



**MELLERUDS
KOMMUN**
Socialförvaltningen

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2021

2022-03-01
Tanja Mattson
Socialchef

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Övergripande mål och strategier.....	6
2. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	9
3. Samverkan	11
4. Risk- och händelseanalys	13
5. Avvikelse, synpunkter och klagomål	14
6. Redovisning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och egenkontroll/resultat	16
7. Utvecklingsområden för 2020 - 2021	33

Bilagor

Sammanfattning

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

Vårdgivaren ska upprätta en årlig 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 2021 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
- Aktivt medarbetarskap
- Lifecare mobil omsorg
- 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
- PPM, punktprevalensmätning för trycksår.
- Rapporter i det egna avvikelssystemet.

Under 2021:

- Rapporterades 28 händelser enligt Lex Sarah.
- Anmäldes ingen (0) händelse enligt Lex Maria. 1 händelse är anmäld som negativ händelse och tillbud med medicinskteknisk produkt.
- Rapporterades 137 läkemedelsavvikelser.
- Rapporterades cirka 15 avvikelser gällande narkotikabrist.
- Rapporterades 9 fall med skada som följd.

- Inkom 15 synpunkter och klagomål till förvaltningen.

48 väntade dödsfall har registrerats i Palliativregistret.

I kvalitetsregistret Senior alert registrerades 71 unika brukare som har riskbedömts för undernäring, trycksår och fall.

Under året har sjuksköterskor på hemsjukvården och medicinskt ansvarig sjuksköterska arbetat med att ta fram förvaltningsövergripande rutiner för palliativ vård, diabetesvård och vård vid blåsdysfunktion.

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 59%. På samtliga boenden finns det munvårdsombud som regelbundet gör munhälsobedömningar.

Enligt Socialstyrelsens brukarenkät var 97 % av brukarna i hemtjänsten och 87 % i särskilda boenden sammantaget mycket nöjda eller ganska nöjda med hemtjänsten/sitt särskilda boende.

Korttidsenheten har flyttat från lokalerna på Bergs till nyrenoverade lokaler på Fagrelid, två avdelningar har skapats på korttiden. En avdelning för rehabilitering och en avdelning för personer med demensdiagnos som har behov av korttidsplats och växelvård.

Rehabenheten har flyttat från de gamla lokalerna på Bergs till Fagerlid. De har då även fått träningskök, nya tränings- och utbildningslokaler. De nya lokalerna underlättar arbetet för personal som arbetar på rehabenheten.

Pandemin med Covid-19 har fortsatt under 2021 och har påverkat arbetet i våra enheter. Personal har fått anpassa sig till att använda skyddsutrustning i det dagliga arbetet, vilken utrustning som har använts har varierat lite över tid men i stort sett har munskydd alltid använts i det patientnära arbetet, visir har använts under större delen av tiden men har i en period varit borttaget. Vid årsskiftet 21/22 sköljde våg fyra av Covid-19 över oss och visir lades till som obligatorisk skyddsutrustning.

För att minska risken för smitta mellan personal har en rutin tagits fram om hur personal bör åka tillsammans i bilar och vilken skyddsutrustning som bör användas. I perioder har det också varit begränsat i hur många som får vistas tillsammans i kontor, samlingslokaler och fikarum, allt för att minska smittspridningen. För chefer har det varit en utmaning i att motivera personal till att använda korrekt skyddsutrustning på ett korrekt sätt.

I januari 2021 påbörjades arbetet med att vaccinera våra brukare mot Covid-19, de som bodde på särskilda boende var prioriterade i första hand och sedan de i ordinärt boende. Prioriteringsordningen var bestämd från Folkhälsomyndigheten. Från början var det klart att två doser behövdes med ett visst intervall. Arbetet med att hastigt ta fram rutiner kring vaccinationsförfarandet och hur vaccinet skulle hanteras var digert. Tillgången på vaccin var också osäker. Vaccination med dos ett och två utfördes januari-mars 2021. Under våren och

sommaren minskade smittan vilket också stämmer överens med att viruset för Covid-19 trivs bäst under vintermånaderna. En relativt lugn sommar vad gäller Covid-19 men i september när arbetet med säsongsinfluensan låg i startgroparna kom direktiv att dos tre med vaccin mot Covid-19 skulle påbörjas enligt prioriteringsordning. Under året som gått med Covid-19 har viruset för influensa trängts undan och myndigheterna var bekymrade över att den kommande influensasäsongen skulle slå hårt mot de boende på särskilt boende. Därför rekommenderades ett högdosvaccin mot influensa för dessa brukare. Vaccinationerna flöt på och utfördes inom rimlig tid.

I spåren av Covid-19 kommer smittspårningar bland brukare och personal, vid positivt PCR-test ska en smittspårning initieras. Vid en smittspårning inom verksamheterna är det chefens ansvar att kartlägga vilka som ska ingå i smittspårningen, både brukare och personal. Provtagning sker sedan enligt rutin. Alla smittspårningar har gått via medicinskt ansvarig sjuksköterska som haft ansvaret för kontakt med smittskyddsenheten och Närhälsan. Det har också följt med att kommunen har en egen organisation för provtagning av personal inom verksamheter. För våra brukare har vi samarbetat med Närhälsan. Samarbetet med Närhälsan har flutit på bra och det har varit tydligt vem som gör vad.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har varit länken mellan kommunen och regionen i samverkansarbetet. Regionen och då framför allt smittskydd och vårdhygien tar fram de rutiner som vi grundar vårt arbete på. En ändring i regionens rutiner kan generera flera ändringar i våra egna rutiner. Samarbetet i förvaltningen har förflutit väl utifrån rutinerna och vi har forum där vi förmedlar information vidare.

Under året har också arbete påbörjats med samarbetet med Bengtsfors kommun på det sociala området.

Utvecklingsområde för 2022 - 2023 är:

- Fortsatt arbete med säkrare dokumentation, planering och informationsöverföring med hjälp av IT baserat dokumentations- och planeringssystem i alla verksamheter, Lifecare.
- Fortsätta utveckla användandet av kvalitetsregister, öppna jämförelser och analys av resultat.
- Digital färdplan under 2022 - 2023.
- Fortsatt arbete med SOSFS 2011:9 i verksamhetssystemet stratsys. Upprätta rutiner som krävs enligt lagkravlista.
- Åtgärdslista utifrån resultat av analys öppna jämförelser.
- Fortsatt arbete med egen granskning inom IFO.
- FVM option 1 (förarbete)
- Implementering av verksamhetssystem för IFO och HSL.
- Rekrytering av socialt ansvarig samordnare (SAS)
- Omställning till god och nära vård.

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.

Se Kommunfullmäktige, nämndens och förvaltningens mål nedan. Utdrag gjorts från Stratsys.










Kommunfullmäktiges mål för 2019 – 2023

1. Tar ansvar för vår livsmiljö, arbetar förebyggande och värnar förutsättningarna för ett gott liv i ett socialt, ekonomiskt och miljömässigt perspektiv
2. Är välkomnande och inbjuder till medskapande – internt och externt – för en utvecklad samhällsservice och ökad attraktivitet
3. Främjar företagsamhet, företagande och föreningsliv

Socialnämndens verksamhetsmål för 2022:

1. Medarbetarnas trivsel och nöjdhet ska öka
2. Sociala områdets övergripande processer ska vara tydliga
3. Sociala området ska ha väl fungerande bemanningsprocesser

Socialnämndens mål och uppfyllelse av mål 2021

Fullmäktigemål	Nämndsmål	Nyckeltal
Främjar företagsamhet, företagande och föreningsliv.	Minska ensamhetsproblematiken.  Målet uppfyllt	 Antal enheter som vidtagit en åtgärd.
	Verksamheten tar tillvara lokala företag och föreningars erfarenhet och kompetens för att upprätta en god verksamhet och kvalitet genom att samverka.  Målet delvis uppfyllt	 Antal brukare som har daglig verksamhet ska öka  Antal personer med försörjningsstöd ska ha ökade AME-insatser.
Tar ansvar för vår livsmiljö, arbetar förebyggande och värnar förutsättningarna för ett gott liv i ett socialt, ekonomiskt och miljömässigt perspektiv.	Brukare ska ha en aktiv och meningsfull tillvaro där de upplever trygghet och självständighet.  Målet uppfyllt	 Antal enheter som har vidtagit åtgärd för att öka brukarens trygghet, självständighet och delaktighet.
	Verksamheten ska vara rättssäker med rätt kvalitet utifrån en hållbar social, ekonomisk, miljömässigt och arbetsmiljömässigt perspektiv.  Målet uppfyllt	 Minskade kostnader för köpt vård  Personalkostnaderna ska rymmas inom tilldelad budget.

Är välkomnande och inbjuder till medskapande - internt och externt - för en utvecklande samhällsservice och ökad attraktivitet	Chefer och medarbetare ska tillsammans ta ansvar för en god och kreativ arbetsmiljö.  Målet delvis uppfyllt	 Antal arbetsgrupper ska ha/haft Tufvesson workshop.
	Verksamheten ska säkerställa en god service och delaktighet 	 Antal genomförda aktiviteter utifrån tillgänglighetsplanen.  Antal genomförda brukarråd.

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.

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 sluten 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 Folk tandvården.
- 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 Dalshands kommuner och inom Fyrbodalen. Det är nätverk för äldreomsorgschefer, socialchefer, arbetsterapeuter, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer HSL/Rehab, e-hälsa, palliativ vård, diabetes m.m.
- Dalshands 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 öppenvård psykiatri, 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 omsorgs 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 former i den mån det är möjligt under pandemin med Covid-19.
- Demenssjuksköterska finns i kommunen.
- Under 2021 har mötesplatser startats upp 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.

Riskanalyser 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 2021.
- Redovisning av inkomna lex Sarah rapporter 2021
- Redovisning av synpunkter och klagomål inkomna inom socialnämndens verksamhetsområde 2021.
- Öppna jämförelser 2021
- Nationella kvalitetsregister (senior alert, palliativregistret, BPSD mm.)
- Procapita
- Kompetensutvecklingsplaner
- Samverkande sjukvård

Områden för kvalitet- & patientsäkerhet	Beskrivning	Resultat 2021
Kvalitetsledningssystem	<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 påbörjats och fortgår. 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.</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>Avvikelser</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 2021 inkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 137 st hälso- & sjukvårdsavvikelser (2020: 76, 2019 242 st, 2016 223st, 2015 184st, 2014 212st). 55 av dessa berörde att delegerad personal inte signerat uppgiften som utförts, 33 berörde bortglömd insats och de övriga handlade om andra avvikelser från rutiner. Alla händelser analyseras på enheten. MAS beslutar om fördjupad händelseanalys. Varje år tas nya rutiner fram eller befintliga rutiner förbättras utifrån analys av rapporter. • Cirka 15 rapporter om svinn av narkotika som inte kan förklaras. Det handlar oftast om enstaka tabletter och ligger på samma nivå som 2020. men är en klar ökning från föregående år som då endast hade 3 rapporterade händelser med svinn av narkotika som inte kan förklaras. (2020: 16; 2019: 3) • 9 fall med skada som följd har rapporterats (2020, 6 2019, 9 st, 2016 20st, 2015 24st, 2014 31st). Dock kommer inte alla rapporter in kring fall med skada vilket vi behöver jobba på kommande år. Totalt 147 fall har registrerats i Senior alert. Alla analyserades på enheten enligt Senior alerts metod. • Ingen avvikelse för medicintekniska produkter har anmälts (2020 1 st, 2019 1 st 2016 1st, 2015 0st, 2014 3st). Tillverkaren och leverantör meddelades via händelserapport. • Inga rapporter har skickats från regionen till kommunen (2020, 2) dessa rapporter ska skickas när rutinen inte följts och troligen har den höga arbetsbelastningen i regionen bidragit till att inte rapporter skrivits. • Under 2021 skickades 47 (2020; 10) avvikelse rapporter gällande händelser inom Västra Götalandsregionen verksamheter till Västra Götalandsregionen.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Det är framför allt avvikelser i samband med samordnad vårdplanering och utskrivning som rapporterats. Det handlar om mediciner som inte skickats med eller att läkare inte har informerat patient/anhörig om diagnos eller tagit ställning till vårdnivå. • Det finns ett stort mörkertal då sjuksköterskorna inte alltid prioriterar att skriva avvikelserapporter på grund av hög arbetsbelastning. • Avvikelseverktyget medcontrol är en digital plattform för avvikelser till 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.
Kvalitetsgranskning av läkemedels-hanteringen	Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen görs varje år. En extern apotekare granskar hela läkemedelshanteringen inom utvalda enheter utifrån gällande föreskrifter.	Under 2021 genomfördes ingen läkemedelsgranskning.
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.	<p>15 synpunkter och klagomål har inkommit under året varav fem har kommit via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2020: 14, 2019: 9, 2016:7, 2015:7, 2014:15).</p> <p>15 synpunkter/klagomål har från allmänheten inkommit under 2021. Varav 6 riktade till vård och omsorg. 4 individ- och familjeomsorgen. 3 stöd och service. Samt 2 mer övergripande gällande information och hemsidan.</p> <p>5 klagomål har inkommit via IVO. Varav de flesta även ställda direkt till förvaltningen, således inga nya ärenden.</p> <p>Analysen har inte identifierat några gemensamma orsaker till synpunkterna/klagomålen.</p>

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.	Under 2021 rapporterades 28 händelser enligt Lex Sarah (2020: 2). 17 utredningar är avslutade och 5 pågår. Av dessa 17 utredningar har 10 missförhållanden konstaterats. Brist i utförande av insats är den vanligaste förekommande orsaken. Ingen av dessa har bedömts som allvarliga och därmed har ingen av dem skickats till IVO. Anledningen till att det inte är lika många utredningar som rapporter är för att en utredning ibland infattar flera rapporter kring samma missförhållande eller risk för missförhållande.
Patientnämnden	Patientnämnden hjälper patienten med information, vägledning, stöd och hjälp och fungerar som en länk i kontakterna mellan patienten och vårdgivaren. 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.	Inga ärenden har registrerats under 2013 – 2021.
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	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.	Under 2021 har medverkan i kvalitetsregistret Senior alert fortsatt. Antalet brukare som registrerats har minskat till 71, (2020 136; 2019 161). En förklaring till detta kan vara att det förändrade arbetet utifrån pandemin med covid-19. Det har inte funnits tid och resurser till bedömning och registrering. <i>OBS! 71 är antalet unika personer, antalet riskbedömningar är 114 st, kommande beräkningar gjorda på antalet riskbedömningar.</i> Alla registrerade brukare har riskbedömts för undernäring, trycksår och fall. 91% av riskbedömningarna angav minst en risk. Vid bedömd risk ska en åtgärdsplan göras och åtgärder sättas in. Målvärdet är 75 – 100%.

	<p>Det som verksamheterna registrerar är risk för undernäring, trycksår, fall och munhälsa.</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>För mer information, se www.lj.se/senioralert</p>	<p>94% av de riskbedömningar som hade risker hade åtgärdsplaner och 86% hade vidtagna åtgärder. Alla brukare på särskilda boende har madrasser med tryckavlastande funktion. Det är också en förebyggande åtgärd som inte alltid redovisats i Senior alert.</p> <p>För bakomliggande orsaker var det 88%.</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>Alla särskilda boenden inom Vård och omsorg deltog i Senior Alerts PPM (punktprevalensmätning) för trycksår. Enligt registreringen i Senior alert hade 42 brukare minst ett trycksår/tryckskada (2019 51 st, 2018 41st, 2016 57st).</p> <p>147 fall är registrerade fördelat på 43 personer (2020 149 fall fördelat på 53 personer; 2019 344 fall fördelat på 59 personer).</p> <p>36 personer har ett BMI <22 (2019 48 personer).</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. Samverkansuppdrag utförs mellan olika vårdgivare/verksamheter. Utbildning i behandlingsriktlinjer mm. ges av samverkande sjukvård.</p>	<p>Redovisning av utförda samverkansuppdrag som hemsjukvården utfört 2021, totalt 43 uppdrag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I väntan på ambulans (IVPA) uppdrag 7 st, varav ett avbrutet uppdrag. • Uppdrag från 1177 8 st • Uppdrag från hemtjänsten till personer utan hemsjukvård 21 st • Uppdrag från ambulansen 2 st • Uppdrag från vårdcentral/jourcentral 1 st. • Uppdrag från Närsjukvårdsteamet 1 st. • Uppdrag från trygghetslarm 3 st <p>Antalet accepterade uppdrag har minskat under 2021 vilket kan härledas till en ökad arbetsbelastning för de som kan utföra uppdrag samt arbetet med Covid 19. Uppdragen sjuksköterskorna får från hemvården är den</p>

	Hemsjukvården har två ansvariga sjuksköterskor.	största andelen av uppdragen och det är en fördel för brukaren att bedömningen kan göras snabbt och i hemmet för beslut om vidare handläggning.
Munhälsa	<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 enskildes tänder och varje enhet har munvårdsombud.</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 59%</p>
Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	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,	<p>Under året registrerade Hemsjukvården 51, dödsfall till Palliativregistret varav 48 väntade dödsfall. 2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015 års resultat inom parentes. Målresultat 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 2021 100%. (2020 94% 2019 100 %, 2018 98%, 2017 100%, 2016 95,5%, 2015 100%)</p> <p>Munhälsa bedömd och dokumenterad sista levnadsveckan av sjuksköterska 2021 61,7% Mål 90%</p>

	<p>inte behöver dö ensam och veta att närstående får stöd.</p> <p>Både regionens och kommunernas verksamheter ska registrera och resultatet presenteras gemensamt.</p> <p>För mer information, se http://palliativ.se/</p>	<p>(2020 55% 2019 75,5% 2018 62%, 2017 69,1%, 2016 75,0%, 2015 70,2%)</p> <p>Avliden utan förekomst av trycksår med grad 2 – 4 2021 76,6% Mål 90% (2020 83,7% 2019 89,8% 2018 91,8%, 2017 91,2% 2016 90,9%, 2015 91,5%)</p> <p>Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 2021 91,5% Mål 90% (2020 92% 2019 93,9% 2018 90,1%, 2017 92,6%, 2016 97,7 %, 2015 93,6 %)</p> <p>Målen för mänsklig närvaro i dödsögonblicket är uppnått. Andelen som får sin munhälsa bedömd och dokumenterad har ökat men målet uppnås inte. På särskilt boende bedöms munhälsan regelbundet av personal på enheten men den dokumenteras i inte så att den syns i HSL-journal för sjuksköterska. Andelen som avlider med tryckskada ökar tyvärr även om vi har ett bra arbete kring förebyggande åtgärder. Fortsatt behövs mer fokus på områdena munhälsa och förekomsten av trycksår.</p> <p>Symtom skattats med ett validerat skattningsinstrument under sista levnadsveckan 2021 28% (2020 37% 2019 49%, 2018 52,4%, 2017 38,2%, 2016 33,3%).</p> <p>Smärta skattats med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan 2021 76,6% Mål 100% (2020 70% 2019 73,5% 2018 81,9%, 2017 60,3% 2016 61,4%, 2015 42,6%)</p> <p>Skattning utgår från validerade skattningsinstrument. Resultatet för smärtskattning har förbättrats men behöver arbetas med under 2022.</p>
--	---	--

		<p>Andel med vidbehovsordination av injektionsläkemedel mot smärta 2021 97,9% mål 98% (2020 100% 2019 95,9% 2018 100%, 2017 97,1% 2016 98,2%)</p> <p>Lindrad från smärta. 2021 70,2%, 17% hade ingen smärta och 12,8% lindrades delvis. (2020 80,5% 2019 80,5% 2018 80,7%, 2017 88,2%, 2016 90,9%, 2015 93,6%)</p> <p>Andel med vidbehovsordination av injektionsläkemedel mot ångest 2021 95,7 mål 98% (2020 100% 2019 95,9% 2018 100%, 2017 97,1%, 2016 98,2%)</p> <p>Lindrad från ångest 2021 57,4%, 29,8% hade ingen ångest, 10,6% var delvis lindrade, för 2,1% fanns ingen uppgift. (2020 77%, 2019 85,7%, 2018 89,1% 2017 86,8%, 2016 81,8%, 2015 87,2%)</p> <p>Lindrad från rosslig andning 2021 8,5% helt lindrade, 10,6% delvis lindrade, 2,1% ej lindrade, 76,6% förekom ej rosslig andning och 2,1% vet ej. (2020 59%, 2019 69,6% 2018 42,8%, 2017 67,6%, 2016 72,7 %, 2015 70,2 %)</p> <p>Lindrad från illamående, utav de som hade symtom 2021 12,8% helt lindrade, 72,3% förekom ej illamående och 14,9% vet ej. (2020 75%, 2019 82,9%, 2018 62,5%, 2017 76,5%, 2016 77,3 %, 2015 74,5 %)</p> <p>I de fall symtom förekommer uppnås oftast en god lindring, fortsatt arbete med symtomskattning under 2022.</p>
--	--	--

		<p>Andel patienter där dödsfallet var väntat som fick ett brytpunktssamtal 2021 36,2%, andelen som saknade förmåga att delta var 40,4%, nej 21,3%. mål 98 % (2020 32,7%, andelen som saknade förmåga att delta var 51%, 2019 54,2% 2018 60,6%, 2017 61,8%,2016 64,9 %, 2015 52 %)</p> <p>Andel närstående till patienter där dödsfallet var väntat som fick ett brytpunktssamtal 2021 var 61,7% vilket är en lägre andel än 2020 och en ytterligare minskning sedan 2019. En orsak till att andelen patienter som får ett brytpunktssamtal är att de saknar förmåga att delta i samtalet. Andra orsaker kan vara att de tackar nej eller att det är för sent i förloppet. 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 2021 registrerat 9 mätningar.</p> <p>Målet att utöka antalet skattningar under 2021 är inte uppfyllt, arbetet har under året överskuggats av pandemin i Covid-19 och arbetet med BPSD-registret har fått stå tillbaka.</p>
<p>Läkemedel för äldre</p>	<p>Socialstyrelsen har sammanställt en lista med läkemedel som bör undvikas och som har hög risk för att ge biverkningar hos äldre. 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 2020 beskriver att för brukare som är 75 år och äldre på särskilt boende har 19% olämpliga läkemedel för äldre och 42% har tio eller fler läkemedel.</p> <p>För brukare i hemvården har 12,8% olämpliga läkemedel för äldre och 36,2% har tio eller fler läkemedel.</p> <p>I verksamheterna arbetar sjuksköterskor tillsammans med läkare för att få en optimal läkemedelsbehandling och i den mån det är möjligt att</p>

		<p>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 som informationsspridare på enheterna. De genomför stickkontroller i basala hygienrutiner och genomför PPM, punktprevalensmätningar.</p>	<p>Under 2021, 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>Under året har hygienrutiner utifrån Covid-19 förändrats basala hygienrutiner har aktualiserats och nya rutiner för vilken utrustning som ska användas i dagligt arbete har förändrats.</p>
Patientsäkerhetskultur	<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 2021 har ingen mätning gjorts. Försök till omtag 2022.</p>
Informationsöverföring	<p>För att kunna ge en god och säker vård krävs att kommunikationen är effektiv och säker.</p>	<p>Informationsöverföringen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal upplevs tungarbetat då de inte arbetar i samma system. På det stora hela fungerar kommunikationen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal bra men kan bli bättre. Under året har några</p>

	<p>Informationsöverföringsrutin finns för information mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal samt mellan sjuksköterskor och apotek.</p> <p>Informationsöverföring vid samordnad vårdplanering i 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>enheter fått tillgång till att omsorgspersonal skriver anteckningar som rör hälso- och sjukvård i Lifecare/PROCAPITA. Fortsatt arbete under 2022.</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. Vilket också kan vara ett problem när en brukare får andra behov under obekvämtid. SIP kan även användas vid utskrivning från korttiden men har inte kommit i gång riktigt än. Finns behov för mer utbildning och mer tid för SIP för att det ska fungera optimalt. Ett utvecklingsområde för 2021-2022.</p> <p>Millenium opiton 1 ska införas, dock har vi inget exakt datum för införande (Framtidens Vårdinformativ Miljö).</p> <p>Förberedelser pågår för upphandling och implementering av nytt verksamhetssystem IFO och HSL.</p> <p>Under 2016 introducerades SBAR inom alla enheter i Vård- och omsorg och Stöd och service. Den har inte fått fullt genomslag. Påminnelse under 2022 att använda SBAR för en snabbare och tydligare kommunikation.</p>
<p>Brukarenkät äldreomsorgen</p>	<p>Socialstyrelsen undersöker varje år hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. Resultatet samlas i rapporten <i>"Så tycker äldre om äldreomsorgen 2020 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning av kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende"</i>.</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 97 % • Särskilt boende 87% <p>Tillräckligt med tid</p> <p>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 95% • Särskilt boende alltid eller oftast 84% <p>Hur hjälpen utförs</p>

		<p>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 94% • Särskilt boende alltid eller oftast 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 49% • Särskilt boende 17% <p>Uppgifterna visar att fler än hälften inom hemtjänst och mer än 80% på särskilda boenden upplever ensamhet och behöver förbättras.</p> <p>Brukarenkät för hemsjukvård utfördes 2021, den visar 94% av de som svarade känner sig trygg i mötet med sjuksköterskan.</p> <p>Av de som svarade på frågan om sjuksköterskan hade tillräckligt med tid svarade 77% ja.</p> <p>Av de som svarade på frågan om de kände sig delaktiga svarade 65% ja.</p> <p>85% svarade ja på frågan om de får ta ansvar för det de klarar av själva.</p>
Enhetsundersökningen äldre	Resultatet av enkät till hemtjänstenheter samt särskilda boenden (personer över 65år i båda verksamheterna)	<p>Verksamheterna har rapporterat enligt nedan:</p> <p>Genomförandeplan</p> <p>Samtliga brukare som finns i verksamheterna har en aktuell genomförandeplan.</p>
Brukarenkät funktionsnedsättning	Socialstyrelsen undersöker sedan 2016 varje år hur brukare med funktionsnedsättning uppfattar omsorgen. Undersökningen genomförs inom socialpsykiatri och LSS verksamheter.	<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.

		<ul style="list-style-type: none"> 89 % uppger att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga i hemmet. <p>Brukare i LSS-searvicebostad</p> <ul style="list-style-type: none"> 70% uppger att de får den hjälp de vill ha. 95% uppger att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga i hemmet.
Enhetsundersökningen LSS	Resultatet av enkät till bostäder med särskild service för vuxna enligt 9§9 LSS.	Resultatet ingår i det för stöd och service och vård och omsorg och 100% av brukarna har aktuell genomförandeplan.
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 2021 har pandemin med Covid-19 fortsatt att påverka arbetet och möten har till viss del prioriterats. Försök till omtag 2022.
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. Fyra sjuksköterskor har specialistutbildning vård av äldre och två sjuksköterskor har</p>	<p>VÅRD & OMSORG, STÖD & SERVICE</p> <p>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, förflyttningsutbildning och delegeringsutbildning.</p> <p>Hemsjukvården</p> <p>Utbildning har genomförts inom områdena</p> <ul style="list-style-type: none"> En medarbetare fortsatt sin distriktssköterskeutbildning som finansieras av arbetsgivaren. Handledarutbildning för två medarbetare. En medarbetare har påbörjat doktorandstudier som tredjepartsdoktorand på Högskolan Väst.

	<p>specialistutbildningen IVA och anestesi.</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>	<ul style="list-style-type: none"> • Nätverksträffar har till viss del fortsatt men har tyvärr fått prioriteras bort när arbetsbelastningen blir för hög. • Aktivt medarbetarskap. <p>REHAB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabassistent har påbörjat specialistutbildning med inriktning rehabilitering. • Arbetsterapeuter har deltagit i AT-forum • Fysioterapeuter har deltagit i Fysioterapidagar <p>Vård och omsorg, sammanfattning av de olika verksamheterna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbete har påbörjats med att medarbetarna ska genomgå utbildningen aktivt medarbetarskap, några enheter är färdiga medan andra inte är helt klara. • Utbildning av USK, både grundutbildning och specialistutbildning inom äldreomsorgslyftet. • Hygienutbildning för ombud och chefer. • Språkombud • Mötas i musik • Delegeringsutbildningar <p>Stöd och service Utbildning har genomförts inom områdena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interna utbildningar har rapporterats. <p>Individ- och familjeomsorg, IFO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utifrån individuella kompetensplaner. • Processhandledning.
Introduktion	Alla verksamheter har ett introduktionsprogram, som utarbetats av enhets- och sektorchefer.	All ny personal har genomgått introduktionsprogram.
Förflyttning	All personal går grund- och påbyggnadsutbildning i förflyttningsteknik för att förflytta brukare på ett tryggt och säkert sätt. Alla som arbetar med personlyft och	<p>Under 2021 var det</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 tillfällen med sommarutbildning för förflyttning/lyftar och selar. • 4 kort utbildningar (för vikarier)

	lyftselar går även en utbildning för detta.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Grundkurs utbildningar (TV anställda och vikariat anställda) • Haft repetitionsutbildning för rehabombuden
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 visar det sig att den behöver förändras vilket kommer implementeras 2022. De digitala utbildningarna blir fysiska och återgång till skriftliga test direkt efter utbildning för att stärka kvalitén på utbildning och test.
Dokumentation	Alla enheter ska ha en dokumentation som uppfyller de krav som ställs enligt lagar och föreskrifter.	Stöd och service har infört digitala genomförandeplaner. Övriga enheter har nu gått över till digitala genomförandeplaner, några kan ha dem på papper om de är nyinflyttade på särskilt boende. Fortsatt arbete med digital dokumentation under 2022. KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) används i dokumentationen. Individens behov i centrum (IBIC) används vid dokumentation av omsorgspersonal.
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>All legitimerad personal har fått utbildning och introduktion för Procapita +. Biståndshandläggare, chefer samt viss baspersonal har fått utbildning/introduktion i Lifecare handläggare samt Lifecare utförare. Påbörjat att skicka beställningar mellan handläggare och utförare via Procapita/Lifecare.</p> <p>Användandet av LMO har implementerats på flera enheter, i hemvården används det fullt ut. Fortsatt arbete under 2022.</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>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>Alla enheter arbetar med MCSS (digitala signeringslistor).</p> <p>.</p>
<p>Nationell Patient Översikt (NPÖ)</p>	<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>	<p>Användningen av NPÖ fortsätter som tidigare och underlättar informationsöverföringen från regionen till kommunen.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg Egengranskning</p>	<p>Utifrån ett antal anmälningar till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) öppnades ett tillsynsärende 2020. Egengranskningar görs nu enligt IVO´s metodstöd för egengranskning.</p>	<p>Under 2021 har arbetet med egengranskning och egenkontroller fortgått. Kontroller och uppföljningar finns inplanerat årligen och vissa delar har kontroll en gång i veckan. Samtliga barn- och ungdomsärenden har genomgått en genomlysning. Arbetet fortskrider enligt planering.</p>

7. Utvecklingsområden för 2022- 2023

Under 2022 kommer förvaltningen fortsätta arbetet med kvalitetsledningssystemet. Riktlinjer och rutiner ska tas fram utifrån verksamhetens lagkravlista. Personal ska utbildas. Kvalitetsledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Övriga utvecklingsområden är:

- Säkrare dokumentation, planering och informationsöverföring med hjälp av IT baserat dokumentations- och planeringssystem i alla verksamheter, Lifecare.
- Fortsätta utveckla användandet av kvalitetsregister, öppna jämförelser och analys av resultat.
- Digital färdplan under 2022 – 2023.
- Fortsatt arbete med införande av SOSFS 2011:9 i verksamhetssystemet stratsys
- Fortsatt arbete med egengranskning inom IFO.
- Egenkontroll följsamhet basala hygienrutiner och hygienronder.
- Se över rutinen för avvikelserapportering risk för vårdskada/vårdskada
- FVM option 1
- Arbete med implementering och uppstart av verksamhetssystem IFO och HSL.
- Omstart och omtag i sådant som varit vilande/varit bortprioriterat under pandemin i Covid-19.
- Handlingsplan patientsäkerhet