

Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse

Vård- och omsorgsförvaltningen

2021

Datum 2022-02-14

Helen Karlsson
Gabiella Mathur

Ärendenummer 2022/41

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Dessutom bör vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen bör det framgå hur verksamheten har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under föregående kalenderår. Det bör också framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts. Sedan 2020 har vård- och omsorgsförvaltningen valt att göra en gemensam patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse.

Innehåll

Inledning.....	2
Sammanfattning.....	5
Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med god kvalitet.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Hur arbetar vi för att nå målen?	6
Organisation och ansvar.....	6
Vård och omsorgsnämnd	6
Förvaltningschef.....	6
Verksamhetschef.....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	7
Socialt ansvarig samordnare / verksamhetsutvecklare	7
Funktionschef.....	7
Områdeschef.....	8
Medarbetare	8
Samverkan för att uppnå en säker vård och omsorg med god kvalitet.....	8
Informationssäkerhet.....	9
God kvalitet och säkerhetskultur - kvalitetsledningssystem	10
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	10
Lärande organisation.....	10
Kvalitetsårshjulet och hållplatser för lärande	11
Adekvat kunskap och kompetens	11
Agera för säker vård och omsorg med god kvalitet.....	14
Egenkontroll	14
Strukturerad kvalitetsuppföljning	15
Resultat och analys av egenkontrollen	15
Palliativregistret	15
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	16
Senior alert.....	16

Förekomst av riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner (VRI).....	16
Mätning av följsamhet till basal vårdhygien	17
Munhälsobedömning och nödvändig tandvård.....	18
Loggkontroller	18
Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”	18
Nationell brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning	18
Öppna jämförelser	20
Kvalitetshjulets hållplatser	20
Hållplats 1 - Hur har Esther det?	20
Hållplats 2 - Rätt kunskap för Esthers skull	21
Hållplats 3 – Processer och rutiner, är detta det bästa för Esther?	21
Hållplats 4 – Vad kan vi lära och förbättra av det som hänt Esther?	21
Hållplats 5 – Steget före, vad kan drabba Esther	22
Avvikelsehantering.....	22
Fall och läkemedelshändelse utgör störst del av inrapporterade avvikelser	23
Anmälan om vårdskada, lex Maria.....	24
Avvikelser i samverkan med Höglandssjukhuset	24
Lex Sarah	25
Avvikelse rapporter som utreds som missförhållande enligt lex Sarah.....	25
Klagomål och synpunkter	26
Patientsäkerhets- och kvalitetsarbeten 2021	27
Esthernätverket.....	29
Esthernätverkets årsberättelse 2021.....	29
Kvalitetspriset 2021.....	30
Inkomna förbättringsarbeten 2021.....	30
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	30
Omställning till God och nära vård.....	30
Aktiviteter för att säkerställa en säker vård och omsorg med god kvalitet.....	31

Sammanfattning

Under 2021 har det systematiska patientsäkerhets och kvalitetsarbetet påverkats av rådande pandemi och inriktningen har varit att upprätthålla och bibehålla fungerande strukturer.

En hel del planerade åtgärder fick bortprioriteras och stå undan för akuta uppkomna situationer, nya rutiner, kontroller och arbetssätt. Verksamheter fick anpassas efter nya förutsättningar och nya uppkomna behov. Den kunskap och erfarenhet som inhämtats under året är oerhört viktig för att vi ska vara bättre rustade inför framtiden, inte bara vid extraordinära situationer utan även till nytta i vår nya vardag.

Arbetet har till stor del omfattats av att minimera risken för smittspridning av coronavirus samt utveckling av sjukdomen covid-19. Det har varit och är fortfarande mycket viktigt att skydda de sköra personer som bor och har insatser inom vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde. God följsamhet till basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning samt att använda personlig skyddsutrustning när så behövs. Vård och omsorgsförvaltningen har följt Folkhälsomyndighetens allmänna råd, Socialstyrelsens styrdokument, SKR rekommendationer samt smittskydd/vårdhygien Region Jönköpings län. Samverkan med länsstyrelsen och regionen, både vårdcentraler och sjukhus har fungerat bra. Verksamhetsmöten har hållits flera gånger i veckan för att sprida information och hålla dialogen levande i syfte att brukare/patienter ska erhålla en god och säker vård.

Verksamheterna har bidragit till en ökad kreativitet för att kunna verkställa insatser till omsorgstagarna, t ex har brukare kunnat hålla kontakten med anhöriga via Ipad. Inom dagverksamheten för dementa har exempelvis den ordinarie verksamheten ersatts med besök för avlösning och stimulans brukarens egna hem.

Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med god kvalitet

Övergripande mål och strategier

Inom vård- och omsorgsförvaltningen arbetar alla tillsammans för att nå de gemensamma målen. Målen är beslutade av vård- och omsorgsnämnden och bygger i sin tur på kommunens övergripande mål har beslutats av kommunfullmäktige. Fullmäktigemålen är i sin tur indelade i tre långsiktiga målsektorer.

- **Målsektor - Den attraktiva kommunen:** Vi skapar en attraktiv kommun och plats dit människor och företag söker sig, utvecklas, trivs och stannar. Vetlanda upplevs som lättbott och vänligt.
Vård- och omsorgsnämndens mål:
 - Vård- och omsorgsnämnden ska verka för att det finns boendeformer utifrån målgruppernas behov.

- Brukarens upplevelse av delaktighet och möjlighet att påverka insatsernas utförande ska öka
- **Målsektor - Den hållbara kommunen:** Vi skapar en hållbar kommun och plats som är hållbar över tid, som ger trygghet och framtidstro.
 - Vård- och omsorgsnämndens mål:**
 - *Genom medvetna beslut och systematisk uppföljning skapa förutsättningar/strategier för en hållbar ekonomi*
 - *Medarbetaren ska trivas, känna delaktighet och vara en god ambassadör för verksamheten*
- **Den nytänkande kommunen:** Vi skapar ett Vetlanda som är nytänkande.
 - Vård- och omsorgsnämndens mål:**
 - *Vård- och omsorgsnämnden ska stärka förutsättningarna för nya arbetssätt och digital mognad*
 - *Vård- och omsorgsnämnden skapar goda förutsättningar till en kultur som präglas av lärande och mod att testa nytt*

Hur arbetar vi för att nå målen?

Chefer och medarbetare arbetar på olika sätt för att nå målen. Utifrån målen skapar varje funktion och varje arbetsgrupp konkreta förbättringsaktiviteter som styr mot målen. Varje funktionschef och områdeschef har lagt in och följt upp aktiviteterna i IT-stödet Hypergene. Ambitionen har varit att bjuda in samtliga medarbetare att vara delaktiga i att hitta lösningar på hur vi bäst når målen.

För att veta om vi närmar oss målen så används nyckeltal från olika undersökningar såsom t.ex. kvalitetsregister, brukarundersökningarna och medarbetarundersökningen. Nyckeltalen hjälper oss att se om vi är på rätt väg.

Organisation och ansvar

Vård och omsorgsnämnd

Vård och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god kvalitet upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Förvaltningschef

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

Verksamhetschef

Verksamhetschefen, förvaltningschefen, skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. I ansvaret ingår att tillse att författningar och andra regler är kända och efterlevs samt att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårdsverksamheten och att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs i verksamheten. MAS har även uppdraget att göra anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialt ansvarig samordnare / verksamhetsutvecklare

Socialt ansvarig socionom (SAS)/verksamhetsutvecklare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet. SAS/verksamhetsutvecklare ska utforma, revidera och initiera rutiner och system samt bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS/verksamhetsutvecklare ska också vägleda cheferna vid utredningar av avvikelserapporter samt granska och komplettera utredningar vid behov. Vid allvarliga missförhållanden utreder SAS/verksamhetsutvecklare avvikelserna. SAS/verksamhetsutvecklare har delegation att anmäla allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah till IVO.

Funktionschef

Vård- och omsorgsförvaltningen har fem funktionschefer med ansvar för olika verksamhetsområden.

- Hälso- och sjukvård och myndighetskontor
- Hemtjänst
- Särskilda boende för äldre samt socialpsykiatri
- Funktionshinderomsorg
- Kvalitet och utveckling

Funktionschefen ska bland annat genom en god omvärldsbevakning och helhetssyn planera och bygga upp långsiktiga strategier och driva utvecklings- och kvalitetsarbete för att uppnå funktionens mål och vision. Ha en helhetssyn och ett övergripande ansvar

som syftar till att funktionen lever upp till gällande lagstiftning, politiska beslut samt kommunens riktlinjer och styrdokument. Funktionschefen har ansvar för att leda, planera, utveckla och fördela resurser inom funktionen, för att tillförsäkra patienten bra levnadsvillkor.

Områdeschef

På vård- och omsorgsförvaltningen finns ett antal områdeschefer som är underställda funktionscheferna. Dessa ansvarar för olika verksamheter inom särskilt boende, hemtjänst, gruppboende, personliga assistansgrupper, hemsjukvård, korttidsvård, palliativ vård och så vidare.

Områdeschefen verkställer bland annat beslut och har ansvar för att leda, planera, utveckla och fördela resurser inom sitt område, för att tillförsäkra patienten trygghet, valfrihet, självbestämmande och ett individuellt bemötande. De ska tydliggöra och bryta ner funktionens mål och driva utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.

Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som är styrande för verksamheterna samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Medarbetare deltar även aktivt vid vård- och omsorgsförvaltningens återkommande hållplatser för lärande där de delar erfarenheter, synpunkter på verksamhetens kvalitet och andra lärdomar från det dagliga arbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Samverkan för att uppnå en säker vård och omsorg med god kvalitet

En viktig del i det systematiska patientsäkerhets och kvalitetsarbetet är hur vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter samverkar med andra aktörer och vårdgivare. Målet är att patienterna och brukarna ska uppleva en obruten vård- och omsorgsprocess oavsett huvudman och att samverkan leder till minskad risk för att den enskilde patienten eller brukaren ska drabbas av vårdskador, missförhållanden eller andra händelser som påverkar individen negativt. Formerna för extern samverkan regleras i olika samverkansdokument, exempel från samverkan med Region Jönköping och kommunen:

Avvikelser i samverkan - När problem uppstår i det vardagliga arbetet ska avvikelshantering vara ett stöd i samverkan mellan olika sjukvårdshuvudmän. Dessutom ger det möjlighet att systematiskt kunna följa upp samverkan. Avvikelsen ger

ett underlag för förbättringsarbete och förtydligande av samverkansrutiner och förhindrar att liknande avvikelser uppstår igen.

Psykisk funktionsnedsättning – Överenskommelse för att tydliggöra ansvarsområden och former för samverkan, samt utgöra ett stöd för bättre resursutnyttjande.

Egenvård - Överenskommelse som ska följas och praktiseras av dem som arbetar på uppdrag åt huvudmännen, dvs. oavsett om det är privat eller egen regi som utför insatsen.

Funktionsnedsättning - Överenskommelse avseende habilitering.

Hemsjukvård - avtal gällande gällande skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Läkarmedverkan - Avtal läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende.

Samordnad individuell plan (SIP) – Överenskommelse som ska ge den enskilde, närstående, berörda vård- och omsorgsgivare en helhetsbild av personens behov och situation och säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola tillgodoses.

Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård - Överenskommelse för att särskilt främja god planering vid utskrivning så att personer med fortsatt behov av insatser kommer hem så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömt att personen är utskrivningsklar.

Smittskydd och vårdhygien – Samverkansavtal för vårdhygienskånsatser inom all kommunal vård och omsorg.

Utöver dessa exempel på extern samverkan sker också samverkan internt inom vår egen förvaltning och mellan förvaltningar inom kommunen. Exempel på intern samverkan är:

Analysträffar - samverkan i teamet runt patienten/brukaren är en förutsättning för att nå uppsatta mål. På vård- och omsorgsförvaltningen finns en rutin framtagen för ändamålet. Rutinen beskriver hur personalen oavsett profession samverkar runt den enskilde. Det handlar om planering, genomförande och uppföljning av behandling, omvårdnad och rehabilitering och att det ska utgå ifrån den enskildes behov och förutsättningar.

Samverkan mellan socialförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltning –

Överenskommelsen innehåller utgångspunkter som ligger som grund för gemensamma rutiner om hur förvaltningarna ska samverka, både i enskilda ärenden och på strukturell nivå. En handlingsplan med aktiviteter är framtagen och den följs upp och revideras årligen. Handlingsplanen arbetas fram av en gemensam styrgrupp.

Informationssäkerhet

Vetlanda kommun och därmed Vård och omsorgsförvaltningen har en informationssäkerhetspolicy för att skapa och upprätthålla lämpliga rutiner och skydd av information utifrån konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

Verksamheter definierar och värderar även information enligt modell KLASSA och har tillgång till både dataskyddsombud och informationssäkerhetsspecialist via Höglandsförbundet.

Under 2021 kan följande noteras kopplat till informationssäkerhet. Sommar 2021 inträffar en personuppgiftsincident i en uppdatering av systemet MCSS från företaget Appva. Efter samråd med dataskyddsombudet gjordes bedömningen att allvarligheten i incidenten inte var av sådan omfattning att det behövde anmälas vidare till IMY, däremot gick det upp för information till Vård och omsorgsnämnden.

November 2021 inför Vård- och omsorgsförvaltningen ett nytt verksamhetssystem, Combine. Beslut tas om organisation för systemförvaltning. Införandet föregås av täta dialoger med chefer och systemförvaltare, som tillsammans säkerställer att nya och förändrade arbetssätt och rutiner uppfyller kraven på informationssäkerhet. Samtliga medarbetare utbildas i det nya systemet. Samtidigt som verksamhetssystemet tas i drift införs ett säkert sätt att logga in i alla verksamhetssystem, med TjänsteID på kort eller fil alternativt BankID vilket innebär att systemet endast nås via två-steps autentisering.

Sårbarheten i Log4 Shell upptäcks i december. Högländets IT agerar och verksamhetens systemförvaltare kontaktar leverantörer av molntjänster för att säkerställa att inga säkerhetsrisker finns med anledning av denna sårbarhet.

God kvalitet och säkerhetskultur - kvalitetsledningssystem

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

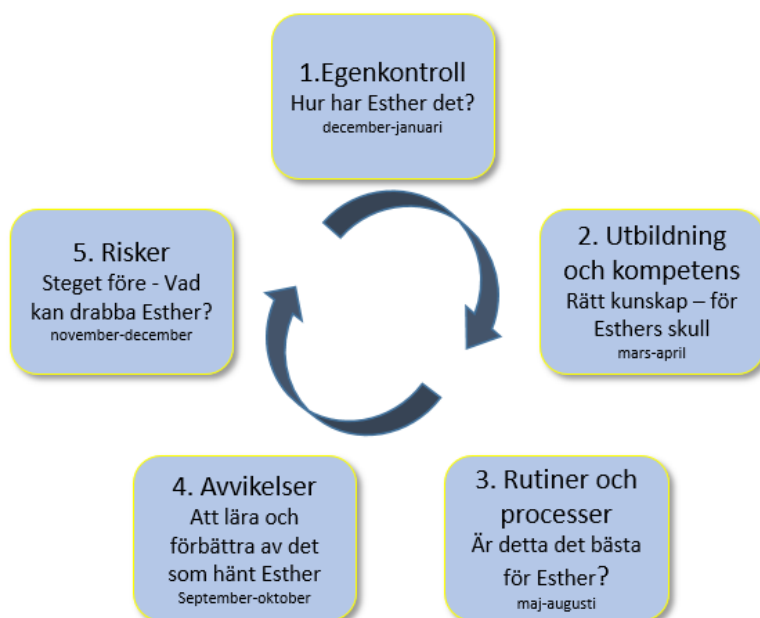
Vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete har sin grund i förvaltningens riktlinje om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Riktlinjen bygger i sin tur på Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Ledningssystemet omfattar vård- och omsorgsförvaltningens alla verksamhetsgrenar och bidrar till att systematiskt och fortlöpande säkra, följa upp, utvärdera, utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

Lärande organisation

Vård- och omsorgsförvaltningen strävar efter att vara en lärande organisation. Med en lärande organisation menas en organisation som tar till sig, förmedlar och utvecklar kunskaper men också har förmågan att förändra sig så att dessa kunskaper tillämpas. En lärande organisation kännetecknas bland annat av att det skapas tid och utrymme för reflektion och dialog. Vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsårshjul skapar möjligheter att stanna upp i vardagsarbetet och reflektera och lära av det vardagliga arbetet utifrån gemensamma, återkommande fokusområden. Målet är ett systematiskt kollektivt lärande för både ledningen, arbetsgruppen och den enskilda medarbetaren. I kvalitetsårshjulet är patient/brukarperspektivet en central utgångspunkt vid samtliga fokusområden.

Kvalitetsårshjulet och hållplatser för lärande

Fokusområdena i kvalitetsårshjulet kallas för "hållplatser för lärande". Det finns fem olika hållplatser för lärande under året. Hållplatserna, som har ett tydlig patient- och brukarfokus, involverar såväl medarbetare som ledning och återkommer vid fasta tidpunkter. Reflektion, slutsatser och analys som sker i samband med hållplatsernas genomförande dokumenteras av respektive chef. Hållplatserna genomförs på samtliga organisatoriska nivåer i förvaltningen vid samma tidpunkt. Syftet är ett gemensamt lärande inom den egna arbetsgruppen men också över funktionsgränserna. Målet är också att upptäcka mönster och förbättringsbehov som har sin utgångspunkt i medarbetarnas erfarenheter och idéer. I samband med hållplatsernas genomförande skapas förbättringsaktiviteter som ett led i att arbeta med ständiga förbättringar. Målsättningen är vidare att hållplatserna ska bli en arena för reflektion och gemensamt lärande där medarbetare och chef delar kunskaper och erfarenheter med varandra. Hållplatserna bidrar till att vi alla tillsammans skapar en vård och omsorg med god kvalitet som har Esthers bästa för ögonen. Inom det systematiska kvalitetsarbetet används ofta begreppet "Esther" som en synonym till patient och brukare.



Bilden visar vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsårshjul med hållplatser för lärande där vi tillsammans reflekterar kring vad som är bäst för Esther, d.v.s. för patienten/brukaren.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med god kvalitet är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Behovet av kompetensutveckling och fortbildning inventeras varje

år i samband med Hållplats 2 i kvalitetsårshjulet. Inventeringen ligger sedan till grund för vård- och omsorgsförvaltningens gemensamma utbildningsplan för det kommande året. Under 2021 infördes ett helt nytt verksamhetssystem i samtliga verksamhetsgrenar inom förvaltningen. Införandet krävde massiva utbildningsinsatser till samtliga medarbetare vilket har inneburit att övriga kompetensutvecklingsinsatser till viss del har fått stå tillbaka. Även pandemin har bidragit till att flera planerade utbildningsinsatser har fått skjutas fram eller ställas in. När vi blickar tillbaka på året som gått kan vi ändå konstatera att flera utbildningsinsatser ändå har ägt rum:

- I samband med införandet av det nya verksamhetssystemet Combine har samtlig omvårdnadspersonal utbildats i dokumentationsmetoden Individens behov i centrum, IBIC
- All personal har genomgått utbildning i det nya verksamhetssystemet. I varje arbetsgrupp har ett dokumentationsombud utsetts. Dokumentationsombudet fungerar som stöd till kollegor kring social dokumentation, IBIC och även rent praktiskt hur man går tillväga i verksamhetssystemet.
- Fyra medarbetare/chefer har gått Socialstyrelsens utbildning till IBIC processledare
- Ombud för den palliativa vården har utbildats inom hemtjänsten under våren 2021
- Personal inom funktionshinderomsorgen har genomgått utbildning i alternativ och kompletterande kommunikation, AKK. Utbildningsinsatsningen fortsätter under 2022.
- 16 medarbetare har under året börjat läsa till undersköterska inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Av dessa 16 blev tre färdiga under 2021 och övriga fortsätter studierna under 2022–2023.
- Två medarbetare har tagit examen som Esther förbättringscoach och fyra nya medarbetare påbörjade sin utbildning under hösten 2021.
- Inom funktionshinderomsorgen påbörjades arbetet med att förbereda för kompetenshöjning i form av rekrytering av stödpedagoger till respektive verksamhet. Politiska beslut har antagits och kompetensanalyser har arbetats fram. I början av 2022 kommer de första stödpedagogerna att rekryteras.
- Inom hälso- och sjukvården har specialistsjuksköterskor fått nya uppdrag i form av ansvar för olika kunskapsområden. Syftet är att fungera som spetskompetens gentemot sina kollegor. Exempel på ansvarsområden är palliativ vård, sårvård, nutrition, medicinteknik med mera.
- Tre sjuksköterskor är under utbildning till specialistsjuksköterskor.

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med god kvalitet är pateintens/brukarens delaktighet. Vården och omsorgen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den patienten/brukaren. Den enskildes rätt till självbestämmande, delaktighet och inflytande i insatsernas utformning och genomförande är grundläggande. Därför är samverkan med den enskilde och dennes

närstående en viktig del av verksamheten.
Exempel på situationer då samverkan sker:

- Välkomstsamtal
 - Vid välkomstsamtalet träffas brukaren samt eventuellt anhöriga med olika professioner för att skapa en relation samt delge och utbyta information mellan varandra.
- Levnadsberättelse
 - Levnadsberättelse skapas tillsammans med brukaren och dess kontaktman för att skapa en så god och individuell omvårdnad som möjligt. Anhöriga bjuds in till levnadsberättelse efter den brukarens önskemål.
- Genomförandeplan
 - Genomförandeplan skapas tillsammans med brukaren och dess kontaktman för att skapa en så god och individuell omvårdnad som möjligt. Anhöriga bjuds in till genomförandeplan efter brukarens önskemål.
- Boenderåd
 - Brukarens möjlighet att framföra önskemål och synpunkter för att skapa delaktighet och ökad kvalitet, boenderåd har genomförts men inte i samma utsträckning som tidigare på grund av pandemin.
- Anhörigträff
 - Anhöriga bjuds in till dialog och information gällande verksamheten, dock är de inte genomförda år på grund av pandemin
- Undersökningar
 - Undersökningar sker på nationell samt lokal nivå och ger möjlighet för brukare att framföra sina synpunkter för att öka kvaliteten i kommunen. Resultatet används för att analysera vilka områden som behöver förbättras. Det kan resultera i ett utvecklingsområde, övergripande rutin, projekt eller exempelvis egenkontroll.
- Kvalitetsregister
 - Senior alert och BPSD är de kvalitetsregister som används i kommunen där det finns möjlighet för patient/brukare eller närstående att vara delaktig. BPSD bygger på individanpassade åtgärder utifrån skattningsskala från kvalitetsregistret. Senior alert förebyggande arbete med individanpassade åtgärder relaterat till risker.
- SIP
 - Samordnad individuell planering är patientens/brukarens plan och upprättas då kommunen har ett delat ansvar med annan vårdgivare. Med hjälp av en SIP blir patienten/brukaren delaktig i planeringen av sin vård och får en tydligare bild av ansvarsfördelningen i vården.
- Esthernätverk

- Som en del i vårt lokala ESTHER-nätverk där personer med egen erfarenhet av att vara brukare/patient ingår.
- Kommunala funktionshinderråd och kommunala pensionärsrådet
 - I råden finns brukar- och intresseorganisationer representerade. Dessa får information om vad som är på gång i kommunen samt möjlighet att lämna synpunkter.

Agera för säker vård och omsorg med god kvalitet

Egenkontroll

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. I egenkontroller ingår att följa upp och utvärdera verksamheten genom att analysera resultat från lokala, regionala och nationella mätningar med syfte att identifiera förbättringsområden i verksamheten.

Exempel på områden där uppföljning och utvärdering sker:

- Avvikelse rapportering sker enligt förvaltningens rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare. Misstänkta vårdskador och missförhållanden följs upp via journalgranskning, samtal med berörd personal, områdeschefer ev. berörd patient/brukare och anhöriga. Allvarliga vårdskador (lex Maria) och allvarliga missförhållanden (lex Sarah) anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.
- Palliativ vård följs upp via Palliativregistret. Samtliga avlidna ska registreras.
- Trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen följs upp via kvalitetsregistret Senior Alert.
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens följs upp via BPSD-registret på kommunens demensenheter.
- Följsamheten av basala hygienrutiner följs upp via punktprevalensmätning två gånger/år.
- Kommunens läkemedelsförråd på särskilt boende kontrolleras årligen av MAS.
- Granskning av journaler görs i samband med avvikelser eller klagomål.
- Patient på särskilda boenden får årligen erbjudande om munhälsobedömning där resultatet sammanställs och ger utrymme för analys.
- Loggningskontroll i verksamhetssystemet Combine.
- Socialstyrelsens brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" samt den nationella brukarundersökningen för personer med funktionsnedsättning analyseras på respektive enhet i samband med kvalitetsårshjulets första hållplats.
- Socialstyrelsens Öppna jämförelser analyseras och redovisas för nämnden.
- Kommunens Kvalitet i Korthet (KKIK) analyseras och redovisas för Kommunfullmäktige.

Strukturerad kvalitetsuppföljning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Socialt ansvarig samordnare (SAS)/verksamhetsutvecklare genomför strukturerade kvalitetsuppföljningar enligt en årsplan inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter samt inom LOV-företag. Under 2021 har fyra kvalitetsuppföljningar genomförts inom särskilda boenden för äldre, Brobygården, Näverbyn, Tomasgården samt Österliden.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att kontrollera att verksamheten följer gällande regelverk och lokala rutiner. Syftet är också att genom dialog identifiera förbättringsområden men även att sprida goda exempel. Kvalitetsuppföljningen är en del av förvaltningens egenkontroll inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Resultat och analys av egenkontrollen

Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten/brukaren och deras närstående. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet.

Indikatorer	Andel som erhållit de olika indikatorerna (väntade dödsfall)			
	Kommun 2020	Palliativ enhet Oasen 2020	Kommun 2021	Palliativ enhet Oasen 2021
Brytpunktsamtal	93,8	92	82,2	95
Smärtstillande injektion Opioid vid behov	98,9	100	98,4	100
Injektionsläkemedel mot ångest vid behov	99,4	100	97,7	100
Smärtskattning	75,8	76	81,4	90
Dokumenterad munhälsa sista levnadsveckan	66,3	84	59,7	85
Utan trycksår vid dödsfallet	94,4	96	81,4	80
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	75,8	64	76	75

Under 2021 rapporterades 136 dödsfall. Uppgifterna är tagna från svenska palliativregistret. 73 avled på särskilt boende för äldre, 36 på korttidsenhet, 20 i hemsjukvården, 6 patienter/brukare har haft hjälp av SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).

Palliativ vård ges under den sista tiden i livet med målet att lindra lidande och främja livskvalitet. Palliativ vård ingår som en del av all vård och både allmän och specialiserad vård kan ges oavsett var patienten/brukaren bor och vården ges; i hemmet, på särskilda

boenden, korttidsboende eller på sjukhus. Under 2022 fortsätter arbetet med att utbilda palliativa ombud för att öka kompetensen hos omvårdnadspersonalen om palliativ vård.

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Inom vård- och omsorgsförvaltningen används BPSD-registret främst inom våra särskilda boenden för äldre.

I tabellen nedan visas statistik över andel BPSD-registreringar där det deltagit personer både från avdelningen (undersköterska) och legitimerad personal. Samarbetet i multiprofessionella team är viktigt för kvaliteten på arbetet. Ju högre procentsats desto bättre.

Andel registreringar i multiprofessionella team	2020	2021
Vetlanda	9,6%	5,1%
Jönköpings län	18,5%	17,2%
Riket	40,9 %	45%

För att förbättra arbetet med BPSD i de multiprofessionella teamen har en processkartläggning gjorts under hösten med syfte att förtydliga ansvarsfördelning och förväntan på olika professioner. Under 2022 planeras även ett omtag för att utbilda nya BPSD-administratörer. I samband med kvalitetsuppföljningarna hösten 2021 framkom att flera hus saknar BPSD-administratörer.

Senior alert

Senior alert är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion (inkontinens).

	2020	2021
Antal registreringar	332	258
Åtgärdsplaner vid risk	81%	92%
Utförda åtgärder vid risk	59%	57%

Tvärprofessionellt teamarbete för en god och säker vård ansvarar för att göra riskanalyser, sätta in och följa upp åtgärder som leder till en ökad patientsäkerhet och förebygger risker. Under pandemin har analysträffarna inte genomförts fysiskt vilket försvårar arbetet.

Förekomst av riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner (VRI)

En vårdrelaterad infektion, VRI, orsakar ett stort mänskligt lidande för de drabbade. Dessutom innebär VRI stora kostnader för samhället. Det är viktigt att kartlägga och följa

förekomsten av riskfaktorer hos patienter/brukare då förekomst av riskfaktorer har starkt samband med uppkomst av vårdrelaterade infektioner (VRI).

Riskfaktorer	2020	2021
Kvarliggande kateter KAD	8,5%	10,7%
Kärlkateter	0,2%	0,2%
Trycksår	3,9%	2,7%
Andra sår	4,2%	2,5%
Kirurgiska ingrepp	0,8%	0,9%

Andel patienter/brukare med kvarliggande kateter varierar över tid. Kateterbehandling av urinblåsan ska ordinerars med angiven indikation samt vara en planerad behandlingstid alternativ tidpunkt för omprovning.

Urinvägsinfektion är den vanligaste vårdrelaterade infektionen och förekommer oftast i samband med behandling med kvarliggande kateter.

Mätning av följsamhet till basal vårdhygien

Basal hygien är A och O för att minska risken för smitta. Inom samtliga arbetsgrupper finns utbildade hygienombud. Hygienombuden har särskilt ansvar för hygienrutiner och ska kunna förmedla kunskap och ge information till sina kollegor. De ansvarar även för att utföra följsamhetsmätningar regelbundet.

Korrekt hygien innebär att:

- Desinfektion av händerna
- Handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor
- Engångsförkläde av plast vid risk för att arbetskläder smutsas ned

Korrekt handläggning av klädregler innebär att:

- Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen
- Händer och underarmar ska vara fria från ringar, klockor, armband
- Naglar ska vara korta och fria från nagellack
- Hår ska vara kort eller uppsatt

	2020	2021
Korrekta hygienrutiner	63%	74,4%
Korrekt klädsel	93%	87,7%

Enligt följsamhetsmätningen till basala hygienrutiner klarar personalen inte att nå 100% trots att det under pandemin varit mycket fokus på hygienrutiner med utbildningsinsatser och information. Orsak till att resultaten inte blivit bättre kan vara att personalen utöver basala hygienrutiner fått lära sig nya arbetssätt, till exempel använda visir, munskydd och andningsskydd. Det har varit stort flöde av information från både myndigheter och vård och omsorgsförvaltningen om både nya och ändrade rutiner gällande skyddsutrustning vilket medfört svårigheter för personalen.

Munhälsobedömning och nödvändig tandvård

Vid stort och långvarigt behov av personlig omvårdnad i sitt dagliga liv kan patienter/brukare få särskild hjälp när det gäller tandvård. Hjälpens består av två delar, dels en kostnadsfri enklare undersökning för bedömning av munhälsan samt råd och anvisningar om hur man bäst sköter tänderna, dels nödvändig tandvård till samma avgift som sjukvård. Sjuksköterska som genomgått utbildning *Rätt att utfärda intyg*, utfärdar intyg till de patienter/brukare inom hemsjukvård och särskilt boende som har rätt till munhälsobedömning och nödvändig tandvård

	2020, antal	2021, antal
Berättigade	531	541
Uppsökta	80	253
Munhygien god	59 %	70%
Utbildad personal	0	115

Under pandemin har personal från tandvårdens personal inte fått besöka kommunens särskilda boenden i den omfattning som behov har funnits på grund av smittspridning. Utbildningar till personal har också ställts in. Från och med hösten 2021 välkomnades personal från tandvården igen.

Loggkontroller

Under året har rutinen för loggkontroll följts fram till och med att det nya verksamhetssystemet infördes den 1 nov. Inga rapporterade avvikelser framkom under perioden. Efter första november har inga loggkontroller gjorts då tillvägagångssättet inte fungerar i det nya systemet. Nya arbetssätt för loggkontroll kommer arbetas fram under början av 2022.

Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"

Undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" skickas ut av Socialstyrelsen och riktar sig till alla personer 65 år och äldre som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller bor på permanent särskilt boende.

Under 2021 har ingen brukarundersökning genomförts inom särskilt boende och hemtjänst. Detta beror på att Socialstyrelsens upphandling av ny enkätleverantör blev försenad. Resultat för brukarundersökningen inom äldreomsorgen kan därför inte presenteras för 2021.

Nationell brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning

Inom funktionshinderomsorgen genomfördes under hösten SKR:s (Sveriges kommuner och regioner) nationella brukarundersökning inom verksamheterna boendestöd, daglig verksamhet LSS och SoL, bostad med särskild service LSS och SoL. Undersökningen genomförs med hjälp av digitala läsplattor och bildstöd. Frågeassistenter finns till hjälp för de brukare som behöver stöd för att kunna svara på frågorna på egen hand. Frågorna rör områden som inflytande, stöd, omtanke, kommunikation, förtroende för personalen,

trygghet, bemötande samt trivsel. Nedan följer ett urval av resultatet från 2021 års brukarundersökning. Hela resultatet återfinns på www.kolada.se¹

Inflytande

Fråga: Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma/ på den dagliga verksamheten (alltid)

Verksamhet	2019	2020	2021
Bostad med särskild service LSS	86%	96%	78%
Bostad med särskild service SoL (socialpsykiatri)	84%	86%	82%
Daglig verksamhet LSS	75%	73%	83%
Sysselsättning SoL (socialpsykiatri)	88%	79%	75%
Boendestöd	-	76 %	82%

På frågan om brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma eller på dagliga verksamheten så har resultatet försämrats jämfört med föregående år inom LSS-bostäderna och ligger nu i linje med resultatet för riket i stort, 78%. Resultatet för boende inom socialpsykiatrin, 82% är däremot högt över genomsnittet för riket som ligger på 69%. Daglig verksamhet har däremot förbättrat sitt resultat jämfört med föregående år vilket även boendestödet har gjort. I samband med kvalitetsårshjulets hållplats för lärande analyserar verksamheterna det egna resultatet i undersökningen och vidtar åtgärder. Själbestämmande och inflytande är prioriterade områden inom Funktionshinderomsorgen för 2022. Detta som ett led i att arbeta mot att minska och förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheterna.

Kommunikation

Fråga: Personalen pratar så att brukaren förstår (alltid)

Verksamhet	2019	2020	2021
Bostad med särskild service LSS	81%	96%	75%
Bostad med särskild service SoL (socialpsykiatri)	84%	77%	76%
Daglig verksamhet LSS	80%	74%	72%
Sysselsättning SoL (socialpsykiatri)	85%	90%	68%
Boendestöd	-	79 %	77%

På frågan om personalen pratar så att brukaren förstår så har resultatet genomgående försämrats jämfört med tidigare år i samtliga verksamhetsområden. För att förbättra kommunikationen har åtgärder i form av utbildningsinsatser inom alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, påbörjats strax innan årsskiftet.

¹ Kommun och landstingsdatabasen

Utbildningssatsningen pågår under 2022. Varje arbetsgrupp analyserar det egna resultatet och fler förbättringsaktiviteter sker på enhetsnivå.

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. I denna patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse presenteras resultatet från tre olika indikatorer. Samtliga indikatorer återfinns på www.kolada.se

Indikator	2020	2021	Kommentar
Personalkontinuitet i hemtjänsten (antal personal en brukare möte under 14 dagar)	17	18	Hög sjukfrånvaro pga pandemin och därmed många vikarier leder till försämrad kontinuitet.
Väntetid till SÄBO (antal dagar från ansökan till första erbjudande om plats)	93	43	Minskningen var väntad då många platser frigjorts under året p.g.a. pandemin.
Väntetid LSS (från beslut till första erbjudande om plats)	102	135	Brist på platser driver upp väntetiden. Nytt LSS-boende tas i drift i feb 2022.

Kvalitetshulets hållplatser

Nedan följer en kortare sammanfattning från kvalitetshulets hållplatser samt de åtgärder/förbättringsaktiviteter som genomförts under året på förvaltningsnivå. Hållplatserna redovisas även för vård- och omsorgsnämnden i anslutning till att hållplatsernas genomförande under året.

Hållplats 1 - Hur har Esther det?

I samband med hållplatsen har verksamheterna analyserat resultat från brukarundersökningar och kvalitetsregister. Förbättringsaktiviteter har startat på flera enheter för att förbättra resultaten. Den hemtjänstgrupp och det särskilda boende som förbättrat sitt resultat bäst sedan föregående år uppmärksammandes med diplom och tårta.

På förvaltningsövergripande nivå har följande förbättringsaktiviteter startats upp under året:

- Nystart av strukturerade kvalitetsuppföljningar.

- Återkoppling av resultat av brukarundersökningen till brukare inom särskilt boende (detta har inte kunnat genomföras under året då ingen brukarundersökning ägde rum på särskilt boende)

Hållplats 2 - Rätt kunskap för Esthers skull

I samband med hållplatsen har behovet av kompetens och fortbildning inventerats. Områden som uppmärksammats är bland annat palliativ vård inom hemtjänsten. En satsning på ombud för den palliativa vården genomfördes under våren. Inom funktionshinderomsorgen lyftes behovet av kunskap inom AKK, alternativ och kompletterande kommunikation.

På förvaltningsövergripande nivå har följande förbättringsaktiviteter genomförts under året:

- Sida med webbutbildningar på intranätet Komin.
- Utbildning av samtliga medarbetare i nya verksamhetssystemet Combine

Hållplats 3 – Processer och rutiner, är detta det bästa för Esther?

Flera nya rutiner har tagits fram under året, dels till följd av pandemin men vi kan även konstatera att fler nya rutiner har tagits fram som ett resultat av föregående års hållplatsarbete. Ett förvaltningsövergripande behov som identifieras i samband med hållplatsen är tydligare ansvarsfördelning vid introduktion av timvikarier.

På förvaltningsövergripande nivå har följande förbättringsaktiviteter genomförts under året:

- Processkartläggning av introduktion av timvikarier har påbörjats inklusive revidering av checklista
- Revidering av rutin för att motverka tvångs- och begränsningsåtgärder
- Revidering av rutin för skyddade personuppgifter inom vård och omsorg

Hållplats 4 – Vad kan vi lära och förbättra av det som hänt Esther?

I samband med hållplatsen går varje arbetsgrupp igenom avvikelser som inkommit under året. Utifrån hållplatsen året innan identifierades behovet av ökad kunskap om bestämmelserna om lex Sarah för chefer så att dessa i sin tur kan informera sina medarbetare. En utbildningssatsning genomfördes därför under våren 2021. Andra behov som identifierades i samband med årets hållplats är återkommande redovisning av inkomna avvikelser på ledningsgruppen samt ökad kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder, framförallt inom funktionshinderomsorgen men även inom särskilda boenden för äldre.

Följande förbättringsaktiviteter har genomförts/kommer påbörjas utifrån hållplatsen

- Revidering av rutinen för synpunkts- och klagomålshantering (aktivitet efter förra årets hållplats)
- Utbildning om lex Sarah för chefer (aktivitet efter förra årets hållplats)
- Kvartalsvis statistikrapport/redovisning av avvikelser till förvaltningens ledningsgrupp

- Utbildningsåtgärder kring tvångs- och begränsningsåtgärder

Hållplats 5 – Steget före, vad kan drabba Esther

I samband med hållplatsen identifierar varje arbetsgrupp de risker som finns i verksamheten som kan komma att drabba patienten/brukaren negativt. På grund av pandemin har denna hållplats inte genomförts under 2021.

Avvikelsehantering

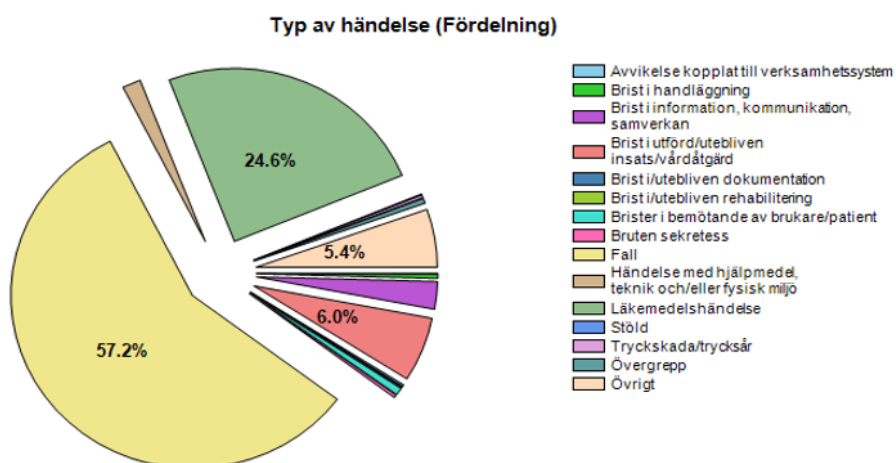
Samtliga medarbetare ansvarar för att bidra till en god och säker kvalitet i arbetet som utförs i de olika verksamheterna. Alla medarbetare är därför skyldiga att rapportera de avvikelser och risker som upptäcks.

Avvikelsena rapporteras och utreds i det digitala avvikelsehanteringssystemet DF Respons. Avvikelser ska utredas av den områdeschef som ansvarar för den verksamhet där händelsen har inträffat. Hälso- och sjukvårdspersonal och/eller annan berörd chef ska informeras i samband med att utredning av avvikelsen inleds samt även vid behov vara medutredare. Områdeschefen ska bedöma och dokumentera allvarlighetsgraden utifrån de konsekvenser som händelsen har medfört för den enskilde. MAS och SAS fungerar som vägledande i samband med utredningarna. Klassas avvikelsen som ett allvarligt missförhållande tar SAS över utredningsansvaret. Klassas avvikelsen som en eventuell vårdskada bistår MAS med den fortsatta utredningen.

Under år 2021 inträffade sammanlagt 3001 avvikelser inom hela vård- och omsorgsförvaltningen. I diagram och tabell nedan följer fördelningen av avvikelserna utifrån funktion samt utifrån kategori.

Fördelning över andel avvikelser per kategori

Antal ärenden: 3001



Fall och läkemedelshändelse utgör störst del av inrapporterade avvikelser

Ett fall kan orsaka fysisk skada som uppstår när en patient/brukare faller, det vill säga oavsiktligt hamnar på golvet eller marken. Skadan kan vara allt från lindrig till allvarlig. Förutom fysiska skador kan fall få konsekvenser som till exempel oro för att falla igen. Det kan försvåra rehabilitering, träning och mobilisering. Under 2021 rapporterades 1718 fall inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. 17 av fallen orsakade höftfraktur. Faktorer som ökar risken för att patienten/brukaren drabbas av en fallskada kan till exempel vara nedsatt balans, läkemedel, demens, förvirring, dålig belysning, glömmer sin rollator.

Läkemedelsanvändning bland äldre är ett viktigt område, känsligheten för läkemedel ökar till följd av både åldrande och sjukdom. Många patienter/brukare behöver hjälp av personalen med olika delar inom läkemedelshanteringen. Utifrån statistik i Appva, som är ett digitalt verktyg för att signera givna doser, signeras ca 5000 doser/dygn till patienter/brukare inom vård och omsorg.

Under 2021 rapporterades 739 avvikelser inom läkemedelshantering. 519 av dessa var på grund av att patienten/brukaren fått sina läkemedel för sent eller inte fått dem alls, 6 avvikelser då personalen förväxlat patient/brukare, dvs läkemedel hade givits till fel person. Övriga avvikelser som förekommit är till exempel utebliven signering, bristfällig märkning av dosett, fel dos.

Typ av avvikelse	2020	2021
Läkemedelshantering	981	739
Fall	1763	1718
Medicintekniska produkter	2	9
Brist i/utebliven rehabilitering	4	3
Brist i teknik eller fysisk miljö	38	40
Avvikelse kopplad till verksamhetssystem	-	2
Brist i handläggning	21	11
Brist i information, kommunikation, samverkan	50	77
Brist i utförd/utebliven insats/vårdåtgärd	132	181
Brist i /utebliven dokumentation	11	6
Brist i bemötande av brukare/patient	11	20
Bruten sekretess	7	8
Stöld	3	2
Tryckskada/trycksår	12	8
Övergrepp	14	14
Övrigt	109	163
Totalt	3158	3001

Sammantaget har antalet avvikelser minskat något jämfört med föregående år, främst inom *läkemedelshanteringen*. Kategorier där antal avvikelser ökat i antal är *brist i utförd/utebliven insats* vilket till stor del beror på att pandemin har medfört hög

sjukfrånvaro. Det har även varit brist på timvikarier i perioder vilket inneburit att vissa turer inte har kunnat tillsättas. En annan kategori som ökat är *Brist i information, kommunikation, samverkan*. Från 50 år 2020 till 77 år 2021. En god samverkan mellan professioner är nödvändigt för att säkerställa en god kvalitet kring patienten/brukaren. Under år 2022 införs en ny hållplats i kvalitetsårshjulet med syfte att systematisk och återkommande identifiera och åtgärda brister inom information, kommunikation och samverkan på samtliga nivåer i organisationen.

Gällande kategorin *övergriper* ligger antalet avvikelser på samma nivå som föregående år. Avvikelserna rör nästan uteslutande händelser mellan brukare på demensavdelningar. Personal och ledning arbetar kontinuerligt med att hitta lösningar för att förhindra att dessa situationer uppstår.

Anmälan om vårdskada, lex Maria

En vårdskada är en skada som inträffat i vården och som kunde ha undvikits om rätt åtgärder hade gjorts. Skadan kan ha uppstått vid en undersökning, i samband med vård eller under behandling. Skadan kan vara kroppslig eller psykisk.

Medarbetarna rapporterar avvikelser enligt framtagna rutiner. Områdeschefen utreder händelsen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen och återkopplar till berörda både personal och patient/brukare. I utredningen ska det bland annat framgå vad verksamheten planerar att göra eller redan har gjort för att något liknande inte ska hända igen.

Då avvikelsen kategoriseras som betydande (3) alternativt katastrofal (4) utreder MAS händelsen tillsammans med ansvarig områdeschef och berörd personal.

Vid allvarliga vårdskador eller när det har funnits en risk för en allvarlig vårdskada ska utredningen vara mer omfattande och händelsen ska då anmälas av MAS enligt lex Maria till IVO. Om vårdskadan inte är allvarlig behöver inte någon anmälan enligt lex Maria till IVO göras.

2021 har inte någon händelse rapporterats till IVO enligt lex Maria. 9 händelser inom hälso- och sjukvården har bedömts som allvarlighetsgrad betydande (3), 0 händelser som allvarlighetsgrad katastrofal (4).

Avvikelser i samverkan med Höglandssjukhuset

Ledningssystemet för samverkan, länets kommuner och regionen för sammanhållen vård, omsorg och hälsa utgår från invånarens behov och fokuserar på att uppnå bästa möjliga kvalitet. Finns en överenskommelse för avvikelsehantering i samverkan. När problem uppstår i det vardagliga arbetet ska avvikelsehantering vara ett stöd i samverkan.

Sammanställningen nedan avser Höglandets kommuner och Höglandssjukhuset.

	2020	2021
Vårdplaneringsprocess	54	57
Läkemedel	28	48
Vård och behandling	23	15

Informationsöverföring	10	9
Bemötande	1	0
Hjälpmedel	1	3
Totalt	117	132

82% av inkomna avvikelser var kommunen avsändare till. Det är inom vårdplaneringsprocessen de flesta avvikelserna rapporteras från kommunen. Brister i vårdplaneringsprocessen leder till risk för patienten men också mycket merarbete och resurser för mottagande verksamhet. Samverkan med regionen fungerar bra vilket underlättar när avvikelser inträffar och då det finns behov av att ta fram åtgärder för att minimera att liknande händelser inträffar.

Bestämmelserna om lex Sarah

All personal har enligt Socialstyrelsens bestämmelser om lex Sarah skyldighet att bidra till verksamhetens kvalitet genom att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att missförhållanden ska rättas till och att verksamheten vidtar åtgärder så att inte samma missförhållande händer igen. Genom att rapportera de missförhållanden eller risker för missförhållanden vi får kännedom om bidrar vi alla till att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

Med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa (14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS). Medarbetare och chefer rapporterar missförhållanden och andra avvikelser i avvikelshanteringssystemet DF-respons. Den som rapporterar en händelse behöver inte ta ställning till om det är ett missförhållande som ska utredas som en lex Sarah eller om det är en övrig avvikelse. Den avvägningen gör den ansvarige utredare som får rapporten till sig och som utreder avvikelser. I de allra flesta fallen är det ansvarig områdeschef som utreder avvikelser i den egna verksamheten. Vid allvarigare missförhållanden utreder Socialt ansvarig samordnare, SAS händelsen. SAS har också delegation på att fatta beslut om allvarligt missförhållande och att anmäla det allvarliga missförhållandet till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Avvikelse rapporter som utreds som missförhållande enligt lex Sarah

Under 2021 har sex misstänkta missförhållanden utretts enligt bestämmelserna om lex Sarah. För att en avvikelse ska klassas som ett missförhållande enligt lex Sarah måste följande kriterier uppfyllas:

1. Händelsen ska ha inträffat i den egna verksamheten
2. Händelsen berör en brukare i den egna verksamheten eller en person som har ansökt om insatser från en biståndshandläggare och är under utredning.

3. Händelsen innebär att någon har utfört handlingar eller genom försummelse/annat skäl låtit bli att utföra handlingar. Någon syftar på medarbetare men kan också vara en annan brukare i vissa fall t.ex. på ett boende.
4. Händelsen ska ha inneburit ett hot mot eller fått konsekvenser för brukarens liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa.

Utifrån dessa kriterier avgörs om avvikelserapporten ska utredas som ett missförhållande enligt lex Sarah. Under 2021 har sex händelser utretts som missförhållande. Av dessa har två avvikelser bedömts vara allvarliga missförhållanden, en händelse bedömdes vara av mindre/måttlig allvarlighetsgrad och tre händelser bedömdes inte uppfylla kriterierna för att vara ett missförhållande enligt lex Sarah. Dock ska åtgärder ändå vidtas för att förhindra att händelsen upprepas.

Under 2021 anmäldes de två allvarliga missförhållandena till IVO. I båda fallen bedömde IVO att kommunen fullgjort sin utredningsskyldighet. IVO ansåg också att genomförda och planerade åtgärder var tillräckliga för att komma till rätta med bristerna i verksamheten.

Det är troligt att fler avvikelser skulle kunna komma att utredas som missförhållande enligt lex Sarah om kunskapen om vad missförhållanden vore större. För att regelverket kring lex Sarah ska tillämpas fullt ut i vård- och omsorgsförvaltningen behöver kunskapsnivån höjas i hela organisationen.

Under 2021 genomfördes en kunskapshöjande insats om bestämmelserna om lex Sarah bland samtliga chefer. Detta behöver dock följas upp under 2022 för att få större spridning i hela organisationen.

Klagomål och synpunkter

Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet ska den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet som inkommer från patient/brukare, närstående, personal, regionen, privata vårdgivare, Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Synpunkter och klagomål framförs och registreras genom e-tjänst via kommunens webbplats. Det går också att lämna in synpunkter och klagomål muntligt eller skriftligt via brev. Synpunkterna och klagomålen hanteras enligt rutinen "Hantering av synpunkter och klagomål inom Vård- och omsorgsförvaltningen". Personal och ansvariga chefer ska enligt rutinen ta emot och vid behov hjälpa till att registrera synpunkter och klagomål i e-tjänsten för de som inte själva kan göra detta. Synpunkter och klagomål utreds och återkopplas sedan till den som lämnat klagomålet samt till ledning och verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål redovisas för nämnden en gång per kvartal.

Årligen sammanställs och analyseras de klagomål och synpunkter som inkommit till verksamheten tillsammans med de avvikelser som registrerats under det gångna året. Analys och sammanställning sker i samband med kvalitetshjulets hållplats för lärande. Hållplatsens resultat och analys redovisas sedan för ledning och nämnd.

Under 2021 har rutinen för synpunkt- och klagomålshanteringen reviderats. Bland annat har en broschyr "Vi lyssnar" implementerats i verksamheterna som ett komplement till e-tjänsten på kommunens webbplats. En översyn påbörjades under 2021 kring den kommungemensamma synpunkts- och klagomålshanteringen med målet att göra e-tjänsten tillgänglig för fler. Syftet med översynen är också att kunna få ut mer statistik från e-tjänsten. Förändringarna förväntas genomföras under våren 2022.

Inkomna (registrerade) synpunkter och klagomål

Klagomål/synpunkt inkommen från	2020	2021
Lämna din synpunkt (kommun.vetlanda.se)	11	9
Broschyren "Vi lyssnar"	-	5
Patientnämnden	1	1
Inspektionen för vård och omsorg IVO	2	-

Under 2021 har 9 klagomål och synpunkter inkommit via den kommunövergripande e-tjänsten "Lämna din synpunkt". Det är en minskning jämfört med tidigare år. Däremot har fem klagomål inkommit via den nya synpunktsbroschyren "Vi lyssnar" som är speciellt framtagen för vård och omsorg.

Under året som gått har inga klagomål inkommit via IVO. Ett klagomål har inkommit via patientnämnden.

Synpunkter och klagomål inkommer även direkt till personal och chefer, ofta muntligen. Dessa synpunkter utreds, åtgärdas och återkopplas direkt från chef till den som lämnar klagomålet. Gäller klagomålet en patient/brukare dokumenteras detta i den enskildes journal.

Patientsäkerhet- och kvalitetsarbeten 2021

I nedanstående handlingsplan redovisas genomförda förbättringsarbeten på en förvaltningsövergripande nivå.

Förbättringsarbete	Beskrivning	Status	Uppföljning
Implementering av nya tekniska lösningar och välfärdsteknik			
Digitala läkemedelsskåp	Breddinförande av digitala läkemedelsskåp infördes under hösten 2021. Samtliga boenden inom äldre- och funktionshinderomsorgen har nu tillgång till digitalt läkemedelsskåp.	Klart	Löpande
Digital läkemedelssignering	Infört i all verksamhet under året. I samband med detta har mobiltelefonätheten utökats så alla i tjänst har tillgång till mobil. I princip samtliga mobiltelefoner kan hanteras på distans vilket säkerställer att appar är uppdaterade.	Klart	Löpande
Combine	Det nya verksamhetssystemet Combine togs i drift den 1 november 2021. I	Klart	Löpande

	samband med införandet förändrades inloggningssättet till verksamhetssystemet. Samtliga personal och timvikarier använder nu tjänste-id kort. Detta ökar säkerheten vid inloggning till så kallad två-steps autentisering.		
Digitala lås i hemtjänsten	P.g.a. pandemi och resursbrist inom larmorganisationen har denna aktivitet fått stå tillbaka under 2021	Pågår	Våren 2022
Onewound		Pågår	Våren 2022
Förbättrade samverkansprocesser			
Nytt avtal för medicinsk samverkan och läkaruppdrag	Tillsammans med regionen och vårdcentralerna.	Pågår	December 2022
God och nära vård – fortsatt utveckling i samverkan	Hälso- och sjukvården håller på att ställa om till Nära vård där målet är att primärvården blir navet i vården och samspelar med bland annat kommunen. Kommunens hälso- och sjukvård samverkar med vårdcentralerna i Vetlanda, Nära vård en stående punkt på samverkansmöten. Vi fortsätter att ha Esther i centrum och bygger vidare på fungerande processer samt utvecklar nya effektivare arbetssätt där Esther är delaktig. Påbörjade utvecklingsområden är läkemedelsanvändning samt teambaserade utbildningar inom palliativ vård.	Pågår	Löpande
Fortsatt utveckling av kvalitetsledningssystemet			
Utbildningssatsning för chefer gällande bestämmelserna kring lex Sarah.	Genomförd under maj månad för samtliga chefer. Material är framtaget för att cheferna i sin tur kan informera personalen om bestämmelserna kring lex Sarah.	Klart	
Fortsatt utveckling av avvikelshanteringsprocessen	Under året har avvikelshanteringen utvecklats för att underlätta hanteringen av framförallt fallen. Även metoden för lex Sarah utredningen har utvecklats i samverkan med Socialförvaltningen och DF respons.	Klart	Våren 2022
Ny struktur för kvalitetsuppföljning och tillsyn av SAS och MAS i verksamheterna som en del i egenkontrollen.	Metod och struktur togs fram under våren. Sammanlagt fyra kvalitetsuppföljningar genomfördes under året.	Klart	Löpande

Införa Vårdhygienisk egenkontroll - verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal vård och omsorg.	Vårdhygienisk egenkontroll är ett hjälpmedel för strukturerad genomgång av verksamheten för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning, stöd för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal/regional vård och omsorg.	Pågår	Löpande
Satsning på att minska antalet läkemedelsavvikelser.	Öka kunskapen hos personal som utför delegerade uppgifter inom läkemedelshantering. Genomföra utbildning årligen och därefter godkänd test.	Pågår	Hösten 2022

Esthernätverket

Esthernätverket är ett samarbete mellan kommunerna och primär- och slutenvården i region Jönköpings län. "Esther" är en symbolisk brukare/patient med vårdbehov som har kräver samordning mellan sjukhus, primärvård, hemsjukvård och kommunal omsorg. Centralt i Esthernätverket är att alltid ställa frågan "Vad är bäst för Esther?" I Vetlanda finns för närvarande 25 utbildade Esther förbättringscoacher samt fem nya coacher under utbildning. Esthercoacherna är medarbetare som utbildats i förbättringskunskap och som leder förbättringsarbeten i mindre skala ute på sina arbetsplatser. Två Esthercoacher har i uppdrag att samordna Esthernätverket och i deras uppdrag ingår även att löpande handleda övriga Esthercoacher i deras förbättringsarbeten. Under 2021 har två nya Esthercoacher tagit examen och fyra blivande Esthercoacher har påbörjat sin Esthercoachutbildning.

Esthernätverkets årsberättelse 2021

Under början av året kämpade alla på hårt under den tuffa pandemin, ESTHER coacherna har föregått med gott exempel och sett till Esthers bästa utifrån förutsättningarna.

Under pandemin har Esthercoacherna tillsammans med sina kolleger medvetet och omedvetet gjort flera förbättringsarbeten genom att hitta nya sätt att arbeta för att skydda och hjälpa Esther så gått de kunnat. Vid teammöten har coacherna delat med sig av goda idéer samt inspirerat varandra.

Esthers namnsdag har firats på olika sätt i kommunen. Fantasin har varit stor och det har firats på ett annorlunda sätt med avstånd och i mindre sammankomster. ESTHER bakelser har även i år delats ut till de som har matdistribution och på de särskilda boendena har kökspersonalen gjort egna bakelser för att fira ESTHER.

Två medarbetare har under året tagit Esthercoach examen. Ytterligare fem medarbetare har under hösten påbörjat sin utbildning till Esthercoacher. Esthersamordnarna har även besökt Ädelfors folkhögskola och föreläst om ESTHER nätverket samt om förbättringsarbete för blivande undersköterskor som läser på distans. De har också varit på vård- och omsorgsprogrammet på Njudungsgymnasiet i Vetlanda och föreläst för eleverna i samband med vård- och omsorgscollege veckan v. 42. Individuella uppföljningsmöten har gjorts med samtliga Esthercoacher och deras chefer.

Kvalitetspriset 2021

Att vara en lärande organisation innebär att vi lär av varandra, sprider goda exempel och drar nytta av varandras förbättringar. Därför delar vård- och omsorgsförvaltningen varje år ut Årets kvalitetspris för att motivera och stimulera till ständiga förbättringar med brukaren/patienten i fokus.

Kvalitetspriset delas ut till en personalgrupp, enhet eller verksamhet som gjort ett förbättringsarbete som även kan komma andra verksamheter till gagn, till exempel nya arbetssätt eller metoder. De inkomna bidragen utvärderas av en jury bestående av förvaltningens kvalitets- och utvecklingsavdelning och därefter utses vinnarna av vård- och omsorgsnämndens presidium. De tre bästa förbättringsarbetena premieras.



Inkomna förbättringsarbeten 2021

Under 2021 inkom tolv förbättringsarbeten från verksamheterna. Det vinnande bidragen var följande:

1: a kvalitetspris: Emmagårdens särskilda boende för sitt förbättringsarbete "En ny mötesplats för Esther".

2: a kvalitetspris: Avdelningen Solgläntan på Norrgårdens särskilda boende för sitt förbättringsarbete "En extraordinär resa" samt "Minnestundskaffe för Esther".

3:e kvalitetspris: Avdelningen Blåklockan på Österängs särskilda boende för sitt förbättringsarbete "Aktiviteter på helgerna utifrån Esthers önskemål"

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Omställning till God och nära vård

Omställningen kommer att ställa krav på förändringar av kulturen i hälso- och sjukvården. För att bedöma och planera hur vårdinsatserna ska prioriteras och samordnas behöver det vara lätt att samarbeta och samverka över organisatoriska gränser. Det kan handla om förhållningssätt men också om att chefer och medarbetare

har förutsättningar och utrymme att arbeta i enlighet med målen för god och nära vård, till exempel genom en ökad samordning på olika nivåer.

Kärnan i god och nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

Aktiviteter för att säkerställa en säker vård och omsorg med god kvalitet

Förbättringsaktiviteter 2022	Ansvarig	Följs upp
Minska antalet fall, arbeta fallförebyggande enligt handlingsplan	Funktion hälso- och sjukvård	Hösten 2022
God och nära vård	Förvaltningschefen	Löpande
BPSD – registreringar på samtliga enheter	Demenssjuksköterska och områdeschef	Kontinuerligt i BPSD-register
Minska förekomst av trycksår	Funktion hälso- och sjukvård	Löpande via infektionsregistrering
Utbilda ombud inom palliativ vård enligt handlingsplan	Undersköterskor från Oasen och hemsjukvården	Hösten 2022
Införa nationell handlingsplan för patientsäkerhet	MAS och ledningsgrupp	Våren 2023
Implementering Vårdhygienisk standard samt öka följsamhet till basala hygienrutiner	Områdeschefer	Hösten 2022
Implementering avtal för medicinsk samverkan	MAS och funktionschef hälso- och sjukvård	December 2022
Läkemedelshantering, minska avvikelser samt ta fram ny rutin arbetssätt i APPVA för sjuksköterskorna	MAS och läkemedelsansvariga sjuksköterskor	Våren 2022 samt löpande
Revidering av kvalitetsårshjulet med nya hållplatser om samverkan samt delaktighet	SAS och ledningsgrupp	Våren 2023
Fortsatt utbildning inom AKK	Funktionshinderomsorg	Hösten 2022
Arbete för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder	Funktionshinderomsorg och SÄBO	Våren 2023
Digitala lås i ordinärt boende (fortsättning)	Funktion hemtjänst tillsammans larmorganisationen	Hösten 2022
Kartläggning digital mognad hos medarbetare	Utvecklingschef	Hösten 2022

Fortsätta testa olika välfärdstekniska lösningar i verksamheterna	Utvecklingschef	Hösten 2022
---	-----------------	-------------