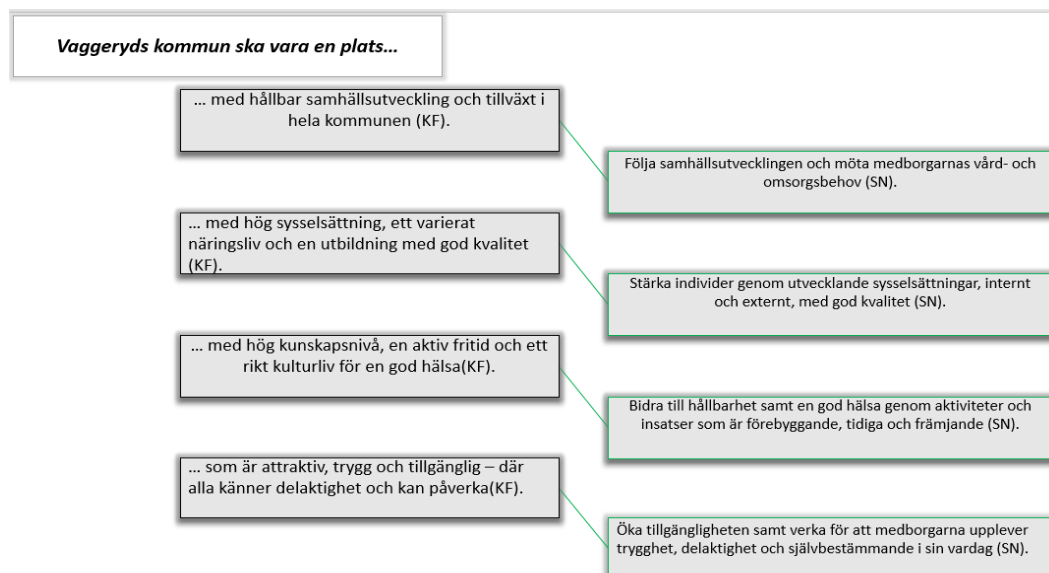
Tanke och omtanke

Idéer blir till verklighet

Alla har betydelse

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, Region och kommun i fråga om hälso- och sjukvård som myndigheten, Regionen 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;

- Att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - Läkemedelshantering
 - Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar 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 mellan vårdgivaren, MAS 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.

Stödfunktion kvalitet och utveckling

Enheten för kvalitet och utveckling inom socialförvaltningens Stab arbetar i direkt kontakt med verksamhets- och områdeschefer för att stödja dem och deras verksamheter i det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med SOSFS 2011:9. Vissa funktioner i enheten arbetar med förbättringsarbete och utvecklingsområden som identifieras årligen i arbetet med internkontroll, egenkontroll, avvikelser, klagomål och synpunkter samt Lex Sarah. Enheten sammanställer, analyserar och följer upp förbättrings- och utvecklingsarbete i förvaltningen ur olika perspektiv i syfte att tillsammans med ansvariga chefer fördjupa förståelsen för och utveckla kvaliteten i det arbete som verksamheten utför. Enhetschef har delegation att besluta att anmäla allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för Vård och Omsorg, alternativt avsluta lex Sarah-utredning.

Omvårdnadspersonal/medarbetare inom vård och omsorg

Medarbetare som i sin yrkesutövning gör omvårdnadsinsatser, oavsett om de är inom äldreomsorg eller funktionshinderomsorg utgör en grupp som kallas omvårdnadspersonal. De kan i sin anställning ha en annan titel, som till exempel undersköterska eller stödassistent, men tillhör gruppen omvårdnadspersonal. 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 rapportera enligt Lex Sarah vilket innebär att denne i sin yrkesroll enligt lag är skyldig att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i verksamheten enligt Lex Sarah, dock för hälso- och sjukvårdspersonal är Lex Maria lagstiftningen suverän. Samtlig personal omfattas av anmälningsskyldighet gällande barn och unga, vilket innebär att denne är skyldig att anmäla oro för barn när det finns en misstanke om att ett barn kan fara illa. Anmälningsskyldigheten framgår av 14 kap 6 § socialtjänstlagen (2001:453) och skickas till mottagningsenheten.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Socialförvaltningen arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SoL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå god 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 avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser. Uppföljning av förvaltningens kvalitetsarbete 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 -Lex Maria och Lex Sarah
6	Samverkan och samarbete
7	Dokumentation
8	Egenkontroll
9	Verksamhetsnära kvalitets arbete
10	Kompetensförsörjning

Uppföljningsområden ur ett Kvalitets- och Patientsäkerhetsperspektiv

Grundläggande värderingar

Enligt socialtjänstlagens (2001:453) portalparagraf (1 kap. 1 §) framgår att ”samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.” I socialtjänstlagen 5 kap 1-12 §§ framgår särskilda bestämmelser för olika grupper i samhället (barn och unga, äldre människor, människor med funktionshinder, personer som vårdar och stödjer närstående, brottsoffer, våldsutövare och skuldsatta personer) som tydliggör den värdegrund som lagen framhåller att nämnden ska förhålla sig till. Lag SFS (2010:427). Värdegrundsarbetet berör samtliga patienter och brukare inom förvaltningen. Hälso- och sjukvårdens medarbetare 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 frångå principen om människors lika värde. Hälsa är omvårdnadens centrala målsättning.

Utöver den lagstiftade nationella värdegrunden ska socialförvaltningen arbeta i enlighet med Vaggeryds kommuns övergripande värdegrund. Socialförvaltningen har sedan tidigare beslutat att avsätta tid på samtliga medarbetares arbetsplatsträffar (APT). Under 2021 har granskning och tillsyn av verksamheterna visat att det saknas systematisk metod för uppföljning av beslutet. Avsaknaden är mer eller mindre genomgående för hela förvaltningen. Det som framkommit är att arbetet med värdegrund bland annat har fått stå tillbaka på grund av pandemin.

Uppföljningsbara mål

Förvaltningen ska arbeta med uppföljningsbara mål i syfte att ständigt kunna kvalitetssäkra verksamheten. De uppföljningsbara målen ska stå i relation till de krav som de olika lagstiftningarna, föreskrifter och förordningar ställer på förvaltningen. Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll. Nedan följer en tabell på de kvalitetsindikatorer som förvaltningen följer upp årligen.

Tabell 2. Översikt över mätbara kvalitetsindikatorer (egenkontroll).

Indikator	2021	2020	2019	2018	MÅL
Basal Hygien	Registrering 4 ggr/år	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	N/A	<p>Patienter på SÄBO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid inflyttning • I samband med årlig läkemedelsgen omgång • Vid förändrat hälsoläge. <p>Uppstart när verksamheten tillåter.</p>
BPSD	Årlig uppföljning i nationellt register	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	Årlig uppföljning i nationellt register	En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer
Nattfasta	Registrering i december	Delay r/t covid-19	Registrering i december	Registrering i december	Årligen registrera nattfastan för att kvalitetssäkra och genomföra förbättringar i verksamheten
VRI & Riskfaktorer	Månadsvis HS	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	Tabell	Ändamålsenlig klagomål och synpunktshantering som ger

					individens möjlighet att påverka.
Avvikelser	Tabell	Tabell	Tabell	Tabell	Förvaltningen använder arbetet med avvikelser i verksamhetsutvec klande och kvalitetssäkrande syfte samt för att säkerställa preventivt arbete mot vårdskador och andra missförhållanden.
Nationella Brukarenk äten ÄO	Har ej genomförts.	Redovisnin g årligen på Socialstyrel sen	Redovisnin g årligen på Socialstyrel sen Fokusrappo rter redovisade på enhetsnivå	Redovisnin g årligen på Socialstyrel sen Fokusrappo rter redovisade på enhetsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad svarsfrekvens lokalt • Verksamhetsnä ra förbättringar på årligen utvalda områden
Nationella brukarenkä ten FO	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå.	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå.	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå. Fokusrappo rter redovisade på enhetsnivå	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå. Fokusrappo rter redovisade på enhetsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Bibehållen svarsfrekvens lokalt • Verksamhetsnä ra förbättringar på årligen utvalda områden
Nationella brukarenkä ten IFO	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå.	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå. Fokusrappo rter redovisade på enhetsnivå	Redovisnin g årligen på enhets- och verksamhet snivå.	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsmätni ng ur brukarperspekt iv. • Ökat brukarinflytan de och svarsfrekvens. • Verksamhetsnä ra förbättringar på årligen utvalda

Risk och händelseanalys – händelser, störningar, fel och brister

Som en del av det systematiska kvalitetsarbetet ska förebyggande riskanalyser göras i syfte att identifiera eventuella händelser som kan medföra risker som kan påverka verksamhetens kvalitet. Det kan vara aktuellt om ny teknik införs, vid ändring av personalens sammansättning eller vid förändring av rutiner i arbetsgruppen/verksamheten. Verksamheten är utifrån arbetsmiljö även ansvarig för att göra riskbedömningar.

Riskanalyser och riskbedömningar görs på olika nivåer. Både riskanalysen och riskbedömningen ska tydliggöra hur allvarlig inverkan den eventuella risken har samt hur sannolikt det är att den inträffar och utifrån detta tas eventuella åtgärder fram som också ska följas upp. Riskanalyser och riskbedömningar hanteras och upprättas i olika system.

Individnivå

Inom socialförvaltningens verksamheter använder samtliga medarbetare sig själva som verktyg i arbetet gentemot våra brukare/klienter/patienter. Det är inte sällan riskanalyser i verksamheter och riskbedömningar utifrån enskilda medarbetares arbetsmiljö både hör ihop och påverkar varandra. Ett exempel är brukare som utifrån ett funktionstillstånd är verbalt och fysiskt aggressiv. Detta påverkar arbetsmiljön, vilket tas hänsyn till i en riskbedömning. Däremot kan även förhållningssätt och hantering av risker i verksamheten påverka brukares beteende vilket hanteras i en riskanalys. Det är av vikt att se kopplingen mellan riskanalys och riskbedömningar och hur de påverkar varandra på individnivå.

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 separat. 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.

Det finns en osäkerhet i arbetet med riskanalyser och det saknas en systematik i förvaltningen gällande riskanalyser och riskbedömningar på individnivå. Detta är ett förbättringsområde som förvaltningen behöver belysa och tydliggöra mål för i framtiden.

Verksamhet

Som tidigare nämnt ska riskanalyser göras förebyggande i verksamheten när det finns risk för att händelser kan inträffa som kan påverka kvaliteten i verksamheten. Riskanalysen i verksamheten ska också följas upp. I internkontrollplanen framgår hur förvaltningen avser att använda riskanalys i arbetet, vilket också sker inom vissa verksamheter. I det systematiska kvalitetsarbetet, som sker på olika nivåer inom förvaltningen (enhet, verksamhet, förvaltning, nämnd), visar granskning från 2021 att det finns ett behov av genomgång och uppföljning av hur riskanalyser inom verksamheten ska göras, upprättas, följas upp och användas i det fortsatta förbättringsarbetet då de i vissa fall inte upprättas eller följs upp och utvärderas så som det är ämnat.

Störningar och support

Störningar och support kan se ut på olika sätt. Det kan handla om support i olika tekniska system, störningar på grund av driftstopp eller uppgradering av system och dylikt. Det kan också vara användarsupport mellan medarbetare och systemförvaltare. Gemensamt för händelser och störningar i förvaltningens olika verksamhetssystem är att de hanteras av ansvarig systemförvaltare.

Under perioden 2019-2021 har införandet av socialförvaltningens nya verksamhetssystem pågått. Leverantören sköter uppgraderingar av systemet regelbundet. När en uppdatering (release) sker går inte systemet att använda, vilket medför att personal under denna period måste använda sig av den driftstoppsrutin som finns upprättad. Löpande supportärenden som systemförvaltare lämnar till leverantör hanteras utifrån allvarlighetsgrad (S1-S5) där alla nivåer har olika svarstider och prioritet. Samtliga systemförvaltare har tillgång till aktuella felmeddelanden (och gamla) via en plattform för ärendehantering. Under och efter införandet av det nya verksamhetssystemet har behovet av intern och extern support varit högt. Det finns situationer och behov som uppstått som inte varit möjliga att förutse och med ett nytt införande följer flera ”barnsjukdomar” som kräver noggrann hantering för att åtgärda och fortsättningsvis förebygga. Systemförvaltare har fått lägga mycket tid på support, något som ses som en kvalitetssäkring. Detta kan komma att fortlöpa under en tid efter driftstart även om det tycks minska i takt med att verksamheterna kommer in i arbetet med det nya verksamhetssystemet.

Förvaltningen ansvarar även för systemadministrationen i det samverkanssystem som hanterar in och utskrivningar mellan vårdgivare. Under 2021 har majoriteten av ärendena handlat om att administrera nya användare med anledning av den höga omsättningen på legitimerad personal.

Incidentrapportering

Informationssäkerhet och incidentrapporteringar

För att säkerställa att de system som förvaltningen använder är säkra utifrån informationssäkerhet etc., används ett verktyg framtaget av SKR för att se huruvida systemen är tillräckligt säkra eller har brister av olika slag.

När förvaltningen hanterar personuppgifter, till exempel i en mapp på förvaltningens server, eller utifrån en begäran från Inspektionen för vård och omsorg, ska en riskbedömning göras utifrån förvaltningens sätt att hantera personuppgifterna. Kommunledningskontoret ska ta fram en kommunövergripande rutin för detta, dock är det i skrivande stund oklar om rutinen är klar. Socialförvaltningen är drivande i frågor gällande informationssäkerhet och var med tillsammans med representant från kommunledningskontoret och gjorde den första riskbedömningen under 2021.

Vissa typer av personuppgiftsincidenter som sker i kommunal verksamhet ska rapporteras till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Det kan till exempel handla om personuppgifter som blivit förstörda, försvunnit eller kommit i orätta händer. Det kan också vara så att den enskilde kan drabbas av allvarliga konsekvenser av händelsen. Under 2021 har socialförvaltningen rapporterat in tre händelser till IMY; en där två uppföljningar gällande öppenvårdsinsats på barn och unga försvunnit ur verksamhetssystemet (anmälades även enligt Lex Sarah till IVO) och en händelse där det förekom en brist i verksamhetssystemet mellan Vaggeryds kommun och Värnamo kommun. Den tredje händelsen som anmälades var en personuppgiftsincident enligt GDPR gällande felaktig hantering av personuppgifter i epost.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter är sådant som inkommer från brukare, patienter, klienter, vårdnadshavare eller andra anhöriga till förvaltningen. Klagomål och synpunktshanteringen inom hälso- och sjukvården förändrades 2018-01-01. Förvaltningen ska hantera samtliga klagomål enligt samma process, oavsett vilken verksamhet eller enhet det är som tagit emot klagomålet. Det spelar således ingen roll om klagomålet rör socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Målsättningen är att hålla en hög nivå på hanteringen för att skapa förtroende hos medborgare. Klagomålen skall främst hanteras av den verksamhet dit klagomålen riktar sig. Målsättningen är att skapa en transparens och uppmuntra verksamheterna att ta tillvara på medborgarnas åsikter i den mån det rör sig inom ramen för verksamhetens mandat och uppdrag.

Tabell 3. Översikt klagomål och synpunkter samt avvikelser.

	2019	2020	2021
Hjälp oss att bli bättre	5	5	2
Övriga synpunkter (mail, muntliga mm)	5	2	51

Det har inkommit totalt 51 klagomål och synpunkter i olika former till bl.a. socialnämndens funktionsbrevlåda. Det rör sig främst om individärenden men också synpunkter gällande verksamhetens utformning och utförande. Det finns

idag en process för hur samtliga enheter och verksamheter ska hantera klagomål och synpunkter. Det framgår dock att processen inte alltid följs, vilket medför att samtliga klagomål inte diarieförs och därmed är det svårt att säga om antalet klagomål som framgår av tabellen ovan stämmer. Exempelvis dokumenteras inte alla klagomål som inkommer via telefon eller mail till socialsekreterare, enhets- eller områdeschefer och övrig personal och detta leder till en bristande tillförlitlighet på vilka synpunkter som inkommit och hur ansvarig chef har agerat för att åtgärda/hantera dem. Om ett klagomål inkommer och en chef också uppmärksammar att det rör sig om en avvikelse, ska detta i sin tur dokumenteras och upprättas i aktuellt system. Det är tydligt att förvaltningen behöver ta ett helhetsgrepp om klagomål och synpunktsprocessen så denna följs av samtliga verksamheter och så att förvaltningen följer en process som i många fall bör vara kommunövergripande. Det är av stor vikt att uppmuntra och ta vara på delaktighet ifrån invånarna och använda informationen för att utveckla verksamheterna.

Avvikelsehantering

Avvikelse är en händelse som avviker från normal rutin och förväntat förlopp, som medfört eller skulle kunna medfört något oönskat, t.ex. brister som uppstår i verksamheten och som kan drabba den enskilde eller en grupp negativt. Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Avvikelse handlar aldrig om att anklaga eller visa andra personers brister, utan alltid om att förbättra och hitta orsaker till brister så att de inte inträffar igen. Därför ska rapportering av avvikelser uppmuntras och ses som en av medarbetarnas möjlighet att vara delaktiga och påverka utvecklingsarbetet i verksamheten.

Historiskt har socialförvaltningen varit indelat i vård och omsorg och individ- och familjeomsorg. I dessa olika ”ben” har avvikelserna hanterats på olika sätt. För vård och omsorg (inklusive äldreomsorg och funktionshinderomsorg) har avvikelser till och med 2021-10-31 registrerats i det dåvarande verksamhetssystemet. Tidigare individ- och familjeomsorg (barn och unga, vuxen beroende/missbruk, våld i nära relation och uppdragstagare) har hanterat avvikelser med papper och penna. I samband med byte av verksamhetssystem har socialförvaltningen nu ett nytt system för avvikelsehantering. Från och med 2021-05-01 implementerades systemet i de tidigare individ- och familjeomsorgsverksamheterna. Intrycket har till en början varit positivt då avvikelser i vissa enheter registreras med regelbundenhet. Det saknas jämförelsedata för denna verksamhet. 2021-11-01 implementerades systemet även inom äldreomsorgen, funktionshinderomsorgen och hälso- och sjukvårdsorganisationen inom förvaltningen. Dessa verksamheter har en annan vana av att arbeta med avvikelser än övriga och det bedöms finnas en kultur där samtliga medarbetare känner till och medverkar till avvikelse rapportering.

Införandet av det nya avvikelsehanteringssystemet har inte medfört omfattande support vilket tolkas som att systemet uppfattas som relativt enkelt att hantera. Det finns viss skillnad mellan verksamheter och enheter gällande hur mycket

avvikelse som rapporteras och hur de utreds. Avvikelsehanteringssystemet är endast en del av det verksamhetsnära arbetet med att skapa en kultur där avvikelser ses som en del av verksamhetsutvecklingen. Verksamheterna behöver nu arbeta med att konvertera ifrån reaktiva insatser till preventiva. Stöd till verksamheterna i arbetet med avvikelser är ett prioriterat område för 2022 av enheten för Kvalitet och Utveckling. Det handlar om att göra medarbetare trygga i att rapportera avvikelser, att öka förståelsen för vad avvikelser är och hur de kan användas i kvalitetssäkrande syfte. I förlängningen handlar det om att göra medarbetarna delaktiga och drivande i utvecklingsarbetet. En korrekt hantering av avvikelser möjliggör en stor kvalitetssäkring och utvecklingsmöjlighet vilket både medarbetare och brukare/klienter gynnas av.

Utöver kunskapsbehov av själva grunden i avvikelserrapportering har ett utvecklingsbehov gällande utredningsdelen i avvikelshantering blivit tydligt. Detta utvecklingsbehov gäller hela förvaltningen och handlar om utredningen av avvikelser. Avvikelser rapporteras, konstateras och hanteras/åtgärdas akut. Däremot saknas ofta identifiering av bakomliggande orsaker och åtgärder som står i relation till aktuella orsaker. I flera delar saknas även uppföljning av de åtgärder som sätts in. Utbildningsinsatser pågår på chefsnivå och det anordnas workshops när pandemiläget tillåter där syftet och målsättningen är att komma förbättra ovanstående utredningsbrister. Det totala antalet avvikelser i socialförvaltningen har ökat jämfört med föregående år. Täckningsområdet är dock större 2021 då verksamhetsområdet för barn och unga, vuxen beroende/missbruk och våld i nära ingår vilket inte har ingått tidigare år.

Tabell 4. Avvikelser fördelning efter system och år.

	2019	2020	2021
Avvikelser i tidigare verksamhetssystemet (Magna Cura)	2217	2138	1862***
Avvikelser i nya avvikelshanteringssystemet (DF Respons)	N/A	N/A	455***
Avvikelser Regionen	140*	48*	52*

Tabell 5. Avvikelser hanterade i Magna Cura, fördelning efter kategori och år

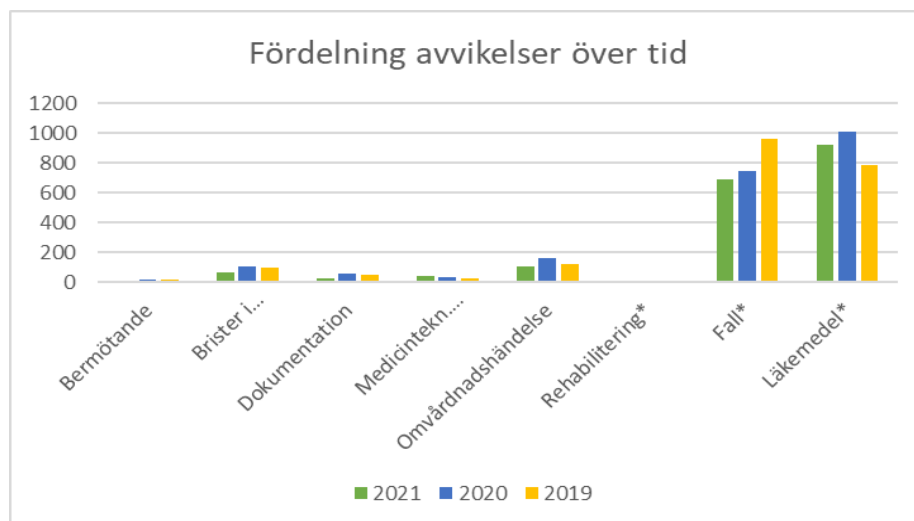
Kategori	2019	2020	2021
Bemötande	18	18	13
Brister i informationsöverföring	97	104	63
Avvikelser i samverkan RJL	(140*)	(48*)	(52*)
Dokumentation	54	55	29
Medicinteknisk utrustning	24	33	39
Omvårdnadshändelse	120	163	104
Rehabilitering	10	3	5
Fall	965	749	687

Läkemedel	789	1013	922
Total	2217	2138	1862**

*summa av avvikelser från olika kategorier

** November och december redovisas separat i DF Respons

*** Magna Cura (ÄHO) - januari-oktober, DF Respons: IFO (maj-dec), ÄHO (nov-dec)



Figur 3. Avvikelser i Magna Cura ÄHO, fördelning, jämförelse 2019-2021

Tabell 6. Avvikelser DF Respons fördelat utifrån händelse.

Typ	Antal	Fördelning
Fall	133	29,2%
Läkemedelshändelse	133	29,2%
Brist i utförande av insats/åtgärd	69	15,2%
Brist i handläggning (myndighet)	41	9,0%
Dokumentation (utförare)	31	6,8%
Brist i samverkan	27	5,9%
Händelser med hjälpmedel	9	2,0%
Bemötande	7	1,5%
Hot och våld	3	0,7%
[Ej kategoriserad]	2	0,4%
Totalt	455	100,0%

Avvikelser; Läkemedelshantering och delegering

Regelverk;

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

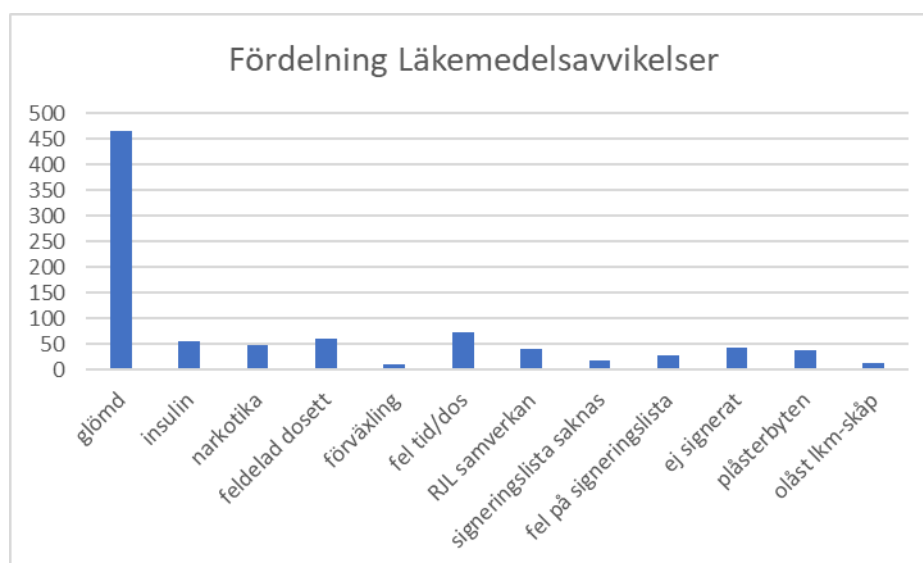
yrkesverksamheten. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten bedrivs så att den uppfyller kraven på god vård.

”Delegering är inte avsedd att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl.”

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.

Under 2021 har förutsättningarna för läkemedelshanteringen satts på sin spets då hälso- och sjukvårdspersonalen har varit under orimlig press dels på grund av utökade arbetsuppgifter och dels på grund av personalbortfall vilket kan relateras till pandemin. Det har ej skett någon allvarlig vårdskada relaterat till bristande delegeringsförfarande men det kan tolkas av avvikelsernas innehåll att det finns en negativ påverkan. Kritik har även lämnats av IVO gällande att man under 2020 utökade delegeringsmöjligheten av potenta läkemedel, vilket har åtgärdats. Det finns ett utökat behov av att stärka upp utfärdandet av delegering samt uppföljning av delegering i verksamheten, då det har skett en förändring i kunskapsnivån i personalgrupperna.

Förvaltningen behöver ta kontroll över läkemedelsprocessen som helhet genom att implementera behörighetsstyrda digitala läkemedelsskåp på boenden så väl som i hemsjukvården. Det är en del av säker hantering.



Figur 4. Indelning av läkemedelsavvikelser efter kategori.

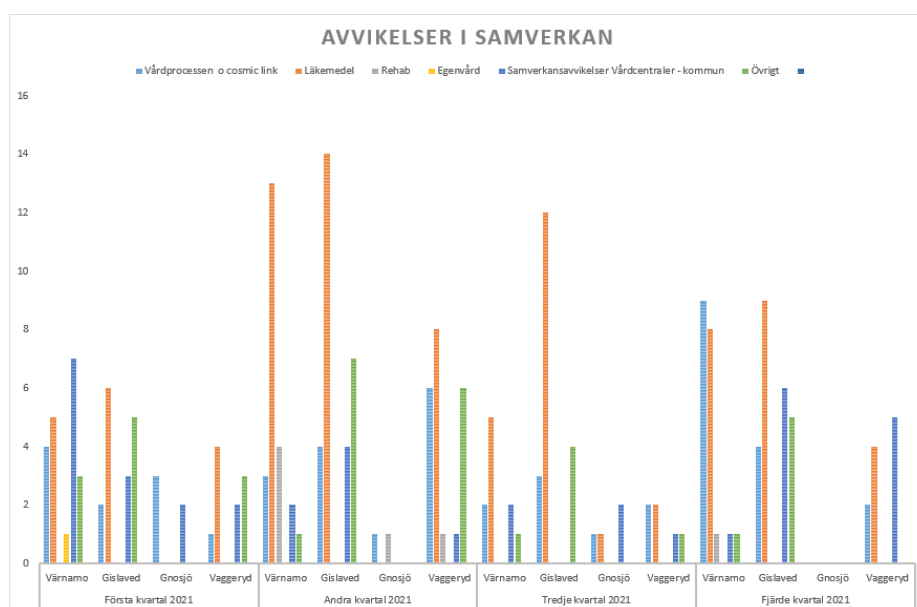
Glömda doser dominerar läkemedelsavvikelsen. Som åtgärd har digital läkemedelssigering föreslagits. Systemet är upphandlat och ligger för implementering på verksamhetsnivå. Större delen av avvikelsekategorier bedöms kunna minskas vid införandet av digital signering. Införandet bedöms även kunna påverka andra typer av avvikelser. Verksamheten har under 2021 genomfört den lagstadgade externa läkemedelsgranskningen vilket resulterande i en handlingsplan för verksamheterna. En analys av granskningen visar att även läkemedelsprocessen påverkas negativt av bristande kontinuitet gällande personal. Kompetens och kontinuitet hos medarbetare bidrar till ökad säkerhet gällande utförandet oavsett process. Bristen av detta ger ökade risker och fler brister i processerna. Även läkemedelsgranskningen pekar i denna riktning.

Avvikelse i samverkan

Händelserådet har sammanträtt under 2021 och lämnar sin rapport till REKO via föredragande tjänsteman på kommunal utveckling. I föregående årsrapport togs det upp att läkemedelsfel i vårdens övergångar fortsatt är en omfattande patientsäkerhetsrisk. Ingen förändring har tyvärr skett under 2021. Läkemedelshantering i vårdens övergångar är fortsatt ett stort problemområde.

Det har skett en delvis förbättring inom RJJ då avvikelserna i större utsträckning följer den angivna processen och återkopplas till den vårdgivare som uppmärksammat avvikelserna. När förvaltningen erhåller svar på de avvikelser som skickas genererar det en möjlighet till lärande och förståelse av den aktuella händelsen.

Genom kommunernas avvikelshantering i samverkan har gapet gällande transport mellan vårdgivarna uppmärksammat och ett arbete pågår nu för att säkerställa hela kedjan.



Figur 5. Översikt avvikelser i samverkan GGvV 2021.

Lex Sarah

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom socialförvaltningen. Arbetet med Lex Sarah och personalens rapporteringsskyldighet regleras i socialtjänstlagen och LSS samt av Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:5. All personal inom socialtjänstens verksamheter som styrs av socialtjänstlagen, LSS och socialförsäkringsbalken, har rapporteringsskyldighet vilket innebär att de, när de i sin yrkesutövning uppmärksammar ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande, enligt lag, är skyldig att rapportera detta enligt Lex Sarah. När en Lex Sarah-rapportering görs inleds alltid en Lex Sarah-utredning. Både rapportering och utredning enligt Lex Sarah görs i förvaltningens avvikelshanteringssystem, i samma ärende som avvikelseutredning sker. Syftet med socialförvaltningens utredningar är att kvalitetsförbättra verksamheterna. När bedömning om att det skett ett allvarligt missförhållande eller en risk för ett allvarligt missförhållande ska ärendet anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under tidigare år har olika roller i förvaltningen gjort Lex Sarah-utredningar. En ny rutin för hantering av Lex Sarah-utredningar utarbetas och kommer att färdigställas under våren 2022.

Under 2021 har tolv Lex Sarah-rapporteringar inkommit och 11 Lex Sarah-utredningar har påbörjats. Lex Sarah-utredningar ska genomföras och färdigställas utan oskäligen dröjsmål. Dock är inte samtliga utredningar som påbörjats under 2021 färdigställda. I januari 2022 är fem utredningar fortsatt pågående.

Utredningarna handlar om följande:

- Brister i teknik- Dokumentation gällande två uppföljningar av öppenvård barn och unga försvann från verksamhetssystemet. **Status:** Anmälan till IVO.
- Brister i handläggning barn och unga- Brister i dokumentation (ofullständig akt, avsaknad av registrerade beslut, ej överensstämmande fysisk och digital akt). **Status:** Avslutad med uppföljning.
- Brister i teknik- Brist i sekretess mellan Vaggeryd och Värnamo kommuners verksamhetssystem. **Status:** Pågående i väntan på återkoppling från leverantör.
- Brister i rättssäkerhet- Inkommen rapport om allvarlig risk för barns hälsa och utveckling efter beslut om att inte ansöka om vård enligt LVU. **Status:** Avslutad. Pågående tillsynsärende hos IVO på grund av att ny kommun anmält Vaggeryds kommun till IVO.
- Brist i utförande- Utomstående har fått otillåten tillgång till medicinskåp. **Status:** Pågående.

-
- Brister i bemötande av anställda- En medarbetare har rapporterat misshandla en brukare på särskilt boende. **Status:** Anmälan till IVO. IVO har avslutat ärendet utan ytterligare åtgärder.
 - Brister i utförande- Brukare har två gånger på tre månader genomfört suicidförsök. **Status:** Pågående.
 - Brister i utförande- Försämrad munhälsa på grund av bristande tandvårdsinsatser. **Status:** Anmälan till IVO.
 - Brister i rättssäkerhet- Felaktig förvaring av dokumentation gällande brukare. **Status:** Avslutad med uppföljning
 - Brister i utförande- Dödsfall inom hemtjänsten/hemsjukvård. **Status:** Avslutad med uppföljning.
 - Brister i utförande och brister i bemötande av anställda- Inkommet klagomål från brukare resulterade i rapportering från medarbetare. **Status:** Avslutad.

Lex Maria

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vård skada inträffat eller om det föreligger 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).

Tre händelser utreddes enligt Lex Maria men bedömdes efter utredning ej genererat någon allvarlig vårdskada och har således ej anmälts enligt Lex Maria. En anmälan gällande medicinsk teknisk utrustning har skickats till läkemedelsverket, då gällande en justerbar toalettstol. Händelsen medförde ingen vårdskada och kommunicerades därför till IVO, men anmäldes ej. En händelse gällande sekretessbrott har utretts enligt Lex Maria men händelsen genererade ej en allvarlig vårdskada. Ytterligare en händelse har utretts med frågeställningar kring läkemedelshantering, men genererade ej någon skada orsakad av vården.

Tillsyn från IVO

Tillsyn avseende omplaceringar och hemflytt av placerade barn

I november månad 2021 skickade IVO ut ett meddelande om information gällande tillsyn avseende omplaceringar och hemflytt av placerade barn under 18 år. Beslut om tillsynen föranleddes av ett regeringsuppdrag om förstärkt tillsyn gällande handläggning av ärenden som berör barn och unga. Aktuell tillsyn är således en del av den förstärkta tillsynen som IVO genomför. Bakgrunden till tillsynen beskrivs av regeringen vara att det finns en tidigare kännedom, sedan flera år

tillbaka, att det förekommer allvarliga brister i socialtjänstens handläggning av ärenden som berör barn och unga. IVO genomförde under 2017-2018 en analys av barn- och ungdomsärenden i kommuner och den slutredovisning IVO presenterade efter granskningen visade att det fanns ”brister i dokumentation, barns delaktighet och handläggning av ärenden för barn och unga inom hela kedjan från hantering av orosanmälningar till uppföljning av insatser och egenkontroll.” Flera av bristerna var även kända och återkommande sedan tidigare.

I begäran om tillsynen belyser regeringen till IVO att tryggheten för placerade barn och unga behöver stärkas. I aktuell tillsyn har kommunen fått svara på en webenkät som handlar om omplaceringar i kommunen under 2021.

Senast den 1 mars 2023 ska IVO lämna en samlad redovisning av uppdraget till Socialdepartementet.

Kvalitetssäkring inom handläggning barn och unga

Efter IVO:s tidigare granskning gällande exempelvis dokumentation har barn och unga genomfört ett dokumentationsprojekt som tillhandahölls bland annat av SKR i syfte att kvalitetssäkra dokumentationen inom handläggning barn och unga. Projektet genomfördes och resulterade i rutiner kring dokumentation som förbättrade kvaliteten på dokumentation inom barn och unga.

I enlighet med de brister IVO tidigare har belyst, finns det inom förvaltningen ett behov av översyn av vilka punkter/delar som ingår i egenkontroll av handläggning barn och unga. Detta för att förvaltningen ska kunna visa på och tydligt se vilka kvalitetsindikatorer inom handläggning barn och unga som fungerar bra/mindre bra och hur förvaltningen arbetar i linje med det IVO lyfter i sina nationella granskningar.

Tillsyn av kontroll av tillstånd för privata utförare av hemtjänstinsatser

IVO gav i maj 2021 beslut i tillsyn gällande tillsyn av kontroll av tillstånd för privata utförare av hemtjänstinsatser. Tillsynen ingick i ett nationellt projekt som samtliga kommuner i Sverige omfattades av. Tillsynens syfte var att granska huruvida Sveriges kommuner kontrollerar att de utförare i privat regi som utför hemtjänstinsatser har tillstånd från IVO.

Beslutet från IVO var att avsluta ärendet. IVO angav i skäl för beslut att Vaggeryds kommun kontrollerar privata utförares tillstånd. Vaggeryds kommun en privat utförare av hemtjänst och IVO konstaterar att denne ha tillstånd från IVO att bedriva hemtjänst. Kommuner har enligt 3 kap 3 § SoL ansvar ”för att systematiskt och fortlöpande säkra att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet”. En del av det ansvaret menar IVO tillgodoses genom att kommunen kontrollerar om den privata utföraren har tillstånd att bedriva hemtjänst.

Behov av systematisk kvalitetssäkring av privata utförare

Förvaltningen har god kontroll på att utföraren har tillstånd att utföra hemtjänst,

men det saknas rutiner och struktur för att på ett systematiskt sätt kvalitetssäkra de insatser som utföraren utför. Då tillståndet från IVO tillgodoser en del av kvalitetssäkringen, finns det flera delar förvaltningen själva behöver belysa och titta på exempelvis avvikelser, verksamhets- och kvalitetsberättelser etc. Förvaltningen behöver arbeta fram en struktur och rutin för att säkerställa och kvalitetssäkra de privata utförare som används inom hemtjänst, men också andra verksamheter och insatser.

Tillsyn av medicinsk vård och behandling

Med start 2020 inledde IVO en omfattande tillsyn som riktat sig mot den medicinska vården för äldre boende på särskilt boende för äldre. Syftet var att granska huruvida vårdgivarna tagit hänsyn till individens behov vid covid-19 och erbjudit adekvat vård och behandling. Syftet är att belysa hur tillgången på hälso- och sjukvård har sett ut. Vårdgivaren har vid två tillfällen utlämnat begärda journalhandlingar i större omfattning. Det kunde vid den första granskningen konstateras att nivån generellt är för låg vad det gäller tillgänglighet av medicinsk vård och kompetens på särskilt boende under covid-pandemins första våg. Vaggeryds kommun bedömdes ha följande brister;

- Det har, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19.
- Det går, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga. brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

Generellt så är kommunal hälso- och sjukvård lågt bemannad i förhållande till antalet patienter och behovet av hälso- och sjukvård. Det finns tydliga studier som visar att en låg sjuksköterskebemanning korrelerar med ökad dödlighet oavsett pandemi. Förvaltningen drar lärdomar av granskningen och kan retrospektivt se att slutsatsen är adekvat, dock inte där och då under de förutsättningar som rådde. Att dokumentationen bedöms vara bristfällig är svårt att yttra om då det råder oklarheter i vilket material som nått IVO. Förvaltningen har vid det andra journalutlämnandets kvalitetskontroller uppmärksammat att det gamla verksamhetssystemet valt bort stora delar av journaler vid utskrift. Det är oklart hur det påverkat den första journalgranskningen. Den första journalutlämningen ägde rum under sommaren 2020 under juni-juli (semestertider) vilket kan ha föranlett att journaler inte var fullständiga vid utlämnandet. Detta har informerats IVO. Förvaltningen är medveten om att det finns brister i dokumentationen generellt. Verksamhetssystemet har bytts ut vilket kan generera förändringar i dokumentationens kvalitet. Detta behöver följas upp och finns med som en prioriterad utvecklingsfråga i förvaltningen som drivs av förvaltningsledning och stödfunktion.

Säker Läkemedelshantering – Regional Samverkan

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. Avtalet uppdateras under 2022 första kvartal. Förändring i avtalet har grund i ett försök att säkerställa en jämlik vård i Jönköpings län. På grund av pågående pandemiarbete så har delar av det grundläggande arbetet lagts åt sidan till förmån för högre prioriterade uppgifter. Det går under en period men det är nu hög tid att få återgå till ordinarie arbetsprocesser. Det har under 2021 inte genomförts systematiska läkemedelsgenomgångar enligt de faktadokument som är gällande. Enstaka har skett men behovet av systematik är tydligt. Under 2021 har GGVV i samverkan med RJL lämnat en skrivelse gällande risker i läkemedelshantering i vårdens övergångar.

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 2021 har endast två ärenden registrerats. Under december månad har MAS-nätverket varit föredragande i patientnämnden, men syfte att belysa hur kommunerna arbetar med patientsäkerhet och avvikelser i kommunerna och vilka risker vi ser i vårdens övergångar. Vårdgivaren behöver bli bättre på att inkludera patienterna vid utveckling av nya arbetssätt. Patienternas erfarenheter kan annars gå förlorade.

Dokumentation

Samtliga medarbetare som arbetar gentemot brukare, klienter och/eller patienter måste sin yrkesutövning dokumentera så att brukarens/klientens/patientens akt och journal innehåller rätt information. Enligt patientdatalagen (2008:355), skall journaler föras i den omfattning lagen anger. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5) framgår det förvaltningen har att förhålla sig till när det handlar om dokumentation.

Mellan medarbetare i förvaltningens olika verksamheter och enheter skiljer sig kunskap, vana och trygghet i att dokumentera åt. I vissa verksamheter lägger medarbetare mycket tid och har god vana av att dokumentera medan det i andra verksamheter behövs både mer kunskap och trygghet i att föra adekvat dokumentation. Det skiljer sig också mellan olika enheter hur de arbetar med kollegial handledning och förbättringsarbete gällande dokumentation i grupp. Under 2021 har förändringar skett i dokumentationsstrukturen då nytt

verksamhetssystem införts. Dokumentation inom äldreomsorg, funktionshinderomsorg och hälso- och sjukvård för efter införandet en strukturerad dokumentation utifrån IBIC (individens behov i centrum) med grund i ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd) och KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder). Förändringarna sker för att kunna tillgodose socialstyrelsens rapporteringskrav samt för att uppdatera det gamla och eftersatta verksamhetssystem förvaltningen tidigare hade som ej uppfyllde kraven för dagens journalföring (äldreomsorg, funktionshinderomsorg, hälso- och sjukvård). De senaste granskningarna ifrån IVO (gällande äldreomsorg och hälso- och sjukvård) har visat på brister i dokumentationen. Bristerna bedöms vara förvaltningsövergripande med undantag för ett fåtal verksamheter. Förvaltningen har sedan granskningarna bytt verksamhetssystem vilket gör att det i nuläget inte går att uttala sig om dokumentationens kvalitet. Dock framgår av flera granskningsärenden under 2021 att dokumentationen brister inom flera områden.

Egenkontroll

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. Egenkontrollen kan innefatta jämförelsedata (nationellt och regionalt). Förvaltningen genomför egenkontroll så som t.ex. jämförelsedata från; svenska palliativregistret, länsövergripande följsamhet till basala hygien och klädregler, vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer, brukarundersökningar och data ifrån patientnämnden med mera.

Brugaruppföljningar

Brugaruppföljningar är en del av Socialförvaltningens egenkontroll. Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella brukarundersökningar inom socialtjänsten är årliga undersökningar som genomförs för flera olika målgrupper och verksamheter inom individ- och familjeomsorg och funktionshinderområdet samt till placerade barn och unga. En annan undersökning är Socialstyrelsen undersökning *Vad tycker äldre om äldreomsorgen*. Nedan presenteras kort resultatet från undersökningarna.

Funktionshinderomsorg

Ser man till helheten i undersökningen som genomförts inom funktionshinderomsorgen så har resultatet i Vaggeryds kommun förbättrats tydligt jämfört med året innan.

Inom boendestödet har resultatet förbättrats med flera procent inom flertalet frågor. Störst positiv förändring ses i svaren på frågan om man känner sig trygg

med personalen. År 2020 vara det 72 procent som svarade att de kände sig trygga och år 2021 var det 86 procent, vilket även är bättre än riksgenomsnittet. 89 procent upplever att de trivs med sina boendestödare jämfört med 76 procent året innan. De frågor där resultatet inte märkbart har förändrats sedan föregående år är *Bryr sig dina boendestödare om dig* och *Får du den hjälp du vill ha av dina boendestödare*. Den frågan som hade lägst positivt resultat är frågan *Vet du vem du ska prata med om något med ditt boendestöd är dåligt* där 69 procent uppgett att de vet det.

Inom gruppboendestäderna ses genomgående en förbättring i resultatet. Framför allt är resultatet bättre jämfört med föregående år om man tittar på frågorna *Får du den hjälp du vill ha hemma*, *Känner du dig trygg med personalen* samt *Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar*. Jämfört med riket så är resultatet i undersökningen på gruppboendestäder genomgående bättre i Vaggeryds kommun. Ett exempel är frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma* där 100 procent har svarat positivt i Vaggeryds kommun, medan 81 procent i riket svarar positivt. Den frågan där något lägre andel svarar positivt jämfört med år 2020 är frågan *Förstår personalen hemma vad du säger*. Det är dock 16 procent mer än resultatet för övriga riket.

Inom området daglig verksamhet är resultatet i undersökningen 2021 i stora drag likt resultatet i 2020 års undersökning. Två frågor har tydligt ett förbättrat resultat och det är *Får du bestämma om saker som är viktiga för dig i din dagliga verksamhet* samt *Vet du vem du ska prata med om något är dåligt på din dagliga verksamhet*. På frågan *Är du rädd för något på din dagliga verksamhet* har 64 procent svarat *Aldrig*. År 2020 var andelen som svarade *Aldrig* 75 procent, vilket innebär att en större andel för 2021 har uppgett att de varit eller är rädda för något på sin dagliga verksamhet. Jämfört med riket är det den enda frågan inom daglig verksamhet där Vaggeryds kommun har sämre resultat än riksgenomsnittet.

Individ- och familjeomsorgen

I FO-undersökningen är en besöksundersökning som genomförs under en månad, men kan förlängas för att ge ett större underlag. Alla brukare som har ett möte eller besök under undersökningsperioden ska erbjudas att delta i undersökningen. Under 2021 var det hög svarsfrekvens på de enkäter som lämnades inom Barn och Ungdomsvård och då till barn och ungdomar över 13 år, samt för de enkäter som lämnades ut inom missbruk- och beroendevård. Dock var svarsfrekvensen enbart 45 procent för de enkäter som lämnades ut till vårdnadshavare inom Barn- och Ungdomsvård varför resultat från den enkäten inte presenteras här.

I undersökningarna ställs frågor som rör hur man upplever tillgängligheten till socialsekreterare både hur lätt eller svårt det är att nå socialsekreteraren via t.ex. telefon, men även hur man upplever hur lätt eller svårt det är att förstå informationen. Andra frågor som ställs är hur stor förståelse man upplever att socialsekreteraren har för sin situation, om man har kunnat påverka vilken typ av hjälp man fått och hur situationen har förändrats sedan man fick kontakt med

socialtjänsten. I enkäten där barn och ungdomar över 13 år har svarat, är resultatet genomgående positivt och mer positivt än genomsnittet i riket. Den frågan där resultatet är lika som riksgenomsnittet och där det finns en liten andel som upplever det negativt är *Frågar socialsekreterare efter dina synpunkter på hur din situation skulle kunna förändras*. Där är det 88 procent som svarat positivt och 13 procent som svarat negativt. Resultatet baseras dock på ett litet underlag (8 svarande) vilket man får ha med sig när man tittar på andelarna.

Inom missbruk- och beroendevård är frågorna liknande. Resultatet är överlag positivt, men något mindre positivt om man jämför med riket. Ett resultat som förbättrats sedan föregående år är hur man svarar på frågan *Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får av socialtjänsten i kommunen*. Andelen som svarade *Mycket* var år 2020 25 procent och år 2021 var det 44 procent. En fråga där resultatet är något sämre jämfört med föregående år är frågan om hur situationen har förändrats sedan man fick kontakt med socialtjänsten. 13 procent svarade *Ingen förändring* och lika stor andel svarade *Försämrats mycket*. Återigen är underlaget i enkäten litet (8 svarande) även om svarsfrekvensen är hög (82 procent).

Äldreomsorgen

För 2021 har Socialstyrelsen ej genomfört undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*, med anledning av pandemin. Undersökningen genomförs istället under januari till och med mars 2022 och resultatet av undersökningen beräknar Socialstyrelsen preliminärt presentera i juni 2022.

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.

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

Senior Alert projekterades för implementering under 2020. Verksamheterna har ej haft personella resurser till ett genomförande under 2021. Målsättningen är fortsatt att förvaltningen skall arbeta med systematisk riskbedömning enligt Senior Alert.

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. Förvaltningen har tillsatt en sjukskötersketjänst som på deltid ska arbeta med att utveckla den palliativa vården. Arbetet har inte kunnat genomföras under 2021 med hänvisning till rådande pandemi.

Svenska palliativvårdsregistret

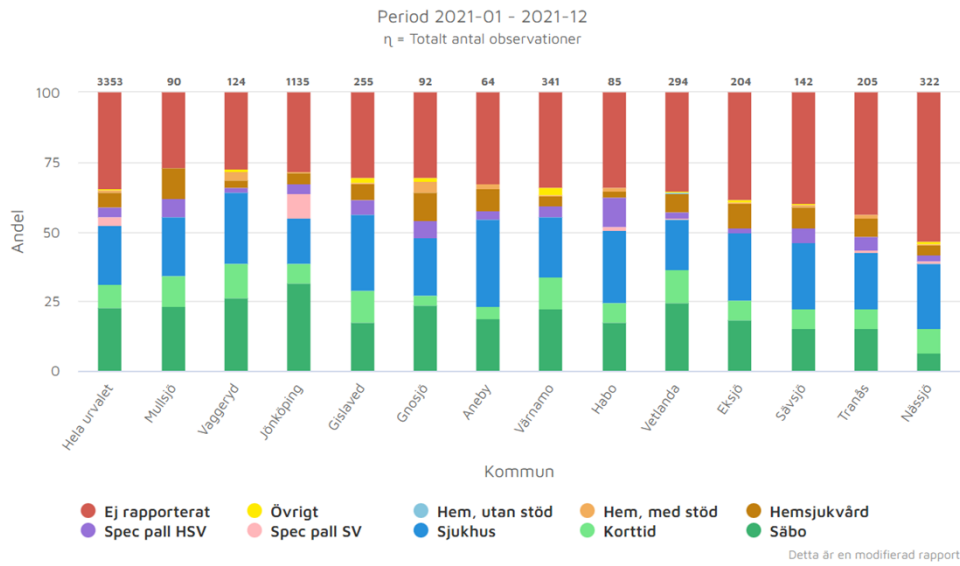
Hälso- och sjukvårdsorganisationen erbjuder anhörig till palliativt registrerade patienter att lämna synpunkter på den palliativa vården i en sk. närståendekät. Deltagandet är frivilligt. Av de synpunkter som inkommit så var majoriteten nöjda med vården. Det inkom synpunkter gällande att det kunde ta lång tid att få hjälp vilket kan härledas till IVO's slutsatser om personaltäthet. Man önskade tätare tillsyner, snabbare insatser och närmre samverkan mellan vårdgivare. Förvaltningen är tacksam för lämnandet av dessa synpunkter då de bidrar till att förbättra verksamheten.

Tabell 7. Antal inregistrerade efterlevandeenkäter

	2020	2021
Vaggeryd Furugården	1	4
Vaggeryd Furugården korttid	1	4
Vaggeryd Skillingaryd Mejeriet	1	1
Vaggeryd Skillingaryd Sörgården		1
Vaggeryd/Skillingaryd Hemsjukvård	1	1

Utvalda insatser för palliativ vård skall registreras i svenskt palliativvårdsregistret. Genomgående för länet är att det brister gällande dokumentation av smärtskattningar. Smärtlindring har varit adekvat men det brister i dokumentation. Antalet avlidna med någon form av insats från kommunen var 124 st. oavsett var individen avlidit. Av dessa har 56 personer registrerats i palliativregistret. Det finns brister i registrering av vissa insatser vilket även noterats i avvikelser under året. Som tidigare år finns brister i dokumentation gällande smärtskattning och munhälsobedömning. Detta bekräftas även av förvaltningens utredningar.

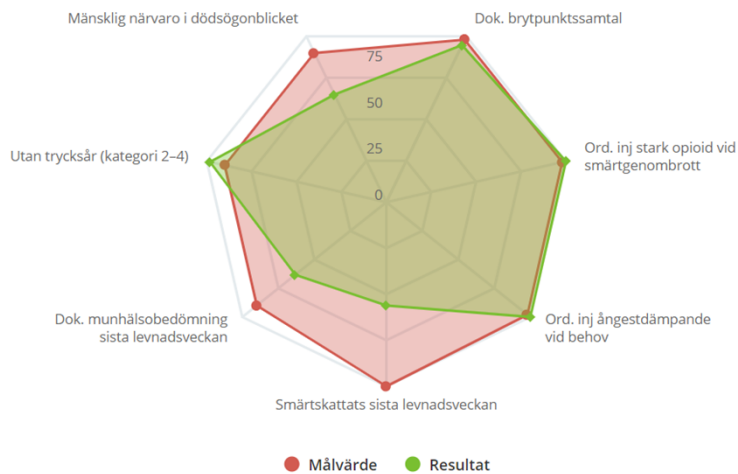
Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall



Figur 6. Täckningsgrad i Jönköpings län

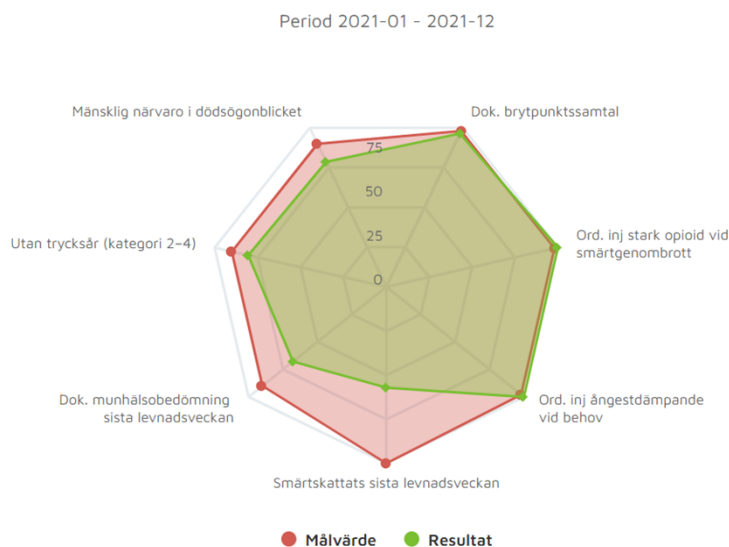
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Figur 7. Måluppfyllelse kvalitetsindikatorer 2020, Vaggeryds kommun oavsett vårdgivare

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Figur 8. Måluppfyllelse kvalitetsindikatorer 2021, Vaggeryds kommun oavsett vårdgivare

God Demensvård

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 på obestämd tid med hänvisning till pandemiläget. Demenssjuksköterskan arbetar inom ordinarie verksamhet och har ej möjlighet att driva arbetet framåt i rådande läge utan arbetet är 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, stort tankeinhåll, 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 pandemiläget tillåter.

Tabell 8. Antal BPSD-bedömningar i Jönköpings län 2021

	Antal	2021-01	2021-02	2021-03	2021-04	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12
Antal	1675	108	126	182	144	179	157	20	58	203	200	161	137
Aneby	50	2	3	5	2	5	7	0	2	3	3	12	6
Eksjö	38	1	4	1	0	6	1	1	2	3	9	7	3
Gislaved	130	12	11	17	15	19	10	3	1	18	10	11	3
Gnosjö	67	6	5	7	9	8	11	1	2	9	5	4	0
Habo	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1
Jönköping	703	47	50	70	59	83	54	9	21	88	95	65	62
Mullsjö	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Nässjö	205	17	9	25	18	17	26	2	15	14	15	23	24
Sävsjö	55	1	4	6	8	4	8	1	2	5	11	2	3
Tranås	15	2	0	1	1	1	1	0	0	3	3	1	2
Vaggeryd	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Vetlanda	184	10	18	19	16	21	8	2	10	30	17	20	13
Värnamo	215	10	21	30	15	14	31	1	3	29	30	15	16

Psykisk ohälsa- Psykiatrisamverkan

Det har skett en märkbar förändring inom området för psykiatri och psykisk ohälsa. Den ökade förekomsten i samhället och i våra verksamheter uppenbarar de brister som finns i samverkan med andra vårdgivare och det tydliggör att det finns ett behov av att stärka upp dessa processer. Arbetet för att förbättra samverkan mellan psykiatrin och kommunerna som vårdgivare har uppstartats på verksamhetsnära nivå. Det finns goda förhoppningar om att skapa de forum som behövs för att bättre möta patienternas behov. Extern samverkan är en viktig del då det ofta rör sig om ett specialistvårdsuppdrag, men det är minst lika viktigt att den interna samverkansprocessen är väl beskriven samt att förvaltningen använder den interna kompetensen för att möta behoven.

Nattfastemätning- Mätning av ofrivillig nattfasta

Sedan 2015 (bortsett från 2020) har förvaltningen genomfört årliga mätningar gällande ofrivillig nattfasta, vilket innebär att brukare ej ofrivilligt ska fasta mellan dagens sista mål och nästkommande dags första mål. Brukare väcks ej för att bryta fastan men ska erbjudas mellanmål eller nattmål om denne är vaken. Mätningen leds av dietist och har ägt rum i början av december 2021. En enhet kunde ej genomföra mätningen i december utan genomför i januari. Separat rapport finns och kommer att användas som handlingsplan för kommande planering.

Smittskydd och Vårdhygien

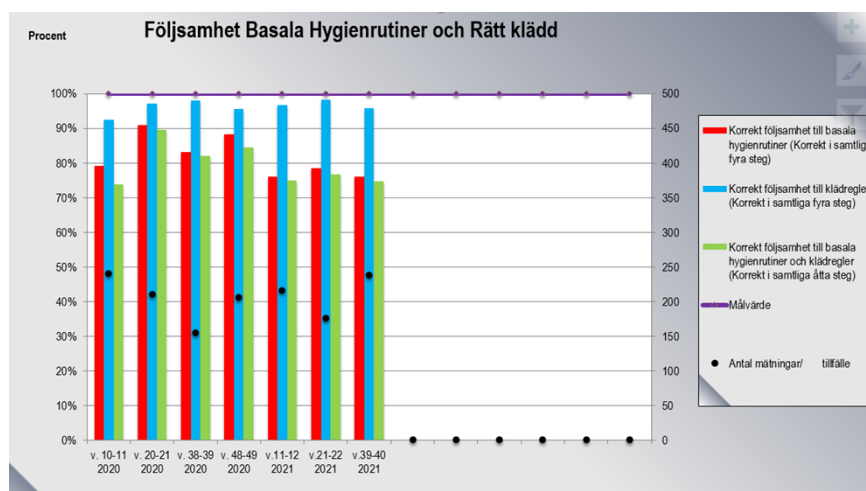
Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg

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 där med även bidra till att minska antibiotikaresistensen. Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.

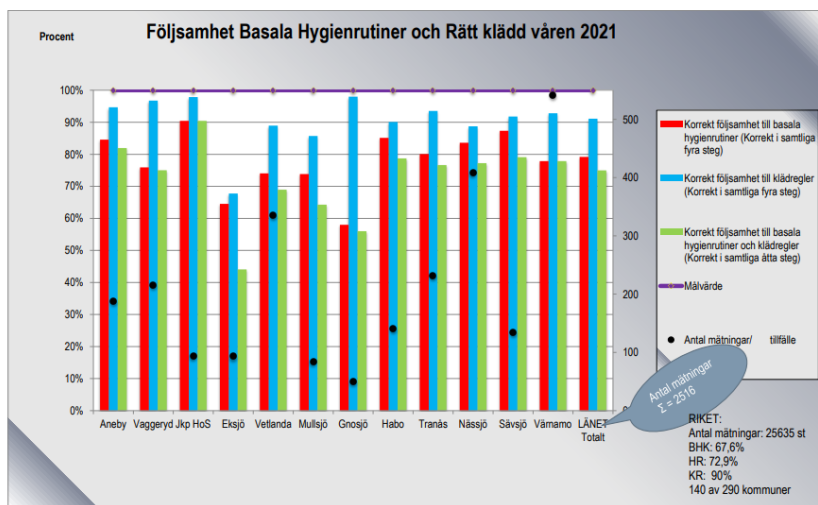
I basala hygienrutiner ingår:

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

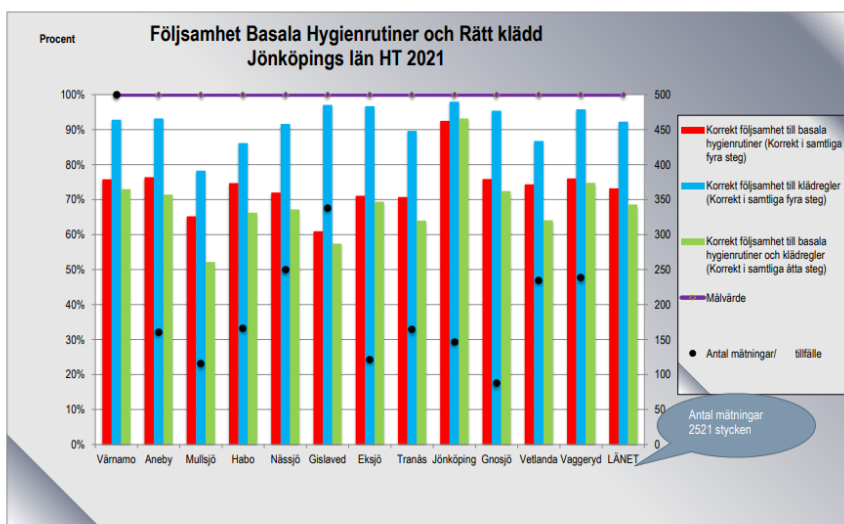
Mätningarna visar på en lägre följsamhet under 2021 jämfört med 2020 och antalet mätningar är i liknande föregående år. Det finns fortsatt arbete att göra gällande följsamheten till SOSFS 2015:10 då det är en stor del i att förhindra smittspridning av allvarlig sjukdom.



Figur 9. Följsamhet till BHK 2020-2021, Vaggeryds kommun.



Figur 10. Följsamhet till BHK våren 2021, länets kommuner.



Figur 11. Följsamhet till BHK hösten 2021, länets kommuner.

Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer

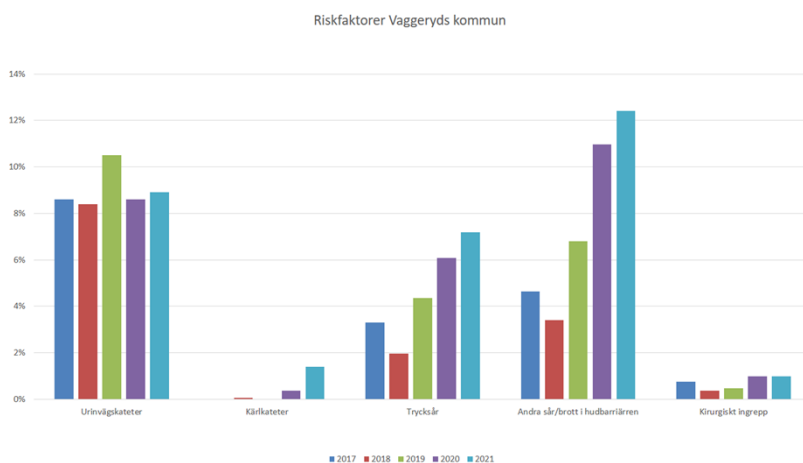
Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Ju fler riskfaktorer som kan identifieras hos en individ, desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga, dels förekomsten av riskfaktorer, dels antalet infektioner förvärvade inom särskilda boenden. Vaggeryds kommun rapporterar månadsvis till smittskydd och vårdhygien och erhåller i gengäld sammanställda data. Leveransen av rapporter för 2021 har vid upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen inte sammanställts men förväntas nå förvaltningen under kommande månad.

För att nå upp till en god hygienisk standard enligt gällande lagstiftning. God hygienisk standard innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten

som möjligt. Detta förutsätter att verksamheten har vårdhygienisk kompetens. I nuläget genomför verksamheten egenkontroll i form av;

- 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
- ”Vårdhygienisk egenkontroll” (implementeras postpandemi)

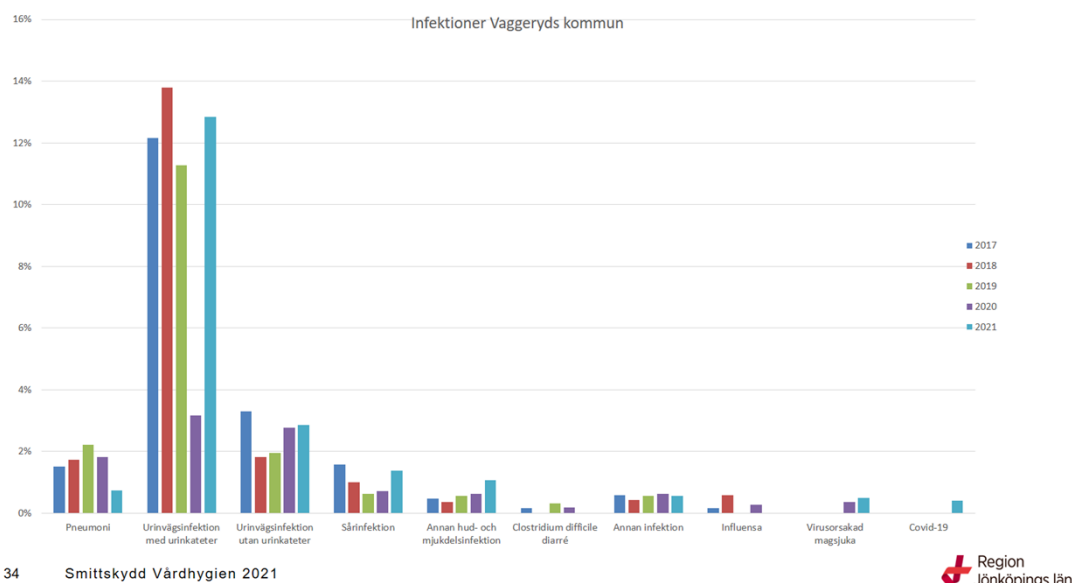
När pandemiläget tillåter kommer ett tillägg att göras som innefattar ”vårdhygienisk egenkontroll” i form av en checklista med tillhörande handlingsplan som ger verksamheten möjligheten att kartlägga om förutsättningarna finns för att uppnå en god hygienisk standard. Det finns en ökad förekomst av registrerade riskfaktorer vilket kan bero på mer komplexa sjukdomsbilder. Förekomsten av urinkatetrar ökar vilket behöver bevakas. Det finns en negativ trend gällande trycksår vilket indikerar vikten av att påbörja arbetet med riskbedömningar och prevention enligt Senior Alert.



Smittskydd Vårdhygien 2021

Region
Jönköpings län

Figur 12. Fördelning i registrerade riskfaktorer 2017-2021.

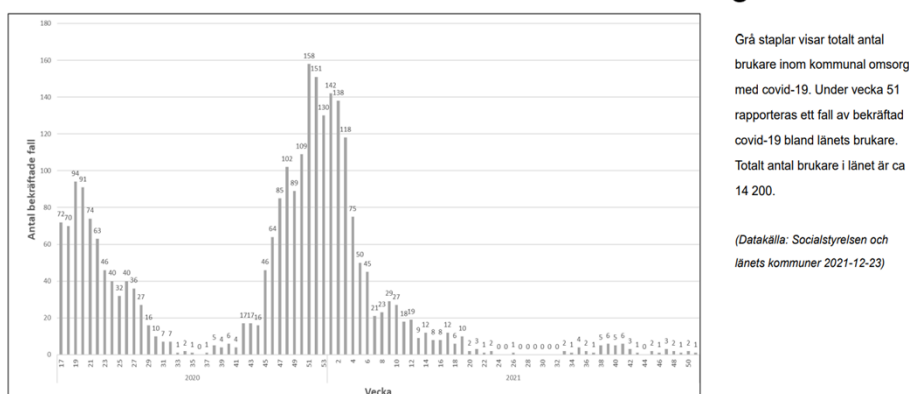


Figur 13. Fördelning i registrerade infektioner 2017-2021.

SARS CoV-2 (Covid- 19)

Viruset ingår i samma virusgrupp som SARS (Svår Akut Respiratorisk Sjukdom). Även 2021 har covid-19 uppslukat större delen av vården och omsorgens resurser i form av ett hårt arbete för att minska smittspridning men även med att vaccinera för att förhindra allvarlig sjukdom och död. Statistiken talar sitt tydliga språk gällande vaccinationens funktionalitet på SÄBO.

Brukare med covid-19 inom kommunal omsorg



Figur 14. Regional lägesbild över brukare med covid inom kommunal vård och omsorg.

Provtagningar och Smittspårning

Under 2021 har provtagningar, screening och smittspårning dominerat samtliga områden. Detta genomförs enligt riktlinjer ifrån Smittskydd och vårdhygien samt Folkhälsomyndigheten, vilket ständigt uppdateras och förändras. Det har lett till att förvaltningen har haft och har mycket svårt att tillse behovet av personella resurser. Det genererar även bristande kontinuitet vilket påverkar

patientsäkerheten i en negativ riktning både kort och långsiktigt. En insats för att minska smittspridning är vaccination. Förvaltningen har maximerat sina insatser för att vaccinera de patienter som kan/vill vaccineras samt att erbjuda medarbetare att vaccinera sig på arbetstid. Målsättningen är att uppnå en hög täckningsgrad även hos medarbetare för att minska risken för att medarbetare smittar både brukare och andra medarbetare. Smittan genererar inte bara sjukdom och karantän för patienter utan även sjukfrånvaro och karantän för personal som då i sin tur inte kan gå till sitt arbete.

Vaccinationer

I december 2020 inleddes arbetet med planering av vaccination mot Covid-19. Vaccination har fortgått under hela året och förvaltningens sjuksköterskor har administrerat en mängd vaccinationer. Totalt 843 vaccinationer ligger utöver den verksamhet som vanligen bedrivs (utdrag ur Svevac).

Tabell 9. Fördelning av förvaltningens utförda vaccinationer under 2021 (Svevac).

Tidsintervall: 2021-01-01-2021-12-31	
Åldersintervall: 18 å - 120 å	
Vaccintyp: Covid-19, Influensa A (H1N1) , Pneumokockinf, Säsongsinfluensa	
Vaccintyp	Totalt
Covid-19	843
Pneumokockinf	1
Säsongsinfluensa	267

Vaccinationerna har medfört en massivt ökad arbetsbelastning, utöver det ordinarie uppdraget. Varje covid 19-vaccination medför omfattande administrativa åtgärder, hantering av läkemedel med olika spädningsschema och delikat hantering, dubbel sjuksköterskebemanning, väntetid relaterat till anafylaxirisk samt restid. Detta har även skett under tidspress p.g.a. första vaccinets korta hållbarhet vilket även lett till schemaanpassningar för att klara att få ut vaccinet innan det måste kasseras. Flexibiliteten hos organisationen har varit total. Patientsäkerhetsrisker har identifierats i samband med vaccinationerna, då främst att kommunerna och RJL arbetar i två olika vaccinationsregister och att vårdgivarna ej ser varandras system. Detta har genererat avvikelser i form av dubbla ordinationer, som påverkat patienter negativt men ej genererat vårdskada. Dessa avvikelser utreds av ansvarig vårdgivare. Den identifierade risken har medfört utökad administrativ arbetsbörda för att säkerställa att patienterna inte ska drabbas av risken för vårdskada.

Covid-19, liksom andra smittsamma infektioner som ESBL och calici-virus visar på vikten av att kunna isolera och bedriva kohortvård. Detta försvåras dramatiskt när det finns delade rum på korttidsenheter. Ett naturligt steg i en säkrare vård för patienten är att avskaffa dubbelrum. Dubbel beläggning avråds ifrån Smittskydd och vårdhygien.

Verksamhetsnära kvalitetsarbete

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 arbetssätt men det saknas stödfunktion för arbetet och kunskap både hos ledning och medarbetare för att utveckla och driva arbetet framåt. Om det verksamhetsnära kvalitetsarbetet skall prioriteras så behöver en grundläggande, hållbar struktur byggas.

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. Resurserna är knappa oavsett vårdgivare och en omställning har ej skett i den utsträckning den borde i primärvården för att vara redo att ta emot förskjutningen på ett säkert sätt. Resurserna har ej omfördelats, endast patienterna.

Antal inskrivna patienter i hälso- och sjukvården under 2021 var i snitt 351 st. fördelat på 21 st. heltidsanställda sjuksköterskor. Under 2021 har den höga belastningen av bl.a. vaccinationer, provtagningar och karantän genererat 340 dagar korttidsfrånvaro hos sjuksköterskeorganisationen, hela 11 sjuksköterskor har valt att avslutat sina tjänster, 13 nya har anställts men det finns fortfarande tre vakanta tjänster som ej tillsatts. För att täcka den utökade arbetsbelastningen och sjukskrivningar har 18 hyrsjuksköterskor nyttjats var av 14 av dem har avslutats av olika skäl. Kontinuiteten påverkas negativt och det tär på hela organisationen. Belastningen på den kvarvarande ordinarie sjuksköterskeorganisationen ökar ständigt. Det blir svårt för professionen att upprätthålla en arbetsledande roll samt att tillse att förvaltningens rutiner åtföljs. Situationen för sjuksköterskeorganisationen är inte unik utan är likvärdig även hos omvårdnadspersonalen, vilket tillför ytterligare ökad patientsäkerhetsrisk. Vid för hög personalomsättning ökar risken för att rutiner inte upprätthålls i det verksamhetsnära arbetet. Gapen blir fler.

Analys och Framåtblick

Socialförvaltningen är kommunens andra största förvaltning, som utför insatser utifrån socialtjänst och hälso- och sjukvård. Patientsäkerheten och rättssäkerheten ska prioriteras och det är av största vikt att våra brukare/klienter/patienter får vård, omsorg, stöd och service av hög kvalitet. Arbetet i verksamheterna tydliggör vad som görs bra, men också vad som behöver utvecklas. Följande områden är återkommande och lyfts särskilt fram i analys och framåtblick inför kommande år.

Dokumentation

I de granskningsärenden som skett i förvaltningen och ett av de sedan tidigare identifierade utvecklingsområdena är dokumentation. Det har visat sig både genom intern granskning, tillsyn från IVO och genom identifierade

utvecklingsområden som förvaltningsledning lyfter. Det finns en samstämmighet att dokumentation är ett utvecklingsområde som ska prioriteras.

Under 2021 har nytt verksamhetssystem implementerats. Samtliga verksamheter följer nu en ärendeprocess som utgår från en struktur som nationellt framtagen av socialstyrelsen. Utifrån detta skapas förutsättningar att påbörja och fördjupa förbättringsarbetet med dokumentation i verksamheterna. Förhoppningen är förbättra verksamhetens möjligheter till att dokumentera korrekt. Tidigare utredningar visar att det funnits brister i dokumentationen inom förvaltningens utförande verksamheter. Detta bekräftades även av den granskning som IVO gjort av äldreomsorgen.

I förvaltningen finns det stora skillnader mellan verksamheter och enheter när det kommer till kunskap, vana och erfarenhet av att dokumentera. Anledningen till det handlar dels om hur dokumentationen används i arbetet men också vilken typ av verksamhet det är som utför dokumentationen. Granskning har visat att det finns en skillnad i hur dokumentationen ser ut inom samma verksamhet, på enhetsnivå. Naturligt skiljer sig kunskap gällande dokumentation utifrån utbildningsbakgrund och kompetenskrav i respektive utbildningskategori. Den administrativa delen av omvårdnaden i våra utförande verksamheter har blivit större vilket förvaltningen behöver ta höjd för. Medarbetare behöver genom introduktion och utbildning ges rätt förutsättningar för att kunna dokumentera rätt och förvaltningen behöver ständigt arbeta med kompetensutveckling inom området.

Dokumentationskravet gäller dock samtliga verksamheter och här har intern och extern granskning och förvaltningsledning en samstämmig bild av att utbildningsinsatser är nödvändiga. Det är viktigt att det finns en kunskap, trygghet och vilja att dokumentera i våra verksamheter för att uppfylla den rättssäkerheten och patientsäkerheten som lagen så tydligt framhåller.

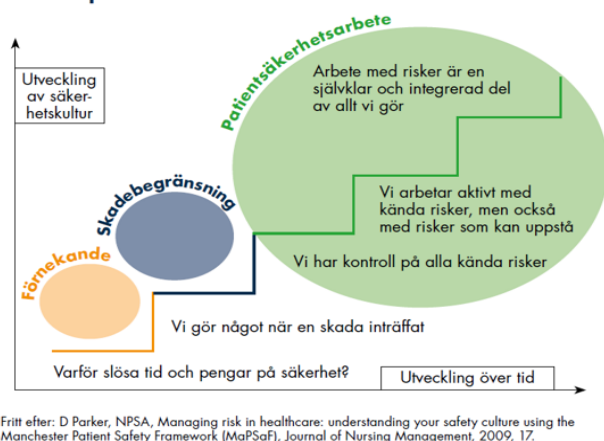
Avvikelsehantering

Tidigare hanterades avvikelser olika beroende på vilken verksamhet det gällde. För vissa verksamheter skedde avvikelsehantering i verksamhetssystem där journalföring och akt finns. Bytet till att hela förvaltningen nu har ett avvikelsehanteringssystem där samtliga verksamheter följer samma process ses som en klar förbättring och en förutsättning att vidare utveckla avvikelsehantering i förvaltningen. Enheten för kvalitet och utveckling har för kommande år pekat ut avvikelsehantering som ett prioriterat utvecklingsområde. Forskning visar att genom att involvera medarbetarna i utvecklingsarbetet, leder arbetet med större sannolikhet till förändringar som består över tid. Det är också till större del brister och utvecklingsområden som är faktiska, som inträffar och som behöver hanteras för att kvalitetssäkra verksamheten. Vissa verksamheter i förvaltningen har en god vana av avvikelsehantering. Dock saknas i förvaltningen en samstämmighet av vad avvikelser är, hur de ska användas och vad de leda till. Liksom stora skillnader mellan verksamheter gällande dokumentation, finns det också stora skillnader gällande avvikelsehantering. Genom att få medarbetare att bli mer

aktiva i avvikelserapporteringen i syfte att identifiera utvecklingsområden samtidigt som utbildningsinsatser görs för att stötta chefer i utredningsarbetet så att bakomliggande orsaker och utifrån dem adekvata åtgärder sätts in möjliggörs ett förbättringsarbete som sannolikt kommer ha stor inverkan på kvalitetssäkringen i förvaltningen i framtiden.

Läkemedelsavvikelser har legat högt på agendan under året. Möjligheterna till påverkan har varit begränsade. Arbetet har utgått ifrån strategisk nivå i form av problemidentifiering på verksamhetsnivå för att generera handlingsplaner för de olika områdena. På grund av ständig personalbrist har ytterst få av de identifierade problemområdena kunnat adresseras. De områdeschefer som ansvarar för att åtgärda handlingsplanerna har inte kunnat ägna sig åt mycket mer än att rekrytera nya medarbetare och att täcka den sjukfrånvaro som präglade hela året. Vi befinner oss fortsatt på steg 2-3 enligt nationell handlingsplan för patientsäkerhet.

Vad är patientsäkerhetsarbete?



Figur 15. Beskrivning av patientsäkerhetens olika steg (Nationell handlingsplan för patientsäkerhet- Socialstyrelsen).

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).

Att inleda arbete med handlingsplanen har ej varit möjligt under det gångna året med



hänvisning till att annat arbete har prioriterats. I samverkan med de övriga kommunerna i länet ligger arbetet på agendan så fort verksamheten tillåter. Att beakta är dock att handlingsplanen kräver samtliga delar med utgångspunkt i en engagerad ledning och en tydlig styrning.

Kompetensförsörjning

Covid-19 har dessvärre ärrat en hel organisation till en nivå där det nu är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Som tidigare patientsäkerhetsberättelser har påtalat så finns det redan enligt tidigare prognoser, ett gap emellan tillgång till arbetsföra medarbetare i relation till efterfrågan på välfärdstjänster. Enligt prognosen skulle gapet vara som störst 2020-2025. Prognosen har inte förbättrats av pandemin.

Före pandemin var organisationen slimmad och resiliensen var mycket liten. Förvaltningen har, precis som många andra organisationer, omsatt många medarbetare under pandemin. När det redan i pandemins start fanns för få arbetsföra medarbetare att tillgå så behöver förvaltningen arbeta med att behålla de medarbetare som finns och ge dem förutsättningar att göra utföra ett patientsäkert och rättssäkert arbete. Psykosocial arbetsmiljö behöver komma högst upp på agendan. Detta är ytterst en patientsäkerhetsfråga då det kommer till att säkerställa att rätt kompetenser finns för att ta hand om patienterna korrekt. Sverige har näst minst vårsängar/person i Europa och det finns inte heller personal att bemanna de sängar som finns. Här måste förvaltningen vara en attraktiv, bra arbetsplats där medarbetarnas kompetens och delaktighet prioriteras och premieras. Patienterna är dock inte färre här än någon annanstans. De så kallade vårsängarna finns nu delvis förskjutna till kommunen från Regionen. Med i kalkylen finns dock inte den demografiska utmaningen som är mer omfattande än vad som kan beskrivas.

Som tidigare rapporter nämnt så har antalet Rehabplatser inom regionen minskat dramatiskt över åren i linje med "Nära vård". Dock har ej antalet patienter med behov av rehabilitering minskat. Förvaltningen behöver ta höjd för det ökade behovet av rehabiliterande insatser i hemmet. Regeringen uppmanas av socialutskottet att ställa sig bakom att se över möjligheten för funktionen MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) i samtliga kommuner, vilket också nämns i äldreomsorgslagen. Det är en väg till att tillse att rehabiliterande insatser i kommunerna sker systematiskt och håller en hög kvalitet, som flertalet kommuner valt att gå (85 av 290). Genom en god och välfungerande rehabilitering finns möjligheten att bidra till medborgarens självständighet och livskvalitet. Covid har på gott och ont satt kommunal hälso- och sjukvård samt vård och omsorg på kartan och det sker många förändringar genom kommande lagstiftningar, avtal och överenskommelser i syfte att stärka patientens vård oavsett vilken vårdgivare. Det är viktigt att ligga i framkant och att kartlägga vilka förändringar förvaltningen behöver göra för att klara av sitt uppdrag med kommande utmaningar.

Summering

Pandemin har påverkat förvaltningens arbete mycket och framförallt personalen inom våra vård- och omsorgsverksamheter har utsatts för stora påfrestningar under lång tid. Det finns inte bara en trötthet i våra verksamheter utan också en social skuld som är ett resultat av den pandemi som vi befunnit oss i under de senaste åren. Konsekvenserna av den är dock inte synbara ännu utan kommer i vissa fall att dröja flera år innan de blir synbara. Den sociala sektorn, det yttersta skyddsnätet i samhället, är den sektor med stor sannolikhet kommer hantera konsekvenser av pandemin under flera år framöver. Tillsammans med de sedan innan pandemin identifierade utvecklingsområden, kommande lagändringar och andra lokala och regionala utmaningar har förvaltningen ett stort kommande arbete för att bibehålla och förbättra patientsäkerheten och kvaliteten i våra verksamheter.