



**MELLERUDS
KOMMUN**
Socialförvaltningen

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022

2023-03-01
Tanja Mattson
Socialchef

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Övergripande mål och strategier	6
2. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	7
3. Samverkan.....	9
4. Risk- och händelseanalys	11
5. Avvikelse, synpunkter och klagomål	12
6. Redovisning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och egenkontroll/resultat.....	14
7. Utvecklingsområden för 2023- 2024	35

Sammanfattning

Arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse.

Vårdgivaren ska upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att det bedrivs en god och säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter och att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet.

Nya områden som Socialförvaltningen arbetat med under 2022 för att öka kvaliteten och patientsäkerheten är bland annat:

- Nationella kvalitetsregister.
- Fortsatt socialdokumentation utifrån IBIC, Individens behov i centrum
- Anpassa arbete och rutiner utifrån Covid-19
- Påbörjat arbetet med att lägga in processer som ska följas upp i Stratsys
- Lifecare mobil omsorg
- Anställning av SAS.
- Fortsatt utveckling av samarbete med Bengtsfors kommun på det sociala området.

Den interna egenkontrollen har framför allt bestått av rapportering och analys av:

- Lex Sarah. Risker och missförhållanden i socialtjänstens arbete.
- Lex Maria. Risker och händelser i hälso- och sjukvårdens arbete.
- Synpunkter och klagomål.
- Resultat i nationella kvalitetsregister.
- Resultat i Öppna jämförelser
- Rapporter i det egna avvikelssystemet.
- Journalgranskning av den sociala dokumentationen inom äldreomsorg och LSS

Under 2022:

- Rapporterades 14 händelser enligt Lex Sarah.
- Anmäldes en (1) händelse enligt Lex Maria och en (1) anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Tre händelser är anmäld som negativ händelse och tillbud med medicinskt teknisk produkt.
- Rapporterades 171 läkemedelsavvikelser.
- Rapporterades cirka 15 avvikelser gällande narkotikabrist.
- Rapporterades 5 fall med skada som följd.

- Inkom 1 klagomål och 9 synpunkter till förvaltningen.

39 väntade dödsfall har registrerats i Palliativregistret.

I kvalitetsregistret Senior alert registrerades 137 unika brukare som har riskbedömts för undernäring, trycksår och fall.

Under året har arbetet fortsatt med att uppdatera och ta fram nya rutiner.

96% av de boende som har intyg för nödvändig tandvård på kommunens särskilda boenden har tackat ja till munhälsobedömning av tandhygienist. Inom LSS/Hemvård/socialpsykiatri är motsvarande siffra 56%. På samtliga boenden finns det munvårdsombud som regelbundet gör munhälsobedömningar.

Enligt Socialstyrelsens brukarenkät var 96 % av brukarna i hemtjänsten och 78 % i särskilda boenden sammantaget mycket nöjda eller ganska nöjda med hemtjänsten/sitt särskilda boende.

Under första halvåret anställdes en SAS som har samordningsansvar på det sociala området.

De kvalitetshöjande åtgärderna som vidtagits efter utredning av lex Sarah-rapporter kan kategoriseras i utbildning, rutiner, organisation och miljö. Det har vidtagits sex olika utbildningsinsatser där vissa är riktade enbart mot enskild enhet och andra är riktade mot hela äldreomsorgen och LSS. Utbildningsinsats för hela LSS om makt och förhållningssätt. Det har förtydligats eller skapats sju olika rutiner, vissa riktade mot enskild verksamhet och andra mot både äldreomsorg och LSS, bland annat en steg- för stegmanual i hur verksamhetssystemet fungerar. Åtgärder som rör organisation berör enskilda verksamheter. Vad gäller miljö är det på enskild enhetsnivå. Det har varit bekymmer med larm till och från där två enheter har varit drabbade. Detta ska nu fungera.

Likt föregående år har pandemin med Covid-19 påverkat arbetet, dock kan 2022 sammanfattas med att vi har lärt oss att leva med Covid-19. Våren 2022 bedömdes Covid-19 inte vara samhällsfarlig längre och det ändrades i rekommendationer kring när och hur länge personal behövde stanna hemma vid symtom. Som omsorgspersonal som jobbar nära brukare gäller som tidigare att stanna hemma vid minsta symtom och att ta ett test om det är Covid-19 eller ej. Under större delen av året har omsorgspersonal jobbat med någon sorts source control (användande av munskydd och/eller visir i arbetet). Under några veckor i den tidiga sommaren var rekommendationen att vi inte behövde använda vare sig munskydd eller visir vid arbete med symtomfria brukare. Dock dröjde det inte länge innan rekommendationen kom att munskydd skulle användas vid arbete närmre än 2 meter till patienten.

Covid-19 har kommit i vågor även under 2022 och i början på året var det ansträngt med många som var sjuka samtidigt och det var svårt med bemanning på samtliga enheter. Dock har vi inte behövt begränsa i antal hur många som kan vistas i en lokal, men rekommendationen har varit att kunna hålla avstånd.

Under året har våra brukare som uppfyllt kriterierna fått två påfyllnadsdoser med vaccin mot Covid-19. Arbetet och rutinerna kring vaccination har flutit på bra. Det som har varit utmanande är att det kommer med ganska kort varsel innan det är dags för att vaccinera. Redan nu flaggar smittskydd för att det kommer bli två påfyllnadsdoser under kommande år i mars och sedan senare i höst och då kan det förhoppningsvis sammanfalla med vaccination mot influensa.

På grund av ändrade rekommendationer kring smittspårning så har det inte blivit så många smittspårningar. Dessutom ses en tendens att även äldre och sköra klarar en Covid-19-infektion relativt bra om de är vaccinerad. Undantag finns dock.

En stor utmaning har varit att motivera och uppmana den personal som använder skyddsutrustning att använda den korrekt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har som tidigare varit länken mellan kommunen och regionen i samverkansarbetet. Det har inte varit lika stor omsättning och ändring i regionens rutiner kring Covid-19. Samarbetet i förvaltningen har flutit på väl.

I spåren av Covid-19 fortsatte IVO sin granskning av vården kring de som bor på särskilda boende (SÄBO). Under sensommaren kom ett delresultat utifrån journalgranskningen som de gjort. Under hösten kom sen IVO till oss för en inspektion, sex boende, fyra sjuksköterskor och ledningen med socialchef, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och nämndens ordförande intervjuades. Vi har ännu inte fått till oss något beslut efter inspektionen. Beslutet inväntas men vissa åtgärder är redan påbörjade eller på planeringsstadiet.

Utifrån IVO:s inspektion och att vi ska arbeta vidare med god och nära vård har några första steg tagits emot att jobba mer patientcentrerat. Försök till att patienten ska vara mer delaktig i sin vård.

Vidare har det varit stort tryck på den regionala vården och det påverkar även oss. Under året har vi haft regelbundna samverkansmöten med regionen utifrån att de har många patienter på sjukhuset som är utskrivningsklara men det är svårt för kommunerna att ta emot. I Melleruds kommun har vi kunnat ta emot de som är klara att lämna sjukhuset och det har även sålts platser till andra kommuner.

Vi är även påverkade av en ansträngd läkarsituation i den regionala primärvården som är svår att lösa i flera kommuner.

Under året har hemvården flyttat till renoverade lokaler på Bergs. Det innebar även en samlokalisering så att samtliga börjar och slutar sina pass i samma lokal. Det innebar också att hemsjukvården och hemvården kom närmre varandra igen då de vistas i samma fastighet.

På någon/några enheter har det skett förändringar vad gäller schema och det har gett en del reaktioner i en del personalgrupper.

På hemsjukvården har arbetet påverkats av att den enhetschef som började i början på året slutade sin anställning och det har varit en utmaning med rekrytering. Ny enhetschef på plats sedan december 2022.

IFO har implementerat gemensam individuell plan (GIP) för en tydlighet kring personer som har insatser från mer än en enhet i kommunen.

Under året har också samarbetet med Bengtsfors på det sociala området fortskridit.

1. Övergripande mål och strategier

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap. 1 §:

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen HSL (2017:30) upprätthålls.

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453, 1 §:

Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- Ekonomiska och sociala trygghet

- Jämlikhet i levnadsvillkor

- Aktiva deltagande i samhällslivet

Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperes resurser.

Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet.

När åtgärder rör barns ska särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap. 9–10 §§:

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453, 3 kap. 3 §

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvärderas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1:

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap.

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 5–6 § Verksamheten ska samverka för att säkra kvaliteten på de insatser som utförs.

Kvalitetsberättelsen bör enligt Socialstyrelsens allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriva hur socialnämnden har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan upprättas i samma dokument så länge det går att utläsa de uppgifter som anges i patientsäkerhetslagen, i föreskrifterna och de allmänna råden.

Socialnämnden (vårdgivaren = Melleruds kommun) har det yttersta ansvaret för att det bedrivs en säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter och att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet. Socialnämnden ska:

- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten.
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Socialchef (verksamhetschef för hälso- och sjukvård) har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) och ansvarar för att en god och patientsäker vård bedrivs samt att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet. Verksamhetschefen ska:

- inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.
- ansvara för att övergripande mål för verksamheten formuleras och för att dessa uppnås.
- ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) med MAR uppdrag (medicinskt ansvarig för rehabilitering) har ett övergripande ansvar för att:

- utveckla, följa upp, bedöma och analysera kvalitet och säkerhet inom kommunens hälso- och sjukvård.
- upprätta riktlinjer och rutiner för att säker hälso- och sjukvård ska bedrivas.
- göra anmälningar enligt lex Maria till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) och anmäla avvikelser för MTP (Medicintekniska produkter) till Läkemedelsverket och IVO.

Verksamhetschefer och enhetschefer ansvarar för att:

- alla medarbetare har rätt kompetens för att säkerställa verksamhetens kvalitet.
- riktlinjer och rutiner är kända och följs.
- medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

All personal ska medverka vid:

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.
- risk- och avvikelshantering.
- uppföljning av mål och resultat.

SAS (socialt ansvarig samordnare) ansvarar för att:

- Säkra att processerna för bedömning, beslut, verkställighet och samverkan inom socialtjänsten är ändamålsenliga och väl fungerande.
- Säkra att den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning.
- Säkra att den enskilde får insatser av god kvalitet som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande.
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift (SoL, LSS, LVM, LVU).
- Säkra att lex Sarah-rapporter utreds och anmäls enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5.

3. Samverkan

Lagstiftning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3:

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 2017:612

- Samordnad individuell planering – SIP. Gemensam rutin för Västra Götalandsregionen och kommunerna ska säkra övergången för patienten mellan vårdgivare. Gemensam rutin finns mellan kommunens verksamheter och primärvården. Samverkan sker alla vardagar.
- Gemensam rutin för läkemedelsbeställningar/leveranser mellan Hemsjukvården och lokalt apoteket finns.
- Gemensam rutin för uppsökande verksamhet och besök på mottagning mellan Socialförvaltningens verksamheter och Folkandvården.
- Samverkan sker mellan IFO och skola, förskola, Stinsen och Spåret (ungdomsverksamheter som bland annat arbetar med ofrivillig skolfrånvaro).
- Samverkan mellan IFO och Barnahus Åmål, diverse nätverk BIM, BBIC, ABC utbildning för föräldrar
- Lokal närsjukvårdsgrupp finns utifrån Vårdsamverkans modell.
- Förutom lokal närsjukvårdsgrupp finns olika samverkansformer för huvudmännens olika funktioner både mellan Dalslands kommuner och inom Fyrbodalen. Det är nätverk för äldreomsorgschefer, socialchefer, arbetsterapeuter, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, samordningsansvarig sociala området, enhetschefer HSL/Rehab, e-hälsa, palliativ vård, diabetes, huvudhandledare med mera
- Dalslands kommunerna samverkar kring handläggning av familjehem, familjerätt och Lagen om stöd och service, LSS.
- Hemsjukvården har avtal med Västra Götalandsregionen angående samverkande sjukvård. Samverkansmodellen innebär att vi tillsammans tillvaratar de samlade sjukvårdsresurserna på effektivaste sätt och erbjuder rätt vård på rätt plats så nära patientens hem som möjligt.
- Lokal samverkansgrupp psykisk hälsa är en samverkansgrupp med representanter från öppenvårdspsykiatri, primärvården, individ- och familjeomsorg, kommunal hälso- och sjukvård, biståndshandläggare, enhetschef och socialpedagog för socialpsykiatri samt hemvård.
- Förvaltningen deltar vid yrkesrådet på gymnasiet/vuxenutbildningen utifrån Vård och omsorg college.

- Västbus är en samverkan för barn & unga. Skola, individ- och familjeomsorg, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri ingår.
- Samverkan LSS och skola, planering av stöd och framtida insatser.
- Samverkan socialpsykiatri och IFO, organisera hemmaplanslösningar för personer med missbruk – psykisk ohälsa.

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 6 kap. 4 §:

Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 5–6 §§:

Verksamheten ska samverka för att säkra kvaliteten på de insatser som utförs.

- Samtliga enheter inom Stöd och service har brukarråd och husmöte med brukare, personal och ibland enhetschef minst en gång per månad. Samverkan med närstående utgår från brukarens önskemål. Brukare har deltagit i rekryteringsprocessen vid nyanställningar.
- Inom Vård och omsorg har alla boenden utsedda kontaktpersonal som ansvarar för planering och genomförande för brukaren samt kontakter med anhöriga och övriga närstående. Det anordnas också anhörigträffar i olika konstellationer.
- Demenssjuksköterska finns i kommunen.
- Under 2022 har arbetet fortsatt med för anhöriga till de med demenssjukdom, barn och unga och inom socialpsykiatri.
- I samband med att en vårdskada inträffat informeras patient och/eller närstående om händelsen. Utredaren har fortlöpande dialog om resultat och åtgärder utifrån händelseanalys och utredning.
- Patienten och dess närstående deltar i vårdplaneringsprocessen.
- Tvärprofessionella teamträffar.
- Matrådsträffar med kostenheten
- Samverkansgrupp mellan rehab och bostadsanpassningshandläggare

- Samarbete med Leaderprojektet för att de personer som behöver extra stöd i svenska språket ska få det för att förstå utbildningen inför delegering och socialdokumentation.

4. Risk- och händelseanalys

Lagstiftning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Genom en aktiv rapportering fångas risker upp. I samband med varje rapport om risk för vårdskada eller att en vårdskada skett görs en bedömning utifrån allvarlighetsgrad (konsekvensen är mindre, måttlig, betydande katastrofal) och sannolikheten (mycket liten, liten, stor eller mycket stor att det ska inträffa igen). Bedöms risken som stor att det ska inträffa igen eller om konsekvenserna är betydande görs händelseanalys. Utifrån analysen tas förslag till åtgärder fram.

Risicanalyser som är gjorda

- Arbetsmiljö
- Brand
- Skydds- och frihetsinskränkande åtgärder
- Omorganisation av verksamhet
- Hot om våld
- Riskbedömning i samband med ny vårdtagare
- Personaltäthet
- Införande av nya system
- Covid-19

5. Avvikelser, synpunkter och klagomål

Lagstiftning

Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria), IVO, HSLF-FS 2017:41

Lex Sarah, SOSFS 2011:5

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, SOSFS 1993:387

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 6 kap. 4 §:

"Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada".

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap. 2 § p 6:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, De som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskador, lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal är, enligt Patientsäkerhetslagen, skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska därför omedelbart rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskador. Alla rapporterade risker eller händelser utreds först av enhetschef och patientansvarig sjuksköterska. Berörd omvårdnadspersonal beskriver händelseförloppet, vilken blir underlag för utredning av händelsen. Syftet är att analysera bakomliggande orsaker till händelsen och vad som kan göras för att det inte ska hända igen. Utifrån identifierade problem görs de förändringar/förbättringar i rutiner som krävs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tar del av alla rapporter och bedömer när en fördjupad händelseanalys och utredning ska göras.

Avvikelser i hälso- och sjukvårdsarbetet, som medfört eller kunnat medföra, allvarlig vårdskada, ska anmälas till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gör två gånger per år sammanställning av rapporterade händelser (lex Maria). Sammanställningen återkopplas till enhetschefer, sektorchefer, socialchef och socialnämnd.

Lex Sarah

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5) är ett komplement till SoL, socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och LSS, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SOSFS 1993:387).

Enligt *SoL* och *LSS* ska alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet och ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

Sammanställning av lex Sarah rapporter görs två gånger per år. Ansvarig för utredningar, anmälningar till IVO och sammanställningar dokumenteras i socialnämndens delegeringsordning.

Sammanställningen återkopplas till enhetschefer, sektorchefer, socialchef och socialnämnd.

Synpunkter och klagomål

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter av avvikelser, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Synpunkter och klagomål ska sammanställas två gånger per år och analyseras i sektorernas ledningsgrupper. Ansvarig för utredningar, och sammanställningar dokumenteras i socialnämndens delegeringsordning.

6. Redovisning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och egenkontroll/resultat

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1 – 2:

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- 1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,*
- 2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och*
- 3. vilka resultat som har uppnåtts.*

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 3 kap. 2 § 7 kap. p 2:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats.

Uppföljning har gjorts genom att hämta uppgifter från:

- Sammanställning Socialförvaltningens rapporterade lex Maria händelser 2022.
- Redovisning av inkomna lex Sarah rapporter 2022
- Redovisning av synpunkter och klagomål inkomna inom socialnämndens verksamhetsområde 2022.
- Öppna jämförelser 2022
- Nationella kvalitetsregister (senior alert, palliativregistret, BPSD mm.)
- Procapita
- Kompetensutvecklingsplaner
- Samverkande sjukvård

Områden för kvalitet- & patientsäkerhet	Beskrivning	Resultat 2022
Kvalitetslednings-system	<p>Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • planera • leda • kontrollera • följa upp • utvärdera • förbättra verksamhetens kvalitet <p>Kvalitetsledningssystemet ska innehålla de riktlinjer och rutiner som krävs för att verksamheten ska kunna uppfylla de kvalitetskrav som finns i författningar.</p>	<p>Omarbetning av kvalitetsledningssystemet med nya och uppdaterade rutiner pågår. Övergripande kvalitetsledningssystemet är fastställt i socialnämnden. Under året har arbetet med att lägga in processer i Stratsys fortsatt, mer arbete kvarstår innan det är klart. Socialförvaltningens rutiner finns digitalt på SharePoint och under året har en översyn gjorts och lite justeringar utförts för att få en tydlighet kring vem som äger vilka rutiner och hur beslutsgången är. För en tydlig struktur ska verktyget 2c8 användas för att göra processerna tydliga.</p>
Lokala rutindokument	<p>Alla enheter har lokala rutindokument för enhetens rutiner och processer som inte ingår i Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem.</p>	<p>Rutindokument och manualer är dokument som ständigt förändras beroende på nya eller förbättrade rutiner.</p>
<p>Avvikelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - hälso- och sjukvårdsuppgifter - tryckskada - fallskada - medicintekniska Produkter 	<p>All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvård i det dagliga arbetet, följa gällande riktlinjer/ rutiner samt rapportera avvikelser.</p> <p>Personalens vilja att rapportera risker och händelser är ett mått på patientsäkerheten.</p>	<p>Under 2022 inkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 171 st hälso- & sjukvårdsavvikelse har inkommit 2022. (2021: 137, 2020: 76, 2019: 242, 2016: 223). <p>73 (42%) av dessa berörde att delegerad personal inte signerat uppgiften som utförts, 42 (24%) berörde bortglömd insats och 21(12%) fel dos/styrka av patientens läkemedel. de övriga handlade om andra avvikelser från rutiner.</p>

		<p>Alla händelser analyseras på enheten. MAS beslutar om fördjupad händelseanalys om det finns behov av det. Varje år tas nya rutiner fram eller befintliga rutiner förbättras utifrån analys av rapporter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirka 15-20 rapporter om svinn av narkotika som inte kan förklaras. Det handlar oftast om enstaka tabletter och ligger på samma nivå som 2021. Arbetet pågår för att omsorgspersonal ska förstå vikten av att kontrollräkna narkotikaklassade läkemedel. (2021: 15, 2020: 16; 2019: 3) • 5 fall med skada som följd har rapporterats (2021: 9, 2020: 6, 2019: 9, 2016: 20) Dock kommer inte alla rapporter in kring fall med skada vilket vi, har jobbat på under året men har inte kommit i mål. Med den nya avvikelsemodulen kommer det bli lättare att få en översikt av avvikelser och rapporter. <p>Totalt 172 fall har registrerats i Senior alert. Alla analyserades på enheten enligt Senior alerts metod.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 negativa händelser för medicintekniska produkter har anmälts (2021: 0, 2020: 1, 2019: 1). Tillverkaren och leverantör meddelades via händelserapport. Under året har en lokal blankett tagits fram för att underlätta arbetet med att få in all information inför anmälan till läkemedelsverket. • Två rapporter har skickats från regionen till kommunen och i två rapporter har vi varit delaktiga i utredningen (2021: 0, 2020: 2) dessa rapporter ska skickas när rutinen inte följts och troligen har den höga arbetsbelastningen i regionen bidragit till att inte rapporter skrivits.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Under 2022 skickades 36 (2021: 47, 2020: 10) avvikelserapporter gällande händelser inom Västra Götalandsregionen verksamheter till Västra Götalandsregionen. Vid en granskning så ses att andelen rapporter gällande brister i följsamhet till rutiner vid utskrivning ökar. • Det finns ett stort mörkertal av både avvikelser som skickas från och till kommunen, då det inte alltid prioriteras att skriva avvikelserapporter på grund av hög arbetsbelastning. • Avvikelseverktyget medcontrol är en digital plattform för avvikelser till och från regionen. Medcontrol kan användas av både legitimerad personal, enhetschefer och andra som givits behörighet. Systemet underlättar avvikelserapporteringen och det är tydligt vem som ska göra vad.
Kvalitets-granskning av läkemedels-hanteringen	Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen görs varje år. En extern apotekare granskar hela läkemedelshanteringen inom utvalda enheter utifrån gällande föreskrifter.	Under 2022 genomfördes ingen läkemedelsgranskning. MAS har påtalat för ansvarig verksamhetschef att läkemedelsgranskning behöver göras för att säkra kvaliteten i vårt arbete.
Synpunkter och klagomål	Förvaltningen beskriver på hemsidan syfte, hur det går till när synpunkter/klagomål tas emot samt hur snabbt den enskilde kan förvänta sig svar.	9 synpunkter och ett (1) klagomål har inkommit under året. (2021: 15, 2020: 14, 2019: 9, 2016:7, 2015:7, 2014:15). Analysen har inte identifierat några gemensamma orsaker till synpunkterna/klagomålen.
Lex Maria	Anmälan till IVO vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.	Under 2022 skickades en anmälan till IVO, ärendet avskrivet efter beskrivning av förändrade rutiner och arbetssätt.

Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal enligt 3 kap. 7§ PSL	Anmälan till IVO när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utgör en fara för patientsäkerheten.	Under 2022 skickades en anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.																																																												
Lex Sarah	Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska rapportera missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.	<p>Under 2022 har 14 rapporter om missförhållande inkommit och utretts. Särskilda boende står för de flesta rapporteringarna. Ingen av utredningarna har kunnat påvisa allvarligt missförhållande.</p> <table border="1" data-bbox="1335 491 2018 794"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÄBO</th> <th>Ord bo</th> <th>LSS</th> <th>IFO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Allvarligt missförhållande</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Missförhållande</td> <td>6</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Risk för missförhållande</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Inget missförhållande</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>-</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>8</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Rapporterna är kategoriserade enligt följande</p> <table border="1" data-bbox="1335 1082 2033 1353"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÄBO</th> <th>Ord bo</th> <th>LSS</th> <th>IFO</th> <th>Tot</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brist i bemötande</td> <td>4</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Brist i utförande</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>-</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Brist i rättsäkerhet</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Fysisk miljö</td> <td>1</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		SÄBO	Ord bo	LSS	IFO	Allvarligt missförhållande	-	-	-	-	Missförhållande	6	-	1	-	Risk för missförhållande	-	2	-	-	Inget missförhållande	2	1	-	2	Totalt	8	3	1	2		SÄBO	Ord bo	LSS	IFO	Tot	Brist i bemötande	4	-	-	-	4	Brist i utförande	1	3	1	-	5	Brist i rättsäkerhet	-	-	-	2	2	Fysisk miljö	1	-	-	-	1
	SÄBO	Ord bo	LSS	IFO																																																										
Allvarligt missförhållande	-	-	-	-																																																										
Missförhållande	6	-	1	-																																																										
Risk för missförhållande	-	2	-	-																																																										
Inget missförhållande	2	1	-	2																																																										
Totalt	8	3	1	2																																																										
	SÄBO	Ord bo	LSS	IFO	Tot																																																									
Brist i bemötande	4	-	-	-	4																																																									
Brist i utförande	1	3	1	-	5																																																									
Brist i rättsäkerhet	-	-	-	2	2																																																									
Fysisk miljö	1	-	-	-	1																																																									

		<table border="1"> <tr> <td>Ekonomiskt övergrepp</td> <td>1</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fysiskt övergrepp</td> <td>1</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>8</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>14</td> </tr> </table>	Ekonomiskt övergrepp	1	-	-	-	1	Fysiskt övergrepp	1	-	-	-	1	Totalt	8	3	1	2	14
Ekonomiskt övergrepp	1	-	-	-	1															
Fysiskt övergrepp	1	-	-	-	1															
Totalt	8	3	1	2	14															
Patientnämnden	<p>Patientnämnden hjälper patienten med information, vägledning, stöd och hjälp och fungerar som en länk i kontakterna mellan patienten och vårdgivaren.</p> <p>Vårdgivaren informeras om de synpunkter och klagomål som kommer in till patientnämnden. Därigenom bidrar patientnämndens ärenden till vårdens kvalitetsutveckling och arbetet med att förbättra patientsäkerheten.</p>	<p>Under 2022 har ett (1) ärende inkommit från patientnämnden. Frågan utreddes och utredningen visade att rutiner följts och därmed inte något behov av att skicka frågan vidare till IVO. Inga ärenden har registrerats under 2013 – 2021.</p>																		
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	<p>Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i landsting/regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas sociala omsorger.</p> <p>Det som verksamheterna registrerar är risk för undernäring, trycksår, fall och munhälsa.</p>	<p>Under 2022 har medverkan i kvalitetsregistret Senior alert fortsatt. Antalet unika personer som registrerats har ökat till 103, (2021: 71, 2020: 136, 2019: 161). Försök till omtag har gjorts och vi har kommit en bit på väg men har en lång väg kvar. Omtag</p> <p><i>OBS! 103 är antalet unika personer, antalet riskbedömningar är 148 st, kommande beräkningar gjorda på antalet riskbedömningar.</i></p> <p>Alla registrerade brukare har riskbedömts för undernäring, trycksår och fall. 93% av riskbedömningarna angav minst en risk. Vid bedömd risk ska en åtgärdsplan göras och åtgärder sättas in</p> <p>73% av de riskbedömningar som hade risker hade åtgärdsplaner och 71% hade vidtagna åtgärder. Alla brukare på särskilda boende har madrasser med tryckavlastande</p>																		

	<p>Det vänder sig till alla som bedriver vård och omsorg och som vill arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt.</p> <p>Senior alert stärker det tvärprofessionella arbetssättet och bidrar till utveckling av den förebyggande processen för de äldre.</p>	<p>funktion. Det är också en förebyggande åtgärd som inte alltid redovisats i Senior alert.</p> <p>Andelen som hade bakomliggande orsaker vid risk var 73%, utifrån bakomliggande orsaker kan åtgärder sättas in.</p> <p>Målet för nattfasta är mindre än 11 timmar. Arbete med att förkorta nattfastan på våra särskilda boenden pågår ständigt på alla enheter med hjälp av metoder i Senior Alert. Varje enhet har ett kostråd.</p> <p>Under hösten 2022 var det åter igen dags för PPM-mätning (punktprevalensmätning) för trycksår. Efter diskussion avstod vi att delta i denna då det inte var komplett med aktuella riskbedömningar på de enheter som skulle ingå.</p> <p>Redovisning för hur många brukare som hade minst ett trycksår tidigare år: 2021: 42 brukare minst ett trycksår/tryckskada (2019 51 st, 2018 41st, 2016 57st).</p> <p>172 fall är registrerade fördelat på 44 personer (2021: 147 fall fördelat på 43 personer, 2020 149 fall fördelat på 53 personer; 2019 344 fall fördelat på 59 personer).</p> <p>44 personer har ett BMI <22 (2021: 36, 2019: 48).</p> <p>42 unika personer hade minst en grad 2 vid bedömd munhälsa. Se vidare under munhälsa.</p>
<p>Samverkande sjukvård</p>	<p>Hemsjukvården har avtal med Västra Götalandsregionen angående samverkande sjukvård. Samverkansmodellen innebär att vi tillsammans tillvaratar de samlade sjukvårdsresurserna på effektivaste sätt och erbjuder rätt vård på rätt plats så nära patientens hem som möjligt.</p>	<p>Redovisning av utförda samverkansuppdrag som hemsjukvården utfört 2022, totalt 60 (ökning med 17 från 2021) uppdrag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I väntan på ambulans (IVPA) uppdrag 9 st, varav två blev avbrutet uppdrag. • Uppdrag från 1177 14 st

	<p>Samverkansuppdrag utförs mellan olika vårdgivare/verksamheter. Utbildning i behandlingsriktlinjer mm. ges av samverkande sjukvård. Hemsjukvården har två ansvariga sjuksköterskor som är länken mellan hemsjukvården och samverkande sjukvård.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uppdrag från hemtjänsten till personer utan hemsjukvård 28 st • Uppdrag från ambulansen 4 st • Uppdrag från vårdcentral/jourcentral 3 st. • Uppdrag från Närsjukvårdsteamet 0 st. • Uppdrag från trygghetslarm 2 st <p>Antalet accepterade uppdrag har ökat under 2022. Uppdragen sjuksköterskorna får från hemvården är fortsatt den största andelen av uppdragen och det är en fördel för brukaren att bedömningen kan göras snabbt och i hemmet för beslut om vidare handläggning.</p> <p>Under 2022 har ett nytt verktyg för utlarmning till i väntan på ambulans-larm tagits i bruk. En app på telefonen används i stället för särskilda telefoner.</p> <p>Under hösten 2022 togs beslut från Norra hälso- och sjukvårdsnämnden att säga upp avtalet kring samverkande sjukvård. Avtalet fortgår som tidigare under 2023 och det är oklart idag hur samverkan i denna form kommer att se ut i framtiden.</p>
<p>Munhälsa</p>	<p>Munhälsan är viktig för välbefinnande och livskvalitet. En frisk munhåla utgör basen för en god nutrition.</p> <p>För att bedöma munhälsan används ROAG (Revised Oral Assessment Guide) munbedömningsinstrument som ingår i kvalitetsregistret Senior Alert</p> <p>Alla som är berättigade till "Intyg för nödvändig tandvård", erbjuds besök av tandhygienist för en munhälsobedömning. Personalen får lära sig hur de ska sköta den</p>	<p>Alla boende på kommunens särskilda boenden har fått regelbundet munhälsobedömningar av omvårdnadspersonal samt blivit erbjudna en munhälsobedömning av tandhygienist.</p> <p>Alla i ordinärt boende, som uppfyller kriterierna för "Intyg för nödvändig tandvård" har erbjudits besök av tandhygienist för en munhälsobedömning.</p> <p>96% av de boende som har intyg för nödvändig tandvård på kommunens särskilda boenden har tackat ja till munhälsobedömning av tandhygienist. Inom LSS/enskilt område är motsvarande siffra 56%</p>

	enskildes tänder och varje enhet har munvårdsombud.	
Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	<p>Svenska palliativregistret är nationellt kvalitetsregister vars syfte är att förbättra vården för patienter i livets slutskede. Personalen besvarar ett trettiotal frågor, som avser den sista veckan i livet. Oavsett sjukdom, är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död, ska kunna känna en trygghet i att vara informerad, smärtlindrad, lindrad från övriga symtom, ordinerad läkemedel vid behov, vårdas där han/hon vill dö, inte behöver dö ensam och veta att närstående får stöd.</p>	<p>Under året registrerade Hemsjukvården 39, dödsfall till Palliativregistret varav alla var väntade dödsfall. 2021, 2020, 2019, 2018 års resultat inom parentes. Målnummer är det som Palliativa registret anger och gäller <u>väntade</u> dödsfall. Värdet i % är hämtat direkt från palliativregistret och gäller inom kommunens verksamheter (sjukhusens avdelningar borttagna).</p> <p>Erbjudit efterlevandesamtal 92,3%, 5,1% hade inga anhöriga. (2021 100%, 2020 94% 2019 100 %, 2018 98%)</p> <p>Munhälsa bedömd och dokumenterad sista levnadsveckan av sjuksköterska 56,4% Mål 90% (2021 61,7%, 2020 55% 2019 75,5% 2018 62%) Fortsatt ett område som har visat sig svårt att komma vidare med. Tas med till enhetschef för hemsjukvård för vidare arbete.</p> <p>Avliden utan förekomst av trycksår med grad 2 – 4 82,1% Mål 90% (2021 76,6% 2020 83,7% 2019 89,8% 2018 91%)</p> <p>Andelen som avlider med tryckskada har minskat vilket är positivt och arbetet med förebyggande åtgärder fortsätter.</p> <p>Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 89,7% Mål 90% (2021 91,5%, 2020 92% 2019 93,9% 2018 90,1%)</p> <p>Målen för mänsklig närvaro i dödsögonblicket är nästan uppnått.</p>

		<p>Symtom skattats med ett validerat skattningsinstrument under sista levnadsveckan 59% (2021 28% 2020 37% 2019 49%, 2018 52,4%).</p> <p>Smärta skattats med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan 79,5% Mål 100% (2021 76,6% 2020 70% 2019 73,5% 2018 81,9%)</p> <p>Skattning utgår från validerade skattningsinstrument. Resultatet för smärtskattning har förbättrats och fortsatt arbete under 2023.</p> <p>Andel med vidbehovsordination av injektionsläkemedel mot smärta 100% mål 98% (2021 97,9% 2020 100% 2019 95,9% 2018 100%)</p> <p>Lindrad från smärta. 87,2%%, 10,3% hade ingen smärta och 2,6% lindrades delvis. (2021 70,2% 2020 80,5% 2019 80,5% 2018 80,7%)</p> <p>Andel med vidbehovsordination av injektionsläkemedel mot ångest 100% mål 98% (2021 95,7% 2020 100% 2019 95,9% 2018 100%)</p> <p>Lindrad från ångest 71,8%, 23.1% hade ingen ångest, 2,6% var delvis lindrade. (2021 57,4%, 2020 77%, 2019 85,7%, 2018 89,1%)</p> <p>Lindrad från rosslig andning</p>
--	--	--

		<p>12,8% helt lindrade, 20,5% delvis lindrade, 64,1% förekom ej rosslig andning. (2021 8,5%, 2020 59%, 2019 69,6% 2018 42,8%)</p> <p>Lindrad från illamående, utav de som hade symtom 10,3% helt lindrade, 82,1% förekom ej illamående och 20,5% delvis lindrad. (2021 12,8%, 2020 75%, 2019 82,9%, 2018 62,5%)</p> <p>I de fall symtom förekommer uppnås oftast en god lindring, fortsatt arbete med symtomskattning under 2023.</p> <p>Andel patienter där dödsfallet var väntat som har ett dokumenterat brytpunktssamtal 48,7%%, andelen som saknade förmåga att delta var 41%, nej 7,7%. När kvalitetsindikator tas fram nås 89,7% och målet är 98 % så vi har kommit en god bit på väg mot målet. (2021 36,2%, andelen som saknade förmåga att delta var 40,4%, nej 21,3%. 2020 32,7%, andelen som saknade förmåga att delta var 51%, 2019 54,2% 2018 60,6%)</p> <p>Andel närstående till patienter där dödsfallet var väntat som fick ett brytpunktssamtal 2022 var 84,6% vilket är en markant ökning mot 2021 då resultatet var 61,7%. Fortsatt arbete tillsammans med andra vårdgivare att arbeta mer med brytpunktssamtal.</p> <p>Alla resultat i kvalitetsregistren analyseras av respektive arbetsplats/enhetschef samt gemensamt på sektornivå. Ansvarig sektorchef återkopplar till socialchef.</p>
<p>Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD)</p>	<p>I registret kartläggs bland annat allvarlighetsgrad av beteendemässiga och psykiska symptom och utvärdering av genomförda åtgärder. Detta utmynnar i en individuell vårdplan. För mer information, se www.bpsd.se</p>	<p>Registret används framför allt av Ängenäs särskilda boende. Under året gjordes 11 grundregistreringar och 9 uppföljningar. Antalet registreringar har ökat och det finns en vidare planering för utbildning av sjuksköterskor och personal som är aktuella för att jobba med registret. (2021: 9 registreringar)</p>

		<p>Verktuget har även använts på några personer utan att de registrerats.</p> <p>Målet att utöka antalet skattningar under 2022 är uppfyllt men vi är inte helt i mål och arbetet fortsätter.</p>
Läkemedel för äldre	<p>Socialstyrelsen har sammanställt en lista med läkemedel som bör undvikas och som har hög risk för att ge biverkningar hos äldre.</p> <p>Preparaten bör endast användas om det finns särskilda skäl för det.</p> <p>Läkemedelsbiverkningar är den största orsaken till att äldre behöver vårdas på sjukhus.</p>	<p>Öppna jämförelser för 2021 beskriver att för brukare som är 75 år och äldre på särskilt boende har 15,4% olämpliga läkemedel för äldre och 35,9% har tio eller fler läkemedel.</p> <p>För brukare i hemvården har 8,9% olämpliga läkemedel för äldre och 35,2% har tio eller fler läkemedel.</p> <p>Siffrorna något lägre än föregående år men behöver minskas ytterligare. Fortsatta arbete med läkemedelsgenomgångar och uppföljningar.</p> <p>I verksamheterna arbetar sjuksköterskor tillsammans med läkare för att få en optimal läkemedelsbehandling och i den mån det är möjligt att undvika olämpliga läkemedel till äldre. Försöker arbeta med uppföljningar för att se effekt av läkemedel och om de behövs.</p> <p>Kommunens demensboende har arbetat med genombrottsmetoden och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) under flera år för att undvika behovet av psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel. Huvudansvaret för förskrivning av läkemedel och läkemedelsgenomgång har ansvarig läkare.</p>
Hygienronder	<p>Varje enhet inom Vård och Omsorg och särskilt boende för äldre inom LSS har hygienombud. Hygienombuden får regelbunden utbildning via Vårdhygien, Västra Götalandsregionen och ska fungera</p>	<p>Under 2022, gjordes punktprevalensmätning för följsamhet till basala hygienföreskrifter på samtliga enheter. Resultatet visade god följsamhet till basala hygienrutiner. Flera hygienombud har hygien som en punkt på verksamhetens APT.</p>

	<p>som informationsspridare på enheterna. De genomför stickkontroller i basala hygienrutiner och genomför PPM, punktprevalensmätningar.</p>	<p>Under hösten 2022 gjordes försök till egenkontroll för hygien/städrutiner men med ett klen gensvar. Kommer att läggas mer fokus på egenkontroll av hygien under 2023. Fortsatt har Covid-19 påverkat våra hygienrutiner under året med framför allt vilken skyddsutrustning som ska användas.</p>
Patientsäkerhets-kultur	<p>Mätning av patientsäkerhet görs genom personalens självskattning. Enkät är framtagen av Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston USA och är omarbetad för den kommunala sektorn av Qulturum (Region Jönköpings län). Enkäten består av tio påståenden som värderas 1 – 5 där 5 är det mest positiva värdet.</p>	<p>Under 2022 har ingen mätning gjorts. Kommer göras under 2023.</p>
Informations-överföring	<p>För att kunna ge en god och säker vård krävs att kommunikationen är effektiv och säker.</p> <p>Informationsöverföringsrutin finns för information mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal samt mellan sjuksköterskor och apotek.</p> <p>Informationsöverföring vid samordnad vårdplanering med Västra Götalandsregionens verksamheter sker via IT stödet SAMSA.</p> <p>SBAR är ett verktyg för en säkrare kommunikation i vården och står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. För mer information, se www.skl.se/patientsakerhet.</p>	<p>Informationsöverföringen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal upplevs ibland tungarbetat då de inte arbetar i samma system. På det stora hela fungerar kommunikationen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal bra. Under året har samtliga enheter fått tillgång till att omsorgspersonal skriver anteckningar som rör hälso- och sjukvård i Lifecare/PROCAPITA. Det innebär att dokumentationen nu är helt digital inom HSL.</p> <p>Informationsöverföringen mellan sjuksköterska och apotek fungerar bra.</p> <p>SIP, Samordnad individuell planering med delat vårdansvar används mer, det kan dock uppstå tveksamheter om vem som ska göra vad. Under 2022 har arbete påbörjats med att förbättra arbetet med SIP och för att få en tydlig struktur. Fortsatt arbete behövs med området.</p>

		<p>Millenium opiton 1 ska införas, dock har vi inget exakt datum för införande (Framtidens Vårdinformativ Miljö). Fortfarande finns inget klart startdatum för Millenium. Det som står klart är att option 1 är den enda som kommer att implementeras.</p> <p>Förberedelser har pågått under 2022 för att implementera Lifecare HSL under första kvartalet av 2023. Arbetet påbörjades även med att förbereda för att implementera avvikelsemodulen i Lifecare, denna beräknas komma igång i andra kvartalet 2023.</p>
<p>Brukarenkät äldreomsorgen</p>	<p>Socialstyrelsen undersöker varje år hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. Resultatet samlas rapporten "<i>Vad tycker äldre om äldreomsorgen 2022</i>".</p>	<p>Sammanfattningsvis kan sägas att de äldre i Melleruds kommun är nöjda med insatser från hemvården. Inom många områden ligger Mellerud i framkant bredvid jämförelsekommunerna.</p> <p>Gällande svar från de särskilda boende får kommunen ett blandat resultat med både positiv och negativ utveckling. Bland de positiva resultaten kan lyftas fram att kommunen bland annat får toppresultat i att känna trygghet på sitt särskilda boende. Det är en positiv utveckling av att inte uppleva ensamhet och en minskad ängslan, oro och ångest.</p> <p>I många frågor har kommunen en negativ utveckling. En del frågor kan direkt kopplas till pandemin som har begränsat på många olika sätt och i många olika dimensioner. Till viss del kan det negativa resultatet bero på det låga antalet svarande på enkäten.</p> <p>Bedömning av hemtjänsten/särskilt boende i sin helhet</p> <p>Andel som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten/sitt särskilda boende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänst 96% (2021: 97%)

		<ul style="list-style-type: none"> • Särskilt boende 78% (2021: 87%) <p>Tillräckligt med tid Andel äldre som svarat positivt på frågan om personalen har tillräckligt med tid till att utföra sitt arbete.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänsten alltid eller oftast 89% (2021: 95%) • Särskilt boende alltid eller oftast 54% (2021: 84%) <p>Hur hjälpen utförs Andel äldre som svarat positivt på frågan om personal tar hänsyn till deras önskemål om hur hjälpen ska utföras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänsten alltid eller oftast 95% (2021: 94%) • Särskilt boende alltid eller oftast 92% (2021: 75%) <p>Besväras av ensamhet Andelen äldre som svarat nej på frågan om de besväras av ensamhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänst 50% (2021: 49%) • Särskilt boende 33% (2021: 17%) <p>Brukarenkät för hemsjukvård utfördes ej under 2022, kommer utföras under 2023.</p>
<p>Brukarenkät funktionsnedsättning</p>	<p>Socialstyrelsen undersöker sedan 2016 varje år hur brukare med funktionsnedsättning uppfattar omsorgen. Undersökningen genomförs inom socialpsykiatri och LSS verksamheter.</p>	<p>Brukarenkäten för personer med funktionsnedsättning visar att.</p> <p>Brukare i LSS-gruppboende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% uppger att de får den hjälp de vill ha. (2021: 100%) • 71% uppger att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga i hemmet. (2021: 89%) <p>Brukare i LSS-searviceboende</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • 74% uppger att de får den hjälp de vill ha. (2021: 70%) • 89% uppger att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga i hemmet. (2021: 95%)
Planeringsmöten	På alla vårdenheter har sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och övrig vårdpersonal regelbundna vårdplaneringsmöten. På dessa möten planeras individuella vårdinsatser På team-möten diskuteras resultat och åtgärder utifrån kvalitetsregister.	Alla vårdenheter har möten men i olika former och olika ofta beroende på verksamhetens art. Kvaliteten har varierat beroende på verksamheternas belastning. Under 2022 har dessa möten återupptagits och utförs regelbundet som innan pandemin.
Kompetens och bemanning	<p>Kompetens- och utvecklingsplaner ska utgå från verksamhetens behov för att kunna ge en god och säker vård.</p> <p>Sjuksköterskegruppen har förutom grundutbildningen extra högskolepoäng inom respektive specialområden så som diabetes, palliativ vård, handledning i verksamhetsförlagd utbildning, förskrivning av inkontinensprodukter m.m.</p> <p>I stort sett all vidareanställd personal inom vård och omsorg har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet.</p> <p>I stort sett all personal inom Stöd och service har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet med inriktning mot funktionshinderområdet.</p> <p>Inom Individ- och familjeomsorgen har personalen den utbildning som krävs för uppgiften.</p>	<p>VÅRD & OMSORG, STÖD & SERVICE Utbildningar som genomförts har utgått från kompetens- och utvecklingsplaner</p> <p>Förutom längre utbildningar har verksamheterna genomfört ett flertal utbildningstillfällen utifrån verksamheternas behov så som HLR utbildning, förflyttningutbildning och delegeringsutbildning.</p> <p>Hemsjukvården Utbildning har genomförts inom områdena</p> <ul style="list-style-type: none"> • En medarbetare fortsatt sin distriktssköterskeutbildning som finansieras av arbetsgivaren, klar med utbildningen januari 23. • Handledarutbildning för en medarbetare. • Två medarbetare har gått utbildning i sårvård. • Två medarbetare har gått utbildning för att kunna förskriva inkontinensprodukter. • En medarbetare har gått utbildning för att kunna förskriva vissa läkemedel. • En medarbetare har påbörjat specialistutbildning mot vård av äldre. • Demenssjuksköterskan har gått utbildning för att kunna utbilda i BPSD-bedömningar.

		<ul style="list-style-type: none"> • Nätverksträffar har till viss del fortsatt men har tyvärr fått prioriteras bort när arbetsbelastningen blir för hög. <p>Vård och omsorg, sammanfattning av de olika verksamheterna</p> <ul style="list-style-type: none"> • BPSD-utbildningar • Utbildning av USK, både grundutbildning och specialistutbildning inom äldreomsorgslyftet. • Hygienombudsträffar. • Språkförstärkt utbildning. • Delegeringsutbildningar • En chef gått högskoleutbildning "omvårdnad vid demens och psykisk ohälsa hos äldre" • Interna utbildningar om makt och bemötande • Intern utbildning om lex Sarah och skydds- och frihetsinskränkande åtgärder. Arbetet har påbörjats 2022 och kommer fortsätta 2023 • Intern utbildning i dokumentation, arbetet kommer att fortsätta under 2023. <p>Kommunrehab</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbetsterapeut gått utbildning i rehabilitering hand <p>Stöd och service</p> <p>Utbildning har genomförts inom områdena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interna utbildningar om makt och bemötande <p>Individ- och familjeomsorg, IFO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utifrån individuella kompetensplaner. <p>Socialförvaltningen</p> <ul style="list-style-type: none"> • En medarbetare har fortsatt sina doktorandstudier som tredjepartsdoktorand på Högskolan Väst.
--	--	--

Introduktion	Alla verksamheter har ett introduktionsprogram, som utarbetats av enhets- och sektorchefer.	All ny personal har genomgått introduktionsprogram.
Kommunrehab	För att skapa en god grund och stärka kvaliteten kring det rehabiliterande arbetet hålls utbildningar av både legitimerad och icke legitimerad personal. All personal går grund- och påbyggnadsutbildning i förflyttningsteknik för att förflytta brukare på ett tryggt och säkert sätt. Alla som arbetar med personlyft och lyftselar går även en utbildning för detta.	<p>Under 2022 var det</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 tillfällen med sommarutbildning för förflyttning/lyftar och selar. • 6 kortutbildningar (för vikarier) • 4 grundutbildningar (TV anställda och vikariat anställda) • Haft utbildning för rehabombuden. • Haft en rehabombudsträff. • Korttidsenheterna har haft uppföljande utbildningar kring förflyttning, lyftar och selar. Utbildning i rehabiliterande förhållningssätt. • Riktade insatser till enheter där det har varit behov.
Delegering	Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Bland annat former för hur utbildning och kunskapskontroll före delegering, ska genomföras.	All personal som ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatser med delegering har genomgått utbildning med kunskapskontroll. Under 2020 förändrades rutinen för delegering och ställdes om till digital utbildning med digitala test. Efter utvärdering visade att den behövde förändras vilket implementerades 2022. De digitala utbildningarna blev fysiska och återgång till skriftliga test direkt efter utbildning för att stärka kvalitén på utbildning och test. Vid den årliga förlängningen av delegeringen återgick det till områdesansvarig sjuksköterska att hålla i utbildningen. Även de skriftliga testen uppdateras årligen för att säkerställa en variation i frågorna. Utvärderingen av förändringen visar på att det var en klar förbättring än det som var tidigare, uppskattas av omsorgspersonal och sjuksköterskor.
Dokumentation	Alla enheter ska ha en dokumentation som uppfyller de krav som ställs enligt lagar och föreskrifter.	Alla enheter har infört digitala genomförandeplaner.

		<p>KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) används i dokumentationen.</p> <p>Individens behov i centrum (IBIC) används vid dokumentation av omsorgspersonal.</p> <p>Rutin har skapats för den sociala dokumentationen, arbete har påbörjats med att uppdatera rutinen kring HSL-dokumentation.</p> <p>Journalgranskning har genomförts där totalt 89 journaler har granskats. Det motsvarar 15% av kommunens journaler inom SoL området äldreomsorg och ESS, enheten för stöd och service. Inom äldreomsorgen granskas 72 journaler vilket motsvarar 13,6% och inom ESS 17 journaler vilket motsvarar 36%. Granskningen visar varierande utvecklingsområden i olika verksamheter. Granskningen består i stickprovskontroller på varje enhet.</p> <p>Sammanfattningsvis kan sägas att ESS, enheten för stöd och service, generellt kommit långt i att dokumentera ur ett brukarperspektiv och i att göra brukaren delaktig. Inom Stöd och Service finns stödpedagoger med inriktning LSS tillgängliga att stötta personal. Inom äldreomsorgen finns sjuksköterskor nära omsorgspersonalen och det skulle kunna vara en förklaring till att personal inom äldreomsorg i högre grad dokumenterar ur ett hsl-perspektiv. Inom äldreomsorgen finns dokumentationsombud, men även de behöver stöttning och vägledning i arbetet och att få lyfta sina tankar kring den sociala dokumentationen för att kunna vägleda personalen.</p> <p>Efter granskning av stickprovskontroll av journaler ser undertecknad ett behov av att utveckla kunskapen hos personal i att hålla ett SoL – perspektiv i dokumentationen. Att beskriva vad som sker, vad görs åt det och hur det har</p>
--	--	---

		<p>fungerat. Då ska fokus vara på omvårdnadsåtgärder och inte att ett visst beteende renderar i ett vid behovsläkemedel som ger god effekt.</p> <p>Vidare behövs en utveckling i att skriva</p>
Datastöd	<p>Procapita är ett journalsystem för hela Socialförvaltningen.</p> <p>Lifecare mobil omsorg (LMO). Mobilfunktionalitet för SOL uppdrag och dokumentation.</p> <p>SAMSA är ett IT stöd för Samordnad vårdplanering (SVPL) mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna. Gäller för alla med kommunala insatser enligt SOL, LSS eller HSL.</p> <p>PASCAL är ett ordinationsverktyg för läkare, sjuksköterskor och apotekare.</p> <p>Lifecare planering ett IT stöd för planering av Hemvårdens SoL insatser och delegerade HSL insatser.</p> <p>MCSS Digitala signeringslistor är ett verktyg främst för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser med påminnelsefunktion men kan även användas för andra planerade insatser. I systemet finns även ett delegeringsverktyg, narkotikakontroll, kalenderfunktion och möjlighet till uppföljning.</p>	<p>Fortsatt arbete med att skicka beställningar mellan handläggare och utförare via Procapita/Lifecare.</p> <p>Dokumenatationsverktyget lifecare används på samtliga enheter utom hemsjukvården som implementerar Lifecare HSL under våren 2023. Arbetet med att förbereda för avvikelsemodule i Lifecare har påbörjats. Implementering sker under första kvartalet. Skarpt läge från och med april 2023.</p> <p>All legitimerad personal arbetar i Procapita och sjuksköterskorna även i PASCAL.</p> <p>Planeringsstödet Lifecare planering används av Hemvården. Ett digitalt verktyg för att klara planeringen har varit nödvändigt för Hemvården.</p> <p>Alla enheter arbetar med MCSS (digitala signeringslistor), som det ser ut nu kommer MCSS att användas fortsatt då delegeringsmodulen i Lifecare HSL inte uppfyller det som önskas.</p> <p>Under året kom beslut om att Svevac (verktyg för att registrerar vaccinationer) skulle tas ur bruk. Tidsfristen var kort och kommunen behövde ta hand om de journaler som de hade i systemet. Det är ännu inte klart med var slutförvaring ska ske av dessa journaler.</p> <p>En utmaning med att inte ha tillgång till Svevac är att några vaccinationer måste rapporteras till nationella vaccinationsregistret (NVR), än är det inte klart om det kan tankas över från kommande journalsystem och till dess</p>

		behöver vi en annan lösning. Tanken är att sjuksköterskorna själva rapporterar till NVR, planeras under första kvartalet 2023.
Nationell Patient Översikt (NPÖ)	<p>NPÖ är en IT tjänst som gör det möjligt för en vårdgivare att ta del av annan vårdgivares patientjournal förutsatt att</p> <ul style="list-style-type: none"> • det finns en aktuell patientrelation • informationen har betydelse för vården • patienten fått information • patienten lämnat sitt samtycke <p>Syftet är ökad vårdkvalitet, ökad patientsäkerhet, ökad effektivitet och ökat inflytande från patienten.</p>	Användningen av NPÖ fortsätter som tidigare och underlättar informationsöverföringen från regionen till kommunen.
Individ- och familjeomsorg	Egenkontroller görs nu enligt planering.	<p>Under 2022 har arbetet med egengranskning och egenkontroller fortgått. Kontroller och uppföljningar finns inplanerat årligen.</p> <p>Implementerat gemensam individuell plan (GIP) för en tydlighet kring planering där personer har mer än en insats från kommunen.</p>

7. Utvecklingsområden för 2023- 2024

Under 2023 kommer förvaltningen sätta kvalitetsledningssystemet i drift och på så vis få ett strukturerat och systematiskt sätt via kvalitet leda verksamheten.

Övriga utvecklingsområden under 2023 är:

- Införande och implementering av avvikelsemodul som hanterar både SoL- och HSL avvikelser
- Rutiner för avvikelshantering kommer tas fram för SoL och revideras för HSL
- SAS planerar att starta upp träffar med dokumentationsombud två gånger årligen
- Utbildning av personal inom äldreomsorg gällande lex Sarah och skydds- och frihetsinskränkande åtgärder
- Implementering av fast omsorgskontakt inom hemtjänst förväntas öka kvalitet och kontinuitet
- IFO kommer starta upp med återkommande utbildningstillfällen inom LVU och LVM
- Fortsätta utveckla användandet av kvalitetsregister, öppna jämförelser och analys av resultat.
- Digital färdplan.
- Fortsatt arbete med införande av SOSFS 2011:9 i verksamhetssystemet stratsys
- Egenkontroll följsamhet basala hygienrutiner och hygienronder.
- FVM option 1 (när det blir aktuellt)
- Arbete med implementering och uppstart av verksamhetssystem IFO och HSL.
- Fortsatt arbete med omtag i sådant som varit vilande/varit bortprioriterat under pandemin i Covid-19.
- Handlingsplan patientsäkerhet
- Personcentrerad vård, arbete inom HSL.