

Datum
20250228

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Ketty Sellstedt
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	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Inledning	7
Socialförvaltningens kvalitetsarbete	7
Organisation och ansvar	7
Socialnämnden	8
Förvaltningschef	8
Verksamhetschef för vård och omsorg / Hälso- och sjukvård	8
Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsstöd	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	9
Socialt ansvarig samordnare (SAS)	9
Enhetschef	9
Samordnare	10
Myndighetshandläggare	10
Hälso- och sjukvårdspersonal	10
Vård och omsorgspersonal	10
Kvalitetsledningssystem	11
Styrdokument	11
Nyckeltalsuppföljning	11
Avvikelsehantering	12
Registrerade avvikelser fall i kommunal hälsosjukvård	12
Registrerade avvikelser läkemedelshantering	13
Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser	13
Registrerade avvikelser dokumentation	14
Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt	14
Klagomål/Synpunkter	15



Annan avvikelse	15
Lex Sarah	16
Lex Maria	18
Externa avvikelser	20
Kompetensutveckling och fortbildning för kvalitet och patientsäkerhet	21
Dokumentation	23
Samverkan och aktiviteter för att öka kvalitet- och patientsäkerhet	23
Samverkan för att förebygga vårdskador	23
Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården	25
Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet	25
Samverkan med medborgare	26
Samverkan för barn i tidiga åldrar	26
Samverkan BUN, skolsocialt team	26
Samverkan AME	27
Grön Arena	27
Motivationsgruppen	27
Samverkan med lokalt gym för personer med psykisk ohälsa och skadligt bruk	28
Projekt Våld i nära relation (VINR)	28
SKR Processtöd för att korta vägen till arbete för fler utrikes födda kvinnor med barn i åldern 0-6 år	28
Ökad samsyn kring missbruksvård	29
Stödpedagogsträffar	29
Marte meo som serviceinsats	29
Anhörigstöd	29
Organiserad brottslighet	30
Samverkan med studieförmedlingen	30
Samverkan skola, socialtjänst, polis och fritid	30



Familjerätt	30
Välfärdsteknik	31
Framtidens vård	31
Lifecare	31
Installation av Wi-Fi på SÄBO under året	31
Införande av GPS-teknologi för ökad frihet och trygghet för vårdtagare	32
Digitala lås.....	32
E-ansökan för ekonomiskt bistånd och medborgartjänst	33
God och nära vård	33
Informationssäkerhet	34
Uppföljningar av informationssäkerheten.....	34
Riskanalyser.....	34
Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten.....	34
Utvärdering som har genomförts för skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem	35
Skydd av system	35
Skydd av nätverk.....	35
Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring	35
Tillsyn.....	35
Egenkontroll	36
Kvalitetsledningssystem.....	36
Brukarundersökningar.....	36
Brukarundersökning IFO	36
Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	37
Brukarundersökning Gruppbofastad LSS	38
Brukarundersökning Servicebofastad LSS	39



Brukarundersökning Boendestöd	39
Så tycker de äldre om äldreomsorgen	40
Statistik	43
Äldreomsorg	43
Funktionsstöd	44
Barn och unga	44
Försörjningsstöd	45
Missbruk och beroende	45
Ej verkställda beslut	45
Hälso- och sjukvård	46
Övergripande mål och strategier	46
Agera för säker vård	48
Egenkontroll	48
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	49
Basala hygienrutiner	49
Vårdhygienisk standard	50
Förhindra smittspridning av virusorsakade infektioner	51
Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa	51
Rehabiliterande förhållningsätt	52
Demensorganisation	52
Trygga och säkra vårdövergångar	53
Medicinska vårdplaner	53
Läkemedelshantering	53
Digitala lås läkemedelskåp	53
Digital Signering och registrering – kontroll och uppföljning	54
Extern kvalitetsgranskning	54



Delegeringar	54
Palliativ vård.....	55
Resultat och Analys	57
Mål och strategier för kommande år	66
Kvalitet och patientsäkerhet	66
Systematiskt kvalitetsarbete.....	66
Avvikelsehantering	66
Vårdprevention	66
Dokumentation	66
God och nära vård	67
Införande av välfärdsteknik	67
Skydd av system	67
Ny Socialtjänstlag.....	67



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.

I detta dokument används benämningen patient när vi berör hälso- och sjukvårdsinsatser och termen brukare när insatsen är enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta enligt gällande rekommendationer från Socialstyrelsen och för att särskilja insatserna enligt lagrum.

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 kommuns 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.

Socialnämnden

Socialnämnden utgör vårdgivare enligt Hälso-sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso-sjukvårds som bedrivs inom ansvarsområdet uppfyller hälso-sjukvårdslagens krav på god vård

Enligt 3 kap. 1§ Socialtjänstlagen hör till socialnämndens uppgifter att:

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen,
- medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen,
- informera om socialtjänsten i kommunen,
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden,
- svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

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 / Hälso- och sjukvård

Representerar vårdgivaren och ansvarar för verksamheten samt har det samlade ledningsansvaret inom vård och omsorg och hälso- och sjukvården. Denne ansvarar för att hälso- och sjukvården tillgodoser hög patientsäkerhet vilket innebär att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och 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/funktionsstöd

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 blir kända, att behövliga direktiv och instruktioner finns tillgängliga för 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. Enhetschef för legitimerad personal inom kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för att dennes medarbetare har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

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.

Vård och omsorgspersonal

All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Vård och omsorgspersonalen ansvarar för att varje patient /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 vård och omsorgspersonal 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 Bostadsanpassning
- Riktlinje Psykisk ohälsa Suicidprevention
- Riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder
- Ledningssystem för handläggning inom barn och unga
- Ledningssystem för handläggning inom vård och omsorg
- Ledningssystem för handläggning inom våld i nära relation
- Ledningssystem för handläggning inom missbruk
- Samverkansavtal familjecentralen
- Reviderad delegationsförteckning

Nyckeltalsuppföljning

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



Tertialrapporter 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. Tertialrapporten tillsammans med ekonomirapporten ger en helhetsbild av förvaltningen för att kunna se goda och avvikande resultat för vidare åtgärder.

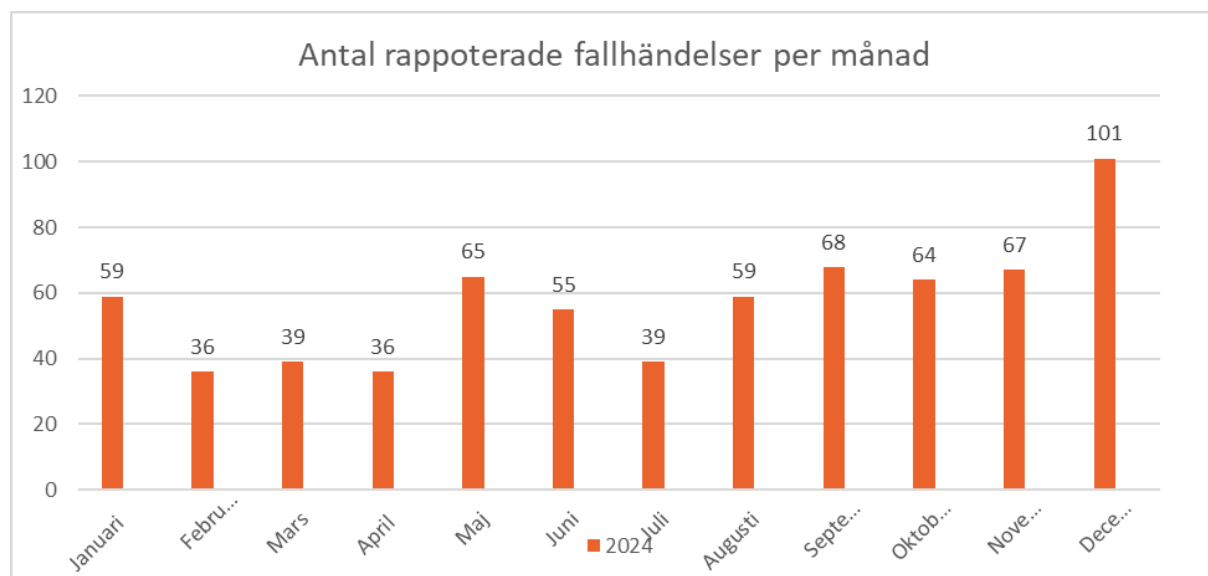
Avvikelsehantering

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. Avvikelserapportering 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 avvikelserna medfört risk för vårdskada /missförhållande eller orsakat vårdskada/missförhållande.

Från och med 2023 utförs avvikelserapportering digitalt i avvikelssystemet Lifecare.

Total 1404 avvikelser är inrapporterade under 2024 där det bedömts av rapportören att det kunnat funnits eller påvisats risk för vårdskada / vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada / allvarlig vårdskada.

Registrerade avvikelser fall i kommunal hälsosjukvård



Statistiken för 2024 visar samtliga registrerade fallhändelser för person som är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård. Antalet rapporterade och registrerade fall under 2024 var 688. Flest förekommande fall är inom demensorganisationen

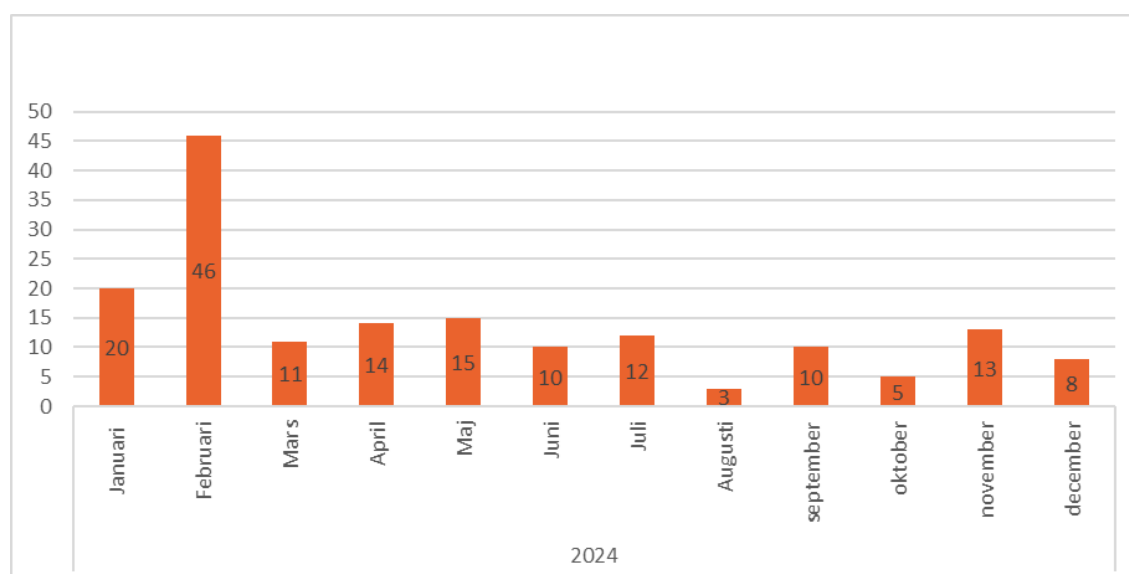


Registrerade avvikelser läkemedelshantering



Statistiken visar samtliga registrerade läkemedelsavvikelse. Antalet registrerade läkemedelsavvikelser är 370. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att patienten inte erhållit sitt ordinerade läkemedel av någon orsak.

Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser

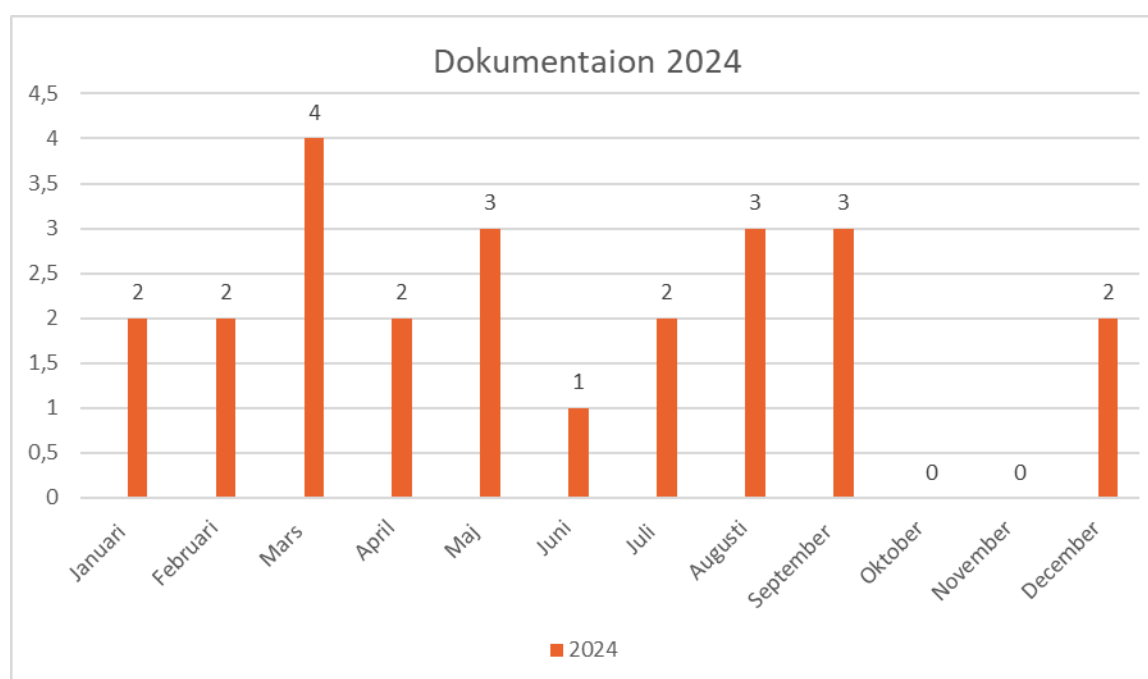




Hälso-sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov ska utföras av legitimerad personal (arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och sjuksköterskor). Insatser kan vara medicinska, omvårdnad och rehabilitering. Dessa kan även ordinerar eller delegeras till vård och omsorgspersonal, Ordinerade och delegerade behandlingar /insatser skall utföras och patient skall erhålla den behandling som erfordrats.

Totalt 167 registrerade varav att flertalet inrapporterade är att behandlingen har uteblivit. Dessa avvikelser utgör till stor del ordinerade rehabilitering insatser

Registrerade avvikelser dokumentation



Avvikelser inom dokumentation breddar ett stort område, det kan handla om bristfällig dokumentation i patientens journal, saknad av signering på utförd behandling/insats.

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.

Lågt antal avvikelser gällande dokumentation, 25 totalt rapporterade avvikelser under bristande dokumentation.

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 2024 har 33 avvikelser rapporter totalt registrerats under medicinskteknisk produkt varav två utredningar lett till att rapportera negativ händelse och tillbud och en av dessa anmäldes till IVO utifrån risk för allvarlig vårdskada. Inkomna avvikelserapporterna handlar framför allt om felaktig inställning av medicinskteknisk produkt och bristande underhåll

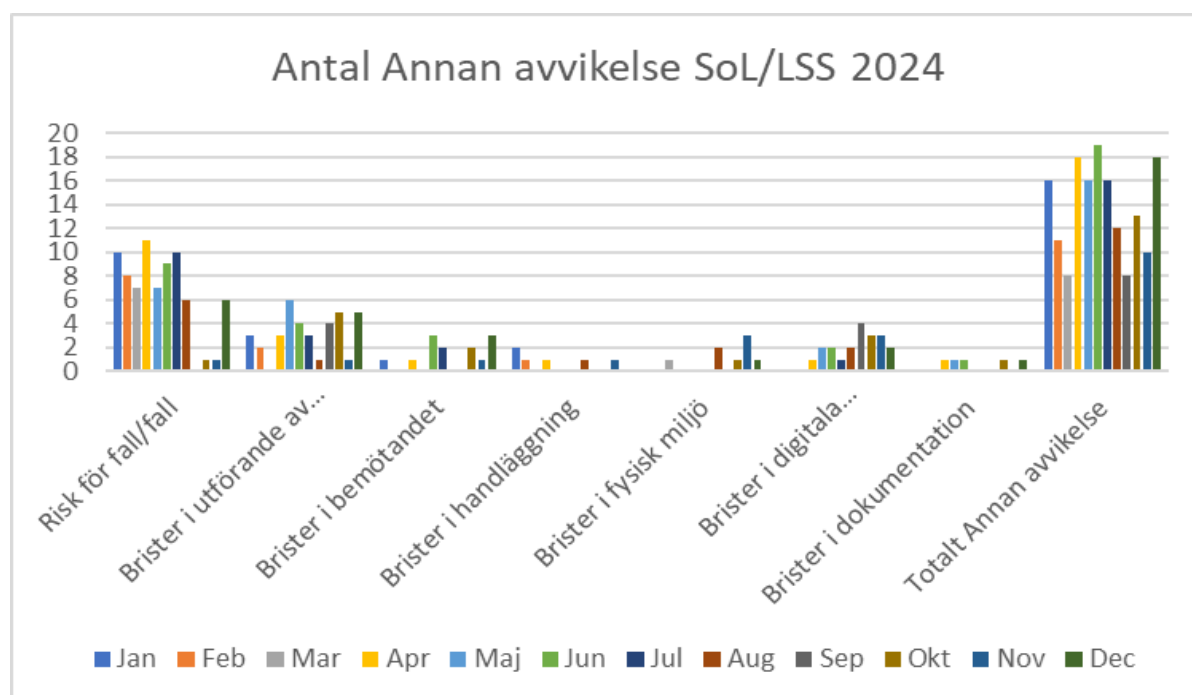
Klagomål/Synpunkter

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 2024 har 71 synpunkter och klagomål inkommit till socialförvaltningen, utav dessa är 26 riktat till IFO varav 20 inkomna avser samma ändamål och 45 riktat till vård och omsorg.

Annan avvikelse

Fel och brist enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade rapporteras sedan hösten 2023 i systemet Lifecare och benämns som Annan avvikelse SOL/LSS. Dessa rapporter hanteras på enheten och utredningsansvarig är enhetschef. Under 2024 har socialförvaltningens enheter hanterat 165 stycken s.k. Annan avvikelse, detta kan jämföras med 249 under 2023. Minskning av antal avvikelser har skett trots utbildningsinsatser för nyanställda, deltagande på apt i arbetsgrupper samt information till enhetschefer.





Majoriteten av annan händelse enligt socialtjänstlagen berör fall eller risk för fall och är klart överrepresenterat inom hemvård av naturliga skäl då det är den verksamhet där det finns flest brukare utan kommunal hälso- och sjukvård.

Annan avvikelse som berör brister i utförandet berör till största del att insatsen blivit gjord på annat sätt eller tid än överenskommet eller att insatsen blivit inställd.

Det är av stor vikt att fortsätta arbetet med vikten av att rapportera avvikelser och att detta ses som ett verktyg för att förbättra kvalitén. 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. Det krävs även ett fortsatt arbete kring den praktiska hanteringen av avvikelser i verksamhetssystemet.

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.

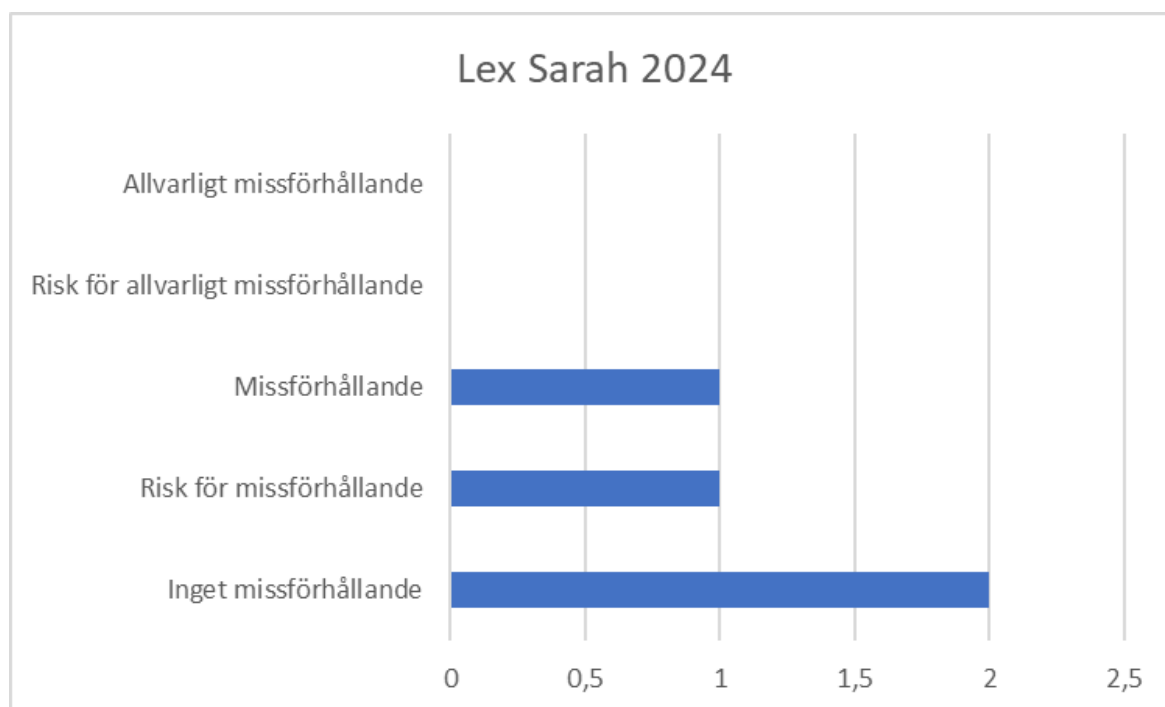
Rapporter om Lex Sarah utreds av SAS och under 2024 har fyra rapporter hanterats.

Den första berörde bemötande av psykisk ohälsa. Utredningen visade på missförhållande.

Även den andra utredningen berörde bemötande och visade på risk för missförhållande.

Den tredje Lex Sarah-rapporteringen handlade om samplanering och organisering där utredningen visade på ej risk för missförhållande.

Den fjärde Lex Sarah-rapporteringen var en utredning på organisationsnivå. Efter utredning bedömdes den som en annan avvikelse och inte en Lex Sarah.



I de utredningar som förekommit under 2024 har ett antal bakomliggande orsaker pekats ut och dessa kan kategoriseras in i följande områden:





Vidtagna åtgärder eller planerade åtgärder

Med anledning av 2024 års Lex Sarah har följande arbete/åtgärder påbörjats eller genomförts:

- Förtydligande av rollen demenssamordnande sjuksköterska
- Riktlinje psykisk ohälsa och risk för suicid
- Uppdatering av Kris-pärm och förtydligande av när chef i beredskap ska kontaktas
- Utbildningsinsats på apt
- Stöd vid uppdatering av bemötandeplan
- Arbetsgrupp kring verkställande av insatser vid komplexa ärenden
- Se över rutiner och arbetssätt vid samplanering av insatser och arbetsgrupper

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 patientsäkerhetslagen 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. Vårdgivaren 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 närstående 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 händelser inträffa på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser som inte går att förhindra.

Händelser och utredning enligt Lex Maria

Under året 2024 har två händelser rapporterats som blev aktuell för lex Maria utredning och utifrån utredningens analys anmäls händelserna till Inspektionen för vård och omsorg.



Lex Maria 1

Gånghjälpmedlets bålstöd lossnat från sitt fäste efter gångträning. Gånghjälpmedel förskrivs som är inköpt av Hjälpmedelcentralen, livslängd är 5 år varav livslängd är passerad då hjälpmedlet är 10 år gammalt vid förskrivning och troligen uttjänat. Framkommer inte i dokumentation om riskbedömning har utförts utifrån val av produkt då patientens vikt låg nära produktens maxvärden i vikt. Saknas även strukturerad uppföljning av hjälpmedlet, detta skall utföras minst en gång per år. Vårdbegäran från vård och omsorgspersonal har dokumenterats gällande att det var svårt att knäppa runt midjan, bålstödet räckt räckte inte runt varav detta var en indikation på att patienten ökat i vikt dock uteblev uppföljningen. Vid senare uppföljning bålstödet skall justeras till maxbredd och efter avslutad gångträning lossnar bålstöd från sitt svetsade fäste.

Kortfattad beskrivning av konsekvenserna för patienten

Möjlig konsekvens: Hade bålstöd lossnat när patient använt gånghjälpmedlet hade detta kunnat leda till dödsfall eller bestående men och eller ökat vårdbehov.

Orsaker

- Saknad av riktlinje och rutiner
- Ej följt Förskrivningsprocess
- Utebliven uppföljning av vårdbegäran rapporterad av vård och omsorgspersonal

Vidtagna och planerade åtgärder

Säkerställa att det i ledningssystemet finns aktuella rutiner för hur varje verksamhet ska organiseras för att möjliggöra en säker användning och hantering av medicintekniska produkter.

Uppdatera process /rutin/manual /checklista årligen och vid behov vid nytt förskrivet hjälpmedel

Säkerställa att samtlig förskrivare har kunskap och kompetens om förskrivningsprocessen

Standardisering av process gällande uppföljning av förskrivet hjälpmedel och omhändertagande av vårdbegäran

Beslut IVO

IVO har beslutat om att avsluta ärendet utifrån att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet i att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata.



Lex Maria 2

Utredning enligt lex Maria efter att personal reagerat på bristfällig omvårdnad till patient i palliativt skede. Utredning påvisar att flera viktiga bedömningar har uteblivit och därmed har heller inte rätt åtgärder kunnat sättas in som svarade mot patientens behov. Det saknas även dokumentation om patientens allmäntillstånd och överrapporteringar mellan legitimerad personal och vård och omsorgspersonal har inte skett i alla led.

Konsekvenserna för patienten

Patient har inte erhållit en god palliativ vård varav det inte kan uteslutas att den bristande vården kan ha orsakat ett fysiskt eller psykiskt lidande varav bedöms kunna innebära en allvarlig vårdskada

Vidtagna eller planerade åtgärder

Se över omgivning och organisation – skapa rutiner och struktur för det tvärprofessionella teamarbetet vid vård av patienter i ett palliativt skede

Skapa processer och tydliggöra ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvård mellan professioner inom hemvården gällande den palliativa vården

Utbildning i dokumentation i verksamhetssystemet utifrån hälsosjukvård för vård och omsorgspersonal så att detta utförs enligt rutin och patientdatalagen.

Fortbildning palliativ vård för vård och omsorgspersonal

Säkerställt att rutin / process följs av legitimerad personal gällande utredning och åtgärder inom riskområdena fall, nutrition, munhälsa, risk för trycksår och blåsdysfunktion

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 rapporterade och inkomna	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Opreciserad Tibro kommun
Rapporterade till Region / privata vårdgivare	10	6	13
Inkomna från Region / privata vårdgivare	6	1	1

Under 2024 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 att det brister i samverkan, i informationsöverföring vid vårdövergångar.



Kompetensutveckling och fortbildning för kvalitet och patientsäkerhet

En grundläggande förutsättning för en god kvalitet och säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Förvaltningen jobbar fortlöpande med att säkerställa att det finns den kompetens som krävs för att säkerställa god kvalitet och säker vård och omsorg

Introduktionsprogram för nyanställd personal (tills vidare och timvikarier) inom Vård och Omsorg och Funktionsstöd utförs 4 gånger per år. Introduktionen har två delar varav en del är två sammanhängande (obligatoriska) introduktionsdagar, här ingår utbildning om bland annat lagar och författningar som styr vård och omsorg, dokumentation, basala hygienrutiner, bemötande och förhållningsätt, förflyttningsutbildning och hantering av hjälpmedel och vardagsrehabilitering hjälpmedel. Del 2 sker introduktion på enheten där man fått sin anställning genom att bland annat ta del av angivna webbutbildningar så som palliativ vård, säker vård, demens abc, senior alert och ett näringsrikt samarbete.

Fortbildning utförts för SBAR, detta har varit en del implementeringen av det nya verksamhetssystemet till samtlig vårdpersonal då det ingår som ett rapporteringsstöd i samband med vårdbegäran i Lifecare HSL. Utbildning ges även i samband med introduktionsprogrammet av MAS

SSK enheten har under året ökat kompetensen inom förskrivning varav en ssk har genomfört förskrivning inkontinens och diabetes 7,5 hp, en specialistsjuksköterska har genomfört Förskrivning 15 hp och två sjuksköterskor har genomgått hjälpmedelscentralens utbildning för förskrivning av madrasser.

Rehabenheten har inom vissa enheter haft fortbildning i användande av hjälpmedel och lyftselar och så även i rehabiliterande förhållningsätt

Enhetschefer inom vård och omsorg har genomfört Socialstyrelsens webbutbildning "säker vård"

Fortsatt fortutbildning för enhetscheferna och legitimerad personal gällande omhändertagandet och utredning av avvikelserapporter både utifrån nytt avvikelssystem och processen i syfte till att öka kvalitet och patientsäkerhet.

Samtliga medarbetare inom förvaltningen har utfört den digitala utbildningen "Alla kan HLR" och brandutbildning.

Halvdagsutbildning för enhetschefer och ledning inom kontinuitetsplanering för beredskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.



Fast omsorgskontakt och skyddad yrkestitel undersköterska - Från och med den 1 juli 2023 ska den som utses till fast omsorgskontakten ha yrkestiteln undersköterska. Under år 2024 har rutin för detta arbete i Tibro uppdaterats och samtliga brukare inom ordinärt boende ska nu bli erbjudna en fast omsorgskontakt enligt rutin.

Utöver detta finns medarbetare i våra verksamheter som går undersköterskeutbildning genom äldreomsorgslyftet och äldre specialistundersköterskeutbildning via Yrkeshögskola.

I syfte att öka förståelse för varandras yrkeskategorier, arbetsuppgifter och kvalitetssäkra processvägar sker en uppföljning där genomgång av ledningssystemen går igenom inom såväl vård som omsorg, LSS-området samt barn och unga.

Inom området skadligt bruk och psykisk ohälsa har en rutin arbetats fram för att tydliggöra det stöd som kan ges inom Tibro kommuns egna regi för att tydliggöra processen mellan myndighet och utförare samt kvalitetssäkra att medborgaren får det bästa stödet utifrån behov.

Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. Yrkesresan kommer att lanseras inom fem områden under perioden 2022-2028. Den första Yrkesresan som togs fram var för myndighetshandläggare inom barn och unga för att följas av Yrkesresan för utförare inom funktionshinderområdet. Tibro kommuns medarbetare genomför Yrkesresorna inom båda dessa områden.

Med hjälp av statsmedel har Tibro kommun gjort utbildningssatsningar och startat upp ett arbete för att förebygga och ge stöd vid våld i nära relation.

Medarbetare inom daglig verksamhet LSS har under år 2024 genomgått en utbildning inom området lågaffektivt bemötande.

Familjebehandlare inom Individ och familjeomsorgen har under år 2024 genomgått en utbildning i arbetsmodellen Trappan som syftar till att hålla krissamtal med barn som upplevt våld inom sin familj.

Myndighetshandläggarna inom barn och unga har påbörjat utbildning inom arbetsmetoden Ester vilket är en bedömningsmetod kring normbrytande beteende hos barn och unga.



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.

Under hösten 2024 omarbetades beskrivningen för dokumentations- och journalsystemsombuden samt att varje enhetschef fick utse nya representanter. En första träff hölls med dessa i slutet av året och ska så ske regelbundet framöver. Syftet med ombuden är att de på ett verksamhetsnära sätt ska vara ett stöd för sina kollegor gällande dokumentation och avvikelser. Vid introduktion av semestervikarier inför sommaren höll socialt ansvarig samordnare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska i en utbildning som berör dokumentationsskyldigheten inom SoL, LSS och HSL. Samma utbildning utförs 3 ggr per år för nyanställd vård och omsorgspersonal. Utsedda dokumentations- och journalsystemsombud utbildar om handhavandet av verksamhetssystemet vid dessa tillfällen.

Det nya verksamhetssystemet är en del i välfärdstekniken och möjliggör ett mer effektiviserat arbetssätt och en ökad kvalitet och patientsäkerhet genom bland annat olika e-tjänster som ger en ökad tillgänglighet för Tibros medborgare.

Samverkan och aktiviteter 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. Det har funnits fast hemsjukvårdsläkare inom Närhälsan med planerad fast tid 18,5 timmar / 22 timmar varje vecka inom kommunala primärvården. I tiden ingår rondtid och medicinska vårdplaneringar. Övrig tid finns tillgänglighet via Närhälsans akuttelefon och vid behov av akut läkarbedömning kan detta utföras av



triageläkare. Hälsocentralen till lika så en fast hemsjukvårdsläkare där 2 timmar varje vecka är planerad grundat på antalet tillhörande patienter. Tillgänglighet erbjuds genom direkt till hemsjukvårdsläkare fasta telefon alternativt via akuttelefons som besvaras av annan personal

- Samverkan med Samordningsansvarig läkare / hemsjukvårdsläkare Närhälsan / hemsjukvårdsläkare Hälsocentralen inför smittspårning vid bekräftade Covidfall inom Hälso-sjukvårdsverksamheten. Ansvar är relaterat till närområdesplanen.
- 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 erbjuder grundutbildning för hygienombud. Under 2024 har det varit färre digitala samverkan/rådgivningsmöten detta utifrån ett mindre behov utifrån covid och övriga virusorsakade luftvägsinfektioner och dess samhällsspridning.
- Smittskydd har ansvar att samverka vid behov av smittskyddsåtgärder. Under 2024 har det varit färre digitala samverkan/rådgivningsmöten detta utifrån ett mindre behov utifrån covid och övriga virusorsakade luftvägsinfektioner och dess samhällsspridning
- Patientnämnden har enligt avtal ansvar att vid enskilds önskan ha en stödjande funktion vid dess synpunkter eller klagomål på vårdgivare såsom kommunen.
- Förvaltningen ingår i Digitala hjälpmedel i samverkan, Detta innebär över tid att det finns en gemensam "butik" för digitala hjälpmedel inom socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån invånarnas och verksamheternas behov med syfte att göra den digitala tekniken mer jämlik. Detta kan till exempel röra sig om läkemedelsautomater, trygghetskameror och hjälpmedel vid diabetes. Digitala hjälpmedlet förskrivs på den patient som är i behov av det.



Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från sluten 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.

Utifrån ett ökat behov hos vår äldre befolkning har en genomlysning av processen utförts, från ansökan till verkställighet och uppföljning. Detta har varit i intern samverkan mellan biståndshandläggare och Verksamhetschef IFO/FS och VO, Enhetschef, korttiden/trygghemgång, hemvård, legitimerad personal, vård och omsorgspersonal inom korttidenheten /trygg hemgång och hemvård i syfte att kvalitetssäkra processen och att kunna ta hem patienter när de bedöms utskrivningsklara från slutenvården och att möjliggöra att patienten skrivs ut till ordinarie boende för fortsatt vård och rehabilitering i hemmet där behov kvarstår. Detta ska förbättra processen för både slutenvård genom att möjliggöra vårdplats för den som är i mest behov av akut sjukvård och så även att rätt plats för patienten inom vår verksamhet.

Partssamverkan har haft en gemensamhetsdag med utbildning och utbyte mellan kommun och region inom området SIP, samordnad individuell plan.

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 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 pensionärs- och brukarorganisationer.

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

Socialförvaltningen deltar regelbundet vid Tillgänglighetsrådet och Pensionärsrådet.

Pressmeddelanden för att dela information gällande anmälningar till IVO om 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.

SAMBU startades i september 2023 för att samordna stöd till barn och unga med psykisk ohälsa. Teamet inkluderar skola, socialtjänst, fältassistenter, familjecentralen, primärvården och BVC. Samarbetet syftar till att tidigt identifiera och hantera problem. Kommunikationen och förståelsen mellan olika yrkesgrupper har förbättrats, vilket har lett till mer samordnade insatser. Alla professioner arbetar för att sätta barnets behov i centrum. Genom den ökade samverkan på operativ nivå kan aktörerna i större utsträckning erbjuda rätt insatser till respektive familj.

Samverkan BUN, skolsocialt team

Skolsocialt team är en hörnsten i det lokala arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga. Barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen har tillsammans erhållit statsbidrag för det skolsociala teamet som startade 1 februari 2024. Teamet arbetar för att i ett tidigt skede främja skolnärvaro hos elever som uppvisar tendenser till problematisk frånvaro. Under de första månaderna har fokus varit på att få en struktur och marknadsföra sig internt och externt.

Under 2024 var det 12 aktiva elevärenden på de olika skolenheterna. I samtliga ärenden har eleverna haft en problematisk skolfrånvaro under en längre tid. Utöver det har det skolsociala teamet involverats i 18 konsultativa ärendena i ett tidigare skede.



Samverkan AME

Arbetet med stärkt samverkan med kommunens arbetsmarknadsenhet (AME) innebar under år 2023 att alla som uppbär ekonomiskt bistånd slussas vidare till AME. Under början av år 2024 har en konferens ägt rum för att förstärka samverkan mellan AME och ekonomiskt bistånd. Nytt är även att rehab koordinators nu deltar vid möten kring individer.

Grön Arena

Samordningsförbundet har godkänt förlängning av Grön Arena projektet tom 250630. Avtalet har utökats med 8 platser samt målgruppen utrikesföddas kvinnors etablering på arbetsmarknaden.

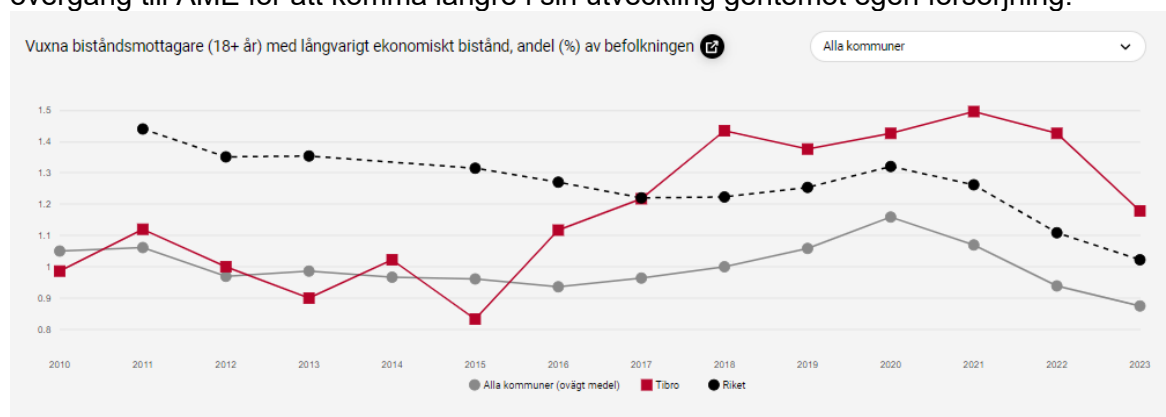
Motivationsgruppen

Motivationsgruppen har under året startat en gruppaktivitet som hjälper individer att påbörja en förändringsresa för att få en bättre livssituation. Exempelvis att bryta sitt missbruk, bryta social isolering, komma till egen försörjning osv.

Utförande: Den utgår från olika teman som varierar från olika grupper, det är 8 träffar. Exempel på teman: förändringsprocessen, värderingar, beroendutveckling, utforskande av konsekvenser.

Syfte är att individen ska påbörja sin resa för att vilja göra en förändring eller stärka individen i sin resa till förändring i sin livssituation. Gruppens deltagare ska få positiva strukturer och rutiner i vardagen.

Vi har haft 2 grupper som ökat deltagande vid varje tillfälle, från 6 till 10 deltagare. Deltagare har framfört att de känner en större förståelse för sin situation och känner sig mer positiva för framtiden. Vi har även haft dialog med AME för att en naturlig övergång vore (för många) en övergång till AME för att komma längre i sin utveckling gentemot egen försörjning.





Effekten på det långvariga ekonomiska biståndet har börjat märkas då 2023 bryter den höga trenden. Jämfört med liknande kommuner så har deras utveckling av det långvariga ekonomiska biståndet minskat i större utsträckning mellan 2021 och 2023 än för Tibro. Under 2024 har kommunen haft ett fortsatt högt inflöde av nyansökningar pga bland annat inflytt i Tibro.

Samverkan med lokalt gym för personer med psykisk ohälsa och skadligt bruk

Målgruppen har varit personer 18 år som deltar på Terrassens verksamhet och haft behov av sysselsättning och vägledning som leder till bättre hälsa samt välbefinnande, både psykiskt och fysiskt. Fysiska möten och verksamhet inom kultur, natur, hälsa och kost har legat till grund för verksamhetens syfte.

Projekt Våld i nära relation (VINR)

Ett projekt inom psykisk hälsa och suicidprevention som startades upp under 2023 och har fortsatt under 2024. Satsningen är ett led i socialtjänstens uppbyggnad och utveckling av en VINR – grupp som ska upprätta en kunskapsbank kring bemötandet av både våldsutsatta, våldsutövare och bevittnande av våld. Myndighetsenheten följer en utbildningsplan som följs upp regelbundet.

SKR Processtöd för att korta vägen till arbete för fler utrikes födda kvinnor med barn i åldern 0-6 år

Sveriges kommuner och regioner, SKR, och regeringen har kommit överens om en gemensam satsning för att korta vägen till arbete för fler utrikes födda kvinnor med barn i åldern 0-6 år. Projektet kommer att pågå mellan 2023 och 2025.

Tibro kommun deltar i projektet som skapats i syfte att stärka kommuners och andra samverkansaktörers varaktiga förmåga att:

- Bygga hållbara samverkansformer
- Nå ut till kvinnorna i den aktuella målgruppen
- Erbjuder lämpliga insatser inom öppen förskola
- Vid behov slussa besökare vidare till lämpliga samhällsaktörer

Parallellt med detta arbete ska projektet leda till spridning av lärdomar och erfarenheter så att fler aktörer kan utveckla sitt arbete i liknande riktning.



Under våren har gemensam struktur fastställts mellan familjecentral, socialtjänst, AME, kompetenscentrum och Integration.

Ökad samsyn kring missbruksvård

Myndighetsenheten har tillsammans med öppenvården arbetat fram stöd för bedömning av missbruksvård. Arbetssättet innebär olika nivåer för att tydliggöra vilken typ av stöd som behövs ges och syftet är att minska behovet av externa insatser. Samverkansmöten sker kontinuerligt mellan myndighetsenheten och utförare för att kartlägga hur arbetsverktyget kan utvecklas ytterligare.

Stödpedagogsträffar

Inom verksamhetsområdet funktionsstöd finns det i dagsläget anställda stödpedagoger. De har en yrkeshögskoleutbildning och har som huvudsaklig arbetsuppgifter att vara ett pedagogiskt stöd till sina kollegor och implementera arbetsmetoder. För att ge stödpedagogerna ett forum där de kan ha en dialog samt säkerställa kvalitet inom verksamheten hölls en första stödpedagogsträff i maj. Stödpedagogsträffarna kommer genomföras fyragånger per år.

Marte meo som serviceinsats

Marte meo är en form av samspelsbehandling som ska hjälpa föräldrar att stödja en positiv utveckling hos deras barn och bygger på anknytningsteorier.

Metoden erbjuds från och med våren genom familjecentralen.

Syftet är att hjälpa föräldrar att stimulera och stödja en positiv utveckling hos barn genom att ge dem verktyg för ett stödjande samspel i den dagliga samvaron. Marknadsföringsinsatser planeras under hösten.

Anhörigstöd

Under 2024 har vi påbörjat ett engagerat och systematiskt arbete med våra anhörigombud inom kommunen, i syfte att stärka stödet för anhöriga till våra brukare. Varje enhet inom förvaltningen har utsett ett anhörigombud som ansvarar för att erbjuda stöd och information till anhöriga. Dessa ombud fungerar som en länk mellan verksamheten och anhöriga, vilket säkerställer att deras behov och synpunkter blir hörda och beaktade i vårt arbete.

Under våren arrangerades anhörigträffar på flera av våra enheter. Dessa träffar har varit viktiga tillfällen för att skapa dialog och erbjuda stöd till anhöriga, samtidigt som de har gett oss värdefull återkoppling på hur vi kan förbättra vår verksamhet. Genom det nära samarbetet



med våra anhörigombud kan vi nu snabbare och mer effektivt anpassa vårt stöd efter de behov som finns, vilket ytterligare stärker kvaliteten på vårt omsorgsarbete.

Under hösten anordnades informationsträff för invånare över 80 år, om vad socialtjänsten har för stöd att erbjuda och hur man ansöker om stöd. Bland annat gavs information till besökarna om nutrition och fallförebyggande åtgärder. Ca 30 tal personer deltog.

Organiserad brottslighet

Förvaltningen har fått statsbidrag för arbete med att motverka organiserad brottslighet och har därav utbildat myndighetshandläggare för barn och unga i bedömningsmetoden Ester som används vid bedömning av unga som befinner sig i riskzonen för normbrytande beteende.

Handläggargruppen tillsammans med familjebehandlarna har även utbildats i informationsdelning mellan socialtjänst och polis.

Samverkan med studieförmedlingen

KiX Senior

Funktionsstöd har haft samverkan med studieförmedlingen kring aktivitet för äldre med funktionsnedsättning. KiX vänder sig främst till äldre personer med intellektuell funktionsnedsättning, pensionärer och de som närmar sig pension. Innehållet anpassas efter behov och funktionsförmåga. En viktig mötesplats som 6–7 personer från verksamheten deltagit i under våren.

Samverkan skola, socialtjänst, polis och fritid

SSPF står för skola, socialtjänst, polis och fritid i samverkan med fokus på brottsförebyggande arbete på universell, selektiv eller individuell nivå, med ungdomsproblematik som kriminalitet och drogmissbruk. Samverkan har pågått sedan 2023 men har under 2024 formaliserats som en del av kommunens brottsförebyggande arbete. I arbetet ingår att ta fram mål för arbetet och en struktur för uppföljning. Framtagande av en gemensam samtyckesblankett och rutiner för hantering av dessa är viktiga delar i arbetet. Under hösten 2024 har arbete genomförts för att ta fram en rutin som innehåller beskrivningar av SSPF, strukturer, riskbedömningsmall, åtagandeplan och en gemensam samtyckesblankett.

Familjerätt

I oktober 2023 fattade nämnden beslut om att ingå i gemensam familjerätt med Mariestad, Gullspång, Töreboda och Karlsborg, där Mariestad är värdkommun. Värskapet av Mariestad trädde i kraft 1 april 2024. Förändringen innebär bättre kontinuitet och kvalitet i våra familjerättsärenden samt en högre kostnadseffektivitet.



Välfärdsteknik

Framtidens vård

Projektet Framtidens vård leds av Skaraborgs Kommunalförbund och består av pilotkommunerna Tibro, Grästorps och Vara. Varje pilotkommun bistår med en delprojektledare på 20%. Projektet sträcker sig under åren 2024-2026 och fokuserar kring kompetensförsörjning och bättre vård genom välfärdsteknik. Projektmålen är:

- Förstå vilka digitala lösningar som skulle ge god effekt och införa det kompetenshöjande insatser både vad gäller hur man skapar en försörjningsstrategi samt hur man sedan genomför de förändringar som krävs för att lyckosamt införa/öka användandet av välfärdsteknologi.
- Mellankommunala och mellansektoriella lösningar
- Ledarskapet kopplat till implementering
- Driva utvecklingsarbete inom välfärdsteknologi
- Öka attraktiviteten för vård- och omsorgsyren

Projektet har startats upp under hösten år 2024 genom att projektgruppen har satt samman en projektplan och gjort studiebesök hos SKR i Stockholm. Tibro har även med stöd av SKR gjort en försörjningsstrategi inom ordinärt boende vilken syftade till att kartlägga och analysera statistik över insatser som ges i verksamheten för att kunna se effektiviteten av att använda digitala lösningar.

Lifecare

Under januari 2024 startades ett samarbete upp med sju närliggande kommuner kring verksamhetssystemet Lifecare. Samverkan syftar till att dela med sig av erfarenheter och rutiner samt hjälpas åt vid t.ex. upphandling av tillägg. Under våren köpte förvaltningen in en extra del i systemet, besöksuppföljning. Det är ett statistikverktyg som möjliggör en mer ingående uppföljning och utvärdering av hemvården insatser.

Installation av Wi-Fi på SÄBO under året

Under året har vi genomfört en viktig satsning genom att installera Wi-Fi på samtliga våra Särskilda boenden (SÄBO). Denna investering har varit en del av vårt arbete med att modernisera och effektivisera vår verksamhet.

Syftet med att installera Wi-Fi har varit att förbättra möjligheterna att använda digitala verktyg, något som har blivit allt mer centralt i vårt dagliga arbete. Särskilt har detta underlättat



användningen av telefoner, som är vårt främsta arbetsredskap. Med den nya internetuppkopplingen har vi nu:

- Fått snabbare och mer pålitlig tillgång till nödvändig information och dokumentation.
- Effektiviserat kommunikationen och samarbetet mellan medarbetare och andra enheter.
- Kunna använda digitala verktyg och applikationer som stödjer vård och omsorg på ett mer ändamålsenligt sätt.
- Förbättrat möjligheterna att erbjuda realtidsinformation, vilket bidrar till att höja kvaliteten på vården vi erbjuder.

Införande av GPS-teknologi för ökad frihet och trygghet för vårdtagare

Under det senaste halvåret har vi framgångsrikt implementerat en ny GPS-baserad lösning som ger vårdtagare på våra äldreboenden möjlighet att röra sig fritt och säkert utanför boendets gränser. Denna innovativa teknologi har inte bara ökat vårdtagarnas självständighet, utan också gett både anhöriga och personal ökad trygghet.

GPS-produkten är utvecklad för att ge realtidspositionering, vilket gör det möjligt för vårdtagarna att utforska omgivningarna samtidigt som deras säkerhet prioriteras. Vid eventuella avvikelser från förinställda säkra zoner får personalen omedelbart en avisering, vilket möjliggör snabba insatser vid behov.

Digitala lås

I juni upphandlades en ny leverantör för digitala lås för dörrar och medicinskåp. Upphandlingen avgjordes i slutet av augusti och företaget som förvaltningen skrev avtal med blev Swedlock AB.

En projektgrupp tillsattes med IT-samordnare som projektledare. Införandeprojektet startade i oktober 2024. Installationer av lås fortlöper fortfarande och förvaltningen har som mål att vara klara med vård och omsorg slutet av februari 2025. Uppstart av införande digitala lås inom Funktionsstöd startar i januari 2025.

Införande har avlöp enligt planering och installationerna har genomförts på ett mycket tillsfredsställande sätt. Förvaltningen och projektgruppen har fått lovord från leverantören avseende genomförandet med aktiviteter, tidplan och personal som utbildas.



Förvaltningen ser en ökad flexibilitet i att kommunen har spårbara lås till brukare/ patienter. Detta ökar patientsäkerheten och hantering av nycklar för medarbetare. Medarbetarna upplever funktionerna som lättanvända och smidiga. Tekniken kräver inte mobiluppkoppling eller nätverk vilket säkerställer att tekniken fungerar även om uppkoppling saknas.

E-ansökan för ekonomiskt bistånd och medborgartjänst

E-ansökan för ekonomiskt bistånd och medborgartjänst startade i en liten skala under mars månad. Under våren 2024 fick samtliga klienter som har ett pågående ärende om ekonomiskt bistånd, tillgång till e-tjänsten. Ca 50 % av alla klienter med pågående ärende använder e-ansökan och medborgartjänsten. Enheten arbetar löpande för att öka e-ansökan samt tillgång och användande av medborgartjänsten. Detta gör att klienten kan följa sitt ärende digitalt. E-ansökan har generat mindre administration kring ansökningar vilket i slutändan genererar bättre förutsättningar att arbeta med förflyttning mot självförsörjning.

E-tjänst för orosanmälan för barn och unga samt vuxna konfigurerades i systemet under våren och finns tillgängligt för allmänhet. E-tjänsten förväntas att underlätta och effektivisera mottagande av anmälningar och den fortsatta processen.

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.

Socialförvaltningen har beslutat att fokusera på personcentrerat förhållningssätt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän) samt införande av välfärdsteknik. Inom vart och ett av dessa områden finns en arbetsgrupp som arbetar med förbättringsområden.



I arbetsgruppen för samverkan inom socialförvaltningen finns rutin gällande Intern SIP detta för att möjliggöra att patienten får den vård och stöd som den har behov av.

Alla brukare med hemvårdsinsatser erbjuds fast omsorgskontakt i syfte att öka trygghet och kontinuitet.

Informationssäkerhet

HSLF- FS 2016:40, 7 kap 1§

Information är värdefull på olika sätt. För att allt ska fungera som det ska behöver vi kunna skydda informationen från obehöriga men även att kunna se till att rätt användare har rätt information vid rätt tidpunkt. Detta kallas för informationssäkerhet. Informationssäkerhet omfattar alla typer av informationshantering, inom elektroniks miljö och så även information på papper.

Tibro kommun har en informationssäkerhetspolicy som visar på övergripande mål för och inriktning på verksamhetens arbete med informationssäkerhet i syfte att säkerställa personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet.

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

Uppföljningar av informationssäkerheten

Kommunen har utsett en informationssäkerhetsansvarig som arbetar med frågorna övergripande för hela kommunen. Förvaltningens IT- samordnare är utsedd som representant utifrån Socialförvaltningens behov. Arbetet kommer att fortlöpa under 2025.

Risikanalyser

Risk och konsekvensanalyser skall utföras kontinuerligt för att reducera risker, minska sårbarheter inom förvaltningen och förebygga, motstå och hantera risker och händelser

- Risk och konsekvensanalys har påbörjats inför att implementera SVOD inom socialförvaltningen.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- Planering funnits för att utföra nanoutbildning "informationssäkerhet" under slutet av 2024 dock har detta fått flyttas fram varav detta kommer utföras under 2025



Utvärdering som har genomförts för skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Skydd av system

Loggkontroller ska utföras i samtliga dokumentationssystem, våra interna verksamhetssystem, NPÖ (Nationella patientöversikten) och SAMSA (IT-tjänst för Samordnad vård- och omsorgsplanering mellan region och kommun). Syftet med logguppföljning är att granska att den enskildes integritet säkerställs samt att regelverket efterlevs och att ingen obefogad användning av dokumentationssystemet sker. Kontrollen ska ske systematiskt och regelbundet.

Enligt fastställd rutin för vårt verksamhetssystem kontrollerar enhetschefen sin personal på respektive enhet. Loggningen syftar till att spåra eventuella obehöriga intrång. Enhetschefen ansvarar för att logguppföljning genomförs enligt gällande rutin. Logguppföljning ska ske varje månad samt vid behov. Under året har påminnelse om loggning utgått till samtliga enhetschefer inom socialförvaltningen månadsvis.

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 2024 har inga otillåtna loggningar rapporterats.

Det saknas fortsatt rutin avseende loggkontroller av NPÖ och SAMSA.

Skydd av nätverk

Våra it-system nås via olika typer av nätverk. Vår IT-driftleverantör av trådlöst nätverk är Skövde kommun.

- Särskilda boenden Bäckliden, Hemvården har erhållit uppkoppling till kommunens nätverk

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring är utförd av medicinskt ansvarig sjuksköterska, detta har utförts vid inkomna avvikelser rapporter vilket inneburit för ansvarig att ta del av dokumentation. Mall för strukturerad granskning genom specifika utvalda KVA koder har arbetats fram tillsammans med Norra Skaraborgs MAS nätverk.

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.

Under 2024 tillsyn utförts på handläggning Barn och unga, detta är en nationell tillsyn i enkätform. Beslut har inte tillgivits.

Egenkontroll

Kvalitetsledningssystem

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.

Varje månad följs volymmått och analys av dessa redovisas till Socialnämnden varje tertiäl. Avvikelse följs regelbundet upp av sas och mas för att ge stöd till enhetscheferna i deras utredningar och fortsatta kvalitetsarbetet.

Brukarundersökningar

Under 2024 har socialförvaltningen genomfört brukarundersökning inom följande områden: IFO, Gruppbostad LSS, Servicebostad LSS, Daglig verksamhet LSS, Boendestöd SoL samt Socialstyrelsens brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen".

Brukarundersökning IFO

Brukarundersökningar erbjuds 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, pappersenkät delats ut i ett fåtal fall.

För första gången sedan brukarundersökningen startade fick Tibro ett resultat för handläggning inom barn och unga och som tidigare år även för ekonomiskt bistånd. Brukarundersökningen är en viktig indikator på vår kvalitet och brukarnas åsikter är viktiga för att kunna utveckla verksamheten.

Brukarundersökning IFO – ekonomiskt bistånd	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Brukarbedömning – Helhetssyn	100%	87%	87%
Brukarbedömning - Få kontakt	100%	85%	88%



Brukarbedömning - Tydlig information	80%	81%	89%
Brukarbedömning – Visar förståelse	100%	74%	87%
Brukarbedömning – Inflytande	100%	71%	85%
Brukarbedömning – påverka hjälp	60%	48%	70%
Brukarbedömning – Förbättrad situation	83%	79%	79%
Svarsfrekvens	-	18%	53%

Brukarundersökning IFO – Barn- och ungdomsvård vårdnadshavare	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Brukarbedömning – Helhetssyn	-	40%	85%
Brukarbedömning - Få kontakt	-	60%	91%
Brukarbedömning - Tydlig information	-	80%	93%
Brukarbedömning – Visar förståelse	-	60%	88%
Brukarbedömning – Inflytande	-	40%	89%
Brukarbedömning – påverka hjälp	-	60%	73%
Brukarbedömning – Förbättrad situation	-	40%	67%

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS

Antalet som besvarade brukarundersökningen var 14, vilket är en minskning med 4 personer sedan förra årets brukarundersökning.

Jämför man siffrorna med brukarundersökningen 2023 ligger siffrorna ungefär på samma nivå med några undantag. Utvecklingsområden ligger främst inom kategorin delaktighet.

Resultatet har återkopplats till enhetschef som tillsammans med personal och brukare ser över resultatet och gör en åtgärdsplan i syfte att förbättra kvalitén.

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Brukare får bestämma över saker som är viktiga	61%	43%	78%



Brukare får den hjälp hen vill ha	67%	71%	86%
Personalen bryr sig om brukaren	78%	79%	90%
Personalen pratar så brukaren förstår	67%	69%	79%
All personal förstår brukaren	83%	75%	79%
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	72%	69%	84%
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet	50%	50%	75%
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet	50%	57%	85%
Verksamheten är viktig för brukaren	72%	75%	83%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	94%	83%	91%
Svarsfrekvens	40%	46.7%	70.6%

Brukarundersökning Gruppbostad LSS

För fjärde året genomfördes brukarundersökning inom kommunens gruppbostäder. Svarsfrekvensen för brukarundersökningen för gruppbostad ligger, liksom år 2023, på 100%.

Det har skett positiva förändringar i resultatet kring trivsel. Utvecklingsområden är kommunikation och trygghet.

Resultatet har återkopplats till enhetschefer som tillsammans med personal och brukare ser över resultatet och gör en åtgärdsplan i syfte att förbättra kvalitén.

Brukarundersökning Gruppbostad LSS	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	67%	64%	80%
Brukare får den hjälp hen vill ha	75%	82%	82%
Personalen bryr sig om brukaren	64%	78%	84%
Personalen pratar så brukaren förstår	60%	64%	70%
All personal förstår brukaren	90%	55%	71%
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	82%	60%	76%



Brukaren är aldrig rädd för något hemma	36%	22%	67%
Brukaren trivs alltid hemma	60%	91%	82%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	80%	89%	87%
Svarsfrekvens	100%	100%	73.4%

Brukarundersökning Servicebostad LSS

Inom området servicebostad önskade för få brukare att delta vilket gjorde att Tibro kommun år 2024 inte fick ut något resultat inom brukarundersökningen för servicebostad LSS.

Brukarundersökning Boendestöd

I år är andra året som brukarundersökningen för boendestöd genomförs i Tibro kommun. Samtliga brukare som är beviljad insatsen boendestöd under perioden har blivit erbjuden att delta i brukarundersökningen. De har fått välja på att få en kod lämnat till sig och på så sätt kunna logga in och genomföra enkäten digitalt eller genom pappersenkät. Det är överlag positiva svar även om det på ett flertal områden är en försämring mot föregående år. Utvecklingsområde är självbestämmande, kommunikation och synpunktshantering.

Resultatet har återkopplats till enhetschef som tillsammans med personal och brukare ser över resultatet och gör en åtgärdsplan i syfte att förbättra kvalitén.

Brukarundersökning Boendestöd	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	91%	83%	88%
Brukare får den hjälp hen vill ha	100%	90%	86%
Personalen bryr sig om brukaren	100%	93%	93%
Personalen pratar så brukaren förstår	90%	86%	88%
All personal förstår brukaren	86%	90%	87%
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	95%	90%	84%
Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	95%	90%	89.6%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	77%	72%	79%



Svarsfrekvens	34.4%	44.6%	58.2%
---------------	-------	-------	-------

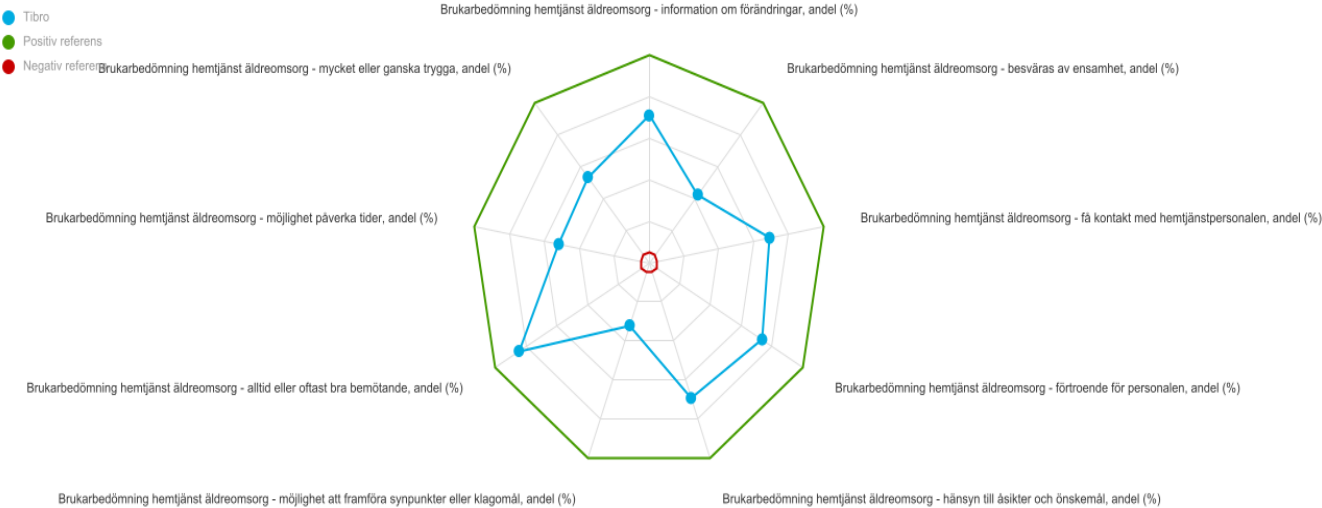
Så tycker de äldre om äldreomsorgen

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen genomföra en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden. Resultatet för respektive verksamhet har lämnats till enhetscheferna för vidare arbete.

Brukarundersökning Hemvård	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Helhetssyn	92%	83%	87%
Information om förändringar	82%	74%	61%
Handläggares beslut har anpassats efter brukarens behov	81%	74%	71%
Bemötande	98%	98%	96%
Besväras ofta av ensamhet	9%	11%	10%
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	90%	81%	78%
Förtroende för personalen	95%	92%	90%
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	40%	37%	32%
Personal tar hänsyn till åsikter och önskemål	87%	89%	86%
Möjlighet att påverka tider	59%	57%	54%
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	66%	51%	60%
Personalen kommer på avtalad tid	89%	84%	82%
Personalen utför sina arbetsuppgifter	94%	88%	85%
Rör sig utan svårigheter inomhus	34%	-	-
Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest	7%	8%	6%
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	86%	86%	82%
Trygghet	89%	87%	88%
Svarsfrekvens	54%	61%	56%



Tibro (år: 2024). Källa Kolada

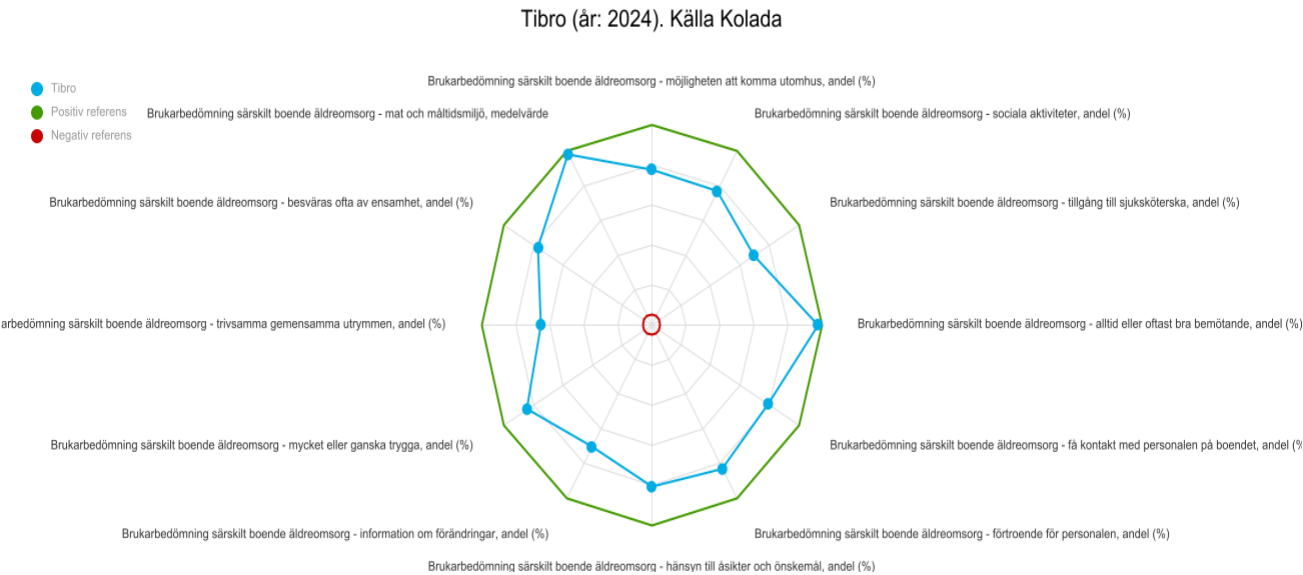




Brukarundersökning Särskilt boende	Tibro 2023	Tibro 2024	Alla kommuner (ovägt) 2024
Helhetssyn	88%	88%	78%
Möjligheten att komma utomhus	76%	68%	55%
Sociala aktiviteter	57%	68%	55%
Tillgång till sjuksköterska	80%	79%	72%
Bemötande	95%	98%	92%
Besväras ofta av ensamhet	20%	10%	16%
Få kontakt med personalen på boendet	93%	90%	81%
Förtroende för personalen	89%	90%	82%
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	43%	39%	30%
Personal tar hänsyn till åsikter och önskemål	90%	90%	77%
Information om förändringar	50%	58%	46%
Maten	91%	90%	72%
Måltidsmiljön	76%	85%	66%
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	69%	55%	43%
Möjlighet att påverka tider	66%	78%	56%
Plats på det äldreboende man önskat	92%	-	-
Rör sig utan svårigheter inomhus	16%	-	-
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	76%	85%	69%
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	9%	12%	12%
Trivs med rum/lägenhet	84%	78%	69%
Trivsamma gemensamma utrymmen	77%	74%	59%
Trivsamt utomhus	85%	82%	62%
Tillgång till läkare vid behov	62%	58%	49%
Trygghet	89%	93%	86%
Personalen pratar och förstår svenska	-	88.6%	81.2%
Personalen har kunskap och kompetens	-	90.5%	81.7%



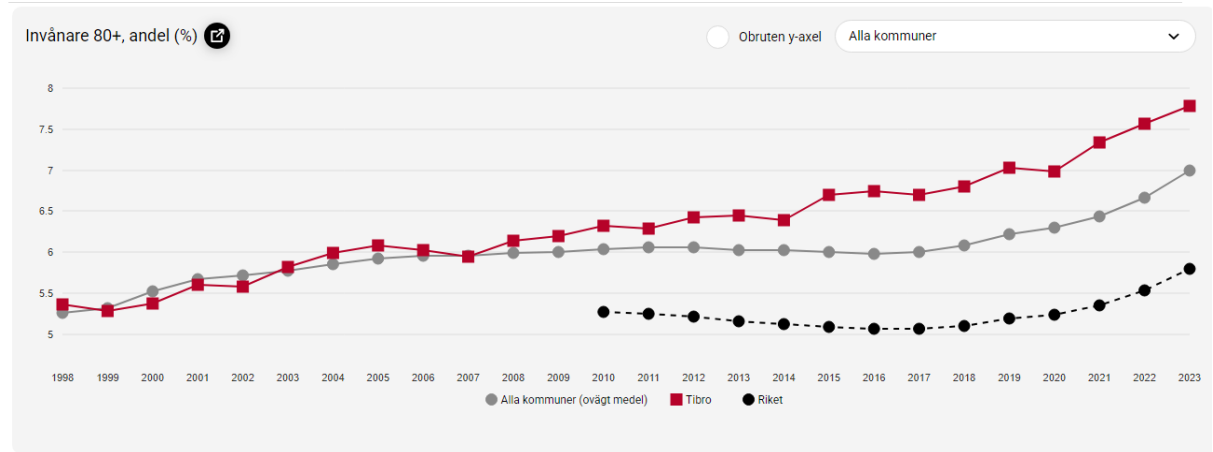
Svarsfrekvens	47%	42%	44
---------------	-----	-----	----



Statistik

Jämförelse från tidigare år är en del av egenkontrollen.

Äldreomsorg



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen). Resultat för 2024 är ännu inte redovisat.

Andelen invånare som är 80 år eller äldre fortsätter att öka och ligger betydligt högre än resten av riket.



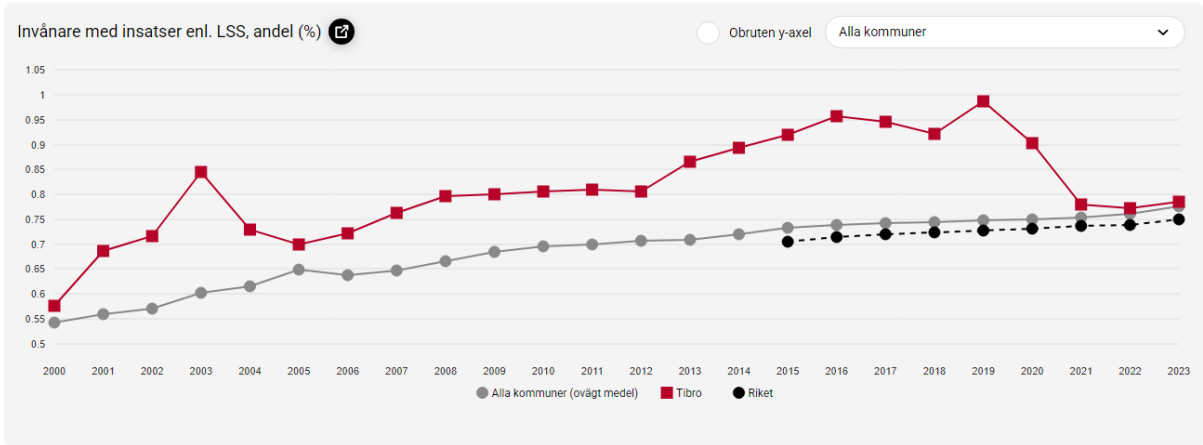
	2021	2022	2023
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	32	30	69

Resultat hämtat från kolada.se. Väntetid till särskilt boende är en del av kommuners kvalitet i kort-het, KKIK. Statistik för

2024 har ännu inte publicerats.

Tibro har medellång väntetid till särskilt boende i jämförelse med andra kommuner i Sverige.

Funktionsstöd

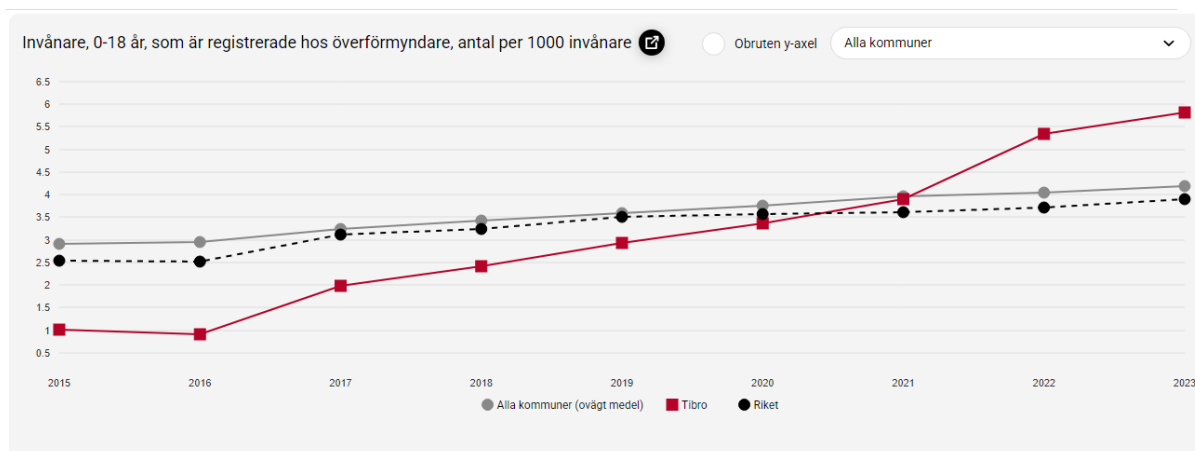


Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen). Resultat för 2024 är ännu inte redovisat.

Andelen invånare med insats enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har minskat de sista åren men ligger över genomsnittet för riket.

Barn och unga

Under 2024 ökade antalet orosanmälningar med 40% i jämförelse med året innan och i snitt leder 55 % av alla inkomna anmälningar till utredning. Detta har varit en utmaning i kombination till svårigheter i rekrytering av handläggare inom barn och unga. Det ökade trycket inom barn och unga kan även ses gällande ökning av ärenden för Öppenvården gällande råd- och stöd-samtal. Antalet familjehem låg stadigt under första halvan av 2024 men ökade under de sista månaderna. Det ökade flödet kring barn och unga kan även ses i statistiken kring andelen invånare 0-18 år som är registrerade hos överförmyndare.



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen). Resultat för 2024 är ännu inte redovisat.

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. Även målgruppen unga vuxna har ökat under året och ligger på en hög nivå.

Ekonomiskt bistånd nybesök	2020	2021	2022	2023
Väntetid i antal dagar vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	10	9	12	17

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

Under 2023 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

	2020	2021	2022	2023
Utredningstid i antal dagar från börjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21 +, medelvärde	15	27	19	39

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.



Hälso- och sjukvård

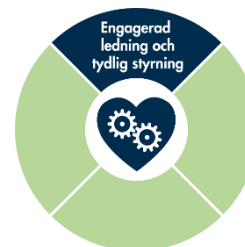
Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Finns en handlingsplan för patientsäkerhet 2023–2025. Handlingsplanen har tagits fram med hjälp av resultatet från patientsäkerhetanalysverktyget. Målsättningen med handlingsplanen 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 att utgå från handlingsplanen och fortsatt att ta hjälp av den Nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet framtagna av Socialstyrelsen.



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. All nyanställd personal, tills vidare och vikarie skall genomföra introduktionsplanens två steg
- 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. Mätning av följsamhet gällande basala hygienrutiner och klädrutiner utförs 2 ggr årligen. Hygienombud finns utsedd på samtliga enheter. Hygienrond – vårdhygienisk standard utförs årligen av enhetschef tillsammans med hygienombud och Patientansvarigsjuksköterska. På APT finns en stående punkt för eventuella hygienfrågor.



- Förhindra smittspridning av virusorsakade infektioner så som covid-19 och säsongsinfluensa inom kommunal vård och omsorg vilket har säkrats genom att följa myndigheters rekommendationer och regionala riktlinjer. Finns en pandemiplan, beredskapsplanering och kris förråd med skyddsutrustning. Lokala rutiner är framtagna och uppdateras fortlöpande utifrån rekommendationer, riktlinjer och pandemiplan. Riskbedömningar ska utföras inom samtliga enheter och åtgärder styr utifrån detta. Vaccination mot Covid-19, Säsongsinfluensa, pneumokock utifrån folkhälsomyndigheten rekommendationer utfört inom den kommunala verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården som tackar ja.
- 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 hemvård innebär att se och ta vara på individens egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.
- Rehabassistenterna utför ordinerade rehabiliterade insatser vilket ger kontinuitet och kvalitet.
- Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD. 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, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion och utifrån detta planera och genomföra förebyggande åtgärder. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Detta sker i tvärprofessionellt team.
- Kollegial Journalgranskning - Målet med granskning är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso-och sjukvården. 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 där superkontaktombud ingår – fortsätter att utveckla 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.
- Kontinuerliga palliativa ombudsträffar hålls 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.

Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvensen och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll

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 Medicinsk ansvarig sjuksköterska	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år 1 gång per år	Egenskattning Observation
Vårdhygieniskstandard	1 gång per år	Protokoll
Spol- och diskdesinfektioner	1 gång per år	Protokoll
Interna hälso- och sjukvårdsavvikelser	Fortlöpande Statistik 3 gånger per år	Lifecare avvikelssystem
Patientens närstående klagomål och synpunkter	Fortlöpande Statistik 3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, via kommunens system synpunkt.
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

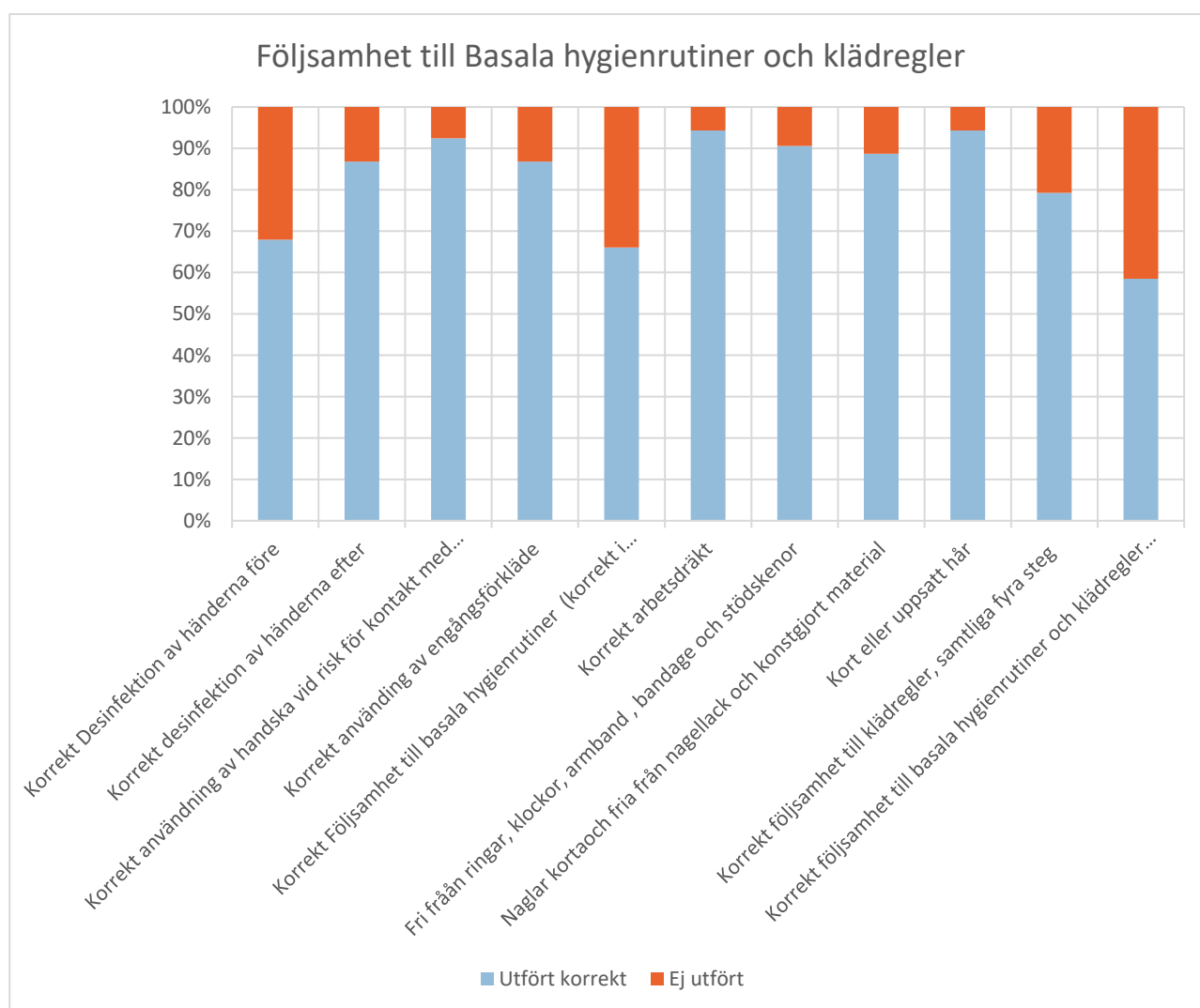
Basala hygienrutiner

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 som uppgift att genomföra återkommande egenkontroller. Tidigare egenkontroll har varit nationellt genom SKR databas punktprevalensmätningar dock är nu denna nedlagd. Varav under våren 2024



utfördes självskattning dock låg följsamhet inom vissa enheter varav under hösten utfördes mätning genom observation enligt tidigare år med SKR mallar. Alla enheter som bedriver personlig omvårdnad medverkar i mätningen. Metoden enligt SKR grundar sig på observationer och varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.



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 åtgärdsplan 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.

Förhindra smittspridning av virusorsakade infektioner

Inom vård och omsorg kan smittspridning med utbrott av virusorsakade luftvägsinfektioner få stora konsekvenser, både för enskild patient/omsorgstagare och verksamhet. Det gäller särskilt infektioner orsakade av influensa-virus, RS-virus och SARS-Cov-2 (Covid-19)

För att skydda våra patienter från smitta av virusorsakade infektioner och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter följer vi Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS och regionens riktlinje och Generella åtgärder mot smittspridning av virusorsakade luftvägsinfektioner i vård och omsorg.

Vaccination mot Covid-19 för patienter 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, korttidsboende eller har hemsjukvård i ordinärt boende. Förutom vaccination mot covid -19 har även vaccination mot säsongsinfluensa och pneumokock erbjudits och givits till patienter utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Samtlig vård och omsorgspersonal har erbjudits att vaccineras mot säsongsinfluensan på betald arbetstid.

Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa

Riktlinje för vårdpreventivt arbete med stöd av senior alert är antagen av nämnd. 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. Inom hemvården är det rehabassistenter som utför träningarna på ordination av AT/SG. Detta för att underlätta den ökande arbetsbelastningen i hemvården samt att öka patientsäkerheten, att vårdtagarna ska få sina insatser utförda. Organisatoriskt utgår rehabassistenter 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 även 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, demenssamordnande sjuksköterska och övrig 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 därefter 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 vårdåtgärder 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, arbets-terapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vården inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen. Den medicinska 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 till att undvika slutenvård där vården kan ges i hemmet. 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 2024 framkommer det att det utförts, aktualiserat den medicinska vårdplaneringen inom året varav en förbättring jämfört med föregående år. 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 skall ske i samband vid inskrivning i kommunal primärvården

Läkemedelshantering

Digitala lås läkemedelskåp

Från 2023 har digitala läkemedelsskåp installerats i merparten inom våra enheter, särskilda boende som ordinärt boende. Digitala läkemedelsskåp ska förbättra säkerheten både för patient och personal dock har det varit en del tekniska problem vilket inneburit en ökad belastning samt funnits risker i patientsäkerheten. Detta resultera i upphandling av ny leverantör varav under december månad installerades nya digitala lås till samtliga läkemedelskåp inom



samtliga särskilda boenden som ordinära boende. De nya digitala låsen har varit väl fungerande så även fungerar låsen vid eventuella olika kriser då man står utan ström och nätverksuppkoppling, vilket höjer patientsäkerheten.

Digital Signering och registrering – kontroll och uppföljning

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för registrering / signering av åtgärder som gäller en patients vård och behandling. Signering är en journalhandling och används för att tydliggöra vad som utförts eller inte vilket kan betraktas att vara en kontroll och uppföljning. I samband med att nytt verksamhetssystem infördes implementerades även digital signering varav signeringslistor i papper endast förekommer vid eventuella dataavbrott och där vård och behandling utförs av externa utförare. Signering och registrering används i kommunal hälso- och sjukvård när vårdpersonal utför hälso- och sjukvårdsinsatser, dessa insatser är av olika slag så som från ordinerade medicinska insatser, omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser till delegerade insatser. Rutin finns för att tydliggöra ansvar och beskrivning av genomförande process gällande signering för ordinerad och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats.

Extern kvalitetsgranskning

Extern kvalitetsgranskning Läkemedelshantering är utförd under vintern 2024. 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 och åtgärda för att säkerställa en säker läkemedelshantering vilket bidrar till en god patientsäkerhet

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 bredvidgång, därefter ska ny omvårdnadspersonal utföra webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel. Om omvårdnadspersonal bedöms delegerbar anmäls hen till Apotekets webbutbildning "Grundutbildning i läkemedelshantering inför delegering" 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. Delegeringsprocessen har ändrats under hösten 2024 då det framkommit vid utredning av avvikelser att delegerad omvårdnadspersonal inte har haft någon fortbildning inom läkemedelshantering sedan de utfört sin grundutbildning varav detta kan ha handlat om mer än 10 år hos viss personal varav beslut om att samtlig delegerad personal skall ha utfört "Grundutbildning i läkemedelshantering inför delegering" därefter skall apotekets utbildning "Läkemedelshantering inför förnyad delegering" utföras var 3: år. Inför varje förnyelse skall apotekets test utföras i stället för tidigare test "Jobba säkert med läkemedel", innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. I det test som nu används är frågorna slumpmässigt utvalda från en frågedatabas och varje test används endast en gång och alla test har samma svårighetsgrad. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats.

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:

2024 har 48 personer registrerats i svenska palliativ registret



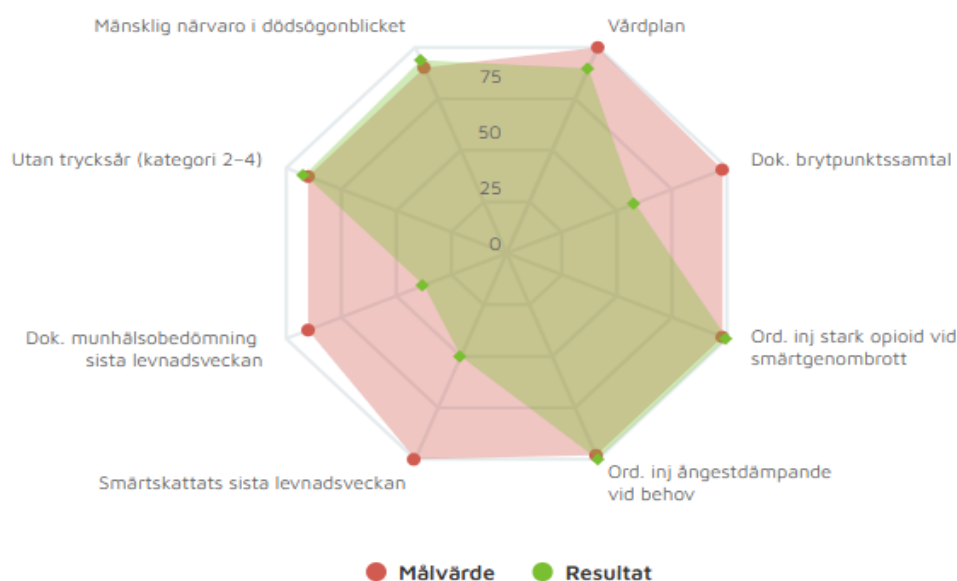
Av registreringen att döma ses en förbättring inom samtliga kvalitetsindikatorer, tydligast inom smärtskattning av smärta sista levnadsveckan, så även inom att dokumenterad bedömning av munhälsa trots detta finns en förbättringspotential inom dessa områden då vi ligger långt under målet, detta gäller även att förbättra dokumentationen gällande brytpunktsamtal.

Nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård 2024

Kvalitetsindikator	Målvärde	Tibro	Riket
Vårdplan	100.0	89,6	71,6
Dok. Brytpunktssamtal	98.0	58,3 (57,1)	81.8
Ord. Inj stark opioid vid smärtgenombrott	98.0	100 (100)	95.8
Ord. Inj ångestdämpande vid behov	98.0	100 (100)	95.3
Smärtskattas sista levnadsveckan	100.0	50 (14,3)	68,6
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90.0	37,5 (17,9)	62,3
Utan trycksår (Kategori 2-4)	90.0	91,7 (89,3)	86,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90.0	93,8 (92,9)	83,6

Inom parantes statistik från 2023. Gröna siffror påvisar en positiv trend.

Period 2024-01 - 2024-12





Resultat och Analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål	Åtgärd	Resultat	Analys
Full följsamhet 100% till basala hygienrutiner och klädregler	Hygienombud inom varje enhet Vårdhygienombud och enhetschef har uppgift att kontrollera följsamheten två gånger per år		Nedåtgående trend av följsamhet totalt inom verksamheten. Antal observation i år 53, jämfört med föregående 57.
	Mätning av följsamhet PPM BHK x 1	Ej uppfyllt. Mätresultatet från 2024 års punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner inom Vård- och omsorg i Tibro kommun påvisar en försämring av följsamhet, framför allt inom att desinfektera händerna korrekt innan vårdarbete och att bära korrekt arbetsdräkt	En försämring inom basala hygienrutiner
	Självskattning Mätning egenkontroll x 1	Ej utförda PPM observation av hemvården tillika saknas hygienombud för rehab enheten legitimerad personal Enstaka enheter som utfört optimalt utifrån instruktioner.	Självskattning kommer inte utföras utifrån att



		Och ett svagt deltagande inom vissa enheter	det inte tagits om hand optimalt inom vissa enheter och att det framkommer att det även inte hanteras korrekt Behövs fortsatt arbete och fokus på vårdhygien och basala hygienrutiner utifrån att följsamhet kan bli bättre.
	Krav på godkänd skriftlig och praktisk utbildning basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning och klädregler samtliga medarbetare ska uppdatera kunskapen årligen		
Kvalitetssäkra för en hög Vårdhygienisk-standard	Hygienrond - Enhetschefer med hygienombud och ansvarig sjuksköterska på enheten utför kontroll/genomgång av checklista	Ej Uppfyllt. 4 av 5 särskilda boenden inkl. korttiden har utfört vårdhygienisk egenkontroll. Ej utförts på hemvården och ej fullständig ssk enheten Uppfyllt på 2 av 3 LSS - boende	Behov av att följa upp orsaken till att inte hygienrond utförs inom samtliga enheter. Viktigt att hålla en hög vårdhygienisk varav detta ska vara högt prioriterat, likas utifrån ny regel från Socialstyrelsen HSLF-FS 2022:44
Godkända Spol- och diskdesinfektioner	Utförs extern kontroll	Underhåll och validering är gjord av spol- och diskdesinfektioner på samt-	Hög kvalitet utifrån att underhåll och validering utförs kontinuerligt



		liga särskilda boenden. Funnits behov av att byta ut en spoldesinfektorer då denna inte var tjänlig att använda.	
100 %, samtliga patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård 65 år och äldre skall det ha utförts riskbedömning. Åtgärder och uppföljning om risk finns (Senior alert) Fall, Trycksår, Undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion	Följa Riktlinje och rutin vårdprevention med stöd av senior alert. Tvärprofessionella Teamträffar ska hållas varje alternativt varannan vecka. Genomföra utbildning av senior alert utifrån ansvar.	Ej uppfyllt Trots detta har det jämfört med 2023 utförts fler än dubbelt, inom området trycksår och ohälsa tredubbelt antal riskbedömningar under 2024. Utifrån registrering i senior alert har det ökat till utförs riskbedömningar på 154 unika personer jämfört med 97 förgående år	Ses en tydlig förbättring av att verksamheterna att arbeta vårdpreventivt och utför riskbedömningar, detta utifrån statistik från dokumentation och senior alert Det är dock ojämnt inom verksamheten, inom SÄBO utförs riskbedömning och kontinuerliga teamträffar. Dock bristfälligt med riskbedömningar och teamträffar inom hemvården. Tillika saknas helt registrering i senior alert, från hemvården och korttiden. Ett särskilt boende har genomfört grundutbildning.
Säker Läkemedels-hantering	Finns framtagna Riktlinje för läkemedels-hantering hälso-sjukvården i skaraborgskommuner som ska vara kända och följas. Gå igenom när ssk blir patientansvarig och årligen i samband	Samtliga sjuksköterskor har tagit del av riktlinjen under 2024	



	med extern granskning av apotekare		
	Lokala rutiner för läkemedelshantering skall finnas på enheter som hanterar läkemedel.	Lokala rutiner för läkemedelshantering saknas på några enheter som hanterar läkemedel.	Anledning till att det saknas lokala rutiner bedöms vara att inte den lokala rutinen upprättats under året är att det saknas struktur, så som årshjul när den senast skall vara upprättad
	Lokala rutiner	Finns rutiner gällande signeringslistor, hantering av dospåsar och delegering.	Rutiner behöver fortlopande och förmedlas årligen och vid behov så att samtliga rutiner är kända och att det finns strukturerat i verksamhetens gemensamma intranät.
	Intern kontroll av MAS	Planerad kontroll är utförd, detta möjliggör en bättre förutsättning för att säkra kvalitet och patientsäkerhet. Dock kan även spontana kontroller utföras detta för att uppmärksamma kvarståendebrister inom verksamheten i syfte att kvalitets-säkra.	Framtagen handlingsplan utifrån framkomna brister
		Ej uppfyllt Spontan kontroll har inte utförts under året	



	Spontan kontroll av MAS Extern kontroll 1ggr och gemensam utbildning och genomgång till ssk av legitimerade apotekare Åtgärdsplan – Handlingsplan föreslagen av Legitimerad Apotekare	Uppfyllt Extern kontroll har utförts av legitimerad apotekare. Ej uppfylld	Brister i planering och genomförande, viktig att utföra även spontana kontroller utifrån egenkontroll och uppmärksamma brister som behöver lyftas. Dock framkommer detta vid interna och externa granskningar. Extern granskning kommer att fortgå kommande år Utifrån att extern granskning genomförde under november och december har detta inte kunnat vidtagits. Kommande år kommer den externa granskningen ske under våren. Handlingsplan och åtgärder omhändertas under vår 2025 utifrån sen granskning under 2024
--	--	--	--



Dokumentation. Öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra vården Uppnå att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar och lokala rutiner. Kollegial granskning med målvärde 80%	Strukturerad journalgranskning tillsammans med regionens primärvård Kollegial journalgranskning har utförts vid 2 tillfällen 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 Granskning nr 1 av journaler har utförts	Delvis uppfyllt Journalgranskning i samverkan med hemsjukvårdsläkare, verksamhetschef Närhälsan och MAS har utförts enligt regionens mall Uppfyllt Delvis uppfyllt 51 % Ej uppfyllt målvärde	Eftersträva att utföra journalgranskning med samtliga lokala vårdcentraler och att upprätta en kommunal mall utifrån regionens mall då det är regionens journal, dokumentation som granskas Granskningen har utförts i början på 2024 av dokumentationen från 230323 - 231224. Perioden är bestämd utifrån att det var då vi gick in ett nytt verksamhetssystem. Samtliga inlämnade Granskning nr 2 har perioden 240101 - 241211 granskats. Saknas inlämning dock skall samtligt leg personal utföra detta utifrån lärande syfte Granskningsperioden är under uppförandet av nytt verksamhetssystem varav det kan vara en bidragande orsak till ett lågt resultat Av resultatet att döma så ses en
--	---	---	--



	Granskning nr 2	Ej sammanställt utifrån saknade granskningar	förbättringspotential framför allt inom ICF – kartlagt och vårdprevention. Det har till exempel tagits fram "lat-hund" gällande dokumentation av vårdprevention /riskbedömningar.
God Palliativ vård	Mätning av kvalitet genom Palliativa registret Nationella kvalitetsindikationer målvärde	Delvis uppfyllt <i>se bild 1.2</i> 61 patienter har under 2024 erhållit palliativ vård i ett sent stadie, 48 patienter är registrerade i palliativa registret	Finns förbättringspotential, gällande registrering och åtgärder inom palliativ vård. En stor förbättring gällande smärtskattning och dokumenterad munvård sista levnadsveckan. Dock är det en stor avvikelse utifrån förväntat målvärde.
	Palliativa ombud på samtliga enheter	Uppfyllt Finns palliativa ombud på samtliga enheter	Palliativa ombudsträffar har hållits kontinuerligt och fortgår kommande år



Arbetat enligt Nationella palliativa vårdprogram och framtagna vårdförlopp	Genomgång och uppdatera lokala rutiner	Påbörjat och pågående	Funnits representanter från samtlig legitimerade professioner. Dock har det saknats tydliga uppdrag och tid för denna grupp för att kunna arbeta, utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården utifrån NVP.
Alla patienter med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandeplanernas utformning Med ett mål av 90%	Registrera i BPSD-registret för förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder och skapa bemötande plan	Uppfyllt / Oklart om mål uppfyllt inom hela demensorganisationen 142 registreringar under 2024. 142 registreringar jämfört med 2023 då utfördes endast 56 registreringar 113 av 142 är registrerade av team (minst en usk och en legitimerad vårdpersonal) Av samtliga registreringar	Samtliga inskrivna inom Demens Syd med demenssjukdom / sviktar kognitivt skattades genom registret minst en gång under 2024. Under 2024 har arbetet med skattningar utvecklats markant, vilket ju siffrorna visar på. Framkommer att inom demens syd arbetas det aktivt med åtgärder och framför allt bemötande och kommunikationsplaner av hög kvalitet som upprättas i samband med skattningar Finns behov över att se utreda orsak till att inte arbetsterapeut och fysioterapeut medverka i teamet. Under 2025 kommer de delta i BPSD utbildning.



Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD.	Utföra utbildning inom BPSD	har inte arbetsterapeut eller fysioterapeut medverkat Två av sex sjuksköterskor har genomfört utbildningen.	Under 2025 kommer det vara BPSD utbildningar varav samtliga ssk inom demensorganisationen kommer att delta
---	------------------------------------	---	---



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 framtagna patientsäkerhets handlingsplan och utifrån den nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som Socialstyrelsen tagit fram. För att uppnå målet krävs det ett långsiktigt arbete och är högt prioriterade kommande år inom socialförvaltningens kvalitetsutveckling. Under 2025 kommer fokus fortsatt vara att vidta åtgärder från beslutade prioriterade områden utifrån handlingsplanen.

Systematiskt kvalitetsarbete

Implementering av ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul har varit ett mål senast åren. Det kvarstår som målsättning under 2025, att tydliggöra årshjulet och att få verksamheterna delaktiga i detta arbete.

Ledningssystem inom handläggning utifrån ny lagstiftning ska utföras under året.

Kontinuitetsplan ska under kommande år skapas inom samtliga enheter

Avvikelsehantering

Socialförvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Under år 2025 är målet att samtliga avvikelserapporter tas emot och hanteras enligt rutin.

Vårdprevention

Fortsatt implementera och strukturera arbetssättet gällande vårdprevention med stöd av senior alert framför allt inom hemvård och korttidsenhet för att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Framkommer att det fortsatt saknas utbildning inom dessa riskområden och hanteringen av registreringen i kvalitetsregistret senior alert i så gott som samtliga enheter varav detta bör vara ett prioriterat område under 2025

Dokumentation

Kommande år kommer fortsatt vara att förbättra dokumentationen genom att fortbilda vård och omsorgspersonal och vidareutveckla vårt lokala system för att både kvalitetssäkra och effektivisera dokumentationen inom såväl hälso- och sjukvårds dokumentation som SoL dokumentation ”.



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 prioriterat.

Införande av välfärdsteknik

Välfärdsteknik, digitalisering bidrar till att utöka kvalitet och patientsäkerhet varav det är ett stort fokus kommande år att inom socialförvaltningen slutföra och vidareutveckla den välfärdsteknik som implementerats.

Projektet Framtidens vård fortlöper under år 2025 i syfte att tillsammans med övriga pilotkommuner omvärldsbevaka för att kunna kartlägga och analysera när välfärdsteknik är ett gynnsamt alternativ.

Under år 2025 ska en projektplan för kommande satsningar för välfärdsteknik tas fram. Denna plan ska innehålla en tidsplan för när utredningar om olika typer av välfärdsteknik finnas.

Digitala vårdmöten finns även med i kommande årsplan, detta sker i samverkan med regionens primärvård.

Skydd av system

Det ska skapas en rutin gällande loggkontroll av externa system

Informationssäkerhet via Nanolearning för hela socialförvaltningen, en utbildning som är riktad till enhetschefer och en till medarbetare

Ny Socialtjänstlag

Förslaget om en ny socialtjänstlag planeras träda i kraft första juli 2025.

Förslagen i lagrådsremissen till ny socialtjänstlag innebär att delar som finns i dagens socialtjänstlag går från insatser som bör finnas till att bli ett ska-krav. Andra delar, som tidigare enbart omfattats vissa insatser, kommer i nya socialtjänstlagen att omfatta samtliga insatser som verkställs av Socialförvaltningen. Därmed innebär en ny Socialtjänstlag stora förändringar som kommer kräva stora resurser och samverkan.



Lagrådsremissen anger följande förändringar vilket bildar en helhet:

- Främja jämlika och jämställda levnadsvillkor
- Förebyggande perspektiv och vara lätt tillgänglig
- Samhällsplanering och planering av insatser för enskilda inom alla verksamhetsområden
- Kunskapsbaserad – vetenskap och beprövad erfarenhet
- Möjlighet att tillhandahålla insatser utan behovsprövning
- Socialnämnden ska arbeta brottsförebyggande