



ANEBY
KOMMUN

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen Sociala avdelningen

2021

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
God kvalitet och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet	4
Lagkrav	4
Verksamhetens egna krav	4
Brukaren, den enskildes krav/förväntningar	5
Kommunens kvalitetsarbete	5
Sociala avdelningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	5
Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop	6
Sociala avdelningens organisation	6
Ansvar för kvalitetspatientsäkerhetsarbetet	6
Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet	7
Ledningssystemets delar och resultat 2021	7
Verksamhetsbeskrivning, styrande lagar, mål och krav	8
Processer och rutiner	9
Processer och Rutiner i Samverkan/samarbete	9
Riskanalyser	11
Avvikelse, synpunkter, Lex Sarah och Lex Maria	11
Rättssäkerhet i handläggning och dokumentation	14
Egenkontroller och jämförelser med andra	15
Personal och kompetens	19
Verksamhetsuppföljning och Verksamhetsplan	19
Förslag på vidare utvecklingsarbeten 2022	19

Sammanfattning

Rådande Pandemi har i världen, landet och inte minst i Aneby, gjort även 2021 till ett omtumlande och utmanande år. Mycket av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sociala avdelningen har trots detta löpt på och vidareutvecklats om än på ett visst anpassat sätt.

De styrande dokument som tagits fram och implementerats såsom riktlinjer och rutiner har haft stor anknytning till vår hantering av risk för smitta men också vårt stora arbete med införandet av nytt verksamhetssystem.

Vi har blivit alltmer vana vid att hantera Office 365 som också är vår nya lagringsyta för våra styrande dokument men med fortsatt tillgänglighet via vårt intranät.

Verksamheten har följts upp genom olika egenkontroller såsom användning av kvalitetsregister, infektionsmätningar, avvikelserapportering och brukarenkäter. Resultat har legat till grund för analys och framtagande av prioriterade förbättringsområden.

Verksamhetens medarbetare har bidragit till underlag för ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att 2021 rapportera sammanlagt 1286 rapporterade avvikelser registrerats i ”*DF Respons*” varav 422 fallolyckor. Endast en extern synpunkt gällande social avdelningens verksamheter är inkomna via webben under 2021. Löpande inhämtas brukarnas synpunkter på insatserna i respektive verksamhet vilket bidrar till ett medskapande till ständiga förbättringar.

Risker för vårdsador och missförhållanden har identifierats och hanterats enligt gällande rutin.

Den kommunala hemsjukvården har under pandemin jobbat intensivt med vaccinationer, smittspårning utbrottsgrupper, provtagningar och skyddsåtgärder mm. Flera olika anpassningar inom verksamheterna har krävts för att förebygga smittspridning och hantera uppkommen smitta. Det har krävt alla medarbetares engagemang och vilja att komma till bukt med smittspridning och att skydda de mest sårbara och sjuka inom våra verksamheter.

Huvuddelen av verksamhetens brukare och patienter har under 2021 fått en trygg och säker vård och omsorg men det förekommer vissa brister och det finns flera områden som är i behov av vidare utveckling för att ytterligare stärka kvalitet- och patientsäkerhet.

Inför 2022 står vi inför en stor och viktig vidare utveckling av ”*Nära Vård*” och internt en fortsatt utveckling av vårt nya verksamhetssystem.

Fortsatt finns också ett stort behov av god samordning i planering, genomförande och uppföljning gällande insatskvalité, arbetsmiljö och ekonomi. Vi behöver också öka brukarmedverkan i arbetet med ständiga förbättringar och en innovativ utveckling av sociala avdelningens verksamheter.

God kvalité och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet

Kravet på god kvalitet framgår av lagar och föreskrifter som styr Sociala avdelningens verksamheter.

Generellt kan kvalitet uttryckas som förhållandet mellan förväntan och upplevelse eller mellan mål och utfall. Det innebär att sociala avdelningens mål och t janster som verksamheten erbjuder måste vara tydliga.

De som kommer i kontakt med verksamheterna inom Social avdelningen bedömer kvaliteten i förhållande till vad han eller hon förväntat sig.

I författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår att kvalitet kan ses utifrån tre perspektiv:

- Lagen
- Verksamheten
- Brukaren/den enskilde

Lagkrav

Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den enskilde.

Socialt janstlagen (SoL) 3 kap 3   står att insatser inom socialt jansten skall vara av god kvalitet. För utförandet av uppgifter inom socialt jansten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 6  innehåller motsvarande bestämmelser som i socialt janstlagen. Kraven på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialt jansten. Kvalitetsbegreppet omfattar socialt janstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) kap 2a  står att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av särskilt god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i v rden och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i v rden.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd **SOSFS 2011:9** om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamhetens egna krav

Verksamheten kan också sätta egna krav på kvalitet. I verksamhetens egna måldokument kan det även finnas olika kvalitetsmål definierade.

Verksamhetsplan 2021 sociala avdelningen

Perspektiv	Mål
Brukare	Alla brukare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården får tjänster av god kvalitet
Ekonomi	Vi bedriver en kostnadseffektiv verksamhet
Medarbetare	Sociala avdelningen är en attraktiv arbetsgivare och arbetsplats
Processer	Vi har ett systematiskt kvalitetsarbete och jobbar tillsammans med användaren för innovativa lösningar och ständiga förbättringar
Samhälle	Sociala avdelningens arbete stödjer en hög livskvalité, självständighet och hållbar tillväxt

Brukaren, den enskildes krav/förväntningar

Den enskilde har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Den enskildes upplevelse av bemötande och delaktighet med mera är viktigt i detta perspektiv. I brukarperspektivet finns även verksamheternas arbete med att systematiskt och löpande följa upp resultaten av olika insatser på både individ- och gruppnivå.

Kommunens kvalitetsarbete

Sociala avdelningens ledningssystem är en del av Aneby kommuns övergripande styrmodell. Styrmodell påverkas och styrs av bland annat från följande:

- Gällande lagar, föreskrifter och nationella riktlinjer
- Kommunfullmäktiges mål
- Kommuns strategiska plan
- Avdelningens lönomodell
- Avdelningens mål och verksamhetsplan

Sociala avdelningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sociala avdelningens ledningssystem ska ses som en konkretisering av kommunens styrmodell. Här tydliggörs hur sociala avdelningen leder och styr mot god kvalitet och säkerhet i sina verksamheter.

Centrala utgångspunkter för att leda och styra är:

- Kvalitet skapas i mötet mellan medarbetaren och brukaren.
- Duktiga medarbetare ger bättre kvalitet.
- Vi är en lärande organisation – skapar och använder kunskap från det dagliga arbetet.
- Verksamhetsutveckling och förbättringar sker i verksamheterna så nära brukarna som möjligt.
- Kvalitetsarbetet är uthålligt och systematiskt vilket förutsätter analys, planering och dokumentation.
- Ledning- och styrning kännetecknas av ett nerifrån och upp perspektiv.

Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop

Kvalitetsstyrningen är verksamheternas styrning och dess huvudfråga är att svara på hur det går för verksamheterna. Utför vi insatser med god kvalitet och säkerhet eller finns det brister? Ska något förbättras eller återställas?

Målstyrningen är politikens styrning av verksamheterna och handlar om att skapa mål och ge inriktning till verksamheterna utifrån given budgetram och kvalitetsstyrningens analys. Utifrån målstyrningen ska avdelningen upprätta en verksamhetsplan och uppföljningen görs i samband med ekonomistyrningens delårs- och helårsbokslut.

Målstyrning, kvalitetsstyrning och ekonomistyrning hänger alltså ihop och tillsammans kan man prata om planering, uppföljning och utveckling av våra verksamheter.

Sociala avdelningens organisation

Ledningssystemet för kvalitetsarbete gäller för alla sociala avdelningens verksamheter i Aneby Kommun.

Sociala avdelningen är en tydlig tjänsteproducerande kunskapsorganisation. Kunskapen finns hos verksamheternas chefer och medarbetare. Att utveckla kvaliteten inom verksamheterna förutsätter därför lärande. Både organisationen och de enskilda cheferna och medarbetarna måste lära sig av det dagliga arbete och använder nya kunskaper som inhämtas vid utbildningar och kurser. Att vara en tydlig och medveten lärande organisation är därför grundläggande i ledningssystemet. Detta började vi 2019 att arbeta extra med utifrån arbetet med genomlysningen och förändringsarbetet inom äldreomsorgen och hemsjukvården, med stöd av Rådet för Kommunala Analyser (RKA) och förändringsledaren Helene Ersson. Under 2021 har detta arbete fortsatt på flera olika sätt trots den pågående pandemin med Covid 19.

Vi skapar lärandemiljön tillsammans. Konkret innebär det bland annat att vi jobbar med att:

- Ledningen är stödjande och uppmuntrar utveckling
- Medarbetare är aktiva, flexibla och problemlösande
- Brukares behov är i fokus och den enskildes egna erfarenheter tas tillvara
- APT, veckomöten, ”Hållplatser för lärande”, seminarier, bokcirklar, handledning etc. är tillfällen för reflektion och ett ständigt lärande

Ansvar för kvalitetspatientsäkerhetsarbetet

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen är vårdgivare med ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Socialchef

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. 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 följs 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 gör även anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I samverkan med socialchef utreda och rapportera Lex Sarah.

Enhetschef för hälso- och sjukvården

Enhetschef för hälso- och sjukvården ansvarar för att tillgodose hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet. Att mål formuleras samt att uppföljning och analys av verksamheten sker så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården. Enhetschefen ansvarar också för att det finns rutiner.

Enhetschef verksamhet SOL och LSS

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

Kvalitetsutvecklare och andra stödfunktioner

Stödja chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet och omvärldsbevakning. Sammanställa aktuella rutiner, processer och göra dessa lättillgängliga för verksamheten och även delvis tillgängliga för andra kommuninvånare och brukare. Sammanställa statistik, resultat och underlag för egenkontroller samt inrapportering till nationella register.

Förvaltningssekreteraren ansvarar för att revidera socialförvaltningens delegationsordning och diarieför inkomna och upprättade handlingar,

IT-samordnare ansvarar för utveckling av verksamhetssystem så att det följer gällande lagstiftning och stödjer förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

Personligt yrkesansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen inkl. omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare ansvarar för att det arbete som utförs genomförs med god kvalitet inom ramen för verksamhetens ledningssystem samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

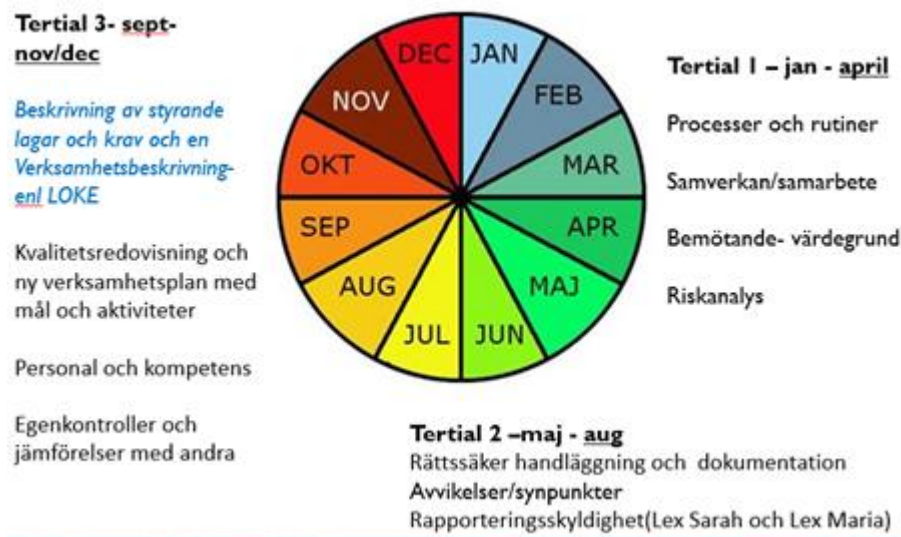
Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet

Systematiskt kvalitetsarbete förutsätter att dokumentation sker löpande och systematiskt. Dokumentation av sociala avdelningens kvalitetsarbete sker dels löpande via minnesanteckningar på APT för varje enskild arbetsplats, via enheternas regelbundna uppföljningarna i Stratsys, dokument via intranätet och via denna årliga sammanhållande kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Ledningssystemets delar och resultat 2021

Ledningssystemets olika delar ska tillsammans bidra till att verksamheterna bedriver sin verksamhet med god kvalitet och patientsäkerhet.

För att stödja det systematiska kvalitetsarbetet och uppmuntra till kontinuerlig reflektion och lärande finns det i Aneby Kommun ett Årshjul med Lärande hållplatser för de olika delarna. Ansvarig chef tillsammans med medarbetare lägger fokus på ett samlat lärande och reflektion kring ett specifikt urval av kvalitetsarbetets delar varje tertial.



Verksamhetsbeskrivning, styrande lagar, mål och krav

Alla verksamheter inom Sociala avdelningen jobbar med att upprätta verksamhetsbeskrivningar enligt modellen LOKE, (Lokal Evidens). Här beskrivs syftet med varje enskild verksamhet, styrande lagar, mål och krav, tillgängliga resurser, aktuella insatser och en plan för uppföljning. Under 2021 har flertalet av verksamheterna inte haft möjlighet att arbeta aktivt med att utveckla eller uppdatera sina verksamhetsbeskrivningar med anledning av, andra nödvändig prioriteringar pga pandemin med Covid 19. Under 2021 har ledningsgruppen för social avdelningen, jobbat vidare med att utveckla verksamhetsplaner med avdelningsspecifika strategier utifrån de övergripande målsättningarna. Strategierna anger en riktning för vad som är viktigt att verksamheterna jobbar med för att nå de olika övergripande målen.

Under 2021 har flera olika insatser genomförts som förberedelser för att möta framtidens vård och omsorg med inriktning på ”Nära vård”. Inriktningen på ”Nära vård” är att arbetet går från fokus på organisation, reaktivitet, fragmentisering och passiv mottagare till att öka det proaktiva och förebyggande arbetet, det sammanhängande, det relationsskapande och ett aktiva medskapande. ”Tillsammans möter vi framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård”. En god och en nära vård som utgår från individuella förutsättningar och behov. Bygger på relationer av hälsofrämjande, förebyggande och är proaktiv. En god och nära vård som bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

1 april 2021 startade Aneby sitt ”Hälsocenter”. Syftet med ”Hälsocenter” är att genom hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt, ge stöd till att förbättra invånarnas fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa. Målgruppen för ”Hälsocenter” är invånare som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Hälsocenter genomförs i samverkan mellan vårdcentralen, kommunen och träningsverket. Finansieringen på 20% kommer från Region. Som länsövergripande stöd finns Folkhälsa och sjukvård (RJJ), utvecklingsenheten Qulturum (RJJ) samt Kommunal utveckling.

Starten och efterfrågan på Anebys Hälsocenter är trots sin ringa omfattning, stor. Vid årsskiftet 2021–2022 var 11 personer med aktiviteter inskrivna. Under hösten har även kursen ”Hälsosamma matvanor” erbjudits. Det är en kurs på 4 tillfällen ca 1-1,5 timma/tillfälle.

Arbete har också fortsatt med att möta upp målsättningarna i Agenda 2030 på både kommunövergripande nivå och på avdelningsnivå. Flera tillfällen och aktiviteter kring agenda 2030 är genomförda under 2021 både på Makro, Meso och Mikronivå inom kommunen med fokus på ”Ett gott liv i en hållbar och växande kommun”. Detta för att skapa en nulägesbild av samverkan och samarbete mellan politik och tjänstemannaorganisation. Frågeställningarna har b.la utgått från; *Hur vill vi samspela för att styra och leda tillsammans? Vad behövs för att komma dit?* I samband med dessa tillfällen har även arbetet kring ”Nära Vård” introducerats. Begreppet ”Nära Vård utgår från invånarnas behov delaktighet och samskapande. Framgångsfaktorer är samverkan mellan kommuner och regionen. Personcentrering är vägledande både som förhållningsätt och arbetssätt i organisationen. Satsning på kompetensförsörjning, där förmågan att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och arbeta preventivt och proaktivt är avgörande faktorer. Utveckla självständighet och egenvården.

Processer och rutiner

Kvalitetsarbetet tar sin utgångspunkt i verksamheternas olika huvudprocesser. Ledning och medarbetare arbetar löpande med att ta fram de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten bedrivs med god kvalitet och patientsäkerhet.

Genom att synliggöra processer, fastställa rutiner och arbeta med avvikelser kan verksamheten förflytta brister i verksamheten från ett individperspektiv till ett systemperspektiv.

De processer, rutiner och andra dokument som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet finns tillgängliga för alla medarbetare via kommunens Intranät- ”Skvalpet”.

I samlingen av våra beslutade dokument finns också material för processkartläggning och mallar för rutiner.

Övergripande rutiner som utvecklats inom sociala avdelningen under 2021 har fortsatt haft stort fokus på att minska risken av smitta under den pågående pandemin Covid -19. I det arbetet har samverkan skett med regionens Smittskydd och vårdhygien som har varit ett ovärderligt stöd i framtagandet av rutiner och riktlinjer gällande hygien, skyddsmaterial, provtagningsrutiner och hållit samman utbrottsgrupper i samband med utbrott av Covid-19. I dessa utbrottsgrupper har även vårdcentralens verksamhetschef ingått. Dessa utbrottsgrupper har varit framgångsrika till att kartlägga/smittspåra och undvika fortsatt smittspridning.

Exempel på några andra rutiner som utvecklats övergripande för social avdelningens verksamheter under 2021 är b.la

- Rutiner och manualer för det nya Verksamhetssystemet Pulsen Combine,
- Rutin för läkemedelshantering
- Rutin för POSOM arbetet (Psykiskt Och Socialt Omhändertagande)
- Arbetet med att ta fram ett delprogram för Suicidpreventivt arbete har påbörjats
- Rutin för digital tillsyn via kamera

Processer och Rutiner i Samverkan/samarbete

Att säkerställa att processer och rutiner för samverkan finns samt att de är väl kända och används i det dagliga arbetet har hög prioritet i kvalitetsarbetet. Brukare har många gånger sammansatta och komplexa behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt med andra myndigheter och aktörer.

Samverkan med brukare/den enskilde och närstående

Brukare/den enskilda och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och eller patientsäkerhetsarbetet. Samverkan är viktig för att förebygga risk för missförhållanden och eller

risk för vårdskador.

Brukare/den enskilde och i förekommande fall närstående/företrädare ska;

- medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- informeras vid utredning av missförhållanden/vårdskador
- informeras om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål.
- informeras om när nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister.

Det finns i nuläget ingen systematisk uppföljning som visar på i vilken omfattning som ovanstående sker i verksamheterna, mer än utifrån frågeställningar kring delaktighet i våra olika brukarundersökningar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Många olika processer kan identifieras där samverkan behövs för att förebygga att den enskilde riskerar att drabbas av en vårdskada. Samverkan sker internt och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras bland annat i diverse samverkansdokument, avtal och deltagande i olika lokala samt regionala nätverk.

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Medverkan på Estherforum och Esthercafé ger tydlighet i ansvarsfrågor och samverkan inom länet.
- Medverkan i "Arbetsgrupp Äldre" på Högländet.
- Samverkan i "Händelseråd" MAS och Chefsjuksköterska Högländet, analys av avvikelser i samverkan
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård.
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Samverkan med vårdcentralen Aneby.
- Efterföljelse av regelverk för samordnad vårdplan, (SVPL) och samordnad individuell plan, (SIP).
- Avtal med Folktandvården med riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Överenskommelser och samarbete med dosapotek, lokala apotek och regionens apotekare.
- Samverkan med regionen och andra kommuner i upphandlingsfrågor t ex länsöverskridande upphandling av inkontinenshjälpmedel, läkemedel till akutförråd och sjuk- och förbandsmaterial.
- Överenskommelse kring samverkan med Regionens enhet för Smittskydd/vårdhygien.
- Deltagande i demensteam i samverkan med högländskommunerna och regionen.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster
- Samverkan och överenskommelse med Arbetsförmedling och Försäkringskassa
- Öppenvård och Familjecentralen
- Boendestöd och hemtjänst

Samordnad vårdplanering

Under pågående pandemi har mycket av den samordnade vårdplanering skett digitalt. Det har varit utmanade men har i de flesta fall ändå fungerat på ett bra sätt. Kommunen har under året inte haft några betaldagar mot Regionen utan har klarat av att välkomna den enskilde hem då denne varit klar för utskrivning.

Samverkan med vårdcentralen har utvecklats och täta kontakter har varit framgångsrikt vid såväl smittspårning, provtagning och samverkan i utbrottsgrupper tillsammans med Regionens Smittskydd Vårdhygien. Detta arbete har möjliggjort att ytterligare smittspridning har förhindrats.

Under 2020 uppdaterades samverkansavtalet med vårdcentralen, Under 2021 har Reko (Region och kommun i samverkan) reviderat samverkansavtalsunderlaget. Detta innebär att ett nytt avtal med vårdcentralen i Aneby, ska uppdateras enligt den nya rutinen under 2022.

Samverkan för att förebygga missförhållanden

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga risk för missförhållanden i verksamheterna. Avvikelsesystemet ligger till grund för att dra lärdom av inträffade brister och finna säkrare och effektivare sätt att undvika dessa i framtiden. Avvikelser som sker tas upp på olika nivåer av samverkan till exempel teamträffar och arbetsplatsträffar.

Samverkan mellan MAS, ledning och verksamheterna är en viktig del av det förebyggande arbetet. I denna samverkan säkerställs dels viktig informationsöverföring, dels att nödvändiga rutiner och instruktioner tas fram för att undvika missförhållanden.

Utöver detta finns ett antal externa samverkansforum som delvis har till uppdrag att förebygga missförhållanden. Exempelvis Esthercoachnätverk samt deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster är viktigt för förvaltningens utveckling.

Olika ”Tillsammans projekt” tex bästa möjliga hälsa och jämlikvård, samarbetsvård. avseende Psykisk hälsa är under utveckling.

Risکانالyser

Systematiska riskanalyser med utgångspunkt från verksamheterna huvudprocesser ska göras årligen samt vid väsentliga förändringar i verksamheten. Syftet är att identifiera risker för avvikelser och negativa händelser utifrån brukarperspektivet.

Instruktioner och mallar som stöd för att upprätta riskanalyser finns tillgängliga via vårt intranät Skvalpet.

Under 2021 har flera riskanalyser fortsatt gjorts i relation till verksamhetsanpassningar för att hantera risk för smitta av Covid 19. Värt att nämna är det omfattande vaccinationsarbete som sjuksköterskorna inom den kommunal- hälso- och sjukvården genomfört för att skydda de mest svaga sköra äldre inom kommunens verksamhetsområde.

Det har även genomförts riskanalyser för att skapa underlag till förändrade arbetssätt som kan skapa en fortsatt god och hållbar insatskvalité, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet.

Avvikelser, synpunkter, Lex Sarah och Lex Maria

När en avvikelse eller risk för missförhållande inträffar är det viktigt att åtgärda och avhjälpa det som har blivit fel så snabbt som möjligt. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell huvudprocess.

En synpunkt kan innefatta positiva alternativt negativa omdömen eller förbättringsförslag. Ansvariga enhetschefer utreder inkomna klagomål och vidtar åtgärder med målsättning att förhindra att liknande händelser inträffar igen och för att utveckla verksamheten.

Synpunktshantering är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet. Under 2021 har en extern synpunkt inkommit via webben till Sociala avdelningen. Synpunkt rörde insats inom hemtjänst och har hanterats av verksamheten. Inom flera av sociala avdelningens verksamheter pågår ett arbete att löpande följa upp synpunkter inom verksamheterna. Detta för att kunna arbeta med ständiga förbättringar av kvalitén på insatserna.

Patientnämndens rapport och sammanställning för 2021 redovisas separat.

Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är också skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för vårdskada. Verksamheten är enligt lag skyldig att rapportera de allvarliga avvikelserna till IVO.

Från och med 2020-10-01 har Sociala avdelningen infört nytt avvikelssystem ”DF Respons”. I samband med detta införande har rutin för uppföljning och utredning av avvikelser förändrats och ligger nu mer systematiskt nära verksamheten. Avvikelse rapportering sker enligt sociala avdelningens rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare. Misstänkta vårdskador och missförhållanden följs upp via samtal med patient, anhöriga, chef och berörd personal. Allvarliga missförhållanden och vårdskador rapporteras enligt lex Sarah och lex Maria till IVO.

MAS ansvarar för att övergripande analysera och sammanställa inkomna avvikelser samt visa på förbättringsområden av kvalitet och säkerhet. Inkomna avvikelser utreds, åtgärdas, hanteras och ska följas upp på enhetsnivå. Sammanställning på årsbasis sker till ansvarig nämnd i samband med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

En avvikelserapport ska skrivas då det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för brukare/den enskilde på grund av brister i verksamheten.

Sammanlagt under året 2021 har 1286 rapporterade avvikelser registrerats i ”DF Respons” varav 422 fallolyckor. I tabell nedan ser det ut som om antalet avvikelser ökat från tidigare år. Så är inte fallet, utan skillnaden beror på att i det nya avvikelssystemet görs en uppdelning av avvikelser mellan olika lagrum. Den klassificeringen gjordes inte i det tidigare avvikelssystemet i Procapita.

Fallavvikelser ska utredas och förebyggande åtgärder ska planeras i samband med teamträffar.

Under 2021 har 185 fall inträffat på SÄBO, 231 fall inom ordinärt boende och 6 fall inom FO 2021.

Avvikelser på område	2 019	2 020	2021
Avvikelser enl. HSL	13	2	515
Avvikelser enl. SOL	24	20	66
Fall	331	403	422
Läkemedel	165	131	157
Medicinteknik	7	1	0
Samverkan och information kommunikation internt	7	2	26
Totalt	547	559	1286

Från och med 1 april 2019 har digital signering (Appva) införts för ordinerade läkemedel-och rehabiliteringsinsatser. Detta har inneburit en kvalitetsökning där vi i realtid ser när och om den enskilde har fått sin insats utförd. Från 2021-01-01-2021-12-31 finns totalt 184 120 signerade läkemedelsinsatser, 87 % av dessa är signerade i tid. Genomsnittlig avvikelse i tid är 31 minuter. Delegerade insatser från rehab finns 7838 insatser registrerade. 95 % av insatserna är signerade och 82 % är utförda i tid. Varje enhet kan följa sitt eget resultat och se avvikelse och variationer så väl över dag som annan vald tidsperiod. Under 2021 har ytterligare digitala läkemedelsskåp kompletterats upp inom ordinärt boende. Detta ger en trygg och säker hantering och förvaring av den enskildes läkemedel.

I samverkan med vårdcentralen har vi under 2021 fortsatt arbetet med att minska andelen dosaskar. Resultatet av detta är att läkemedelshanteringen blivit säkrare och sjuksköterskans insatser kan genomföras enligt RAK dvs ”Rätt Använd Kompetens”. För de patienter som det är lämpligt övergår läkemedelsadministreringen till dosdispenserade läkemedel. Detta som ett led i att minska risken för feldelade doser. I ordinärt boende finns numera digitala medicinskåp. Detta höjer säkerheten kring läkemedel och minskar risken för svinn av läkemedel.

Avvikelser i samverkan

Uppmärksamma och analysera avvikelser i samverkan är en viktig del i kvalitetsarbetet för att skapa förutsättningar för en trygg och säker vård för Esther. Händelserådet består av Höglands kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor och Höglandssjukhusets chefssjuksköterska. Från september månad 2021 ingår även medicinskt ansvarig sjuksköterska från Ydre kommun.

Under januari-december 2021 skickades 132 avvikelser i samverkan mellan slutenvården på Höglandssjukhuset, Ydre och Höglandets kommuner. I 82 % av ärendena var kommunerna avsändare. Aneby kommun var avsändare av 12 ärenden. Vi har själva tagit emot 1 avvikelse.

De flesta avvikelserna i samverkan handlar om informationsöverföring framför allt vårdplaneringsprocessen.

Av de totalt inrapporterade avvikelserna ser fördelade i områden ut enligt:

	2020	2021
Vårdplaneringsprocess	54 %	43 %
Läkemedel	28 %	37 %
Vård och behandling	23 %	11 %
Informationsöverföring	10%	7 %
Bemötande	1 %	0 %
Hjälpmedel	1 %	2 %

Vårdplaneringsprocessens avvikelser kan delas in i två områden:

- Bristande information i LINK från sjukhus
- Bristande kommunikation från kommun i LINK. Fördröjd kontakt/otydligt besked med/från biståndshandläggare

Läkemedelsavvikelserna avser i de flesta fall två områden:

- Ändring i läkemedelslista är inte gjord i Dosexpedieringen/Pascal
- Bristande information om läkemedelsjustering/oklar läkemedelsordination

Aktiviteter i Händelserådet

Under 2021 har händelserådet haft 5 möten där avvikelser har diskuterats och analyserats med fokus på att säkerställa trygghet för Esther i vårdens övergångar.

På grund av pandemiläget och tidsbrist har vi använt digitala möten, vilket har begränsat våra möjligheter att bjuda in aktörer för dialog.

På Höglandet finns en samverkansrutin mellan Höglandssjukhuset, vårdcentralerna och kommunerna på Höglandet så kallade veckostyrningsmöte. Under Pandemin med Covid-19 har dessa möten utökats till 1–3 per vecka. Dessa möten syftar till att göra vårdplaneringsprocessen trygg och säker för Esther.

Kliniska apotekare har gjort mätning för att undersöka i vilken utsträckning dosdispenserade läkemedel skickas med in till sjukhus. Slutsats är att relativt få patienter som skrivs in i somatisk vård har dospåsar och hela läkemedelsförpackningar med sig till sjukhuset. Det kan ha flera förklaringar, vore önskvärt att andelen ökar. Skulle kunna hjälpa till att säkerställa att patient med ”udda läkemedel” lättare får tillgång till dessa under vårdtid, vid hemgång från sjukhuset lättare kunna bedöma i vilken utsträckning läkemedel behöver/ska skickas med samt att undvika onödig kassation av dosdispenserade läkemedel.

Dialog har genomförts med ansvarig för sjukresor efter inkomna avvikelser.

Tillsyn av IVO (Inspektionen för vård- och omsorg)

IVO granskar kontinuerligt utvalda områden och verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt verksamheter som bedrivs enligt LSS. IVO använder olika tillvägagångssätt i tillsynen, både kontrollerande och främjande.

Den som anser att det finns brister eller missförhållanden i socialtjänstens verksamheter kan anmäla detta direkt till IVO. IVO har ingen skyldighet att utreda allt som anmäls utan avgör självständigt om det finns skäl att göra tillsyn. Bedömningen sker bland annat utifrån det som enskilda personer anmäler men också utifrån andra uppgifter som IVO kan ha synpunkter på om verksamheter. Alla uppgifter som lämnas till IVO om verksamheter registreras och kan användas när IVO planerar vilken/vilka tillsyner som ska genomföras.

Med anledning av Covid-19-pandemin genomförde IVO under 2020 en särskild tillsynsinsats som fokuserade på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÄBO). Med anledning av denna tillsyn har IVO beslutat att under 2021 genomföra en uppföljande av denna tillsyn. IVO har begärt in uppgifter som är inlämnade men vi har ännu inte fått någon återkoppling på de uppgifter som vi i Aneby kommun lämnat in till IVO.

Under 2021 har ingen utredning enligt Lex Maria genomförts eller sänds in för granskning till IVO.

Två utredningar enligt Lex Sarah har under 2021 genomfördes och skickats för vidare granskning till IVO. I båda fallen har IVO beslutat enl.; att vidtagna åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpt eller undanröjt missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Alla verksamheter informerar årligen personalen om sin rapporteringsskyldighet.

Rättssäkerhet i handläggning och dokumentation

Processen för myndighetsutövning är mycket central i vårt kvalitetsarbete. Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, via utredning, till beslut och genomförande av insatser inom socialförvaltningen.

Under 2018 startade ett stort arbete gällande införandet av dokumentation enligt IBIC, (Individens Behov i Centrum). Stor del av nya beslut om insatser har under 2021 genomförts enligt IBIC och följs även av en genomförandeplan enligt IBIC. Verksamheternas omfattande arbete 2021 med att införa verksamhetssystemet Pulsen Combine är också en del i arbetet med att stärka en IBIC baserad handläggning och dokumentation.

Revision BHL (Biståndshandläggning) Äldreomsorgen

KomRedo har på uppdrag av kommunrevisorerna genomfört en granskning avseende hur kommunstyrelsen säkerställer att biståndsbedömning inom äldreomsorgen sker på ett ändamålsenligt sätt. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2021.

Av revisionsrapporten framgår det att det åligger kommunen att ansvara för biståndsbedömning i enlighet med socialtjänstlagen. En ändamålsenlig och effektiv biståndsbedömning styr både ekonomi och kvalitet i kommunernas äldreomsorg. Det är kommunen som ansvarar för uppföljning av biståndsbeslut både gällande innehåll och omfattning. Verkställighet av beslut som inte stämmer överens med biståndsbeslutet kan bli rättsosäkert för den enskilde samt kostsamt för kommunen.

Sociala avdelningen har tagit del av genomförd revision och granskning av biståndsbedömning inom äldreomsorgen i Aneby kommun. Av genomförd granskning framgår det att Aneby kommun inte fullt ut bedriver biståndshandläggning inom äldreomsorgen på ett ändamålsenligt sätt och att utvecklingspotential finns. Riktlinjer finns men rutiner saknas i tillräcklig utsträckning. Revisionen bedömer att det finns utvecklingspotential gällande uppföljning både på individ och gruppnivå och

att detta arbete behöver systematiseras. Rapporten visar vidare att endast två avslagsbeslut överklagats till förvaltningsdomstol.

Revisionsrapporten visar på att aktiviteter så som metodhandledning, tillgång till rättsdatabas och sakkunnig jurist, med mera bidrar till att kommunen har en rättssäker och enhetlig biståndsbedömning. Revisionen visar att rapportering till ansvarigt utskott och kommunstyrelse sker på ett ändamålsenligt sätt. Vidare framgår det att Aneby kommun har ett väl fungerande förebyggande arbete i samverkan med civilsamhället.

Revisionsrapporten och förslag till åtgärder med anledning av genomförd granskning, hanteras av KS (kommunstyrelsen) början 2022.

Egenkontroller och jämförelser med andra

Egenkontroll är verksamhetens egen uppföljning och kontroll utifrån lagens krav, verksamheternas mål och brukarna. Resultatet och analysen är en del av underlaget för förslag på förbättringar.

Egenkontroller består i stort av tre delar:

- Lokala uppföljningar
- Brukarenkäter
- Jämförelser med andra

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt verksamhetens syfte och de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. 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.

Under 2019 genomfördes en genomlysning av Sociala avdelningens verksamheter med stöd av Rådet för Kommunala Analyser (RKA). Genomlysningen innehöll både resultat gällande kvalitet och kostnader utifrån jämförelser i Kommunens och Landstingets databas (Kolada). Utifrån den genomförda analysen har äldreomsorgen och hemsjukvården med stöd av Helene Ersson som extern utvecklingsledare påbörjat ett förändringsarbete. Förändringsarbetet syftar till att utveckla nya arbetssätt som fortsatt kan leverera tjänster av god kvalitet och i en god arbetsmiljö men inom mindre ekonomiska ramar. Genomlysningen 2019 av kvalitet och kostnader visade på att äldreomsorgen i Aneby kommun har mycket goda kvalitéer men också högre kostnader i jämförelser med andra liknanden kommuner. Under 2021 har det uppstartade förändringsarbetet trots en pågående pandemi kunnat fortgå till vissa delar men också behövt anpassas utifrån det rådande läget med risk för smitta av Covid 19.

Brukarundersökningen för Äldreomsorgen ställdes in 2021 men brukarundersökningar har skett både inom Funktionshinderomsorgens dagliga verksamhet, personlig assistans och sysselsättningen. Resultaten har analyserats och redovisats separat och blivit ett underlag för vidare verksamhetsutveckling 2022.

Flera av Enhetsundersökningarna gällande öppna jämförelser av verkställigheten blev inställda under 2021 pga pandemin men kommer att återupptas under 2022.

Under 2021 har sociala avdelningen också genomfört internkontroller på övergripande nivå enligt antagen plan. Den ena kontrollen har inneburit att regelbundna loggningar gjorts i verksamhetssystemet och den andra en kontroll av att nyanställda har fått information och skrivit på rapporteringsskyldigheten och följsamheten sekretesslagstiftningen. Under 2021 genomfördes loggningar i verksamhetssystemet under tre av årets månader. 100% av loggningarna som granskats har varit ok. Bytet av nytt verksamhetssystem har inneburit att rutinen för loggningarna anpassats något till nya möjligheter då det nu är enklare att administrera och följa upp. Totalt 30 anställningar har under 2021 kontrollerats gällande information om rapporteringsskyldighet och sekretesslagstiftningen. 50% av genomförda kontroller var fullt korrekta. I 20% av fallen saknades påskrivna blanketter och i 30% av fallen hade anställningarna detta år ännu inte hunnit komma in i

arkivet.

En patientsäker hälso-och sjukvård kännetecknas av att den enskilde skyddas från risk att drabbas av vårdskada, dvs en skada som orsakas av hälso-och sjukvården och som hade kunnat undvikas om adekvat åtgärd hade genomförts. Definition av vårdskada anges i 1 kapitlet 5 § patientsäkerhetslagen (2010:65) PSL.

Under 2021 har vi på vårt SÄBO fortsatt arbetat vidare med att varje månad mäta VRI (Vård Relaterade Infektioner). Det som mäts är förekomst av riskfaktorer och infektioner förvärvade på SÄBO. Sammanställning för länet visar på ett genomsnitt av 6 infektioner per 100 vårdtagare. Detta är i likhet med föregående år. Alla kommuner analysera ”sina” infektioner över tid. Av 1255 registrerade infektioner förvärvade på särskilt boende i länet är urinvägsinfektion den vanligaste infektionstypen 43 %, följt av hud- och mjukdelsinfektioner 22 %, (varav sårinfektioner 12 % och annan hud- och mjukdelsinfektion 10 %) och pneumoni 12 %.

Pandemin har ytterligare belyst vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete för att begränsa smittspridning det visar inte minst mätningar och följsamhet till Basal Hygienrutiner och Klädregel (BHK) här sker ständiga förbättringar vad beträffar följsamheten. Under 2021 genomfördes totalt 349 mätningar. En mätning v 11–12 och en höstmätning v 41–42 Mätningarna för 2021 visar på korrekt följsamhet i basal hygienrutiner fyra steg ligger på 81 %. Korrekt följsamhet till klädregeln ligger på 94%. Korrekt följsamhet i samtliga åtta steg är 77 %.

Det finnes hygienombud utsedda inom alla verksamheter och två hygienombudsträffar är genomförda tillsammans med enhetschefer SÄBO och MAS.

Med anledning av Pandemin har ytterligare riktade utbildningsinsatser avseende BHK och genomgång av rutiner och riktlinjer avseende skyddsutrustning genomförts.

Verksamhetsnära uppföljningar av trycksår, undernäring och ohälsa i munnen följs upp via kvalitetsregistret Senior Alert. Riskbedömningar ska göras minst två gånger per år på de brukare som är registrerade. Målet är att samtliga över 65 år på särskilt boende ska registreras samt de som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende.

Vården i livets slut följs upp via Palliativregistret. Samtliga som avlider inom den kommunala hälso-och sjukvården ska registreras. En genomlysning av den palliativa vården i Jönköpings län har initierats och leds av Maj Rom via SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Rapporten är presenterad under 2021 och följande förslag till förbättring lyftets fram.

- satsa på att förbättra den allmänna palliativa vården
- erbjud all patienter en individuell plan
- förbättra det gränsöverskridande samarbetet
- skapa kompletta multiprofessionella team i SSIH
- fortsatt bredda SSIHs verksamhet
- erbjud bra alternativ när trygghet i hemmet brister
- bygg ut SSIH jourtid
- förbättra uppföljningen

Primärkommunalt samverkansorgan (PKS) och Nämnden för folkhälsa/sjukvård lämnade 2021-12-12 ett rekommendationsbeslut/ärende till länets kommuners respektive socialnämnd.

Senior Alert (SA)

Brukare på särskilda boenden får årligen erbjudande om munhälsobedömning och resultatet sammanställs och ger utrymme för analys.

Vårdprevention hos äldre syftar till att förebygga ohälsa. Liksom många andra kommuner i Sverige använder Aneby Senior Alert (SA) som verktyg för att systematisera arbetet. Varje avdelning/enhet på SÄBO har ett utsett SA-ombud. Medicinskt ansvarig och utsedd SA-sjuksköterska har under hösten 2021 haft en träff och uppdatering av SA-arbetet.

Under 2021 har 56 unika personer (på SÄBO) registrerats i Senior Alert. Dessa riskbedömningar ska genomföras minst var 6 månad.

Trycksårsprevention

Resultat ur Senior Alert	2 019	2 020	2021
Riskbedömningar med risk	91 %	93 %	93 %
Bakomliggande orsaker vid risk	89 %	75 %	80 %
Åtgärdsplan vid risk	92 %	62 %	73 %
Utförda åtgärder vid risk	89 %	91 %	83 %
Unika personer	62	65	56

Då 93 % av de som riskbedömts visar på risk för ohälsa pekar det på att de som bor och är i behov av SÄBO är väldigt sköra. En positiv notering är att åtgärdsplanerna vid risk har ökat i jämförelse med 2020 men når ännu inte upp till 2019 års genomförda nivå.

Resultat ur Senior Alert	2 019	2 020	2021
Personer med trycksår	12	7	6
Antal trycksår	17	9	9
Trycksår kategori 1	11	5	7
Trycksår kategori 2	5	4	2
Trycksår kategori 3	0	0	0
Trycksår kategori 4	1	0	0

Kategori 1. Rodnad (bleknar ej vid tryck). Kategori 2. Delhudsskada (avskavd hud eller blåsa). Kategori 3. Fullhudsskada (utan sårkaviteter). Kategori 4. Fullhuds-skada (med sårkaviteter).

Resultat ur Senior Alert	2 019	2 020	2021
Antal riskbedömningar av munhälsa	94	84	67
Antal riskbedömningar med ROAG	91	82	64
Antal personer med risk för ohälsa i munnen	35	34	27

Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett riskbedömningsinstrument för munhälsa.

Många äldre och funktionshindrade har ohälsa i munnen och det är viktigt att fortsätta medvetandegöra vård- och omsorgspersonalen om deras betydelse för en god munhälsa.

Den uppsökande verksamheten kring munhälsobedömning och tandvårdsbehandling har trots Pandemin kunnat erbjudas till SÄBO

Resultat ur Senior Alert	2 019	2 020	2021
Antal med BMI <22	14	20	21

Body Mass Index (BMI) bygger på en matematisk formel som visar sammanhanget mellan en persons vikt och längd.

Det är väl känt att många brukare inom äldreomsorgen har risk för undernäring eller är undernärda.

Trevlig matsituation, energirika mellanmål och inte för lång nattfasta är några områden som alltid är betydelsefullt att fokusera på

Resultat ur Palliativregistret

Kvalitetsindikatorer (måluppfyllelse i %)	Målvärde (nationellt %)	2 019 %	2 020 %	2021 %
Eftersamtal erbjudet	100	83,9	90	81,8
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	71	80,6	100
Munhälsa bedömd i sista levnadsveckan	90	80,6	44,4	65
Avliden utan trycksår	90	83,9	91,7	65
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	87	94,4	90
Utförd validerad smärtskattning sista levnadsveckan	100	51,6	41,7	65
Lindrad från smärta vid smärtgenombrott	98	93,5	100	100
Lindrad från ångest	98	93,5	100	100
Antal vårdtillfällen i urvalet	-	31	36	20

Demensvården

Mål och inriktning för demensvården är taget i ett politiskt beslut ”Riktlinjer för hur vården av personer med demenssjukdom ska bedrivas i Aneby kommun, 2019–2025”. Under 2021 så implementerades handlingsplanen i verksamheterna. Under året som gick så fanns behov av fyra demensavdelningar mot tidigare tre avdelningar under 2020. Det är nu två avdelningar på Rosenborg och två på Antuna, Violen och Rönnen. Behovet av antal demensavdelningar styrs av hur många personer med demenssjukdom som behöver särskilt boende.

Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) används som en kvalitetssäkring i demensvården. Under året har vi lyckats att göra ungefär lika många skattningar som förväntats, detta trots pågående Pandemi. Två registreringar/patient och år samt v.b. är målet för att kunna följa patientens mående och välbefinnande. Registreringar görs för att upptäcka beteendeförändringar och sätta in åtgärder i tid för att patienten ska få en så god livskvalité som möjligt. BPSD-administratörerna, personal i hemtjänst och på Antuna/Rosenborg gör ett stort arbete kring BPSD-skattningar. Bemötandeplaner och åtgärder sätts in för att demensvården ska bli personcentrerad.

Anhörigutbildning för anhöriga till personer med demenssjukdom hölls i två mindre grupper under april och maj. Utbildningen anpassades efter hur restriktionerna såg ut då och gick att genomföra. En uppföljning i anhörigutbildningsgruppen genomfördes i september. Några av de som gick anhörigutbildningen är också med i en anhörigstödsgrupp som träffas varannan vecka. Personer med demenssjukdom och deras anhöriga stötts också med enskilda samtal.

Demensteamet är ett samarbete mellan kommun och vårdcentral sedan 2018. Teamet består av biståndshandläggare, demenssjuksköterska, undersköterska i hemtjänsten, arbetsterapeut, samordnare och läkare. Teamet träffas 4–5 gånger/termin. Målet är att personen med demenssjukdom efter att ha givit sitt samtycke, ska följas upp kontinuerligt för att må så bra som möjligt under hela sjukdomen.

Personal och kompetens

En väl fungerande personal- och kompetensförsörjning är en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. För att utföra uppgifter inom vård- och omsorgsverksamheten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Många brukare/enskilda befinner sig ofta i utsatta och komplicerade livssituationer som kräver kvalificerad hjälp. Medarbetarnas kompetens och professionalitet är därför viktig i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten.

Sjukfrånvaron för Sociala avdelningen under 2021 når upp till 8% men variationer har varit stora mellan verksamheterna där vissa haft en lägre nivå och andra en högre. Stort arbete har under 2021 genomförts gällande rekrytering och bemanning och behovet av vikarier har varit stort under 2021 pga. Covid.

Under 2021 har ledningsgruppen med samtliga chefer jobbat vidare med en allt större gemensam prioritering gällande utbildningsinsatser och behovet av kompetensutvecklingsplaner har initierats. Under 2021 har vissa planerade utbildningsinsatser genomförts med anpassningar utifrån läget med risk för smitta av Covid 19. Flera olika statliga stimulansmedel har använts för att stärka kompetensen och förutsättningarna inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården.

Verksamhetsuppföljning och Verksamhetsplan

Resultaten som nu presenterats är en del av Sociala avdelningens verksamhetsuppföljning och ett underlag för verksamhetsplanerna för vidare verksamhetsutveckling 2022.

Under slutet av 2021 och början 2022 genomförde chefer och medarbetare stora delar av verksamhetsuppföljning och grund för verksamhetsplanering på ett anpassat sätt utifrån pågående pandemi.

Innehållet i det systematiska kvalitetsarbetet används löpande för att utveckla och förbättra innehållet och kvalitén i verksamheterna på både mikro(enhet) och meso(avdelning) nivå.

Under 2021 har ett vidare arbete gjorts gällande vissa justeringar av verksamheternas månadsuppföljningar för att löpande följa och utveckla insatskvalité, arbetsmiljö och kostandeseffektivitet.

Förslag på vidare utvecklingsarbeten 2022

I de resultat som presenterats finns mycket positivt som visar på god kvalitet i Sociala avdelningens verksamheter. Utifrån insamlade resultat kan ändå vissa brister påvisas som kräver förbättringar och fortsatt utvecklingsarbete.

Omställning till "Nära Vård" handlar mycket om att visa riktning, tillit och samskapande. Viktigt att identifiera det "organisatoriska mellanrummet" så att vi tillsammans tar fram strategier för att möta framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård-hur vi i samverkan förflyttar oss mot målbild god och nära vård. " Så möter vi framtidens behov" Ärendet bereds i SU (Sociala utskottet) i mars månad 2022 och hanteras i KS (Kommunstyrelsen) i april månad 2022.

Omställningen konkretiseras inom följande fyra strategiska områden;

- Riktat stöd till att främja hälsa och förebygga ohälsa
- Samverkan och kontinuitet för invånare med komplexa behov

- Förändrade arbetssätt
- Stärkta förutsättningar

Fortsatt arbete med ”Uppdrag och handlingsplan specialiserad palliativ vård Region Jönköpings län” även detta ärende kommer att hanteras enl; Ärendet bereds i SU (Sociala utskottet) i mars månad 2022 och hanteras i KS (Kommunstyrelsen) i april månad 2022.

- Vidare kartläggning och dokumentation av processer och rutiner som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet
- Vidareutveckla dokumentation enligt IBIC, ICF och KVA i nya verksamhetssystem Pulsen Combine
- Vidare analysarbete och utvecklingsarbeten utifrån egenkontroller, internkontroll och öppna jämförelser
- Förbättringsarbete av våra Läkemedelsgenomgångar i hemsjukvården i samverkan med vårdcentralen
- Vidare uppföljning och analys av följsamheten till hygienrutiner
- Fortsatt arbete med infektionsregistreringar som grund för vidare utveckling
- Högre brukarmedverkan gällande ständiga förbättringar och innovativ utveckling- Tjänstedesign
- Vidareutvecklad synpunktshantering
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling och kompetensförsörjning
- Utveckling av arbetet med SIP (Samordnande och Individuella Planer) och ”Patientkontrakt” för goda samverkanslösningar för den enskilde
- Stärka inkontinensförebyggande arbete i vårt teamarbete kring Senior alert
- Besluta, förankra och implementera delprogram under risk och säkerhet för suicidprevention
- Vidareutveckla uppföljning och ständiga förbättringar av helheten på insatskvalité, arbetsmiljö och kostandeseffektivitet
- Se över möjlighet att samordna avdelningens årsredovisning med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen som en fördjupningsdel