



Datum
2023-03-01

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022

Emma Nilsson
Socialt ansvarig samordnare/Kvalitetsutvecklare

Annicka Klar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Kvalitetsutvecklare

TIBRO

Tibro kommun
543 80 TIBRO

www.tibro.se
kommun@tibro.se

Växel: 0504-180 00



Innehåll

Sammanfattning.....	6
Inledning	6
Socialförvaltningens kvalitetsarbete.....	7
Organisation och ansvar	7
Förvaltningschef.....	7
Verksamhetschef för vård och omsorg	8
Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsnedsättning.....	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	8
Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	8
Enhetschef	9
Samordnare	9
Myndighetshandläggare.....	9
Hälso- och sjukvårdspersonal	9
Omvårdnadspersonal.....	10
Kvalitetsledningssystem.....	10
Styrdokument.....	10
Nyckeltalsuppföljning	11
Avvikelsehantering	11
Registrerade avvikelser fall.....	12
Registrerade avvikelser läkemedelshantering	13
Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser	13
Registrerade avvikelser dokumentation	14
Klagomål/Synpunkter	15
Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt	15
Fel och brist.....	15



Lex Sarah.....	16
Lex Maria	19
Externa avvikelser.....	21
Kompetens för kvalitet och patientsäkerhet	21
Dokumentation.....	22
Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet	22
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	22
Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården	24
Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet	24
Samverkan med medborgare	24
Samverkan för barn i tidiga åldrar.....	25
Samverkan BUN	25
Samverkan AME	25
Samverkan med studieförbundet	25
God och nära vård	26
Informationssäkerhet	26
Loggningar	27
Tillsyn.....	27
Egenkontroll.....	28
Brukarundersökningar.....	28
Brukarundersökning IFO.....	28
Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	28
Brukarundersökning Gruppboende LSS	29
Brukarundersökning Serviceboende LSS	30
Brukarundersökning Boendestöd.....	31



Så tycker de äldre om äldreomsorgen	32
Statistik	34
Äldreomsorg.....	34
Funktionsnedsättning.....	35
Barn och unga.....	35
Försörjningsstöd.....	35
Missbruk och beroende.....	37
Ej verkställda beslut	37
Kontroll av efterlevnad Barnkonventionen	37
Kontroll av efterlevnad av ledningssystem Vård och omsorg	37
Åtgärdsplan Lex Sarah	37
Hälsa- och sjukvård	38
Övergripande mål och strategier.....	38
Egenkontroll	40
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	41
Basala hygienrutiner	41
Vårdhygienisk standard	42
Covid-19.....	42
Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa.....	43
Rehabiliterande förhållningsätt	43
Demensorganisation	43
Trygga och säkra vårdövergångar	44
Medicinska vårdplaner	44
Läkemedelshantering.....	45
Delegeringar	45
Signeringslistor – kontroll och uppföljning.....	45



Palliativ vård.....	46
Resultat och Analys	48
Mål och strategier för kommande år	54
Kvalitet och patientsäkerhet.....	54
God och nära vård	55
Personcentrerat förhållningssätt	55
Hälsöfrämjande och förebyggande arbete	55
Samverkan	55
Införande av välfärdsteknik	56
Implementering av nytt verksamhetssystem.....	56
Utbildning för att säkerställa patientsäkerheten	56
Systematiskt kvalitetsarbete	57
Egenkontroll	57
Avvikelsehantering	57
Trygg hemgång.....	57
Nya föreskrifter och bestämmelser från Socialstyrelsen.....	57



Sammanfattning

Socialförvaltningen i Tibro kommun använder olika verktyg för att systematiskt följa upp kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. De kvalitetsverktyg som används är bland annat: kvalitetsregister, punktprevalensmätningar, öppna jämförelser och avvikelshantering.

Ett stort fokus och som varit dominerande under 2022 har varit pandemin. De viktigaste åtgärderna för 2022 och framåt har varit att skydda våra patienter och brukare från smitta av Covid-19 och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter med fokus på liv och hälsa. Vaccination mot Covid-19 har utförts inom den kommunala verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården.

Ett stort fokus under 2022 har varit implementeringen av nytt verksamhetssystem. En projektledare utsågs med fem systemförvaltare som utgjort en projektgrupp. Den lokala projektgruppen har arbetat parallellt inom respektive områden med att bygga upp vår egen lokala miljö i verksamhetssystemet för att successivt kunna bygga upp systemet. Driftsättningen planerades till 1 december men fick skjutas fram på grund av olika anledningar.

I det nya verksamhetssystemet ingår även avvikelshantering som det finns ett fortsatt behov av utbildning gällande analys och åtgärder gällande avvikelshantering. Det är av stor vikt att avvikelshantering är väl implementerad inom alla verksamheter för ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete.

Sedan april 2022 har det funnits en processledare inom god och nära vård. Under 2022 antogs en färdplan "Länsgemensam strategi för god och nära vård", vilken gäller länets kommuner och Västra Götalandsregionen. Med Färdplanen som grund har fyra områden identifierats som arbetet riktas in mot. Dessa områden är: Personcentrerat förhållningssätt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän) samt införande av välfärdsteknik.

Inledning

Syftet med kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten.

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Socialförvaltningen har beslutat att upprätta en gemensam kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse utifrån berörda lagstiftningar inom hela socialförvaltningen.



Socialförvaltningens kvalitetsarbete

Varje individ ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Tibro Kommun som ansvarig för vård och omsorg har ett ansvar för att planera, leda och kontrollera att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård och omsorg upprätthålls (SFS 2017:30). Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst har även ansvar för att det finns ett ledningssystem (SOSFS 2011:9) som löpande ska utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Genom att alla i verksamheten är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten. Riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete finns inom förvaltningen. Tibro kommun har en värdegrund som ska genomsyra såväl socialförvaltningen som kommunens övriga förvaltningar.

Organisation och ansvar

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap. 3 § lyder: "Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet, för utförandet av socialnämndens uppgifter skall det finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras." Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelser.

All personal inom verksamheterna har också ett ansvar att bidra till en god kvalitet enligt 14 kap. 2 § SoL och 24 a LSS. Ansvarsområdena skiljer sig dock åt beroende på befattning.

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

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Förvaltningschef

Inom socialförvaltningen har förvaltningschefen det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet. Förvaltningschefen ansvarar för att i samråd med socialt ansvarig samordnare (SAS) ta beslut om den högsta allvarlighetsgraden av en händelse enligt Lex Sarah. Förvaltningschefen ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.



Verksamhetschef för vård och omsorg

Representerar vårdgivaren och ansvarar för verksamheten samt har det samlade ledningsansvaret. Denne ansvarar för att hälso- och sjukvården tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet på ett kostnadseffektivt sätt. Vård- och omsorgschefen leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9). Verksamhetschefen ansvarar för kvalitén inom den löpande verksamheten, att arbetssätt, riktlinjer och rutiner inom lagrummen SoL/HSL efterföljs. Verksamhetschefen upprättar till viss del rutiner i samråd med berörda parter i organisationen och ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.

Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsnedsättning

Verksamhetschefen ansvarar för kvaliteten inom den verksamheten, att arbetssätt, riktlinjer och rutiner inom lagrummen SoL/LSS efterföljs. Leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9). Verksamhetschefen upprättar till viss del rutiner i samråd med berörda parter i organisationen och ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att bevaka att kraven på hög patientsäkerhet och att god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg och inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I dennes ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att behövliga direktiv och instruktioner finns tillgänglig för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Ansvarar för att utreda och anmäla till nämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) angående vårdskada eller risk för vårdskada.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att säkra att brukarna får ändamålsenliga insatser av god kvalitet, att brukaren får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning, att dokumentationen sker i den omfattning som föreskrivs i lagarna SoL/LSS, säkerställa att samverkan mellan myndighetsutövare och verkställare fungerar när brukarnas situation fordrar det, säkerställa att insatserna kommunen erbjuder är individuellt utformade samt ser till att utreda och anmäla till nämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) angående missförhållande/allvarligt missförhållande, risk för missförhållande/allvarligt missförhållande.



Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de arbetssätt, riktlinjer och rutiner som fastställt efterföljs. Ansvarar för att all personal får den introduktion de behöver för att kunna utföra ett arbete med god kvalitet. Denne ansvarar för att årligen föra en dialog med all personal kring Lex Sarah och Lex Maria. Enhetschefen har ett huvudansvar för att utreda, följa upp och vidareutveckla kvalitet och säkerhet utifrån inkomna avvikelser och synpunkter i ett första skede inom enheten. Det övergripande ansvaret gällande dokumentation, att informera och utbilda samt göra personalen delaktig i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ingår också i enhetschefens uppdrag. Enhetschef kontaktar Vårdhygien och Smittskydd när så behövs inom sin enhet.

Samordnare

Samordnarna på myndighetsenheten ansvarar för att säkerställa rättssäkerheten genom följsamhet av riktlinjer samt leda och fördela ärenden. All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat.

Myndighetshandläggare

Myndighetshandläggare har ansvar för att på ett rättssäkert sätt utreda och bedöma de ansökningar och behov som kommer till kommunen. All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem. All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. All personal är skyldig att dokumentera för att säkra en god och säker vård och omsorg. Kontaktar Vårdhygien och Smittskydd och andra stödfunktioner när detta behövs.



Omvårdnadspersonal

All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Omvårdnadspersonalen ansvarar för att varje brukare möts utifrån kommunen värdegrund och att genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde. Medverkar i verksamhetens kvalitetsarbete, så som rapportering av avvikelser, riskanalys, medverka vid framtagande av processer och rutiner. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. All personal är skyldig att dokumentera för att säkra en god och säker vård och omsorg. Vid utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter anses omvårdnadspersonal som hälso- och sjukvårdspersonal.

Kvalitetsledningssystem

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Kvalitetsarbetet handlar om att skapa en säker och trygg verksamhet samt förebygga fel och brister. Det systematiska kvalitetsarbetet innebär att lagar och författningar följs, att det finns dokumenterade rutiner och strukturer för uppföljning av fel och brister samt att förbättringsarbete sker systematiskt. Socialnämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Underlag för uppföljning av kvaliteten inom socialförvaltningen:

- brukarundersökningar
- avvikelser, synpunkter, klagomål
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- kvalitetsregister
- extern tillsyn och granskning
- egenkontroll
- internkontroll
- nyckeltal och analys
- statistik

Styrdokument

Socialnämnden har beslutat om följande:

- Riktlinje för vårdprevention med stöd av senior alert



Nyckeltalsuppföljning

Socialnämnden följer regelbundet upp socialförvaltningens verksamheter med hjälp av nyckeltal. Dessa nyckeltal redovisas per tertiäl i socialförvaltningens verksamhetsuppföljning.

Tertiälrapporter med verksamhetsuppföljning har som syfte att underlätta styrning och ledning av verksamheterna för socialnämnden. Verksamhetsuppföljningen ska också kunna användas i prognosarbetet som ett stöd för chefer och ekonom inom förvaltningen.

Verksamhetsuppföljningen innehåller en nulägesbild av verksamhet och personal samt vad verksamheterna står inför i framtiden. Tertiälrapporten tillsammans med ekonomirapporten ger en helhetsbild av förvaltningen för att kunna se goda och avvikande resultat för vidare åtgärder.

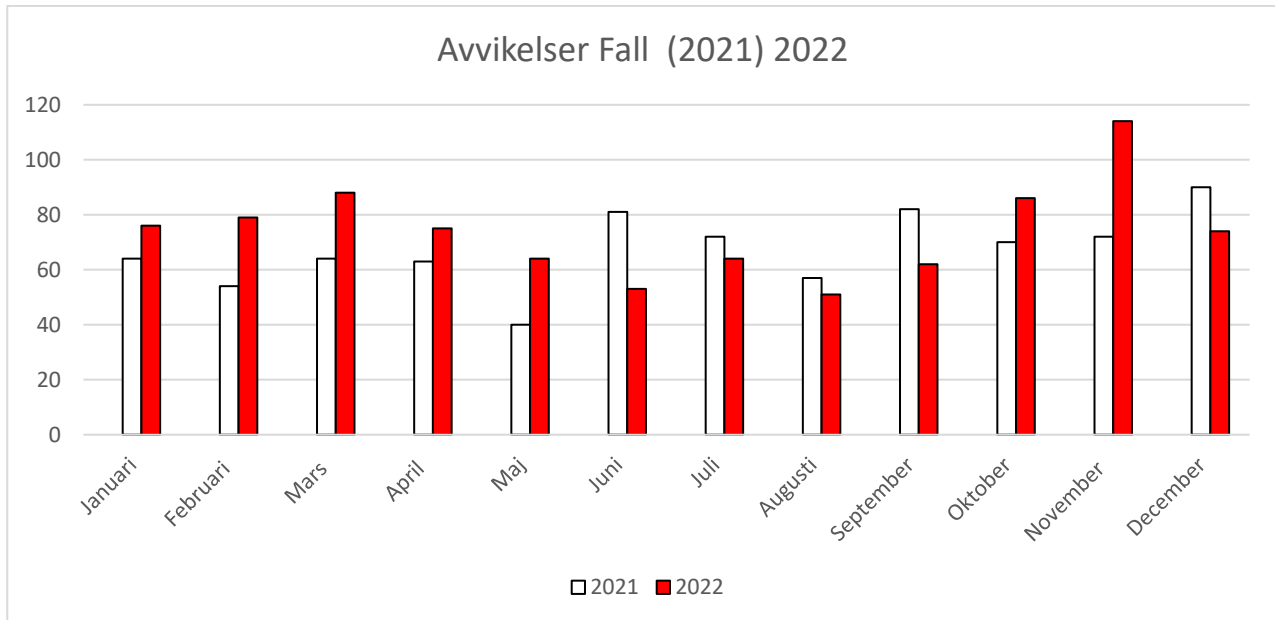
Avvikelsehantering

Alla som jobbar inom socialförvaltningen ska vara med och verka för en god kvalitet. En viktig del i kvalitetsarbetet är att förebygga fel och brister. Avvikelse rapportering är därför vårt viktigaste verktyg för att hitta fel, brister och risker samt förebygga att de inträffar igen. En avvikelse kan beskrivas som en händelse där avvikelsen medfört risk för vårdskada /missförhållande eller orsakat vårdskada/missförhållande.

Från och med 2021 utförs avvikelserapportering digitalt i verksamhetssystemet. Det som observerats under 2022 är att det fortsatt finns behov av utbildning av både system och processen. Fortsatt under året har avvikelse registrerats under fel verksamhet. Avvikelser som rör hälso-sjukvård registreras under äldreomsorgen alternativt funktionsnedsättning. Avvikelser har även registrerats under fel område och aktivitet vilket gör att det försvårar att ta fram rättvis statistik. Utifrån detta kan det inte uteslutas att det förekommer ett mörkertal så även att avvikelser inte alltid registreras.



Registrerade avvikelser fall

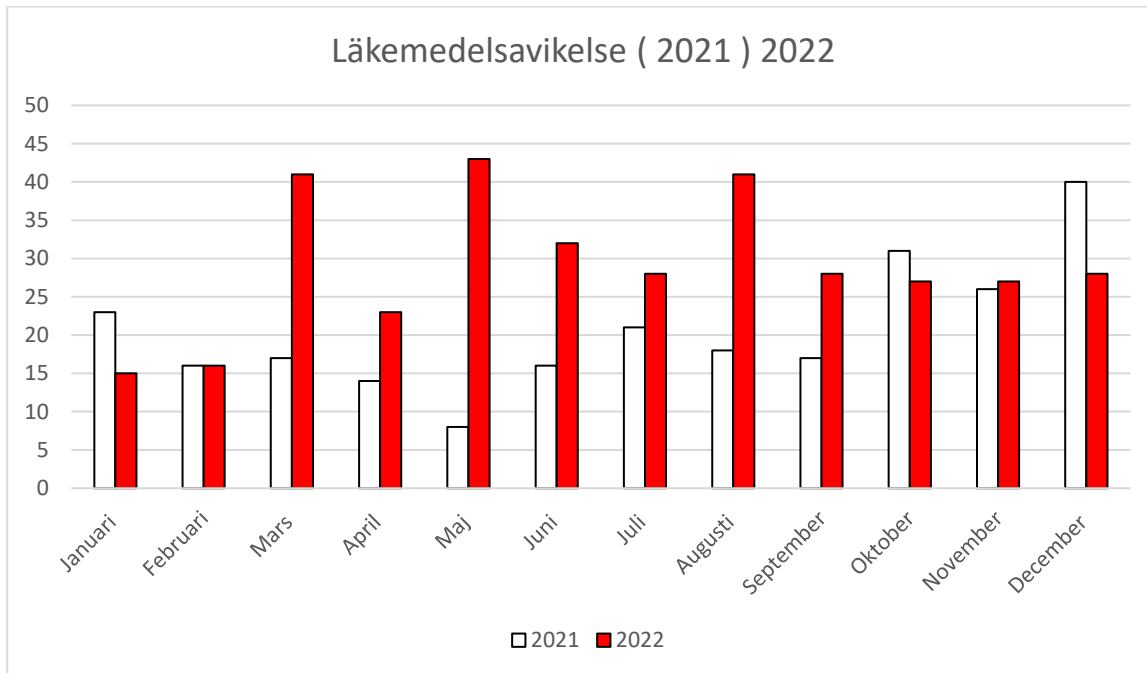


Statistiken visar samtliga registrerade fall under HSL (hälso-sjukvård), Sol och LSS. Detta utifrån att det är en mer rättvis statistik då man registrerat flera fall under Sol än under HSL när den enskilde bor på särskilda boenden. Antalet rapporterade och registrerade fall under 2022 var 887 varav högre jämfört med 2021 då registrerade fall var 809. Flest förekommande fall är inom demensorganisationen.

Att främja fysisk aktivitet och att som personal ha ett aktiverande rehabiliterande arbetssätt är en viktig del i att förhindra och minska risken för fall. Att arbeta preventivt och utföra riskbedömningar med stöd av kvalitetsregistret Senior alert och vidare diskutera i tvärprofessionella team är viktigt. Löpande satsning på förbättrad kunskap i förflyttningsteknik för legitimerad personal och icke legitimerad personal är även av stor vikt för att minska antal fall och fallskador.



Registrerade avvikelser läkemedelshantering



Statistiken visar samtliga registrerade läkemedelsavvikelse under HSL (hälso-sjukvård), Sol och LSS. Detta utifrån att det är en mer rättvis statistik då man felregistrerat läkemedelsavvikelse. Antalet registrerade läkemedelsavvikelser är 358 under 2022 vilket är 111 fler än 2021 då antalet registrerade var 247. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att patienten inte erhållit sitt ordinerade läkemedel av någon orsak. Flertalet patienter har Apodos och det förhindrar läkemedelsavvikelser av feldelade dosetter. Vanligt förekommande fel i dosetter är att läkemedel ligger i fel fack, att utsatt läkemedel ändå är delad, att tabletter saknas eller att det är för många tabletter. Bland övriga läkemedelsavvikelser finns bland annat händelser som att det kan vara felaktig ordination.

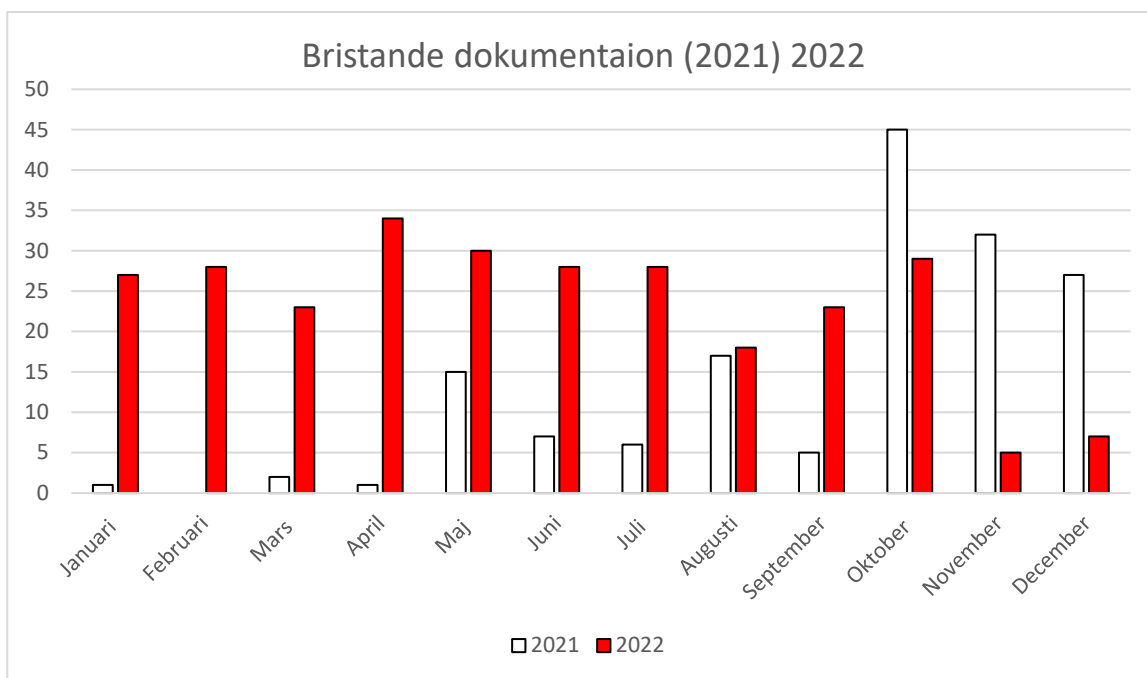
Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser

Ordinerade behandlingar /insatser av legitimerad personal så som av arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och sjuksköterskor skall utföras och patient skall erhålla den behandling som erfordrats. Utebliven ordinerad behandling framkommer dock inte rättvist via avvikelssystemet, det finns ett stort mörkertal, delvis att det inte registreras men även att det istället registreras som bristande dokumentation, det vill säga att det saknas signering. Så även att dessa registreras som felaktig utförd hälso-sjukvårdsinsats. Trots att det inte registrerats avvikelser är vetskapen stor om att ordinerad behandling/ insatser inte utförs, detta bland annat genom



att signeringslistor inkommer ofullständiga, att patienterna själva framför och även att det kan utvärderas i uppföljning av legitimerad personal. Det behöver tydliggöras inom enheterna att all behandling/insats som inte utförs skall registreras som utebliven behandling då detta innebär en konsekvens för patient som kan leda till vårdskada, allvarlig vårdskada. Dessa avvikelser utgör till stor del ej signerade/ej utförda rehab insatser

Registrerade avvikelser dokumentation



Fortsatt ökat antal avvikelser inom dokumentation, 278 är registrerade under 2022 jämfört med tidigare 160 under 2021.

Avvikelse inom dokumentation breddar ett stort område, det kan handla om bristfällig dokumentation i omvårdnadsjournal, saknad av signering på utförd behandling/insats eller ej tillräcklig dokumentation i pappersjournal som tex följer sårvårdsbehandling. Dokumentation för ej utförd åtgärd är lika viktiga att dokumentera som när det gäller utförd åtgärd. Vid ej utförd ordinerad behandling/insats skall det stå av vilken anledning, tex att patient avböjt. Dessa avvikelser utgör till stor del ej signerade/ej utförda rehab insatser men även ej signerade administrerade läkemedel.



Klagomål/Synpunkter

Hantering av klagomål är en viktig del i kvalitetsarbetet. Synpunkter och klagomål är en viktig informationskälla för att åtgärda brister och identifiera områden som behöver förbättras. Förutsättningen är givetvis att man betraktar klagomål ur en positiv synvinkel. För att kunna dra nytta av klagomål och synpunkter i ett kvalitetsutvecklingsarbete finns rutiner för hur klagomål fångas upp, sorteras och analyseras i verksamheterna.

Under 2022 har 29 synpunkter och klagomål inkommit till socialförvaltningen och 3 klagomål har inkommit via inspektionen för vård och omsorg.

Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt

Med medicinteknisk produkt avses en produkt som enligt tillverkaren ska användas för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en sjukdom, skada eller funktionshinder samt undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process.

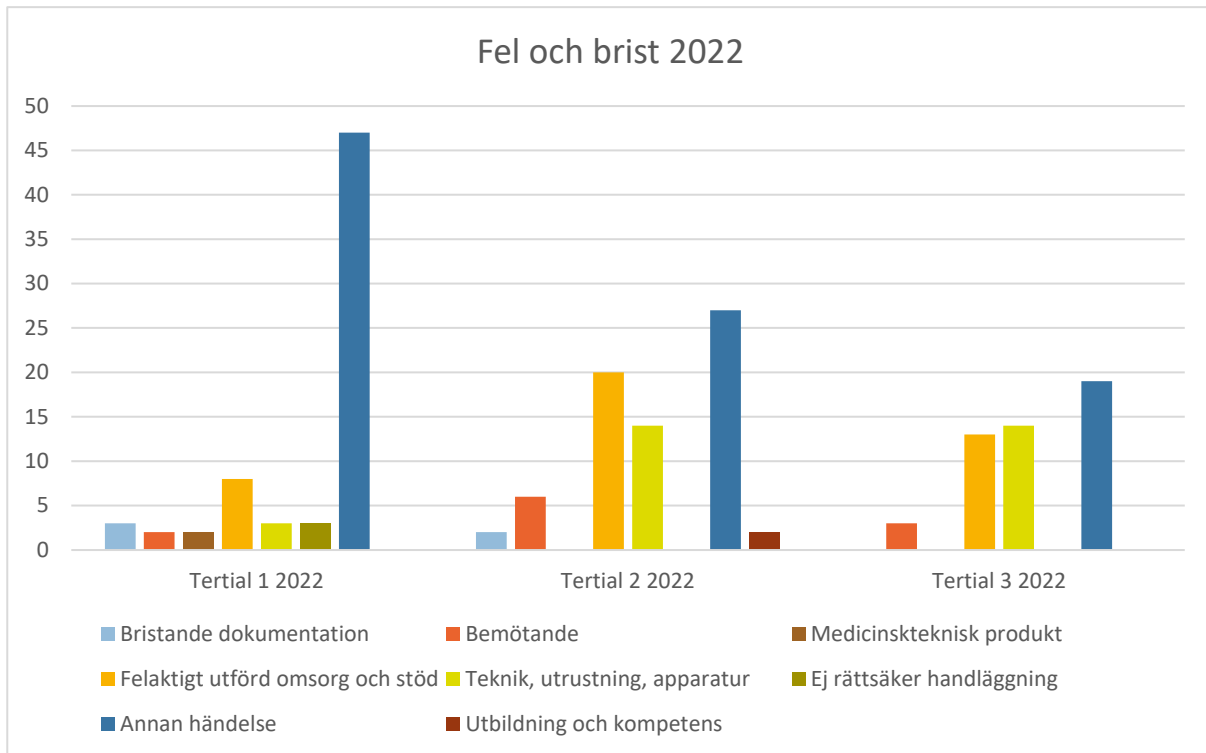
Under 2022 har 16 avvikelser registrerats där medicinteknisk produkt varit involverad, avvikelserna har handlat om 15 handhavande fel och så även en felanmälan på hjälpmedel, trots detta inga allvarliga händelser som har inträffat.

Av dessa avvikelser har en rapporterats gällande tillbud med en medicinteknisk produkt. Ärendet har handlat om en rullstol där hjul har vikit sig troligen på grund av utsliten del av produkten. Ärendet har omhändertagits enligt Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2021:52, att negativ händelse eller tillbud med medicinteknisk produkt ska anmälas till Läkemedelsverket, och så även rapporteras till tillverkare. I utredning påvisas inga brister inom verksamheten. Läkemedelsverket delgivit sitt beslut och avskriver ärendet från vidare handläggning efter att ha tagit del av tillverkarens utredning. Tillverkarens utredning visar att händelseprodukten är gammal och uttjänt.

Fel och brist

Fel och brist hanteras på enheten och utredningsansvarig är enhetschef.

Under 2022 har socialförvaltningens enheter hanterat 173 fel och brister, detta kan jämföras med 150 under 2021. Denna ökning har troligen till stor del med den satsning som under början av året gjordes för att öka kunskapen gällande avvikelshantering. En del avvikelser har också med pandemin att göra. Många fick inte alla insatser genomförda på grund av den hårda belastning pandemin medfört.



Rapportering av avvikelser inom teknik, utrustning och apparatur handlar till största del om felaktigt använt larm ex, golvlarm som ej aktiverats. Men också om problem i samband med att man bytte larmleverantör.

Majoriteten av annan händelse har angivits vid ex. ej utförd eller försenade insatser. Under tertial 1 och 2 var det flera verksamheter som stängde till följd av pandemin vilket förklarar dessa siffror. Att insatser inte verkställdes rapporterades då som avvikelser. Denna används också som ett val då de andra alternativen inte riktigt passar in. Förhoppningen när vi övergår till nytt verksamhetssystem är att det ska vara lättare att få en tydlighet gällande avvikelsetyper.

Det är av stor vikt att fortsätta arbetet med om vikten av att rapportera avvikelser och då man ser risker och att detta ses som ett verktyg för att förbättra kvalitén. Utifrån att vi ser en minskning av antalet avvikelser som rapporteras är det av stor vikt att nå ut med information om detta. Det är också viktigt att fortsätta arbetet med att tydliggöra vad som rapporteras under vilket område för att få en tillförlitlig statistik och lättare kunna följa i systemet.

Lex Sarah

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska genast rapportera om han/hon uppmärksammar eller fått kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande



som rör den som får eller som kan komma i fråga för insatser inom socialtjänsten. Bestämmelserna om Lex Sarah är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Syftet är att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas. Därför är det viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå.

Lex Sarah delas in i fyra grader: risk för missförhållande, missförhållande, risk för allvarligt missförhållande samt allvarligt missförhållande. Vid händelse som bedöms som de två allvarligaste graderna skickas alltid rapport och utredning till IVO för bedömning om tillräckliga åtgärder.

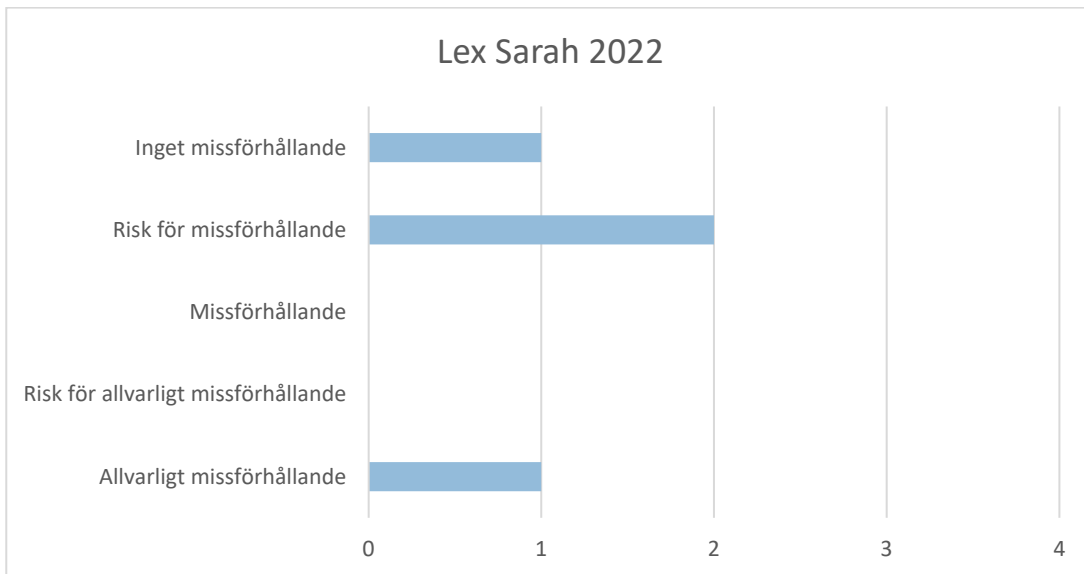
Rapporter om Lex Sarah utreds av SAS och under 2022 har fyra rapporter hanterats.

Den första grundade sig på ett klagomål från anhöriga gällande myndighetshandläggningen och utförandet av hemvårdsinsatser. Utredningen visade att det fanns en risk för missförhållande.

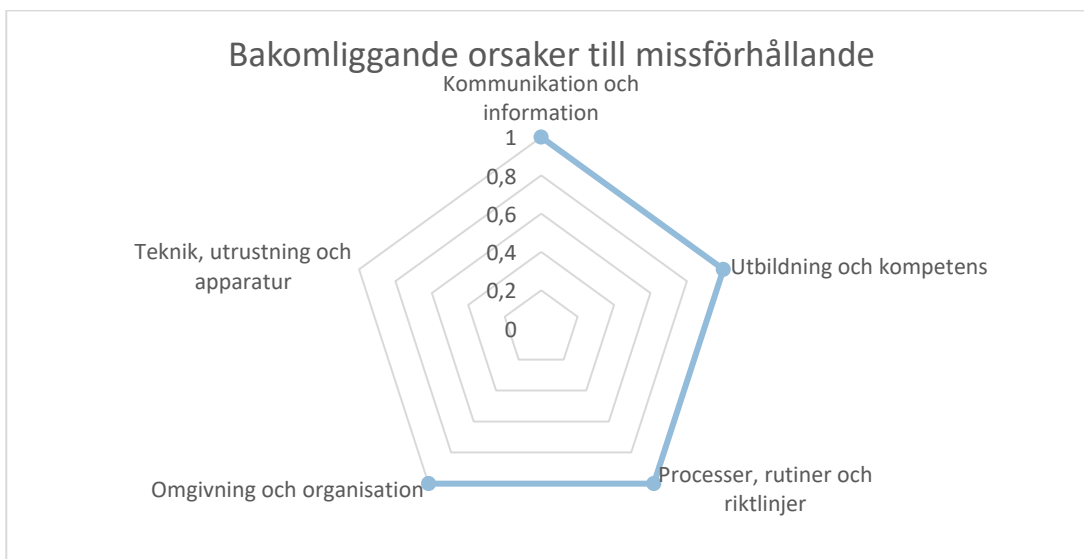
I den andra Lex Sarah utredningen gällde myndighetsenheten. Att man fattat ett beslut retroaktivt och inte ha följt delegationsordningen. Även denna bedömdes som risk för missförhållande då det bedömdes att den enskilde fått stöd och inte lidit men av händelsen.

Lex Sarah nummer tre handlade om att en medarbetare olovligt sökt i verksamhetssystemet. Denna bedömdes som inget missförhållande och ärendet överlämnades till arbetsgivaren för vidare hantering utifrån ett arbetsgivarperspektiv.

Den fjärde Lex Sarah utredningen handlade om brister i intern och extern samverkan. Utifrån att liknande brister gällande samverkan har framkommit i tidigare Lex Sarah utredning gjordes bedömningen att det inträffat ett allvarligt missförhållande och en anmälan till IVO gjordes. IVO avslutade ärendet och bedömde att huvudmannen fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet. IVO bedömer att huvudmannen har vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker samt vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att liknande inträffar igen.



I de utredningar som förekommit under 2022 har ett antal bakomliggande orsaker pekats ut och dessa kan kategoriseras in i följande områden:



Vidtagna åtgärder eller planerade åtgärder

Med anledning av 2022 års Lex Sarah har följande arbete/åtgärder påbörjats eller genomförts:

- Revidering av ledningssystem inom vård och omsorg



- Översyn av delegationsförteckningen
- Upprätta aktuella blanketter för LVU
- Genomgång av social dokumentation
- Rutin för ordförandebeslut
- Information angående sociala journaler och hantering av detta
- Gränsdragning mellan sociala journaler
- Rutin för upprättande av social journal när det saknas vid fördelning
- Handlingsplan för suicidprevention
- Tydliggöra processer i intern samverkan inom socialförvaltningen
- Återuppta trepartssamverkan
- Öka kompetensen gällande SIP

Lex Maria

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldighet som följer av 3 kap 5 § i Patient-
säkerhetslagen (2010:659) och risk för vårdskada eller vårdskada regleras av patientsäkerhet-
slagen kap 6 § 4. Hälso- och sjukvårdspersonal är ålagd att rapportera risker för vårdskador
samt händelser som har medfört, eller kunnat medföra en vårdskada/ allvarlig vårdskada.
Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört, eller hade
kunnat medföra vårdskada samt vidta åtgärder. Vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig
vårdskada, görs kompletterande utredning utav medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vårdgiva-
ren ska anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO,
en Lex Maria-anmälan. Anmälan ska ske skyndsamt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.
Socialnämnden informeras om Lex Maria anmälan. Patient eller i förekommande fall närstå-
ende informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen
är lämnad dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Anmälan och utredning diarieförs som Lex
Maria. Svar från IVO återkopplas till socialnämnd, patient/närstående och berörd personal.
Svaret diarieförs.

Syftet med utredningen är att:

- Så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det
- Att ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra liknande hän-
delser inträffa på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser som inte går
att förhindra.

Händelser och utredning enligt Lex Maria

Under året 2022 har två händelser rapporterats som blev aktuell för lex Maria utredning och
utifrån utredningens analys anmäls händelserna till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.
Båda händelserna är inom vård och omsorgsverksamheten. IVO avslutar båda ärendena då
det anser vårdgivaren har vidtagit och planerat åtgärder för att förhindra att något liknande
inträffar igen och att vårdgivarens slutsatser är rimliga och adekvata.



Lex Maria 1

En patient i ordinärt boende inskriven i kommunal hälso- och sjukvård för övertag av läkemedelsansvar begick självmord. Av utredning framkommer brister i extern samverkan, saknad av rutin och instruktioner för bemötande och dokumentation för vård och omsorgspersonal gällande vid misstanke om risk för självmord.

Lex Maria 2

Ärendet handlar om en vårdtagare på ett boende som fallit och slagit sig så illa att sjukhusvård krävdes. Vid utredningen av fallet framkom att vårdtagaren hade fler läkemedelsplåster på huden än vad som ordinerats.

Av utredning framkommer flera bakomliggande orsaker till att det fanns flera läkemedelsplåster är ordinerat. De bakomliggande orsakerna var - bristfällig dokumentation, optimal signeringslista saknades för säker läkemedelshantering, saknades även beskrivet om hur, när och av vem i vårdplan. Saknas kompetens hos delegerad vårdpersonal som skall utföra läkemedelshantering. Framkommer även av utredningen att det har varit bristfällig utredning av tidigare likvärdiga avvikelser gällande läkemedelshantering av depotplåster varav det uteblivit åtgärder som kunnat förhindrat vårdskada.

Vidtagna eller planerade åtgärder

Lex Maria 1

Förbättra extern samverkan genom att återuppta trepartsmöte Vuxna Psykisk hälsa och missbruk/beroende och vid övergång mellan vårdgivare psykiatri slutenvården ta fram checklista för trygg och säker hemgång.

Lex Maria 2:

Förändrat delegeringsrutin - genomgång krävs från de Sjuksköterskor som har delegerat administrera läkemedelsplåster inom sina enheter, att ge utbildning, informera om signeringslista och utifrån detta bedöma om delegering kan ges för denna uppgift och då dokumenterar detta i delegeringsmodulen i verksamhetssystemet. Administrering av läkemedelsplåster är nu införd som en enskild arbetsuppgift i verksamhetssystemet.

Ny signeringslista för läkemedelsplåster är framtagen

Information till Sjuksköterskeenheter om avvikelserna och vikten av dokumentation i vårdplan läkemedelshantering – att dokumentera åtgärder i vårdplan, av vem åtgärd ska utföras och hur.

Utbildning i avvikelseprocessen till enhetschef och legitimerad personal



Åtgärder utifrån observandum i utredning

Ny riktlinje och rutin gällande vårdprevention varit under implementeringsfas där det anges att kontinuerliga tvärprofessionella teamträffar ska införas i hela vård och omsorgsverksamheten. Detta för ett mer proaktivt arbete och jobba med "vid risk för". Teamträffar ska ske varannan vecka för att kunna ta hand om avvikelser fortlöpande.

I rutinen vårdprevention med stöd av senior alert kompletteras utifrån observandumet att riskbedömning även skall utföras enligt vårdhandbokens checklista detta för att inte missa när det föreligger risker för patienter trots att inte senior alert bedömningsverktyg påvisar detta.

Externa avvikelser

Som ett led i kvalitetssäkringen hanteras även avvikelser mellan kommunen och regionen. Från oktober 2020 har digitalt avvikelssystemet Med Control Pro kunnat användas av kommunerna i Skaraborg. Detta ska förenkla hanteringen av avvikelser.

Extern Avvikelse	2021	2022
Från SKAS	7	8
Till SKAS	5	16
Från Primärvård	3	2
Till Primärvård	14	9
Från Övrig	0	0
Till Övrigt	0	0

Under 2022 är antalet rapporterade avvikelser fler än inkomna. Anledning till ökningen kan vara att medarbetare uppmanas till att skriva avvikelser vid uppmärksammande brister. Externa avvikelser handlar till störst del brister i informationsöverföring vid vårdövergångar.

Kompetens för kvalitet och patientsäkerhet

- Fyra omvårdnadspersonal har genomfört undersköterskeutbildning genom äldreomsorgslyftet.
- Tre undersköterskor har genomfört specialistundersköterskeutbildning inom psykiatri, palliativ vård och äldre via Yrkeshögskola.
- Sjuksköterska tagit examen för specialistsjuksköterska med inriktning mot vård av äldre (akademisk yrkesexamen samt generell examen på avancerad nivå, magisterexamen).
- Sjuksköterska erhållit förskrivningsrätt efter genomförd kurs "Förskrivning av förbrukningsartiklar vid inkontinens och diabetes" (7,5 hp).
- Samtliga ordinarie sjuksköterskor har utfört utbildning "Det svåra samtalet".



- Hemvårdspersonal har genomgått intern fortbildning utav sjuksköterska bland annat i kompressionsbehandling (lindning av ben).
- Inom demensorganisationen har administratörsutbildningar för BPSD (Beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom) genomförts.
- Samtliga inom Demens Nord har utfört Demens ABC.

Dokumentation

Av patientdatalagen (SFS 2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården framgår tydligt vad en patientjournal ska innehålla och hur den ska utformas. Dokumentationen av patientuppgifter ska så långt som möjligt ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övrigt kodverk (ICF).

Dokumentationsskyldighet gäller för alla behovsprövade stöd- och hjälpinsatser enligt SoL och LSS. Detta för att säkerställa att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. Social dokumentation består av olika delar bland annat social journal och genomförandeplan.

Inom socialförvaltningen finns en handbok i social dokumentation för utförarenheterna som beskriver syftet med dokumentation samt handfasta tips på hur man kan tänka när man dokumenterar.

Inom vård och omsorg finns dokumentationsombud på varje enhet som har extra intresse och möjlighet att utbilda sina kollegor. Vid introduktion av semestervikarier inför sommaren höll socialt ansvarig samordnare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska i en utbildning som innehöll bland annat social dokumentation. Samma utbildning utförs 3 ggr per år för nyanställd vård och omsorgspersonal.

Inom myndighetsenheten finns administratörer i verksamhetssystemet Treserva, dessa stöttar även nyanställd personal.

Socialförvaltningen har sedan många år använt Treserva som verksamhetssystem. Förberedelse för nytt det nya verksamhetssystemet Lifecare har pågått under hela 2022, detta i samverkan med 11 andra kommuner - GVS12 .

Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3



- Lokal överenskommelse om läkarmedverkan upprättas årligen med den regionala primärvården för att trygga en god kvalitet och tillgång till läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Från 2022 februari erbjöds inte längre 100% Läkarmedverkan från NH (Närhälsan) primärvården, detta utifrån att dåvarande hemsjukvårdsläkare avslutat sin tjänst. Från Maj 2022 anställdes en fast hemsjukvårdsläkare av NH dock planerad fast tid inom kommunala primärvården är nu 50% (20 h). Övrig tid finns tillgänglighet via Närhälsans akuttelefon och vid behov av akut läkarbedömning kan detta utföras av triageläkare. Hälsocentralens läkarmedverkan, hemsjukvårdsläkare kvarstår med 2 timmar varje vecka grundat på antalet tillhörande patienter och tillgänglighet finns direkt till hemsjukvårdsläkare eller via akuttelefon.
- Samverkan med Samordningsansvarig läkare / hemsjukvårdsläkare Närhälsan inför smittspårning vid bekräftade Covidfall inom Hälso-sjukvårdsverksamheten.
- Vårdsamverkan Skaraborg har en överenskommen rutin för landsting, primärvård och kommun gällande avvikelserapportering: "Avvikelsehantering i vårdsamverkan". När gemensamma dokument för säker in- och utskrivning från länssjukvård inte följs skickas externa avvikelser. Likaså om vårdskada skett hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till vårdgivare när man finner att patientsäkerheten inte uppnåtts enligt praxis. Dessa avvikelser mellan vårdgivare rapporteras digitalt via regionens avvikelssystem Med Control Pro. Leg personal, enhetschefer och myndighets-handläggare kan genom detta rapportera en avvikelse, samtliga avvikelser går genom MAS som är samordningsansvarig vilket innebär att avvikelser skickas vidare till berörd extern enhet och är även mottagare för inkomna avvikelser som rapporteras externt.
- Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdhygien har erbjudit digital grundutbildning för hygienombud. Sjuksköterska från Vårdhygien har vid ett fysiskt informationsmöte för samtliga hygienombud och enhetschefer informerat om Multiresistenta bakterier.
- Smittskydd har ansvar att samverka vid behov av smittskyddsåtgärder Under 2022 har det varit kontinuerliga samverkansmöten utifrån pandemin med vårdhygien och smittskydd från SKAS Skövde. Digitala möten har varit 1 ggr varannan vecka beroende på behovet utifrån pandemin och samhällsspridning.
- Patientnämnden har enligt avtal ansvar att vid enskilds önskan ha en stödjande funktion vid dess synpunkter eller klagomål på vårdgivare såsom kommunen.



- Samverkan internt enligt process för avvikelshantering.

Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen och samverkan ska alltid utgå från den enskildes behov av samordnade insatser. I denna process sker samverkan främst från kommunen planeringsteamet som består förutom av hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska även av biståndshandläggare och planeringsansvarig för hemvård. Planeringsteamet ansvarar för att påbörja planeringen inför utskrivningen av kommunens medborgare för att säkerställa en trygg och säker hemgång. Detta sker i samverkan med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården och den enskilde. Planeringsteamet handhar även vårdbegäran från öppenvården när behov ses av kommunal hälso-sjukvård och socialtjänst.

Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och i förekommande fall närstående får möjlighet att:

- Medverka vid samordnad vård och omsorgsplanering
- Medverka vid upprättande av vårdplaner
- Bli informerade när nationella studier genomförs
- Bli informerade och delta vid utredning av vårdskada och missförhållande
- Bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Inom verksamheten arbetar vi för att samverkan sker med både patienter, brukare och närstående enligt ovanstående punkter. Förhoppningen är att genom distansmöte öka möjligheterna för samverkan med närstående.

Samverkan med medborgare

Genom kommunens hemsida ges information om socialförvaltningens verksamhet. Information lämnas också i förekommande fall via Solsidans träffpunkt och till pensionärsorganisationer etcetera



Information som berör socialförvaltningen delas också via de tv-skärmar som finns uppsatta i anslutning till entrén till Allégården.

Sedan 2010 har underhållscafé anordnats i samarbete med Hjälpmedelscentralen i Västra Götaland, Primärvården i Tibro samt kommunens rehabenhet. Detta i syfte att underlätta uppföljning av framför allt gånghjälpmedel. Kommunen arbetar även med uppsökande verksamhet riktad till alla 80-åringar.

Pressmeddelanden för att dela information gällande anmälningar till IVO om Lex Sarah och Lex Maria. Beslut från IVO delges även genom pressmeddelande.

Samverkan för barn i tidiga åldrar

Familjecentralen har samverkan med Närhälsan BVC och har möten månadsvis. Familjecentralen samverkar också med förskola. Det handlar om samverkan med tidiga insatser och förebyggande arbete för barn i tidiga åldrar.

Samverkan BUN

Under hösten har man haft en gemensam utvecklingsdag med fokus på samverkan för barn och ungas förutsättningar tillsammans med barn och utbildningsförvaltningen och kultur och fritidsförvaltningen. Sedan tidigare finns samverkan med kultur och fritid då socialförvaltningen är med och finansierar dessa tjänster. Fokus framåt ska vara att fältassistenter fokuserar mer på ungdomarna och socialförvaltningen på familjerna.

Samverkan AME

Under året har samverkan med AME utvecklats. Under första delen av året hade vi projektet "Fler i egenförsörjning" med målet att få fler som uppbär ekonomiskt bistånd i egenförsörjning. Projektet har övergått i ordinarie verksamhet och alla som uppbär försörjningsstöd går nu vidare till insats via AME. AME har även tittat på att även ta emot personer med missbruks- och beroendeproblem för att kunna erbjuda arbetsmarknadsinsatser för denna målgrupp.

Även "Grön arena" är ett samarbete med AME och detta är i planeringsfas och de första deltagarna är utsedda.

Samverkan med studiefrämjandet

Terassen är en öppen verksamhet som riktar sig till personer över 18 år med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik, psykisk ohälsa, social problematik och social utsatthet. Verksamheten arbetar förebyggande och fokuserar på det friska i livet. Verksamheten har under året varit öppen två dagar i veckan i samarbete med studiefrämjandet och verksamheten har fått ett tydligt syfte i att må bra och ha en social gemenskap. Nu utvecklar man samarbetet och



studiefrämjandet och har ansökt om medel för 2023 för att utveckla arbetet med ofrivillig ensamhet hos kvinnor.

God och nära vård

Runt om i Sverige pågår omställningen till nära vård. Omställningen syftar till en hälso- och sjukvård och omsorg som tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Det handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård och omsorg där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är centralt.

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att hälso- och sjukvårdssystemet ska bli mer samhällsekonomiskt effektivt. Efter omställningen ska primärvården vara basen och navet i vården. Kommunernas hälso- och sjukvård är en central del av primärvården och kommunerna har en stor och viktig roll i omställningen till nära vård.

Från april har socialförvaltningen anställt processledare som i sitt uppdrag har arbetat med omställningen till en nära vård på den lokala samverkansnivån.

Personcentrerat förhållningssätt är prioriterat utvecklingsområde inom socialförvaltningen och personcentrerade ambassadörer är utsedda som bildat för att implementera ett personcentrerat arbetssätt inom hela förvaltningen. Implementeringen har påbörjats genom utbildningsgrupper där både omvårdnadspersonal, legitimerad personal, handläggare och chefer på samtliga nivåer deltar.

Processledaren har under året träffat socialtjänstens samtliga personalgrupper på APT och presenterat God och nära vård. Även några andra grupper och aktörer har erbjudits en presentation. Hälsocentralen, Närhälsan- Rehab och pensionärsrådet ha tagit del av presentationen.

Informationssäkerhet

Kommunen ska ansvara för att det finns en informationssäkerhetspolicy. Den ska ange det övergripande målet för och inriktning på verksamhetens arbete med informationssäkerhet i syfte att säkerställa personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Under 2022 har kommunövergripande informationssäkerhetspolicy antagits.

Socialförvaltningen har på intranätet information om Sekretess och tystnadsplikt, behörighets- hantering samt vad som gäller informationssäkerhet beträffande E-post, Internet och mobila enheter. All nyanställd personal får muntlig information om informationssäkerhet.



Loggningar

Syftet med logguppföljning är att granska att den enskildes integritet säkerställs samt att regelverket efterlevs och att ingen obefogad användning av systemet sker. Kontrollen ska ske systematiskt och regelbundet.

Enligt fastställd rutin kontrollerar enhetschefen sin personal på respektive enhet. Loggningen syftar till att spåra eventuella obehöriga intrång. Stickprovskontroller genomförs minst en gång per halvår och genom slumpvis valda användare och brukare/patienter granskas bland annat vilka som har haft tillgång till journaler och om vård- och omsorgsrelation finns.

Under 2022 har två otillåtna loggningar rapporterats. Den ena handlar om otillåten läsning inom pool/vakans. Under utredningen stängdes personalen av med anledning att det sedan tidigare fanns en varning gällande otillåten läsning. Utredningen påvisade otillåten läsning och ledde till uppsägning och polisanmälan för sekretessbrott. Polisutredning är nedlagd. Den andra handlar om otillåten läsning av en sommarvikarie inom demens syd. Efter samtal med personal och ytterligare granskning lades utredningen ner då det inte fanns skäl att gå vidare. Dock lämnades ärendet vidare till enhetschef för vakansen för vidare uppföljning. En personal inom vakansen har granskats efter misstanke utan att det påvisade någon otillåten läsning.

Under året har påminnelse om loggning utgått till samtliga enhetschefer inom socialförvaltningen månadsvis.

Tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet, hälso- och sjukvården och för funktionshindrade, så kallad LSS-verksamhet, samt över hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning.

Tillsynen syftar till att granska om vården och omsorgen följer gällande lagar så att varje individ får den insats som han eller hon behöver och att verksamheten därmed säkerställer en god kvalitet och en hög säkerhet.

IVO genomförde under pandemin en särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets SÄBO. IVO kunde då slå fast att lägstnivån i äldreomsorgen var alldeles för låg varav IVO har fortsatt med tillsynsinsatsen under 2022 avseende samma målgrupp i landets alla kommuner för att kunna följa utvecklingen. IVO har sammanställt en rapport av de risker som framkommit för vår kommun utifrån journalgranskning och enkätresultat som utförts. Rapporten är berörande tillsynsområdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede. För att få en fördjupad version av rapporten har IVO i december genomfört en inspektion på plats innehållande intervjuer med patienter,



intervju med sjuksköterska och ett dialogmöte med socialförvaltningens ledning och socialnämndens ordförande. Utifrån denna inspektion kommer nu IVO fatta ett beslut gällande om det finns goda förutsättningar för en god och säker vård. Beslutet har ännu inte delgivits.

Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska fortlöpande utöva egenkontroll. Egenkontrollen innebär att den som bedriver verksamheten granskar bakåt, det vill säga undersöker den verksamhet som har bedrivits. Detta kan exempelvis ske genom kontroll och analys av statistik.

Brukarundersökningar

Under 2022 har socialförvaltningen genomfört brukarundersökning inom följande områden: IFO, Gruppbostad LSS, Servicebostad LSS, Daglig verksamhet LSS samt Socialstyrelsens brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen". I årets brukarundersökning har vi även genomfört en för boendestöd och pilotstudie gällande LSS myndighet.

Brukarundersökning IFO

Brukarundersökningen 2022 genomfördes inom Individ- och familjeomsorgen. Brukarundersökningar genomfördes inom missbrukshandläggning och handläggning inom barn och unga, familjehemsplacerade barn, pilotstudie inom myndighetshandläggning LSS och ekonomiskt bistånd. Brukarundersökningen har genomförts genom att de som varit i kontakt med myndighetsenheten under aktuell period fått erbjudande om att delta och fått en kod skickat till sig via sms eller e-post. Har alternativet varit att de inte svarar har även pappersenkät delats ut i ett fåtal fall.

Resultat redovisas ej då svarsfrekvensen understiger fem. Ekonomiskt bistånd var den enda enhet vi fick ett resultat gällande brukarundersökningarna på IFO. Dock inkom endast 10 svar vilket innebär en svarsfrekvens på 8 procent. Varför det inte går att dra några slutsatser om resultatet. Resultatet har lämnats till enhetschef för att titta på. Framför allt behöver man fundera över och planera för hur vi kan få en högre svarsfrekvens kommande brukarundersökningar. Att öka svarsfrekvensen är något som man behöver titta på inom alla områden inom IFO. Brukarundersökningen är en viktig indikator på vår kvalitet och brukarnas åsikter är viktiga för att kunna utveckla verksamheten.

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS

För femte året i rad har brukarundersökning inom daglig verksamhet genomförts. Undersökningen genomförs på plats i verksamheten. Antalet som besvarade brukarundersökningen var 21, vilket är en ökning med 7 personer sedan förra årets brukarundersökning och en svarsfrekvens på 70 %. Vi valde i år att ändra antalet utifrån de som har daglig verksamhet som verkställs på aktivitetshuset. De 14 personerna med extern placering har undantagits i undersökningen. Detta är en del av anledningen till att svarsfrekvensen ökat drastiskt i årets undersökning.



Jämför man siffrorna med brukarundersökningen 2021 ligger siffrorna ungefär på samma nivå med några undantag. Områden som sticker ut är "Personal bryr sig om brukaren" som ökat från 79 % 2021 till 90 % 2022. Att verksamheten är viktig för brukaren har ökat från 57 % till 67 % i årets undersökning. I områden som indikerar på brukarens trygghet har vi fortfarande låga siffror och avviker om man jämför med siffrorna i riket.

Resultatet har återkopplats till brukarna och återkoppling till personal är inplanerad. Utifrån detta ska verksamheterna arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	Tibro 2022	Tibro 2021	Riket 2022
Brukare får bestämma över saker som är viktiga	71 %	79 %	77 %
Brukare får den hjälp hen vill ha	76 %	86 %	87 %
Personalen bryr sig om brukaren	90 %	79 %	90 %
Personalen pratar så brukaren förstår	67 %	71 %	79 %
All personal förstår brukaren	76 %	64 %	80 %
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	57 %	50 %	85 %
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet	57 %	50 %	77 %
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet	71 %	64 %	86 %
Verksamheten är viktig för brukaren	67 %	57 %	84 %
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	86 %	93 %	91 %
Svarsfrekvens	70 %	32 %	

Brukarundersökning Gruppbostad LSS

För tredje året genomfördes brukarundersökning inom kommunens gruppbostad. Svarsfrekvensen för brukarundersökningen för gruppbostad har ökat från 71 % för 2021 till 100 % för 2022.

Det som sticker ut i årets brukarundersökning för gruppbostad är områdena "Personal pratar så brukarna förstår" som minskat från 78 % till 33 % samt "Brukaren känner sig trygg med alla i personalen" som minskat från 67 % till 27 %. "Brukaren är aldrig rädd för något hemma" ligger fortfarande på en låg siffra som 18 %. Av brukarundersökningen framgår att 82 % trivs alltid hemma och 90 % vet också vem de ska vända sig till om de inte är nöjda med något.



Resultatet har återkopplats till brukarna och återkoppling till personal är genomförd. Utifrån detta ska verksamheterna arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.

Brukarundersökning Gruppbofastad LSS	Tibro 2022	Tibro 2021	Riket 2022
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	58 %	70 %	77 %
Brukare får den hjälp hen vill ha	75 %	78 %	81 %
Personalen bryr sig om brukaren	67 %	78 %	82 %
Personalen pratar så brukaren förstår	33 %	78 %	69 %
All personal förstår brukaren	64 %	44 %	71 %
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	27 %	67 %	76 %
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	18 %	11 %	67 %
Brukaren trivs alltid hemma	82 %	89 %	82 %
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	90%	89 %	86 %
Svarsfrekvens	100 %	71%	

Brukarundersökning Servicebofastad LSS

För tredje året genomfördes brukarundersökning inom kommunens servicebofastäder, dessutom med hög svarsfrekvens. Svarsfrekvensen för brukarundersökningen för servicebofastad har ökat från 88 % för 2021 till 100 % för 2022.

Inom området gruppbofastad har en ökning skett inom alla områden förutom inom "Brukaren får den hjälp som hen vill ha" som är på samma låga siffra som förra året samt "Personalen bryr sig om brukaren" som minskat från 71 % till 43 %. Inom övriga områden har vi förbättrat resultatet inom servicebofastad när man jämför med förra årets brukarundersökning. Flertalet områden avviker om man jämför med riket och behöver titta på hur vi kan förbättra vår verksamhet.

Resultatet har återkopplats till brukarna och återkoppling till personal är inplanerad. Utifrån detta ska verksamheterna arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.



Brukarundersökning Servicebostad LSS	Tibro 2022	Tibro 2021	Riket 2022
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	86 %	43 %	82 %
Brukare får den hjälp hen vill ha	43 %	43 %	77 %
Personalen bryr sig om brukaren	43 %	71 %	83 %
Personalen pratar så brukaren förstår	57 %	43 %	68 %
All personal förstår brukaren	57 %	29 %	70 %
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	71 %	43 %	71 %
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	71 %	57 %	66 %
Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	71 %	43 %	76 %
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	100 %	57 %	83 %
Svarsfrekvens	100 %	88 %	

Brukarundersökning Boendestöd

I år är första året som brukarundersökningen för boendestöd genomförs i Tibro kommun med en svarsfrekvens på 56 %. Samtliga brukare som är beviljad insatsen boendestöd under perioden har blivit erbjuden att delta i brukarundersökningen. De har då fått en kod utlämnat till sig och då kunnat logga in för att svara på enkäten. Har alternativet varit att de inte svarar har även pappersenkät delats ut i ett fåtal fall som sedan inlämnats anonymt. De områden som avviker om man jämför med riket är "All personal förstår brukaren" som ligger på 75 % till skillnad från riket med 88 % och "Brukaren känner sig trygg med all personal" med 75 % som skiljer sig från riket med 85 %. I enkäten får brukaren frågan om man känner sig trygg med alla, några eller ingen i personalen. I dessa fall är det ingen som svarar att de inte känner sig trygg med någon. I övriga områden avviker siffrorna med 1-5 procentenheter om man jämför siffrorna med riket.

Resultatet har återkopplats till personal och utifrån detta ska verksamheten arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.



Brukarundersökning Boendestöd	Tibro 2022	Riket 2022
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	91 %	88 %
Brukare får den hjälp hen vill ha	88 %	87 %
Personalen bryr sig om brukaren	91 %	94 %
Personalen pratar så brukaren förstår	84 %	89 %
All personal förstår brukaren	75 %	88 %
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	75 %	85 %
Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	91 %	90 %
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	72 %	78 %
Svarsfrekvens	56 %	

Så tycker de äldre om äldreomsorgen

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen genomföra en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden. Under 2021 genomfördes ingen brukarundersökning på området på grund av ny upphandling. Med anledning av detta saknas resultat för 2021. Resultatet för respektive verksamhet har lämnats till enhetscheferna för vidare arbete.



Brukarundersökning Särskilt boende	Tibro 2020	Tibro 2022	Riket 2022
Helhetssyn	85 %	79 %	77 %
Möjligheten att komma utomhus	79 %	79 %	54 %
Sociala aktiviteter	70 %	63 %	54 %
Tillgång till sjuksköterska	84 %	83 %	69 %
Bemötande	100 %	98 %	92 %
Besväras ofta av ensamhet	18 %	20 %	24 %
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	91 %	91 %	78 %
Förtroende för personalen	91 %	89 %	81 %
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	29 %	44 %	31 %
Personal tar hänsyn till åsikter och synpunkter	83 %	86 %	78 %
Information om förändringar	81 %	61 %	45 %
Maten	90 %	87 %	72 %
Måltidsmiljön	83 %	75 %	66 %
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	50 %	46 %	43 %
Möjlighet att påverka tider	73 %	78 %	57 %
Plats på det äldreboende man önskat	93 %	92 %	87 %
Rör sig utan svårigheter inomhus	21 %	17 %	17 %
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	84 %	86 %	69 %
Trivs med rum/lägenhet	72 %	79 %	71 %
Trivsamma gemensamma utrymmen	70 %	70 %	61 %
Trivsamt utomhus	84 %	73 %	66 %
Tillgång till läkare vid behov	64 %	61 %	45 %
Trygghet	91 %	87 %	86 %



Brukarundersökning Hemvård	Tibro 2020	Tibro 2022	Riket 2022
Helhetssyn	93 %	87 %	86 %
Information om förändringar	65 %	71 %	61 %
Handläggares beslut har anpassats efter brukarens behov	80 %	76 %	71 %
Bemötande	99 %	97 %	96 %
Besväras ofta av ensamhet	15 %	11 %	14 %
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	77 %	85 %	74 %
Förtroende för personalen	91 %	87 %	87 %
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	24 %	32 %	32 %
Personal tar hänsyn till åsikter och synpunkter	85 %	87 %	84 %
Möjlighet att påverka tider	51 %	44 %	53 %
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	52 %	67 %	62 %
Personalen kommer på avtalad tid	74 %	79 %	81 %
Personalen utför sina arbetsuppgifter	85 %	86 %	84 %
Rör sig utan svårigheter inomhus	26 %	22 %	25 %
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest	11 %	8 %	7 %
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	83 %	82 %	79 %
Trygghet	95 %	91 %	84 %

Statistik

Jämförelse från tidigare år samt med andra kommuner är en del av egenkontrollen.

Äldreomsorg

	2018	2019	2020	2021	2022
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	16	33	27	32	30

Resultat hämtat från kolada.se. Väntetid till särskilt boende är en del av kommuners kvalitet i korthet, KKIK.



Tibro är bland de kommuner som har kortast väntetid till särskilt boende i jämförelse med andra kommuner i Sverige.

Funktionsnedsättning

	2018	2019	2020	2021	2022
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde	64	61	57	28	45

Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen).

Under 2021 utökade man antalet handläggare inom vuxengruppen vilket medförde förkortade handläggningstider. Under 2022 ser vi en ökning av handläggningstiden för LSS. Anledningen till det anses bero på mer komplexa ärenden som kräver större utredningsinsatser samt inväntande av handlingar.

Barn och unga

Tibro	2018	2019	2020	2021	2022
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning barn och unga 0–20 år, medelvärde (Resultatet hämtat från KOLADA (kommun – och landstingsdatabasen))	57	99	75	71	95

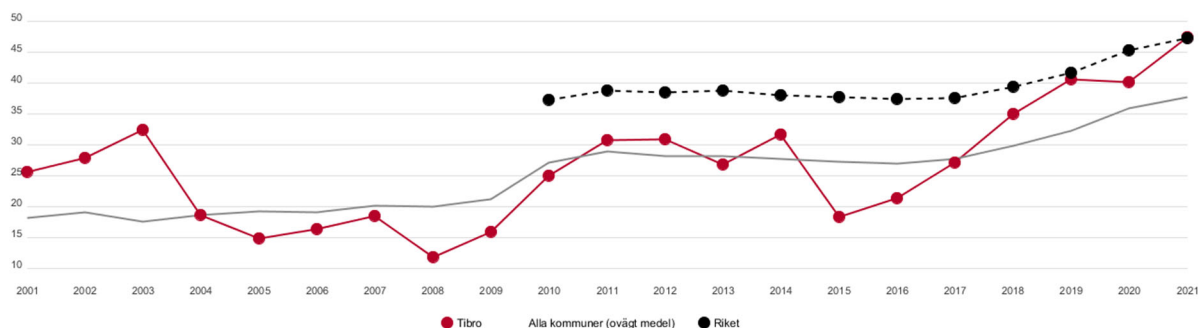
Anledningen till att antalet utredningsdagar har ökat har att göra med att man inte hanterat utredningstiden på rätt sätt. Man har inte avslutat utredningsprocessen då man beviljat insatser vilket ökat antalet utredningsdagar. Under 2022 har man tittat över alla utredningar och avslutat ärenden som haft pågående utredningsprocesser och justerat dessa.

Försörjningsstöd

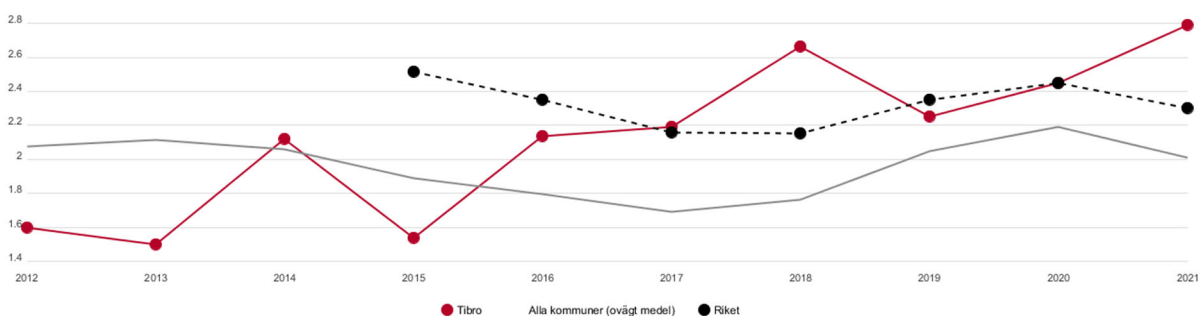
Tibro har en hög andel personer med långvarigt ekonomiskt bistånd. Vi ser också att vi har en hög andel barn som ingår i familjer med långvarigt försörjningsstöd. Dock ser vi en minskning vad gäller unga vuxna med ekonomiskt bistånd.



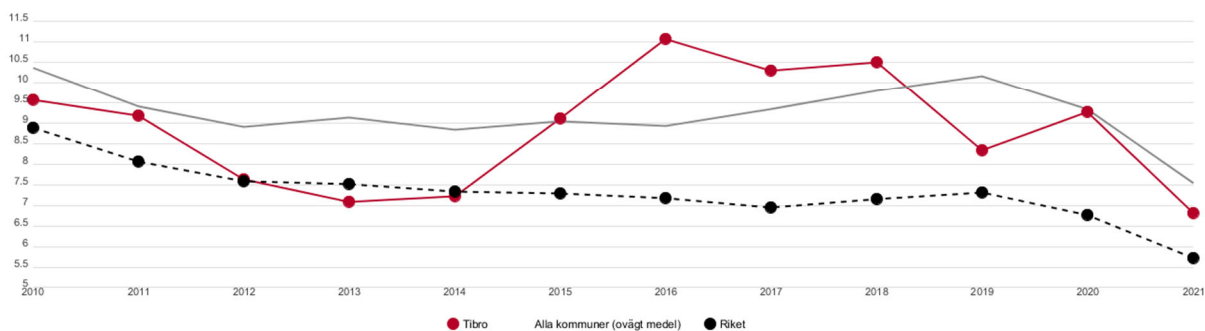
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%)



Barn i befolkningen som ingår i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%)



Unga vuxna med ekonomiskt bistånd, andel (%)



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen) och andelen för 2022 har ännu inte publicerats.

Ekonomiskt bistånd nybesök	2018	2019	2020	2021	2022
Väntetid i antal dagar vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärdet	13	11	10	9	12

Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen).



Under 2022 ser vi en ökning av väntetid i antalet dagar vid nybesök gällande ekonomiskt bistånd. Jämför man med landet ligger vi under medel gällande väntetid.

Missbruk och beroende

	2018	2019	2020	2021	2022
Utredningstid i antal dagar från börjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21 +, medelvärde	46	42	15	27	19

Ej verkställda beslut

Socialnämnden ska enligt LSS, SoL och kommunallagen lämna uppgifter till kommunfullmäktige, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och revisorerna. Uppgifterna ska innehålla hur många gynnande beslut enligt 4 kapitlet 1 § SoL och enligt 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader alternativt verkställts men avbrutits och inte åter verkställts inom tre månader. En rapport om ej verkställda beslut och anledning till dessa upprättas varje kvartal.

Kontroll av efterlevnad Barnkonventionen

Utifrån att barnkonventionen blev lag så antog socialnämnden i juni 2020 en handlingsplan som bygger på ett antal tillämpningsnycklar som SKR tagit fram för socialtjänst. Uppföljning av efterlevnaden har skett under våren och hösten 2021 och även fortgått under 2022. Stickprov har genomförts på utredningar gällande barn och unga för att se barnens delaktighet i utredningar. Aktualiseringsprocesser och utredningar för vuxna har också setts över för att tydliggöra barnperspektivet. Inom alla områden inom myndighetshandläggning har man barnperspektivet med i sina utredningsförfaranden.

Kontroll av efterlevnad av ledningssystem Vård och omsorg

Under hösten 2021 påbörjades en genomlysning och diskussion av ledningssystemet för Vård och omsorg tillsammans med handläggarna inom myndighetsenheten. Detta för att se hur man följer ledningssystemet, att tydliggöra ledningssystemet samt göra justeringar. Arbetet har inte färdigställts under 2022 på grund av hög arbetsbelastning och strukturella utmaningar. Detta kommer att fortgå under kommande år.

Åtgärdsplan Lex Sarah

Under 2022 har 3 åtgärdsplaner upprättats tillsammans med enhetschef för ansvarigt område. Detta syftar till att lättare följa upp att åtgärder genomförts samt resultatet av dessa.



Hälso- och sjukvård

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

- All personal inom kommunala hälso-sjukvården i Tibro kommun skall besitta den kompetens som krävs för att tillgodose den enskilde god och säker vård utifrån enskilt behov. Vid nyanställning finns rutin och checklista inom verksamheten för att alla som arbetar skall ha kännedom och kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner.
- Optimal följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner vilket säkras genom att alla som arbetar inom den kommunala vård och omsorgen ska inneha ett godkänt skriftligt och praktiskt prov inom basala hygienrutiner. För nyanställda är detta ett krav under introduktionen och ska vara utförd innan medarbetaren själv ska utföra omvårdnadsarbete. Praktiskt test ska genomföras årligen av samtliga medarbetare. PPM av basala hygienrutiner och klädrutiner utförs 2 ggr årligen, en av dessa förs in i SKR register och sker under våren varje år. Hygienombud finns utsedd på samtliga enheter. Hygienrund – vårdhygienisk standard utförs årligen av enhetschef tillsammans med hygienombud och Patientansvarigsjuksköterska. På APT finns en stående punkt för eventuella hygienfrågor.
- Förhindra smittspridning av Covid-19 inom kommunal vård och omsorg vilket har säkrats genom att följa myndigheters rekommendationer och regionala riktlinjer. Finns en pandemiplan, beredskapsplanering och krisförråd med skyddsutrustning. Lokala rutiner är framtagna och uppdateras fortlöpande utifrån rekommendationer, riktlinjer och pandemiplan. Riskanalyser har kontinuerligt utförts inom samtliga enheter och åtgärder har styrts utifrån samhällspridningen. Vaccination mot Covid-19 har utifrån folkhälsomyndigheten utförts inom den kommunala verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården som tackat ja. Vaccination är given efter patientens behov av ordinär eller påfyllnadsdos
- Samtlig vård och omsorgspersonal är erbjuden att vaccineras mot Covid-19 och säsongsinfluensan på betald arbetstid.
- Avvikelsehantering – från rapportering till händelseanalys och dess förbättringsåtgärder. All personal inom vård och omsorg ska rapportera avvikande händelser direkt i verksamhetssystemet. Händelseanalysens och dess förbättringsåtgärder skall återrapporteras till verksamheten och sprids vid behov till andra verksamheter som en lärande organisation, detta för att förhindra att liknande händelser sker igen.



- Rehabiliterande arbetssätt - Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg och hemtjänst innebär att se och ta tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.
- Rehabassistenter utför ordinerade rehabiliterade insatser inom Trygg hemgång och hemvård vilket ger kontinuitet och kvalitet.
- Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD och under 2022 har 2 patientansvariga sjuksköterskor inom demensorganisationen tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal genomfört administratörutbildning för BPSD registret. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandeplanernas utformning. BPSD-registret ger förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder
- Vårdprevention med stöd av Senior alert används för att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och utifrån detta planera och genomföra förebyggande åtgärder. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Detta sker i tvärprofessionellt team.
- Under 2022 har patientsäkerhetsanalys utförts med hjälp av framtaget analysverktyg. Utifrån målsättningen att ingen patient ska behöva drabbas av skador som går att undvika inom den kommunal hälso-sjukvården. För att uppnå och bibehålla målet är strategin fortsatt att ta hjälp av den Nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som Socialstyrelsen. Analys av nuläget påvisar att vårdgivaren behöver arbeta med samtliga fem fokusområdena för att stärka arbetet för en säkrare vård. De fem fokusområdena är: Öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling, öka riskmedvetenhet och beredskap.
- Kollegial Journalgranskning - Målet med granskning är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso-och sjukvården. Kollegial journalgranskning har under hösten utförts. Kollegial journalgranskning är nödvändigt för att samtligt legitimerad personal ska vara involverade i syfte att kvalitetssäkra dokumentationen inom hela verksamheten. När granskningen sker kollegialt uppfylls även ett lärande syfte och det sker en samsyn kring dokumentationen.



- Planeringsteamet, superkontaktombud och kontaktombud - har under 2022 utvecklat samverkan internt och externt för att säkerställa säkra vårdövergångar innefattande SAMSA och SIP (Samordnad individuell Vårdplanering)
Gemensamma möten med regionens primärvård som nått fram till rutin så som att dagligen samverkan för att planera trygg och säker hemgång, detta sker med Närhälsan och två gånger i veckan med Hälsocentralen. En halvdags fördjupningsutbildning om SIP och samverkanskompetens för vuxna har hållits av vårdsamverkan Skaraborg där till stor del av planeringsteam från kommunen och fasta vårdkontakter från regionens primärvård deltog
- Kontinuerliga palliativa ombudsträffar har upprättats inom verksamheten. Varje enhet har och ska ha ett palliativt ombud. Palliativa ombud uppgift är att vara den som tar till sig kunskap och senaste information och sprider kunskapen vidare inom sin enhet och så även stödjer enhetschefen inom det palliativa området. Ett arbete har påbörjats med att aktualisera lokala rutiner utifrån det nya nationella vårdprogrammet och att möjliggöra att arbeta tvärprofessionellt utifrån ett personcentrerat förhållningsätt.

Egenkontroll

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

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att systematisk följa upp och utvärdera den egna verksamheten avseende planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem Egenkontrollen består av granskning av dokumentation, loggningar, registrering och uppföljning av avvikelser, hygien- och klädregler, kvalitetsregister, med mera

Vård- och omsorgsenheten är ansluten till nationella kvalitetsregister där resultat och förbättringsarbeten kan följas över tid. Syftet med internkontrollen är att öka kvaliteten och säkerheten samt skapa en mer ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gång per år 1 gång per år	Observation PPM-databasen
Vårdhygieniskstandard	1 gång per år	Protokoll
Spol- och diskdesinfektioner	1 gång per år	Protokoll
Rätt vårdnivå – transport till sjukhus	Oplanerad 1 gång per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Statistik Treserva
Trycksår	1 gånger per år	Senior alert
Munvård	1 gång per år	Senior alert



Fall	1 gång per år	Senior alert
Undernäring	1 gång per år	Senior alert
Läkemedelshantering	1 gång per år Spontankontroll	Protokoll
Journalgranskning	1 gång per år	Protokoll
Palliativ vård	1 gång per år	Palliativa registret

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Basala hygienrutiner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) orsakar stor andel av skador inom vård- och omsorg och är resurs- och kostnadskrävande för vårdgivaren. Spridningen av multiresistenta bakterier ökar vilket medför ett allvarligt hot mot Hälso- och sjukvården. Under de senaste åren har pandemin varit ett allvarligt hot inom vård- och omsorg och så även inom vår verksamhet. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett prioriterat område. För att förebygga och minska risken för VRI ska vårdhygien genomsyra all vård och omsorg. För att stärka detta arbete finns det hygienombud på varje enhet.

Hygienombuden är nyckelpersoner och länken mellan vårdhygien och det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Hygienombuden har varit extra betydelsefulla under pandemin och haft uppgift att hålla sig uppdaterad och förmedla rutiner/riktlinjer. Hygienombuden har även som uppgift att genomföra återkommande punktprevalensmätningar. Dessa ska ha under året genomförts två gånger för att tillse att personal inom vård och omsorg följer den rutin som finns för klädregler och basal hygien. Alla enheter som bedriver personlig omvårdnad medverkar i mätningen. Metoden grundar sig på observationer och varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

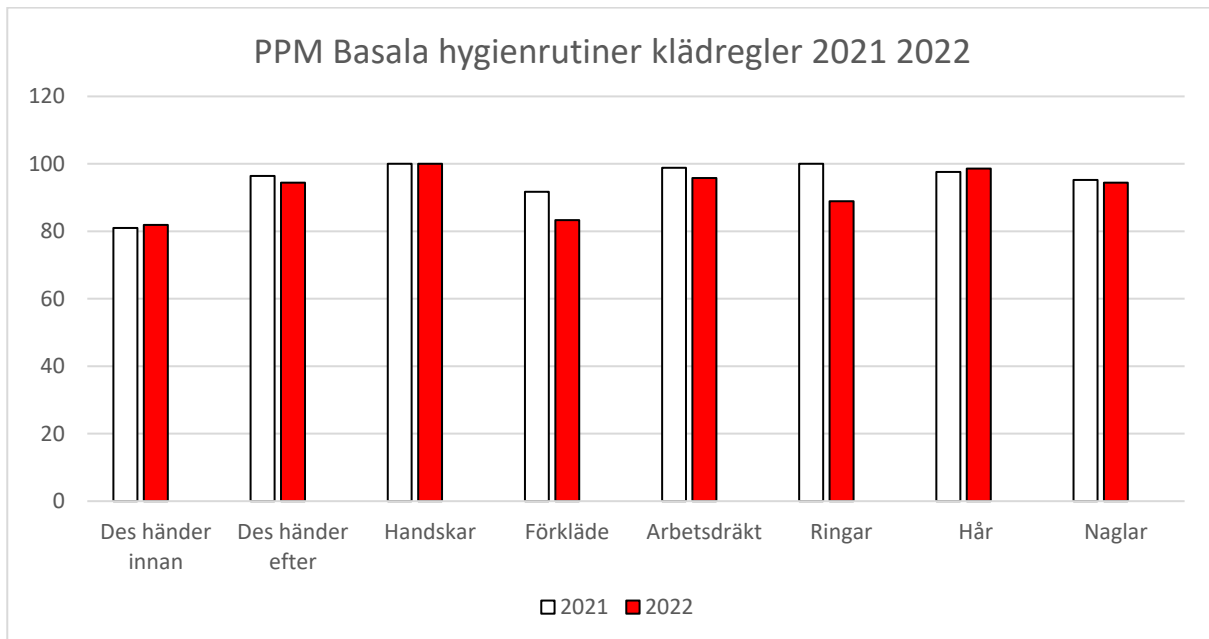


Bild 1.1

Vårdhygienisk standard

En årlig egenkontroll för att säkerställa att vi som vårdgivare håller en god vårdhygienisk standard. För att uppnå en god hygienisk standard och identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter finns det ett verktyg av egenkontrollmodell, det utgör en enkel och begriplig metod. Metoden innebär att man utgår ifrån en checklista och detta utförs av enhetschef, hygienombud och ansvarig sjuksköterska. Till checklista hör en åtgärdsmodell där åtgärder fylls i om det framkommer förbättringsmöjligheter. En egenkontroll "Checklista vårdhygienutbildning för vård och omsorgspersonal" har tagits fram för att säkerställa att samtlig vårdpersonal har genomfört vårdhygienutbildningsprocessen som är ett krav för att arbeta inom vård och omsorg.

Covid-19

De viktigaste åtgärderna från våren 2020 och framåt har varit att skydda våra patienter och brukare från smitta av Covid-19 och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter med fokus på liv och hälsa. Covid-19 har förekommit i våra verksamheter och totalt under hela året har drygt 200 medarbetare och 82 vårdtagare totalt blivit bekräftade att ha Covid-19. Vaccination mot Covid-19 för vårdtagare inom kommunal hälsosjukvård har utförts utifrån att Folkhälsomyndigheten rekommenderar påfyllnadsdos vaccin mot covid-19 för alla som är 80 år och äldre samt till personer som bor på särskilt boende för äldre, har hemtjänst eller hemsjukvård. I de flesta fall har 5 påfyllnadsdos givits om den enskilde har tackat ja till vaccinationen.



Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa

Riktlinje för vårdpreventivt arbete med stöd av senior alert har uppdaterats och antagit av nämnd under våren. Till riktlinjen har rutin skapats vars huvudsakliga syfte är att förebygga skada och främja hälsa. Rutin beskriver ansvar, roller och att tvärprofessionella team ska vara kontinuerligt planerade detta för att möjliggöra fortlöpande arbete med riskbedömningar, åtgärdsplaner samt uppföljningar inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Senior alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla förebyggande arbetssätt för att öka möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg.

Rehabiliterande förhållningsätt

I rehabilitering/förebyggande syfte utför och vid behov ordinerar arbetsterapeut och fysioterapeut / sjukgymnast individuell anpassade åtgärder i form av träningar, behandlingar och/eller övningar till personer inskrivna inom kommunal hälso-och sjukvård. Syftet med åtgärden är att genom fysisk aktivitet minska bland annat fall och trycksår samt att underlätta läkningsprocesser. Träning kan även utföras efter en skada exempelvis efter frakturer, höft- och knäplastikoperationer eller vid sjukdom så som efter stroke och vid Multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom och sjukdomar i luftvägarna. Målet är att personen ska kunna bibehålla eller att återfå en så god funktionsförmåga som möjligt och att kunna vara så självständig som möjligt.

Rehabenheten ansvarar över de ordinerade träningarna i trygg hemgång och nu även hemvården. Detta för att underlätta den ökande arbetsbelastningen i hemvården samt att öka patientsäkerheten, att vårdtagarna ska få sina insatser utförda. Det är rehabassistenterna som utför träningarna på ordination av AT/SG. Organisatoriskt utgår rehabassistenterna från samma enhet och lokaler som AT/SG, de har daglig kontakt och samma arbetstider. De har veckovisa möten där man gemensamt planerar och följer upp ordinerade insatser. Detta möjliggör en ökad patientsäkerhet. Vardagsrehabiliteringen utförs fortsatt av omvårdnadspersonal i hemvården då den utförs som en naturlig del i samband med omvårdnad.

Demensorganisation

Demensorganisation som är uppdelad i två enheter, dessa är tvärprofessionella och ett nära samarbete mellan enhetschef, demenssamordnare och vårdpersonal, vilket är väl anpassat till upplägget i BPSD. BPSD – "Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens" innebär att personen med demens har beteenden som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. De flesta personer med en demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden, den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning. En BPSD skattning görs individuellt för varje patient, vilket är underlag för att vårda och bemöta patienten på bästa sätt. Implementering av BPSD-registret har främst skett inom demensorganisationen. Med stöd av registret



identifieras symtomen, de tolkas och ses i sitt sammanhang så att relevanta åtgärder sätts in. För patienter med demenssjukdom ska en kartläggning minst en gång per år utföras och där efter följas upp. Varje enhets täckningsgrad följs i BPSD-registret med ett mål av 90%. BPSD registrering är ett standardiserat arbetssätt vars syfte är att genom tvärprofessionella vård-åtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Upprättade bemötandeplan och genomförandeplan måste följas av samtliga professioner i teamet runt patienten för att bidra med bästa möjliga förutsättning för patienten

Trygga och säkra vårdövergångar

Vid samordnad vårdplanering överförs vårdansvaret från en vårdgivare till en annan. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Vid in- och utskrivning arbetar kommunens olika professioner för att säkerställa att nödvändig information når respektive vårdgivare vid vårdövergångar och medverkar i att det sker en trygg och säker hemgång vid utskrivning

Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringarna kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vården inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen. Vårdplanen ska vara ett stöd för personalen i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika slutenvård. De allra flesta patienter som är inskrivna i den kommunal hälso-sjukvården i Tibro kommun har en aktuell medicinsk vårdplan. Det krävs en god kontinuitet och tillgänglighet både från sjuksköterska inom den kommunala primärvården som kan initiera till behovet av medicinsk vårdplan dock ställer det även krav på en god kontinuitet och tillgänglighet av hemsjukvårdsläkare från respektive vårdcentral dit patienten tillhör. Under 2022 har vissa patienter fått vänta längre än ett år innan den medicinska vårdplaneringen utförts. En bidragande orsak till detta är troligen färre antal timmar för ansvarig hemsjukvårdsläkare för de patienter som är inskrivna i den kommunala primärvården. Följsamheten till att aktualisera medicinska vårdplaner leder till minskat antal oplanerade transporter till sjukhus och är viktigt utifrån delaktighet av den enskilde och för att säkerställa patientsäkerhet. Utifrån detta är det viktigt att fortsatt arbete fortlöper med att genomföra medicinska vårdplaneringar kontinuerligt minst en gång per år och vid behov. Den första ska ske i samband vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.



Läkemedelshantering

Digitala läkemedelskåp

Införandet av nyckelfria läkemedelskåp har påbörjats och är helt klart inom demensorganisationen, inom vissa Särskilda boenden och så även inom vissa områden av ordinärt boende.

Extern kvalitetsgranskning

Extern kvalitetsgranskning är utförd under våren. I kvalitetsgranskningen ingick kontroll av riktlinjer/rutiner, ordination, iordningställande, administrering, förvaring, rekvisition och leverans enligt HSLF-FS 2017:37. En konkret åtgärdsplan är framtagen utifrån kontrollen och beskriver de områden där det fanns förbättringsmöjligheter som vårdgivaren kan fokusera på.

Delegeringar

Den som tillhör Hälso- och sjukvårdspersonal, legitimerad personal får överlåta en arbetsuppgift till en annan person, om detta är förenligt med god och säker vård enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan måste försäkra sig om att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegeringar får inte ske slentrianmässigt. Rutin finns gällande delegeringsprocessen från nyanställd omvårdnadspersonal till att kunna utföra delegerade hälso-sjukvårdsuppgifter. Omvårdnadspersonal skall ha en praktisk genomgång av van delegerad personal i samband med brevidgång, därefter ska ny omvårdnadspersonal utföra webbaserade delegeringsutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel. Om omvårdnadspersonal bedöms delgerbar anmäls hen till Apotekets webbutbildning ”Grundutbildning i läkemedelshantering inför delegering” (Nytt från Maj 2022) Apotekets utbildning i läkemedelshantering tar upp grunderna i läkemedelshantering och är en bra grund och stöd inför en eventuell delegering. Som avslut på denna utbildning genomför personalen även Apotekets kunskapstest som grundar sig på utbildningen. För att bli godkänd krävs 90% rätta svar. Efter godkänt test är det sjuksköterska i samband med ett personligt möte och genomgång av tänkta delegerbara uppgifter som utför sin bedömning om omvårdnadspersonalen kan fullgöra uppgiften. En delegering ska följas upp, efter given delegering och förnyas årligen och i samband med denna uppföljning genomförs den webbaserade delegeringsutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”, innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats.

Signeringslistor – kontroll och uppföljning

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som gäller en patients vård och behandling. Signeringslistor är en journalhandling och används för kontroll och uppföljning. Signeringlista används i kommunal hälso- och sjukvård när personal utför hälso- och sjukvårdsinsatser, dessa insatser är av olika



slag så som från ordinerade omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser till delegerade insatser. Rutin finns för att tydliggöra ansvar och beskrivning av genomförande process gällande signeringslistor för ordinerad och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats. Det är alltid legitimerad personal som ansvarar för upprättande av signeringslistor avseende hälso- och sjukvårdsinsatser. Leg personal ska aktualisera och kontrollera signeringslistorna varje månad, så även utföra kontroll av inkomna för bedömning om eventuell åtgärd utifrån patientperspektiv. Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra och signera ordinerad och delegerad insats om insats ej kan utföras av någon anledning skall leg personal kontaktas. Enhetschef ansvarar för att säkerställa rutin så den efterföljs av omvårdnadspersonal, det vill säga att omvårdnadspersonal utför och signerar de ordinerade insatserna på signeringslistorna. Enhetschef ansvarar för att vid ofullständiga signeringslistor kontrollera med berörd personal om varför insats ej utförts innan den överlämnas till leg personal. För att öka patientsäkerheten vore digitala signeringslistor önskvärt vilket är planerat att införa i samband med det nya journalsystemet.

Palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att vara ett hjälpmedel i arbetet med en förbättrad palliativ vård. Sjuksköterskorna registrerar i kvalitetsregistret och målet är att alla dödsfall, oavsett dödsorsak och dödsplats ska registreras. Via registret får sjuksköterskorna ett hjälpmedel att följa den egna verksamhetens kvalitet av den givna vården i livets slutskede. Vårdgivaren kan även använda detta för att följa och se vilka förbättringsåtgärder som behövs. Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård.

Svenska palliativregistret har en målbild som innehåller löften till personer som befinner sig i livets slutskede med följande parametrar;

- Jag och mina närstående är informerade om min situation
- Jag är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Jag är ordinerad läkemedel vid behov
- Jag får god omvårdnad utifrån mina behov
- Jag vårdas där jag vill dö
- Jag behöver inte dö ensam
- Jag vet att mina närstående får stöd

Registrering i svenska palliativregistret beskriver den sista veckan i livet för patienter som vårdats inom den kommunala hälso- och sjukvården och avlidit inom vår verksamhet. Data är från registrets dödsfallsenkät som ger en bild av patientens sista tid genom personalens ögon.

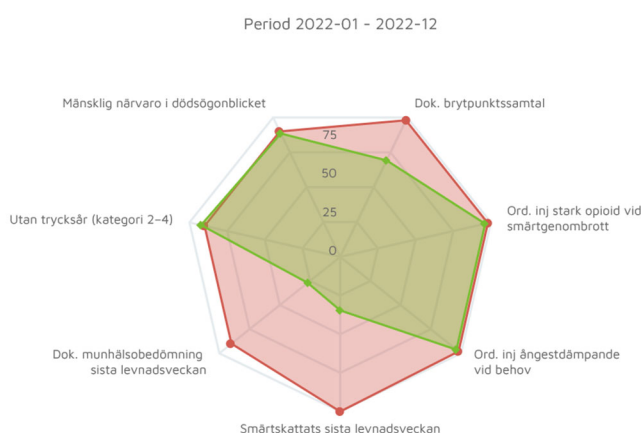
Utifrån nationella kvalitetsindikationerna registreras data i palliativregistret och kan följas upp i verksamheten:



Nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård 2022

Kvalitetsindikator	Målvärde	Tibro	Riket
Dok. Brytpunktssamtal	98.0	69.2 (89.7)	80.1
Ord. Inj stark opioid vid smärtgenombrott	98.0	96.2 (96.6)	95.2
Ord. Inj ångestdämpande vid behov	98.0	96.2 (96.6)	94.6
Smärtskattas sista levnadsveckan	100.0	34.6 (27.6)	62.1
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90.0	26.9 (34.5)	60.0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90.0	92.3 (82.8)	86.1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90.0	88.5 (93.1)	81.7

Inom parentes statistik från 2021 . Röda siffror påvisar en nedåtgående trend, gröna en positiv trend dock ligger smärtskattning fortsatt långt under målvärde



Av registreringen att döma finns det utrymme för utvecklingspotential inom vår verksamhet. Framför allt att utföra och dokumentera bedömning av munhälsa, detta har en nedåtgående trend jämför med föregående år. Tillika skattning av smärta trots att det har förbättrats enligt registreringen dock är det fortsatt lågt utifrån målvärdet och så även i förhållande till övriga landet. Dokumentation av brytpunktssamtal har även det blivit lägre jämfört med föregående år. Övriga indikationer har blivit något lägre jämfört med föregående år men kvarstår ändå högt och över snittet i riket. Färre som registrerade med trycksår relaterat till antal avlidna.



Resultat och Analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål	Åtgärd	Resultat	Analys
Full följsamhet 100% till basala hygienrutiner och klädregler	<p>Mätning av följsamhet PPM BHK x 1 Mätning egenkontroll x 1</p> <p>Hygienombud inom varje enhet Vårdhygienombud och enhetschef har uppgift att kontrollera följsamheten</p> <p>Krav på godkänd skriftlig och praktisk utbildning basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning och klädregler samtliga medarbetare ska uppdatera kunskapen årligen</p>	<p>Ej uppfyllt.</p> <p>Mätresultatet från 2022 års punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner inom Vård- och omsorg i Tibro kommun påvisar en liten förändring jämfört med 2021 se <i>bild 1.1</i></p> <p>Saknas Egenkontroll varav resultat inte kan sammanställas</p>	<p>Nedåtgående trend av följsamhet under våren totalt inom verksamheten</p> <p>Behövs fortsatt arbete och fokus på vårdhygien och basala hygienrutiner utifrån att följsamhet kan bli bättre.</p> <p>Behöver tydliggöras inom verksamheten gällande egenkontroll</p>
Kvalitetssäkra för en hög Vårdhygienisk-standard	<p>Hygienrund</p> <p>Enhetschefer med hygienombud och ansvarig sjuksköterska på enheten utför kontroll/genomgång av checklista</p>	<p>Ej uppfyllt</p> <p>Hygienrund har inte utförts på alla enheter</p>	<p>Behov av att följa upp om anledning till att inte hygienrund utförs inom samtliga enheter.</p> <p>Viktigt att hålla en hög vårdhygienisk varav detta ska</p>



			vara högt prioriterat, likas utifrån ny regel från Socialstyrelsen HSLF-FS 2022:44
Godkända Spol- och diskdesinfektioner	Utförs extern kontroll	Ny spol- och diskdesinfektioner installerad korttiden då den tidigare ej var tjänlig att använda. Ny utförare av extern kontroll har inte utfört kontroll under höst 2022	På grund av flertal kontroller har inte utföraren kunnat bibehålla årligen kontroll, kontroll planerad under Mars 2023
90 % av alla patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård 65 år och äldre har riskbedömning, åtgärder och uppföljning utförd (Senior alert) Fall, Trycksår, Undernäring och Munvård	Riktlinje vårdprevention med stöd av senioralert är antagen i nämnd. Rutin skapad och Tvärprofessionella Teamträffar ska hållas varannan vecka.	Ej uppfyllt Det har under 2022 varit färre personer som registrerats i Senior alert. Det är ojämnt inom verksamheten, det utförs fler riskbedömningar inom SÄBO jämfört med ordinärt boende	Det är fortsatt en nedåtgående trend. Troligen för att Riktlinje och rutin inte har implementerats till fullo i verksamheterna För att kunna arbeta optimalt finns även behov av utbildning av kvalitetsregistret för samtlig vård och omsorgspersonal



<p>Rätt vårdnivå för patienter utifrån behov</p>	<p>Mätning utförs genom protokoll Vårdsamverkan Oplanerade transport till sjukhuset</p> <p>Använda Bvis (ett beslutsstöd för att förbättra patientsäkerheten och säkerställa att primärvårdsläkare involveras i bedömning och ställningstagande till vårdnivå)</p>	<p>Under period för mätning blev 9 patienter inskrivna av totalt 10 transporter till slutenvården</p> <p>Bvis har endast använts vid en av tio patienter</p>	<p>Anser att det tagits rimliga beslut om vårdnivå utifrån att alla utom en blivit inlagd inom slutenvården. I det enskilda fallet har inte Bvis använts, inte heller haft kontakt med läkare</p> <p>Fortsatt Behov av att implementera Bvis inom SSK enheten då detta kan öka säkerheten vid bedömning av vårdnivå så även ett dokument för ambulanspersonal, vårdpersonal inom primärvård och slutenvård gällande vidtagna åtgärder och parametrar.</p>
<p>Säker Läkemedels- hantering</p>	<p>Finns framtagen Riktlinje för läkemedels- hantering hälso-sjuk- vården i skaraborgs- kommuner som ska följas. Gå igenom när ssk blir patientansva- rig och årligen.</p> <p>Lokala rutiner</p>	<p>Riktlinjen inte helt känd inom SSK en- heten.</p> <p>Lokala rutiner för lä- kemedelshantering finns på enheter som hanterar läke- medel.</p>	<p>Behöver arbetas fram en struktur in- för nyanställda SSK</p> <p>Bedömer att det be- hövs aktualisera vissa rutiner och möjliggöra att samt- liga rutiner är kända</p>



		<p>Finns rutiner gällande signeringslistor, hantering av APO dos och delegering.</p>	och att det finns strukturerat i verksamhetens gemensamma intranät.
	Intern kontroll av MAS	Uppfyllt – Intern kontroll utförd i samband med extern.	
	Spontan kontroll av MAS	Ej uppfyllt Spontan kontroll då det inte har utförts under året	Är av vikt att utföra spontan kontroll utifrån att uppmärksamma brister inom verksamheten i syfte av att utveckla och kvalitetssäkra.
	Extern kontroll 1ggr av legitimerade apotekare	Uppfyllt Extern kontroll har utförts av legitimerad apotekare Apoteket AB	Extern granskning kommer att fortgå kommande år
	Åtgärdsplan – Handlingsplan föreslagen av Legitimerad Apotekare	Till stor del uppfyllt	Utifrån arbetsbelastning varit behov att prioritera av föreslagna åtgärder.



<p>Dokumentation.</p> <p>Öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra vården</p> <p>Uppnä å häls- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar och lokala rutiner.</p> <p>Kollegial granskning med målvärde 80%</p>	<p>Strukturerad journalgranskning tillsammans med regionens primärvård för att mäta förekomsten av skador i vården</p> <p>Kollegial Journalgranskningen. Samtliga legitimerad personal ska analysera patientjournalens struktur, innehåll och språk med syftet att den ska vara begriplig, relevant och sökbar. Syftet är även att få en lärande process genom granskning</p> <p>Granskning av journaler har utförts i tvärprofessionella team enligt framtagen mall.</p>	<p>Ej uppfyllt</p> <p>Delvis uppfyllt</p> <p>Ej uppnått – Resultat 56%</p>	<p>Journalgranskning i samverkan är inte utförd</p> <p>All fastanställd legitimerad personal har inte deltagit. Behov av att möjliggöra att samtliga närvarar.</p> <p>Svårt att dokumentera i nuvarande verksamhetssystem, inte logiskt att hitta det man söker och behöver.</p> <p>Uppmärksammats att i stort saknas tydligheten om patientens och eventuellt närståendes delaktighet</p>
--	---	--	--



			<p>Behov av utbildning av NI process och dokumentationens struktur.</p> <p>Nytt verksamhets- och journalsystem "Lifecare" ska implementerats under 2023</p>
<p>God Palliativ vård</p> <p>Arbetat enligt Nationella palliativa vårdprogram och framtagna vårdförlopp</p>	<p>Mätning av kvalitet genom Palliativa registret Nationella kvalitetsindikationer målvärde</p> <p>Palliativa ombud på samtliga enheter</p> <p>Genomgång och uppdatera lokala rutiner</p>	<p>Delvis uppfyllt <i>se bild 1.2</i></p> <p>Uppfyllt Finns palliativa ombud på samtliga enheter</p> <p>Påbörjat dock ej uppfyllt</p>	<p>Finns förbättringspotential, gällande framförallt smärtskattning och munvård, dokumenterat brytpunktsamtal inom palliativ vård.</p> <p>Palliativa ombuds träffar har hållits kontinuerligt och fortgår kommande år</p> <p>Saknas närvarande av fysioterapeut och arbetsterapeut tillika finns behov av ett mer aktivt arbete av samtlig legitimerad personal för att uppdatera lokala rutiner</p>



<p>Alla patienter med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret.</p>	<p>Registrera i BPSD-registret för förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder</p> <p>BemötandepLANEN skapas och är en del i genomförandepLANEN. GenomförandepLANEN följs upp tillsammans med den enskilde var 6:e månad samt vid behov.</p>	<p>Ökning av registreringar under 2022, 60 registreringar jämfört med 2021 då utfördes 42 registreringar</p>	<p>Under Maj månad har utbildning av nya BPSD administratörer utförts vilket resultera i att juni månad utfördes flest registreringar. Enligt enhetschef har flera skattningar utförts än vad statistik påvisar utifrån att registreringar inte blivit korrekta</p>
---	--	--	---

Mål och strategier för kommande år

Kvalitet och patientsäkerhet

Målet för socialförvaltningen är att ge Tibrobon en trygg och säker vård och omsorg. För att nå och bibehålla målet är en strategi kommande år att utgå från Nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som Socialstyrelsen tagit fram. Målsättningen är att ingen patient ska behöva drabbas av skador som går att undvika.

För att nå målet behövs grundläggande förutsättningar vara på plats, dessa grundläggande förutsättningar för säker vård i handlingsplanen är:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

För att få dessa fyra grundläggande förutsättningar väl förankrade och säkrade inom socialförvaltningen krävs det ett långsiktigt arbete och är högt prioriterade kommande år inom socialförvaltningens kvalitetsutveckling. Under 2023 kommer fokus vara att vidta åtgärder från beslutade prioriterade områden utifrån handlingsplanen från patientsäkerhetanalys som utförts under 2022.



God och nära vård

Omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta. Denna omställning kommer att fortgå och förvaltningen har beslutat att arbeta personcentrerat förhållningssätt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän) samt införande av välfärdsteknik kommer vara.

Personcentrerat förhållningssätt

Utbildning

Samtliga skall under året genomfört utbildningen "Medmänniska" som är framtagen av Göteborgs universitet för ett personcentrerat förhållningssätt. För att kunna följa upp resultatet har beslut tagits om att genomföra en enkätundersökning bland personer som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård innan start och efter utbildningen

Vård och omsorgskollen

För att på ett strukturerat sätt kunna följa upp den personcentrerade vården togs beslut om att använda mätverktyget Vård- och omsorgskollen. Vård- och omsorgskollen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och är ett verktyg för personcentrerad uppföljning. Genom intervjuer med vårdtagaren där man ställer några enkla frågor, som vävs in i ett trygghetsskapande samtal, kan man systematiskt följa upp hur hen upplever kontinuitet, delaktighet, tillgänglighet, samordning och trygghet. Ett av områdena inom hemsjukvården har under hösten börjat använda Vård- och omsorgskollen och tanken är att under 2023 kunna utvidga användandet till fler områden.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

En strategi är att arbeta fram ett hälsofrämjande/förebyggande åtgärd/arbetssätt som kan öka medborgarnas självständighet och trygghet. Det kan innebära att minska risken för fallolyckor eller öka möjligheten att bo kvar i sitt ordinarie boende

Samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän)

För att stärka och förbättra samverkan inom förvaltningens olika verksamheter har en arbetsgrupp bildats som ska arbeta specifikt med intern samverkan inom förvaltningen. Var finns det "stuprör" i verksamheterna? Hur kan vi, med utgångspunkt i ett personcentrerat förhållningssätt förbättra vården för våra brukare?



Lokal samverkan skall fortgå mellan Kommunen och regionens primärvård och träffas var 14:e dag. Här förs regelbundet samtal kring nära vård.

Lokal Partssamverkan Barn & Unga har fastslagit en plan för 2023.

Lokal Partssamverkan Samverkansgrupp Vuxna Psykisk hälsa och missbruk/beroende har inte varit i gång sedan 2019. I Förvaltningen ser man ett stort behov av att denna återupptas snarast varav det finns en plan för att återuppta denna trepartssamverkan på ledningsnivå och handläggarnivå

Införande av välfärdsteknik

Inriktat arbetet mot i första hand är införande av läkemedelsautomater och trygghetskameror. Målet är att under 2023 även införa trygghetskameror för att kunna erbjuda nattlig tillsyn med hjälp av digital kamera för de vårdtagare som så önskar.

Även digitala vårdmöten finns med i kommande årsplan, detta sker i samverkan med regionen

Det nya verksamhetssystemet kommer även vara en del i välfärdstekniken och kommer fortsatt vara fokus på för att möjliggöra ett mer effektiviserat arbetssätt och en ökad kvalitet och patientsäkerhet

Implementering av nytt verksamhetssystem

Ett nytt verksamhetssystem upphandlades under 2021 och skulle drifställas 1 december 2022. En lokalprojektgrupp är utsedd med en projektledare, IT samordnare som är övergripande systemförvaltare samt fem systemförvaltare inom socialförvaltningens organisation för att genomföra driftställningen. Av olika anledningar har inte systemet kunnat drifställas och har skjutits fram till 1 februari. Anledningen till att driftställningen flyttats fram är dels att det beslutats om tvåfaktorsinloggning och användningen av så kallade Feitannycklar. Dessa har inte levererats som förväntats. En annan anledning är att överflyttningen av den stora mängden ärenden ej är klar. Under hela 2023 ses som ett implementerings år gällande det nya verksamhetssystemet.

Implementering av digital signering har inte verkställts under året, detta kommer vara en del i det nya verksamhetssystemet. En digital signering stärker patientsäkerheten och är ett verktyg som underlättar för personal.

Utbildning för att säkerställa patientsäkerheten

SBAR till samtlig vårdpersonal. Fortbildning till omvårdnadspersonal i att bedöma hälsotillstånd med hjälp av kontroller och observationer.



Systematiskt kvalitetsarbete

Att implementera ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul var ett mål under 2022 dock kvarstår detta arbete varav det finns kvar som en målsättning under 2023. Att tydliggöra årshjulet och att få verksamheterna delaktiga i detta arbete.

Egenkontroll

Under kommande år finns behov av att säkerställa följsamheten av riktlinjer om handläggning inom vård och omsorg.

Avvikelsehantering

Förvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Från och med 1 januari 2021 sker avvikelserapporteringen i det nya verksamhetssystemet Lifecare. Utifrån detta kommer ett arbete ske under 2022 för att tydliggöra vikten av att avvikelserapportera och stöd till enheterna och enhetscheferna. Utbildning skall ges samtliga medarbetare inom socialförvaltningen utifrån ansvar och funktion. Detta arbete kommer att utvecklas under 2023 utifrån handlingsplanen som tagits fram av MAS och SAS.

Detta för att tillsammans se kedjan av avvikelsehanteringen i syfte av att höja kvaliteten och patientsäkerheten.

Trygg hemgång

Under 2022 har man uppdaterat verksamhetsplanen för trygg hemgång. Att använda sig av konceptet Trygg hemgång är något som är antaget i socialnämnden att vi ska arbeta med. Dock ses ett behov av information om detta och att detta implementeras på handläggarnivå.

Nya föreskrifter och bestämmelser från Socialstyrelsen

Fast omsorgskontakt och yrkestitel

Från och med 1 juli 2022 ska alla som har hemtjänst erbjudas fast omsorgskontakt enligt socialtjänstlagen. Sedan tidigare arbetar man inom vård och omsorg med kontaktpersoner. Detta är en början på arbetet med fast omsorgskontakt med målet att det ska införas i början av 2023. Från och med den 1 juli 2023 ska den som utses till fast omsorgskontakten ha yrkestiteln undersköterska.



Smittförebyggande åtgärder

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.

De nya reglerna gäller från och med den 1 november 2022 och behöver implementeras i våra verksamheter.

Förebyggande behandling vid undernäring

Nya föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring.

De nya reglerna gäller från och med den 1 november 2022 och behöver implementeras i våra verksamheter.