Socialförvaltningen

Datum
2021-03-01

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

Elin Zell
Socialt ansvarig samordnare/Kvalitetsutvecklare

Annicka Klar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Kvalitetsutvecklare

TIBRO

Tibro kommun
543 80 TIBRO

www.tibro.se
kommun@tibro.se

Växel: 0504-180 00

Innehåll

Sammanfattning 5

Inledning 6

Socialförvaltningens kvalitetsarbete 6

Organisation och ansvar 6

Kvalitetsledningssystem 9

- Nyckeltalsuppföljning 10
- Avvikelsehantering 10
  - Fallolyckor 11
  - Avvikelser angående läkemedelshantering 12
  - Avvikelser gällande ordinerade åtgärder från fysioterapeut & arbetsterapeut 13
  - Klagomål/Synpunkter 15
  - Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt 15
  - Fel och brist 16
  - Lex Sarah 16
  - Lex Maria 18
  - Händelser och vårdskador 19
- Riktlinjer och rutiner 20

Delegeringar 20

Dokumentation 21

Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet 22

- Samverkan med studiefrämjandet 22
- Samverkan med patienter/brukare och närstående 22
- Samverkan med medborgare 22

Samverkan för att förebygga vårdskador SOSFS 2011:9 5 kap. 2 § 22

Tillsyn 24

Egenkontroll.....25

Brukarundersökningar.....25

Brukarundersökning IFO 25

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS 26

Brukarundersökning Gruppbostad LSS 26

Brukarundersökning Servicebostad LSS 27

Så tycker de äldre om äldreomsorgen 28

Statistik 30

Äldreomsorg.....30

Funktionsnedsättning 31

Barn och unga.....33

Försörjningsstöd.....33

Missbruk.....33

Ej verkställda beslut 34

Kontroll av efterlevnad Barnkonventionen 34

Åtgärdsplan Lex Sarah.....34

Loggningar.....34

Hälso- och sjukvård.....34

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 35

Läkemedelsgenomgång.....35

Medicinska vårdplaner 35

Signeringslistor – kontroll och uppföljning 36

Basala hygienrutiner 37

Rehabiliterande arbetssätt 38

Kvalitetsregister 39

Senior alert.....39

Svenska palliativregistret.....40

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....41

Mål och strategier för kommande år 43

Sammanfattning

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

Extern och intern samverkan är en viktig del för ökad kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.

När Tibrobon har behov av vård och omsorg från fler vårdgivare samtidigt måste personal från äldreomsorg, hemsjukvård, primärvård och specialistvård samspela så att det sammanlagda resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv. En handlingsplan finns upprättad mellan Tibro kommun och primärvården i kommunen samt ett gemensamt hälso- och sjukvårdavtal i Västra Götaland. Båda med syfte att säkra ett gott, säkert och jämlikt omhändertagande för de personer som har ett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommun och landsting.

Vår kommunala hälso- och sjukvård och socialtjänst ger omsorg och omvårdnad till Tibrobon utifrån behov och för att kunna ge en optimal vård och omsorg är det av vikt att känna till helhetsbilden av personen och hens perspektiv, erfarenheter, kunskap. Utifrån att ge bästa möjligheter för god och säker vård och omsorg tillsammans med nämndens mål bör en vidare utbildning inom personcentrerat förhållningssätt ges personalen varav detta kommer vara under prioritering under 2021

Det viktigaste åtgärderna från våren 2020 och framåt har varit att skydda våra patienter och brukare från smitta av covid -19 och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter med fokus på liv och hälsa. Detta kommer att vara en fortsatt åtgärd under 2021 och tillsvidare under den tid som pandemin pågår.

Det är av stor vikt att avvikelsehanteringen är väl implementerad inom alla verksamheter för ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete. Under 2020 har implementering av digital avvikelsehantering skett vilket skapar förutsättningar för bättre analys, tydligare utredningar och åtgärder. Detta arbete kommer att utvecklas under 2021 tillsammans med enhetschefer och legitimerad personal för att alla ska känna trygghet i arbetet med avvikelsehantering och genomförande av åtgärder samt uppföljning.

Fokus under 2021 kommer även vara att implementera ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul.

Inledning

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

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

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

Socialförvaltningens kvalitetsarbete

Varje individ ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Tibro Kommun som ansvarig för vård och omsorg har ett ansvar för att planera, leda och kontrollera att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård och omsorg upprätthålls (SFS 2017:30). Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst har även ansvar för att det finns ett ledningssystem (SOSFS 2011:9) som löpande ska utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Genom att alla i verksamheten är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten. Socialnämnden har under 2020 antagit riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete inom förvaltningen.

Tibro kommun har en värdegrund som ska genomsyra såväl socialförvaltningen som kommunens övriga förvaltningar. Under hösten fanns ett planerat arbete att påbörja ett implementeringsarbete för kommunens värdegrund, detta har med anledning av pandemin inte genomförts.

Organisation och ansvar

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

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

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 5 kap. 1 § ska Hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

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

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Ansvarar för att bevaka att kraven på hög patientsäkerhet och att god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg och inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och

redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I dennes ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att behövliga direktiv och instruktioner finns tillgänglig för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Ansvarar för att utreda och anmäla till nämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) angående vårdskada eller risk för vårdskada.

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

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

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

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

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

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

Kvalitetsledningssystem

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

Underlag för uppföljning av kvaliteten inom socialförvaltningen:

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

Under 2020 har socialnämnden antagit riktlinjer för förvaltningen vad gäller systematiskt kvalitetsarbete.

Nyckeltalsuppföljning

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

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

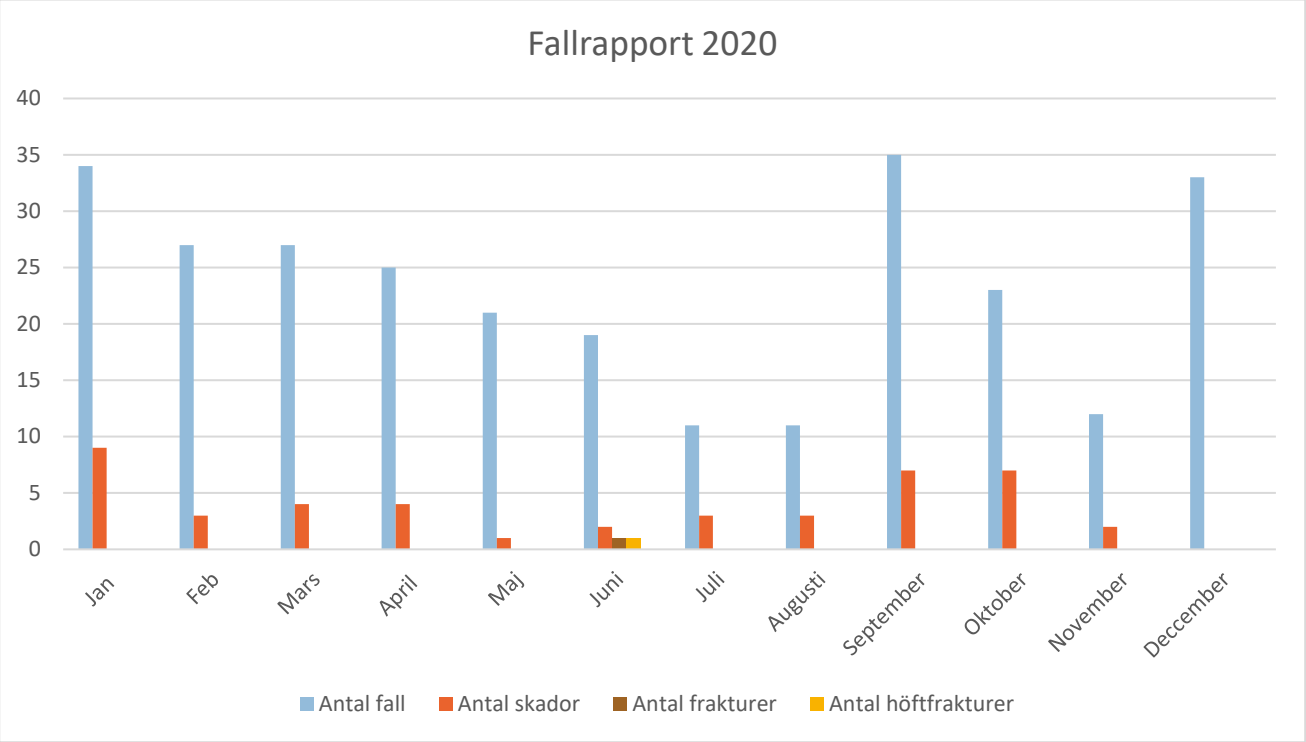
Verksamhetsuppföljningen innehåller en nulägesbild av verksamhet och personal samt vad verksamheterna står inför i framtiden. Tertialrapporten tillsammans med ekonomirapporten ger en helhetsbild av förvaltningen för att kunna se goda och avvikande resultat för vidare åtgärder.

Avvikelsehantering

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

Sedan december 2020 sker all avvikelsehantering i verksamhetssystemet vilket underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. I samband med införande av digital avvikelsehantering har nämnden antagit en riktlinje för avvikelsehantering med syfte att tydliggöra processen.

Fallolyckor



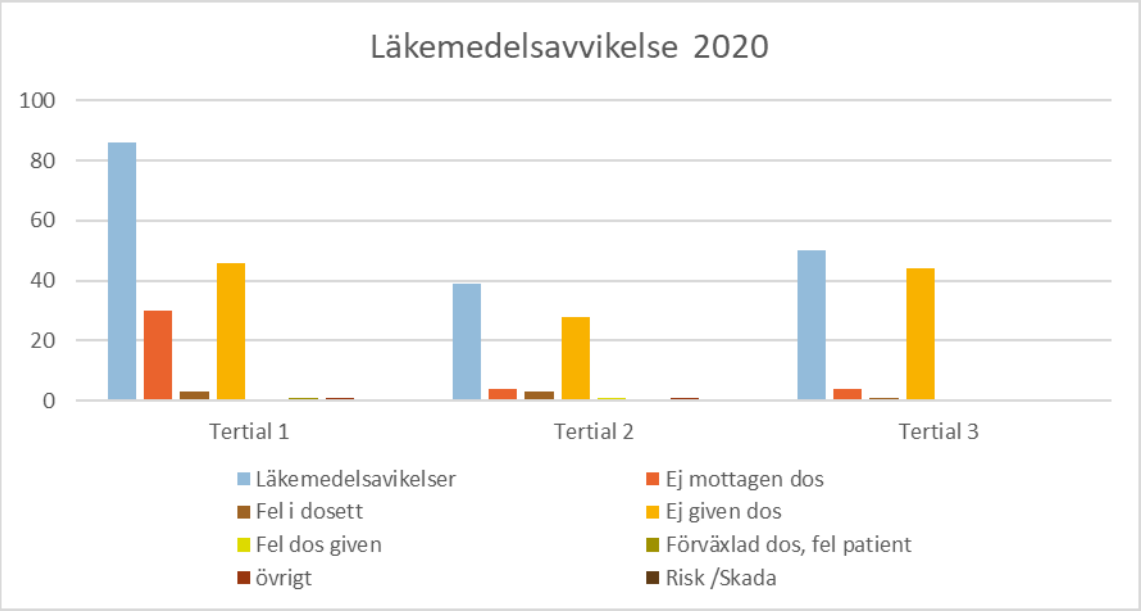
Det är viktigt att se till helheten runt de personer som faller ofta. Styrke- och balansträning är åtgärder som man vet utifrån forskning ger minskat antal fall. Kosten är också en viktig del som tillsammans med läkemedelsöversyn kan ge god effekt. Dessa delar ingår i Senior alert.

Det förebyggande arbete som bl.a. genomförs med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert har stor betydelse för att minska risken för fall och skada i samband med fall. Liksom att främja fysisk aktivitet och att som personal ha ett aktiverande arbetssätt.

Ett fortsatt bra teamsamarbete är också viktigt, där täta uppföljningar görs och de åtgärder som sätts in för de personer som faller ofta utvärderas. Att motivera patienter med risk för fall att använda höftskyddsbyxor regelbundet för att förebygga skador i samband med fall. Löpande satsning på förbättrad kunskap i förflyttningsteknik för legitimerad personal och icke legitimerad personal är av stor vikt för att minska antal fall och fallskador.

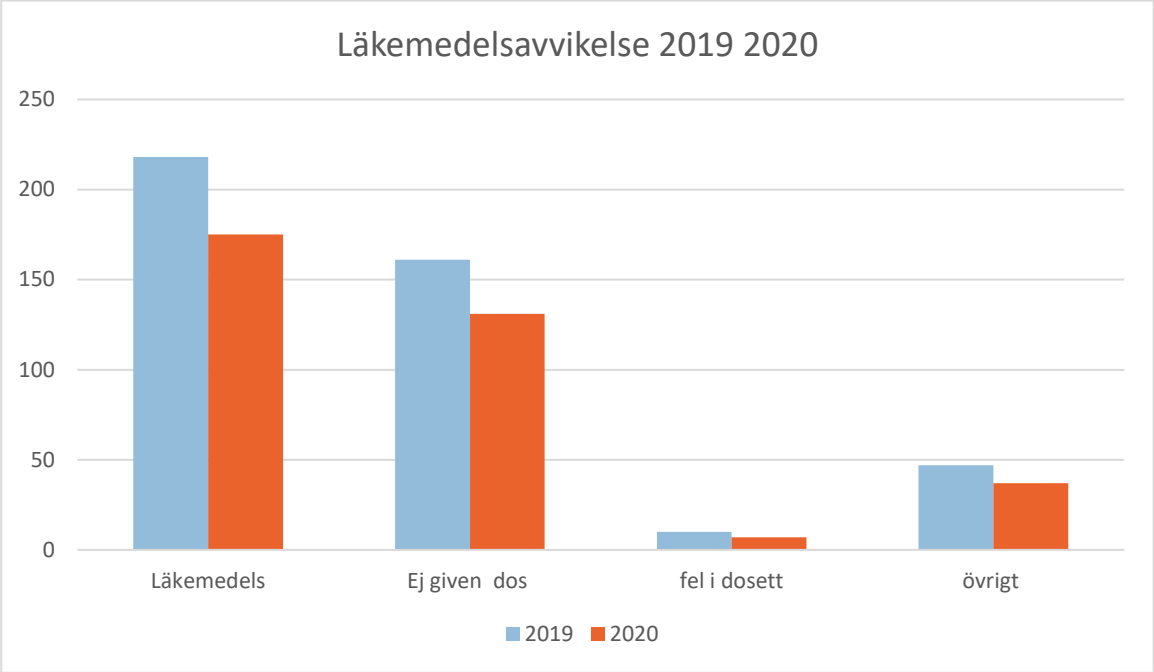
Antalet rapporterade fall under 2020 har varit totalt lågt jämfört med 2019, detta kan med all säkerhet härledas till den pandemi som råder och att utfallet avspeglas när vi inom vård och omsorg har varit drabbad av utbrott inom någon eller några verksamheter. Under december månad infördes digital rapportering vilket ger en snabb återkoppling av händelser och fördröjs inte i manuell hantering.

Avvikelser angående läkemedelshantering



Totalt 175 läkemedelsavvikelser har registrerats under 2020 vilket är 20 % lägre än 2019. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse ca 89% är att patienten inte erhållit sitt ordinerade läkemedel av någon orsak, utav dessa utgör ca 20% där personen själv inte velat ta emot sitt ordinerade läkemedel.

Antalet fel i dosetter är fortsatt lågt sedan flertal patienter under 2018 övergått till apodos och detta är troligen den största anledningen, det innebär färre dosetter att dela, vilket dels frigör resurser samt ökar patientsäkerheten. Vanligt förekommande fel i dosetter är att läkemedel ligger i fel fack, att utsatt läkemedel ändå är delad, att tabletter saknas eller att det är för många tabletter. Bland övriga läkemedelsavvikelser finns bl.a. händelser som att det kan vara felaktig ordination, recept har inte förnyats. Ingen av avvikelserna kring läkemedelshantering under 2020 har lett till någon allvarlig skada för personen dock en avvikelse där det bedömts varit risk vara för vårdskada och det är varit när läkemedel förväxlats och en person fått läkemedel som inte var avsett till vederbörande.



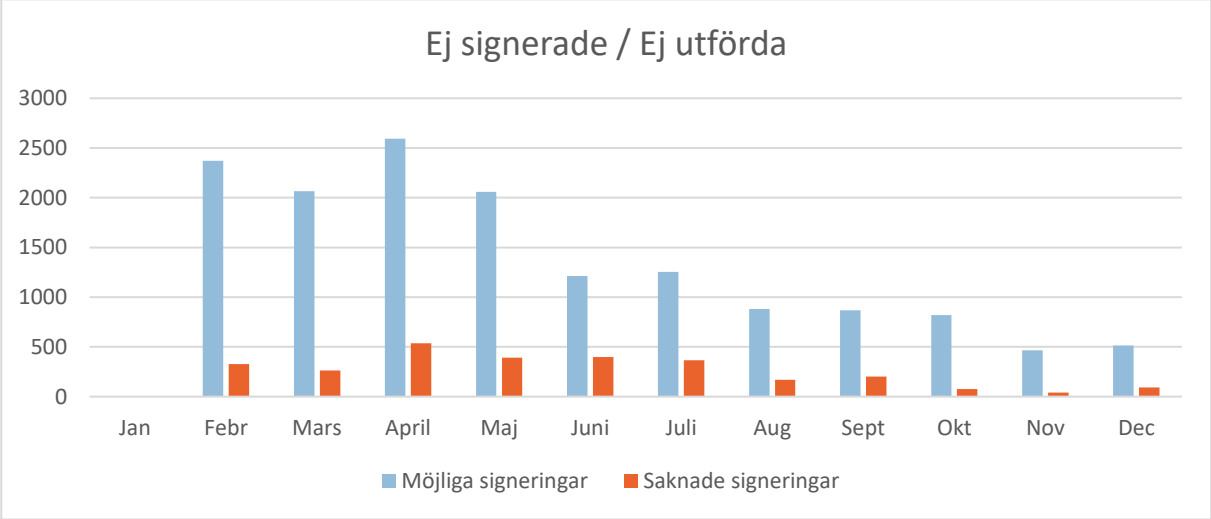
Avvikelser gällande ordinerade åtgärder från fysioterapeut & arbetsterapeut

I rehabilitering/förebyggande syfte ordinerar ovanstående professioner en del individuell anpassade åtgärder i form av träningar behandlingar och/eller övningar till patienter inskrivna inom kommunal hälso-och sjukvård. Syftet med ordinationen är att genom fysisk aktivitet minska bl.a. fall och trycksår samt underlätta läkningsprocessen då dessa åkommor har ett starkt samband med fysisk aktivitet. Träning ordineras också efter en skada eller sjukdom för att personen ska återfå en så god funktionsförmåga som möjligt och kunna vara så självständig som möjligt. Träning ordineras t. ex. efter frakturer, höft- och knäplastikoperationer, stroke och vid Multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom och sjukdomar i luftvägarna. Även ortosbehandling och smärtbehandling kan ordineras.

Arbetsterapeut och fysioterapeut lämnar olika ordinationsunderlag/signeringslistor till omvårdnadspersonal som ska signeras för utförd respektive icke utförd ordination. Anledningen till utebliven åtgärd ska skrivas i listan som åter skickas till ordinatör i slutet av varje månad. En hel del av dessa listor återkommer till ordinatören långt in på nästkommande månad och är ofullständig signerade.

Under åren har arbetsterapeut och fysioterapeut genomfört olika insatser/fortbildningar för omvårdnadspersonal för att öka förståelse för och kunskap om vikten av träning i rehabilitering och tillfrisknande processen. En åtgärd för att träningar ska utföras och signeras är att det finns rehabombud på olika boenden/enheter som följer upp ordinationer och ser till att dessa utförs och signeras.

Det finns flera olika signeringslistor som ska signeras vilket kan leda till att signeringen glöms bort men ändå att åtgärden utförs. En annan återkommande brist är att ordinatören inte kontaktas om patient inte kan av olika anledningar utföra ordinerade övning/träning och det skrivs heller ingen avvikelse av omvårdnadspersonal som upptäcker ej signerad insats. Avvikelser skrivs av Fysioterapeut och arbetsterapeut när de återfår ofullständiga signeringslistor. I en ofullständig signeringslista kan det saknas en eller flera signeringar och sedan februari 2020 har antal ej signerade insatser räknats för att tydliggöra antalet insatser som uteblir.



Saknats inlämnade signeringslistor från Maj till dec varav ovanstående ej kan analyseras optimalt. (april -1, maj - 9, juni - 4, juli – 8, aug – 3, sept – 10, okt – 10, nov -10, dec -15)

Statistik följs från och med 2020-02-01, detta genom att arbetsterapeuter och fysioterapeuter fyller i dokument i excel, det dokumenteras allt eftersom signeringslistor inkommer varav utfall inte är helt korrekt utifrån att samtliga listor ej inkommit.

Med hjälp av detta diagram påvisas antal möjliga signeringar och antal saknade signeringar på signeringslistan gällande rehabinsatser. Om insats ej utförs av att patient avböjer skall det skrivas en kommentar, om det saknas signering och saknas kommentar anses det som ej utförd. En ej utförd träning som är signerad som ej utförd, är en korrekt signering och redovisas i dokumentet som en sådan.

Signeringar för ej utförd åtgärd är lika viktiga att få till sig som när det gäller utförd åtgärd. Vid ej utförd åtgärd skall det helst stå av vilken anledning också, tex att patient avböjt. Ej utförda insatser följs upp av fysioterapeut eller arbetsterapeut för att utreda vad det kan bero på t ex. vad anledningen är om patienten avböjer ofta.

Sedan februari 2020 har det totalt varit 2824 ej signerade insatser av total 26 440 möjliga, ca 10% bortfall av signerade insatser.

Förhoppningen var att antal saknade signeringar skulle komma att minska utifrån den nya rutinen gällande signeringslistor och framför allt att det kunde ha bidragit till att patienter erhåller den rehabiliterade insats som är ordinerad vilket bidra till en ökad livskvalitet minskar även risken till fall, skada för den enskilde.

Klagomål/Synpunkter

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

Under 2020 har 26 stycken synpunkter och klagomål inkommit till socialförvaltningen och 11 stycken har inkommit via inspektionen för vård och omsorg.

Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt

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

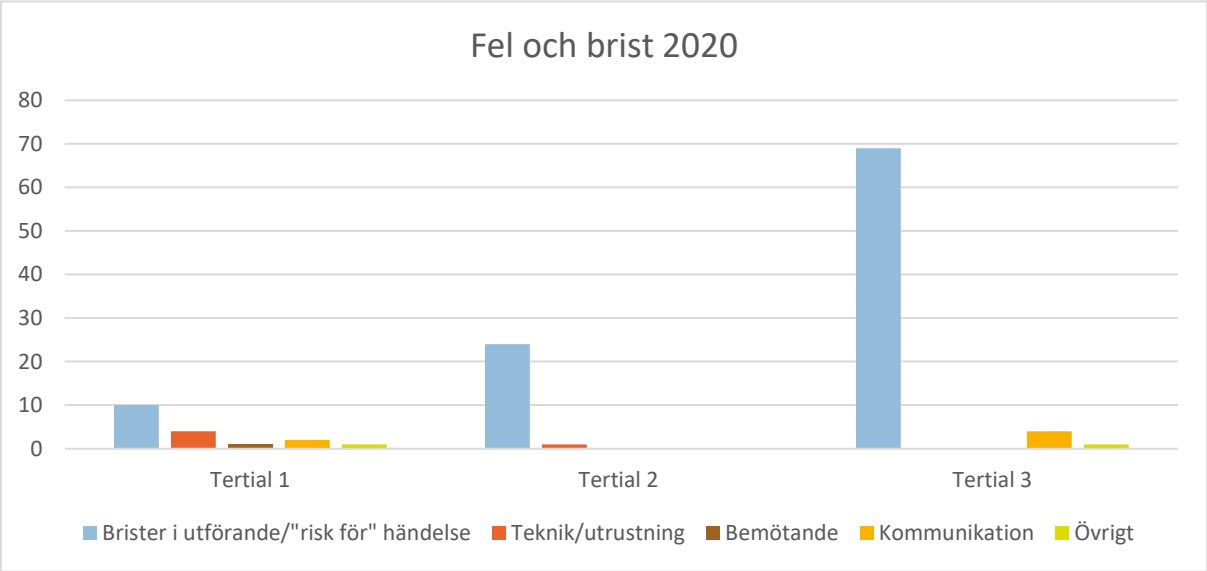
Under 2020 har två händelse rapporterats som kunnat medfört risk eller skada för patient, i händelserna var en hygienstol och ett gånghjälpmedel orsakerna till risken, i båda fall att hjul gått av eller lossnat varav anmälan om negativ händelse och tillbud berörande en medicinteknisk produkt har skrivits.

En av händelserna är färdig utredd av läkemedelsverket och där bedömdes orsaken vara till grund av en stark påverkan på produkten som härrör från ett användningsfel, i kombination med en materialutmattning som kommer från slitage under en lång tids användning. Denna händelsen har även föranlett till Lex Maria anmälan utifrån att man har uppmärksammat brister inom systemet så som användningsfel av hjälpmedlet och så även gällande rutiner varav det fanns behov av att fortsatt utreda och analysera händelsen för att säkerställa och kvalitetssäkra verksamheten.

Fel och brist

Fel och brist hanteras på enheten och utredningsansvarig är enhetschef.

Under 2020 har socialförvaltningens enheter hanterat 117 stycken fel och brister, detta kan jämföras med 40 stycken under 2019. Denna ökning har till störst del med pandemin att göra, många fick inte alla insatser genomförda på grund av den hårda belastning pandemin medfört.

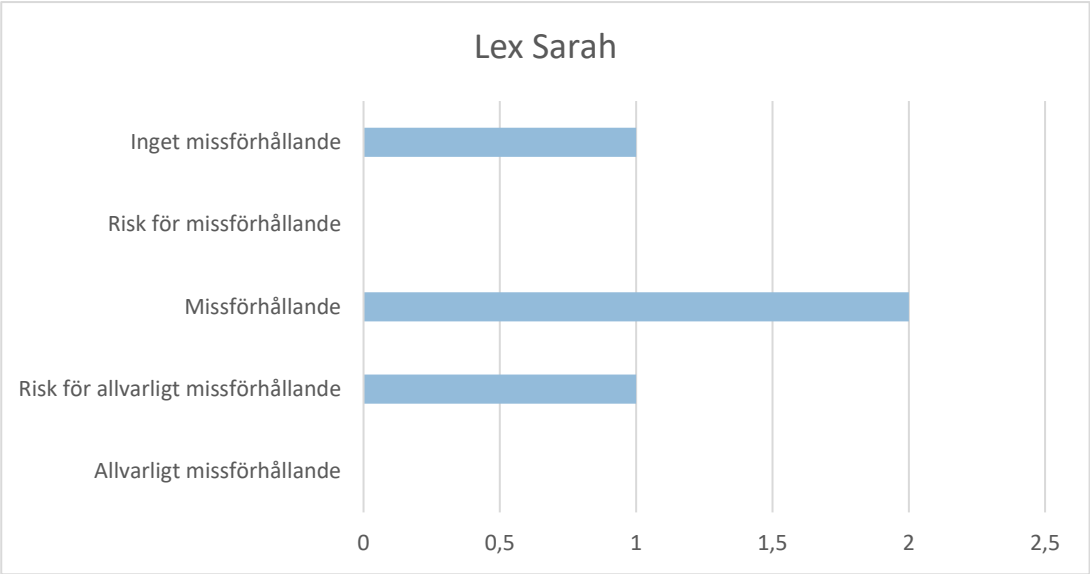


Lex Sarah

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska genast rapportera om han/hon uppmärksammar eller fått kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får eller som kan komma i fråga för insatser inom socialtjänsten. Bestämmelserna om Lex Sarah är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Syftet är att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas. Därför är det viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå.

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

Rapporter om Lex Sarah utreds av SAS och under 2020 har 4 stycken rapporter hanterats. En av dessa har bedömts allvarlig och resulterat i anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).



I de utredningar som förekommit under 2020 har ett antal bakomliggande orsaker pekats ut och dessa kan kategoriseras in i följande områden:

Med anledning av 2020 års Lex Sarah har följande arbete/åtgärder genomförts:

- Tydliggöra planeringen under ordinarie tid och APT.
- Låsa mobiltelefonerna med kodlås.
- Se över möjligheten att larmoperatören tillhandahåller larmkvittens.
- Översyn av rutin för tydliggörande av prioritering av larm.
- Kartläggning av snittid per larm
- Tydliggöra processkartan mellan öppenvård och myndighetshandläggning
- Ange en kontaktpunkt vad det gäller samverkan i form av en profession.
- Utbildning inom missbrukshandläggning, bedömning och ASI.
- Uppmärksamma organisationen inom myndighetsenheten på den interna roll- och ansvarsfördelning
- Tydliggöra demenssamordnarens uppdrag gentemot biståndsbedömare genom en uppdragsbeskrivning
- Fortsatt utbildning inom myndighetshandläggning och ansvaret som handläggare

Lex Maria

Brister med risk för vårdskada eller vårdskada regleras av patientsäkerhetslagen kap 6 § 4. Vid Lex Maria-anmälan görs kompletterande utredning. Anmälan ska ske skyndsam till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialnämnden informeras om Lex Maria anmälan. Patient eller i förekommande fall närstående informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen är lämnad dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Anmälan och utredning diarieförs som Lex Maria. Svar från IVO återkopplas till socialnämnd, patient/närstående och berörd personal. Svaret diarieförs.

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldighet som följer av 3 kap 5 § i Patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdspersonal rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört, eller kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört, eller hade kunnat medföra vårdskada samt vidta åtgärder. Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

Syftet med utredningen är att:

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

Händelser och vårdskador

Under året 2020 har tre lex Maria anmälningar skickats till IVO, utav dessa var en relaterad till negativ händelse av medicinteknisk produkt och två från synpunkter och klagomål

Anmälningarna berörde olika enheter med både omvårdnadspersonal och leg personal involverad. Två av händelserna var likvärdiga där det i båda fallen handlade om såromläggning och sår som försämrats.

Utredningarna påvisade brister inom vård och omsorg vilket kan kopplas delvis till de vårdskador som uppkommit. Extern vårdgivare har i båda fallen varit involverade och kan så även framförallt i en av händelserna vara en del av uppkomsten till skada hos vårdtagare.

Vid utredning framkommer avsaknad av journalföring, dvs bristande dokumentation, kommunikation och informationsöverföring.

Den tredje anmälan är utifrån att en medicinskteknisk produkt går sönder, ett hjul går av och patient faller och får i detta fall en skada. Den medicinsktekniska produkten är av äldre modell och är den första bidragande orsaken till händelsen dock framkommer även flertal orsaker och brister inom systemet som kan ha bidragit till försämring av patientens vårdskada. Vid utredning framkommer fördröjning av bedömning och rehabilitering, så även ej utförda ordinerade rehabiliteringsinsatser, det saknades signeringar vilket då är detsamma som att insats inte är utförd. Detta bidrog till i detta fall att fysioterapeut inte kunde följa upp effekt av ordinerad behandling vilket försvårade att bedöma och vidta vidare rätt åtgärder för patienten. Detta bidrog till att rehabilitering av patients vårdskada fördröjdes och orsaka onödigt lidande.

Beslut från IVO har inkommit gällande anmälningar och samtliga ärenden har avslutats utifrån att det ansetts att vårdgivarens åtgärder som är vidtagna och planerade framstår som rimliga och adekvata.

Med anledning av 2020 års händelser och vårdskador har följande arbete/åtgärder genomförts:

Utifrån orsaker och brister i systemet är flera åtgärder vidtagna och planerade. Åtgärd som är vidtagen är att det tagits upp inom sjuksköterskeenheten om vikten av tydlig dokumentation i vårdplan och att rutin skapas utifrån detta. Ytterligare åtgärd är att det har införts att delegering av såromläggning till omvårdnadspersonal endast får lov att vara personbundet vid sår som kräver uppföljning och att detta ska föregås med handledning av leg personal. Detta för att säkerställa kontinuitet och en säker uppföljning av sårstatus. För att förbättra kommunikation och informationsöverföring har teammöten startats upp inom hemvård och hemsjukvård.

Det är under 2020 införts en rutin gällande signeringslistor som avser ansvarsområde från vem som är ansvarig för att skapa, uppdatera listor till att följa upp att ordination utförs och

har signerats. Denna åtgärd skulle kunna bidra till att förhindra att signeringar uteblir och att säkerställa att ordination utförs.

Leg personal inom rehabenheten har färdigställt en checklista för uppföljning av hjälpmedel. En åtgärd för att säkerställa att samtliga hjälpmedel följs upp strukturerat och för stöd i att uppmärksamma eventuella defekta hjälpmedel.

Det har vidare framkommit utifrån analys av händelserna att det finns ett behov av kompetenshöjning och en mer fördjupad introduktion för nya medarbetare gällande omvårdnad, rehabilitering, dokumentation och informationsöverföring. Utifrån detta finns åtgärder som är planerade och upprättade inom en åtgärdsplan med angivna ansvariga för uppföljning.

Händelserna och dess vårdskador har dock ej kunnat implementerats till fullo inom hela verksamheten i ett lärande syfte, detta är viktigt för att uppmärksamma och att förhindra att likvärdiga händelser inträffar igen. Att på ett strukturerat och systematiskt sätt förmedla ut i verksamheten i lärande och utvecklande syfte är viktigt. Att ta lärdom om avvikelser och där det funnits risker för att avvikelse kunnat inträffat ligger i fokus kommande år detta parallellt med systematisk kvalitetsuppföljning

Riktlinjer och rutiner

En översyn av riktlinjer och rutiner för myndighetshandläggning inom socialförvaltningen har fortsatt under året. Socialnämnden har beslutat om följande:

- Riktlinjer för handläggning inom vård och omsorg
- Riktlinjer för handläggning inom våld i nära relation.
- Reviderat ledningssystem för handläggning inom LSS utifrån tydligare barnperspektiv
- Revidering av ledningssystem för handläggning inom barn och unga utifrån ändrad lagstiftning vid utreseförbud.
- Riktlinje för avvikelsehantering.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Med anledning av pandemin har en rad lokala rutiner upprättats utifrån de regionala riktlinjer regionen kring att förhindra smittspridning.

Delegeringar

Legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen tillhör Hälso- och sjukvårdsenheten. Den som tillhör Hälso- och sjukvårdspersonal får överlåta en arbetsuppgift till en annan person, om detta är förenligt med god och säker vård Patientsäkerhetslagen (2010:659). Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan måste försäkra sig om att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Samarbetet mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker oftast

genom delegering av arbetsuppgifter. Med hänsyn till kravet om en trygg och säker vård och för att arbetet ska flyta på måste informationsöverföring mellan dessa grupper ske på ett tydligt, korrekt och säkert sätt. Arbetsuppgiften som är delegerad ska därför vara skriftlig och klart definierad. Utförd delegerad arbetsuppgift ska dokumenteras på de signeringslistor som utgör dokumentation för hälso- och sjukvård. Legitimerad personal ansvarar för uppföljning av delegeringsbeslut. MAS ansvarar för utredning/uppföljning av avvikelser.

Dokumentation

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

I kommunen används ICF som grund i dokumentationen som sker digitalt. Journalen är gemensam för sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast samt arbetsterapeut

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

En handbok i social dokumentation för utförarenheterna har upprättats och delgivits verksamheterna. Handboken beskriver syftet med dokumentation samt handfasta tips på hur man kan tänka när man dokumenterar.

I socialförvaltningen finns dokumentationsstödjare på varje enhet som har extra intresse och möjlighet att utbilda sina kollegor. Vid introduktionen av semestervikarier inför sommaren höll socialt ansvarig samordnare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska i en utbildning som innehöll bland annat social dokumentation. De utbildningar i social dokumentation som planerats har på grund av pandemin inte kunnat genomföras.

Inom myndighetsenheten finns 3 administratörer i verksamhetssystemet Treserva, dessa stöttar även nyanställd personal. I de ledningssystem som upprättats har manual för användandet av verksamhetssystemet tillförts.

Socialförvaltningen har sedan många år använt Treserva som verksamhetssystem. Ett arbete kring upphandling av nytt verksamhetssystem i samverkan med 11 andra kommuner har startat igång.

Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

Samverkan med studiefrämjandet

Terassens verksamhet har under året varit öppen två dagar i veckan i samarbete med studiefrämjandet och verksamheten har fått ett tydligt syfte i att må bra och ha en social gemenskap.

Samverkan med patienter/brukare och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående får möjlighet att:

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

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

Samverkan med medborgare

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

Sedan 2010 har underhållscafé anordnats i samarbete med Hjälpmedelscentralen i Västra Götaland, Primärvården i Tibro samt Äldrecentrum. Detta i syfte att underlätta uppföljning av framför allt gånghjälpmedel. Kommunen arbetar även med uppsökande verksamhet riktad till alla 75-åringar.

Samverkan för att förebygga vårdskador SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Vård och Omsorg i Tibro kommun använder olika verktyg för att systematiskt följa upp patientsäkerhetsarbetet. De kvalitetsverktyg som används är bland annat:

Kvalitetsregister

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att vara ett hjälpmedel i arbetet med en förbättrad palliativ vård. Sjuksköterskorna registrerar i kvalitetsregistret och målet är att alla dödsfall, oavsett dödsorsak och dödsplats ska registreras. Via registret får sjuksköterskorna ett hjälpmedel att följa den egna verksamhetens kvalitet av den givna vården i livets slutskede.

Senior alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla förebyggande arbetssätt för att öka möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg. Personalen inom vård och omsorg arbetar löpande med riskbedömningar, åtgärdsplaner samt uppföljningar inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Med stöd av registret identifieras symtomen, de tolkas och ses i sitt sammanhang så att relevanta åtgärder sätts in.

BPSD – ”Beteende och Psykiska Symtom vid Demens” innebär att personen med demens har beteenden som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. De flesta personer med en demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden, den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning. En BPSD skattning görs individuellt för varje patient, vilket är underlag för att vårda och bemöta patienten på bästa sätt. Implementering av BPSD-registret har främst skett inom demensorganisationen.

Punktprevalensmätningar

Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utförs två gånger per år. Alla enheter som bedriver personlig omvårdnad medverkar i mätningen. Metoden grundar sig på observationer och genomförs av hygienombuden på respektive enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

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

Samordnad vårdplanering – SVPL

Vid samordnad vårdplanering överförs vårdansvaret från en vårdgivare till en annan. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas en avvikelserapport vid de tillfällen då riktlinjen inte följs.

Avvikelse	2019	2020
Från SKAS	1	9
Till SKAS	11	11
Från Primärvård	0	3
Till Primärvård	2	4
Från övrigt	0	0
Till Övrigt	0	0

Under senaste åren har antalet avvikelser till och från primärvården varit oförändrad dock nu ökat något under 2020. Till och från primärvården handlar avvikelserna till mestadels om att man inte har samsyn gällande ansvarsfördelning och att det brister i informationsöverföring.

Under detta året har även antalet avvikelser från Skaraborgs sjukhus ökat och det är till stor del informationsöverföring i SAMSA, men så även påtalande om brister som uppmärksammat när patient inkommit till sjukhuset och det är avvikelser som berört patientens omvårdnad. De avvikelser som skickats till Skaraborgs sjukhus handlar till mestadels om att det brustit i informationsflödet som skickas ut från slutenvården under planeringen och i samband med utskrivning.

Det finns ett superkontaktombud inom förvaltningen som ger stöd och utbildning till övrig personal gällande frågor om och användning av SAMSA.

Från oktober 2020 har avvikelsesystemet Med control pro kunnat användas av kommunerna i skarabort vilket gjort det möjligt att skicka och ta emot externa avvikelser till och från hela regionen digitalt. Detta förenklar hanteringen av avvikelser varav det kan vara en anledning till ökning av avvikelserna under året.

Tillsyn

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

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

Under 2020 har IVO genomfört två tillsynsbesök inom socialförvaltningen i Tibro.

Datum för tillsyn	2020-10-29 Föranmäld	2020-07-01
Enhet	Myndighetsenheten Missbrukshandläggning	Hälso- och sjukvård
Resultat	Tillsyn som rör kvalitet i handläggningen av ärenden för vuxna personer (från 18 år och uppåt) med missbruk och beroende samt ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete inom socialtjänsten vid socialnämnden i Tibro kommun. IVO har inte inkommit med resultat av tillsynen ännu.	IVO har genomfört en nationell granskning om äldre på särskilda boenden har fått medicinsk vård och behandling utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19. IVO har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat.

Egenkontroll

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

Brukarundersökningar

Under 2020 har socialförvaltningen genomfört brukarundersökning inom områdena IFO, Gruppbostad LSS, Servicebostad LSS, Daglig verksamhet LSS samt socialstyrelsens brukarundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen”.

Brukarundersökning IFO

Brukarundersökningen har genomförts genom att kod för webbenkät skickats hem till de som varit i kontakt med myndighetsenheten. Få svar har inkommit och underlag visas därav endast för ekonomiskt bistånd som haft tillräcklig svarsfrekvens. Med anledning av pandemin har få fysiska besök genomförts vilket anses vara den största orsaken till låg svarsfrekvens.

IFO brukarundersökning Ekonomiskt bistånd	Tibro 2020	Riket 2020
Mycket lätt eller ganska lätt att få kontakt med socialsekreterare	67	86
Mycket lätt eller ganska lätt att förstå informationen från socialsekreterare	82	85

Socialsekreteraren visar mycket eller ganska mycket förståelse	60	81
Socialsekreteraren frågar efter dina synpunkter	50	78
Kan påverka mycket eller ganska mycket vilken hjälp du får	60	65
Situationen har förbättrats mycket eller ganska mycket sedan kontakt	64	76
Svarsfrekvens	8 %	33 %

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS

För tredje året i rad har brukarundersökning inom daglig verksamhet genomförts. Undersökningen genomförs på plats i verksamheten och med anledning av pandemin är deltagandet i verksamheten under undersökningstiden låg. Antalet som besvarade brukarundersökningen var 13 stycken, vilket är lågt i jämförelse med tidigare år.

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	Tibro 2020	Riket 2020
Brukare får bestämma över saker som är viktiga	62	73
Brukare får den hjälp hen vill ha	92	86
Personalen bryr sig om brukaren	100	89
Personalen pratar så brukaren förstår	69	76
All personal förstår brukaren	69	77
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	85	83
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet	62	73
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet	77	83
Verksamheten är viktig för brukaren	69	83
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	92	88
Svarsfrekvens	29.5 %	60 %

Brukarundersökning Gruppbostad LSS

För första året genomfördes brukarundersökning inom kommunens gruppbostäder, dessutom med hög svarsfrekvens. Resultatet har inte kunnat återkopplas till brukare eller personal med anledning av rådande pandemi. Återkoppling är planerat till våren när fysiskt möte kan genomföras, därefter börjar verksamheterna arbeta med förbättringsområden.

Brukarundersökning Gruppbostad LSS	Tibro 2020	Riket 2020
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	82	77
Brukare får den hjälp hen vill ha	64	82
Personalen bryr sig om brukaren	82	83
Personalen pratar så brukaren förstår	80	69
All personal förstår brukaren	60	69
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	70	75
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	60	65
Brukaren trivs alltid hemma	80	83
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	80	85
Svarsfrekvens	84,6 %	66,6 %

Brukarundersökning Servicebostad LSS

För första året genomfördes brukarundersökning inom kommunens gruppbostäder, dessutom med hög svarsfrekvens. Resultatet har inte kunnat återkopplas till brukare eller personal med anledning av rådande pandemi. Återkoppling är planerat till våren när fysiskt möte kan genomföras, därefter börjar verksamheterna arbeta med förbättringsområden.

Brukarundersökning Servicebostad LSS	Tibro 2020	Riket 2020
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	67	79
Brukare får den hjälp hen vill ha	67	76
Personalen bryr sig om brukaren	67	81
Personalen pratar så brukaren förstår	50	67
All personal förstår brukaren	50	71
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	67	73
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	83	67
Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	83	76
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	67	82
Svarsfrekvens	54,5 %	68,4 %

Så tycker de äldre om äldreomsorgen

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

Resultat – Särskilt boende

Brukarundersökning Särskilt boende	Tibro 2020	Riket 2020
Helhetssyn	85	81
Möjligheten att komma utomhus	79	58
Sociala aktiviteter	70	61
Tillgång till sjuksköterska	84	75
Bemötande	100	94
Besväras ofta av ensamhet	18	19
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	91	82
Förtroende för personalen	91	84
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	29	29
Personal tar hänsyn till åsikter och synpunkter	83	79
Information om förändringar	90	50
Maten	90	74
Måltidsmiljön	83	70
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	50	47
Möjlighet att påverka tider	73	60
Plats på det äldreboende man önskat	93	87
Rör sig utan svårigheter inomhus	21	18
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	84	74
Trivs med rum/lägenhet	72	74
Trivsamma gemensamma utrymmen	70	64

Trivsamt utomhus	84	67
Trygghet	91	87

Resultat - Hemvård

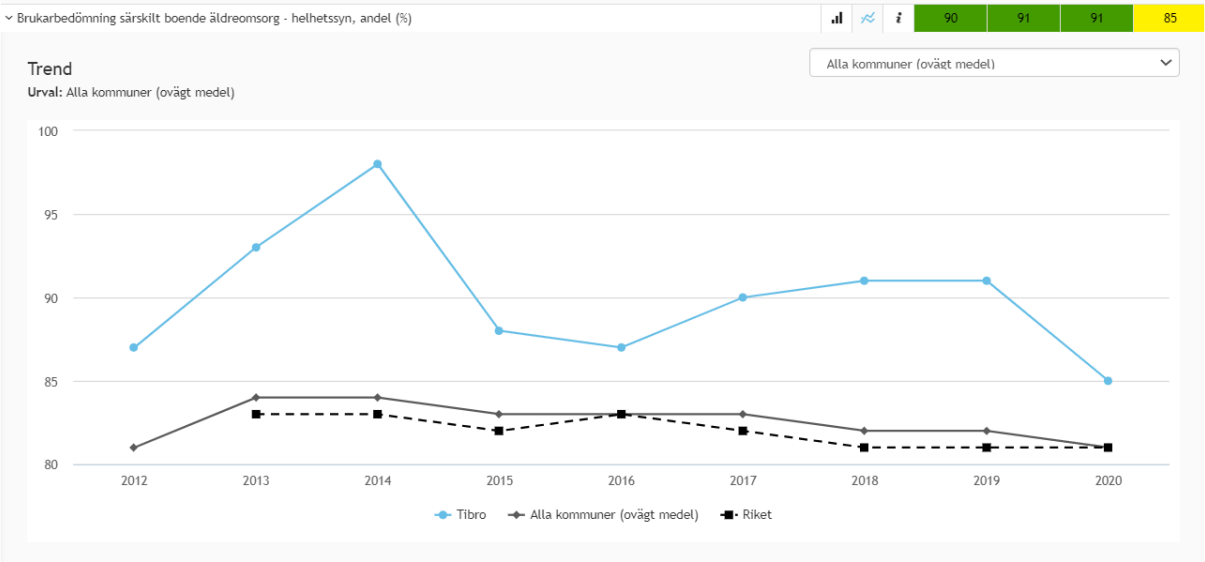
Brukarundersökning Hemvård	Tibro 2020	Riket 2020
Helhetssyn	93	88
Information om förändringar	65	66
Handläggares beslut har anpassats efter brukarens behov	80	74
Bemötande	99	97
Besväras ofta av ensamhet	15	13
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	77	77
Förtroende för personalen	91	89
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	24	34
Personal tar hänsyn till åsikter och synpunkter	85	87
Möjlighet att påverka tider	51	59
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	52	64
Personalen kommer på avtalad tid	74	84
Personalen utför sina arbetsuppgifter	85	86
Rör sig utan svårigheter inomhus	26	28
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	11	6
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	83	82
Trygghet	95	86

Statistik

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

Äldreomsorg

Särskilt boende



Antal personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som är mycket eller ganska nöjda med sitt särskilda boende dividerat med samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som besvarat undersökningen av äldres uppfattning. Statistiken är en del av Kommuners kvalitet i korthet (KKIK) som presenteras i Kommuner och landstingsdatabasen (KOLADA).

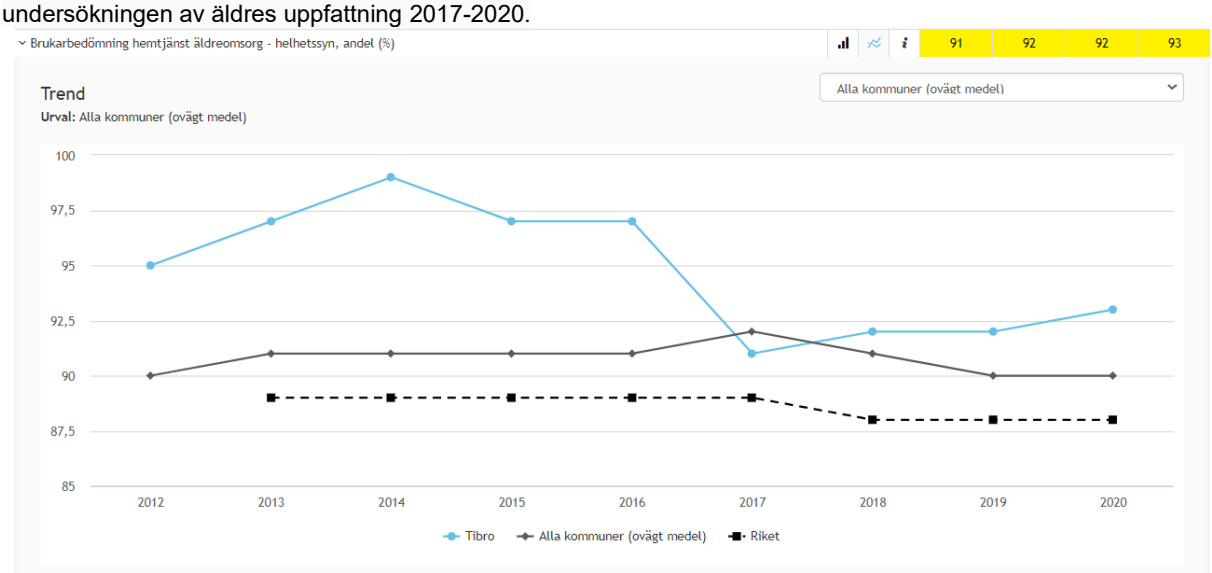
	2016	2017	2018	2019	2020
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	37	19	16	33	27

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

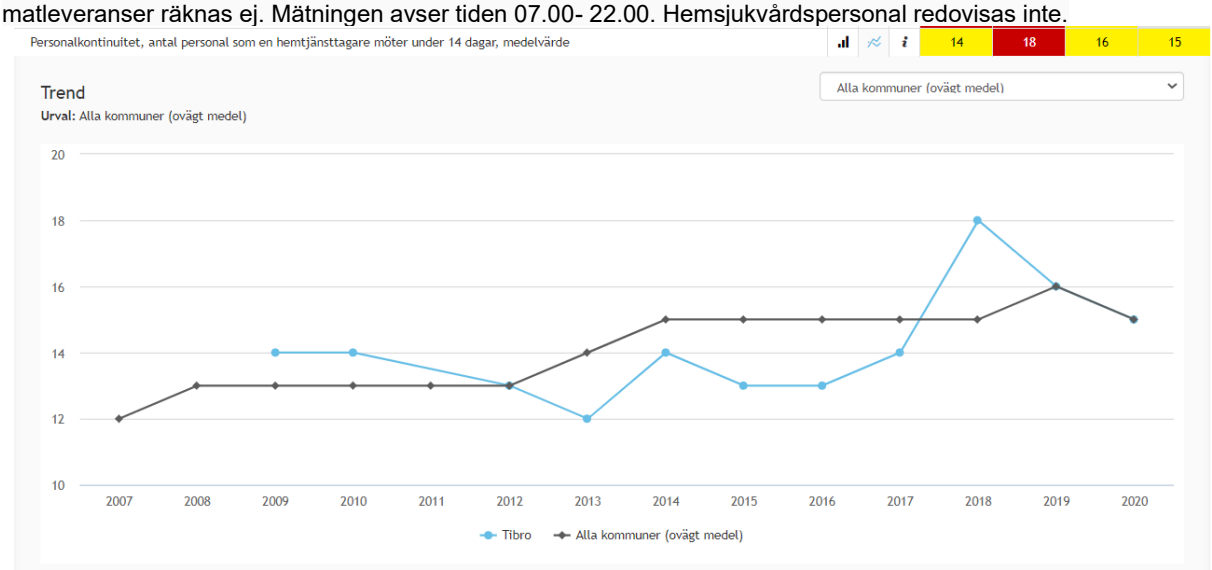
Tibro är bland de 25 kommuner i Sverige med kortast väntetid till ett särskilt boende.

Hemtjänst

Antal personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten dividerat med samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som besvarat undersökningen av äldres uppfattning 2017-2020.



Medelvärde, antal olika personal som en hemtjänsttagare möter under en 14-dagarsperiod. Gäller de personer, 65 år eller äldre, som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag (måndag-söndag). Trygghetslarm och matleveranser räknas ej. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00. Hemsjukvårdspersonal redovisas inte.

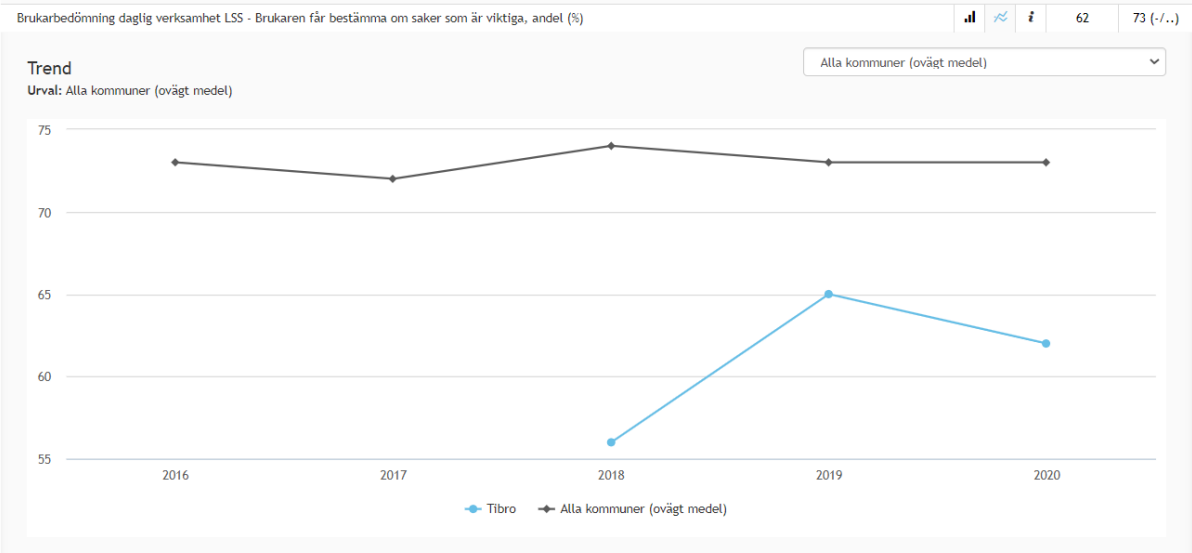


Funktionsnedsättning

Under hösten genomfördes brukarundersökning inom daglig verksamhet för tredje året i rad, 13 st brukare valde att delta. Brukarundersökning inom LSS boende har genomförts för första

året. Brukarundersökningarna är nationella undersökningar och utförs via ett webbaserat verktyg och resultatet redovisas i Kolada (Kommuner- och landstingsdatabasen). Syftet med brukarundersökningen är att få kunskap om hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheterna, för att sedan tillsammans med brukarna kunna utveckla och förbättra verksamheterna. Enkäten omfattar fyra kvalitetsområden: självbestämmande, trygghet, bemötande och trivsel.

Antal personer i daglig verksamhet LSS som har svarat Ja på frågan Får du bestämma om saker som är viktiga? dividerat med samtliga personer i daglig verksamhet LSS som har besvarat frågan. Svarsalternativen var Ja, Ibland, Nej. Undersökningen har genomförts med ett webbaserat verktyg för enkäter, anpassat till personer med funktionsnedsättning. Källa: SKL:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Jämförelsen är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen).



En presentation av resultat från brukarundersökningen till brukare och personal har inte kunnat genomföras med anledning av rådande pandemi. Färre deltagare genomförde undersökningen under 2020 vilket är ett resultat av färre deltagare på daglig verksamhet med anledning av pandemi.

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

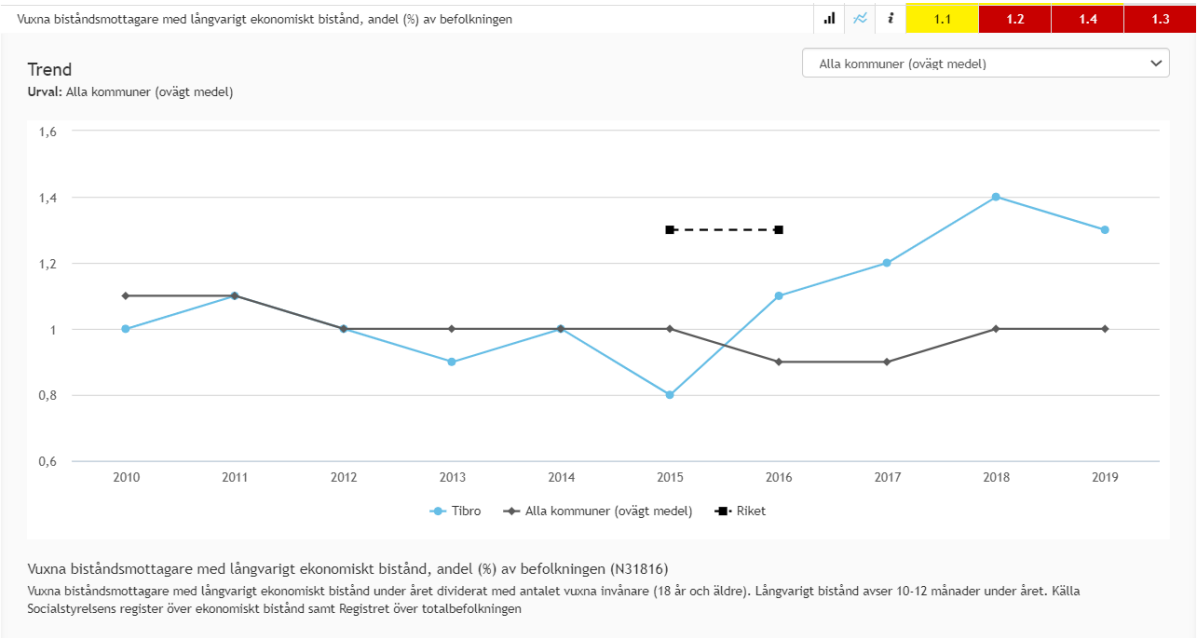
Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen).

Barn och unga

Tibro	2018	2019	2020
Aktualiserade barn inom socialtjänsten 0-20 år, totalt (Treserva pågående ärenden/år)	194	152	155
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning barn och unga 0-20 år, medelvärde (Resultatet hämtat från KOLADA (kommun – och landstingsdatabasen)	57	99	75

Försörjningsstöd

Tibro är bland de 25% av kommunerna som har högst andel personer med långvarigt ekonomiskt bistånd.



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen) och andelen för 2020 har ännu inte presenterats.

Missbruk

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

Ej verkställda beslut

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

Kontroll av efterlevnad Barnkonventionen

I juni 2020 antog socialnämnden en handlingsplan som bygger på ett antal tillämpningsnycklar som SKR tagit fram för socialtjänst. Uppföljning av efterlevnaden sker våren 2021.

Åtgärdsplan Lex Sarah

Under 2020 har 3 stycken åtgärdsplaner upprättats tillsammans med enhetschef för ansvarigt område. Åtgärdsplanerna syftar till att lättare följa upp att åtgärder genomförts samt resultatet av dessa.

Loggningar

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

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

Två stycken loggningar har rapporterat om otillåten läsning, ett fall handlade om pool/vakans personal som öppnat fel brukare och det andra handlar om otillåten läsning. Dessa ärenden resulterade i samtal, avvikelsehantering och utredning.

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

Hälso- och sjukvård

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

loggningar, registrering och uppföljning av avvikelser, hygien- och klädregler, kvalitetsregister, m.m.

Kontroll och uppföljning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gång per år	PPM-databasen
Hygienronder	Löpande	Protokoll
Vårdhygieniskstandard	1 gång per år	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Oplanerade transport till sjukhuset	1 gång per år	protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Statistik
Trycksår	1gånger per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	1 gånger per år	Patientnämnden, IVO,

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

Läkemedelsgenomgång

Den lokala handlingsplanen mellan kommun och primärvård är framtagen utifrån den länsgemensamma ”Det goda livet för de mest sjuka äldre i Västra Götaland. Ett av fokusområdena är – God och säker läkemedelsbehandling – med målet att de mest sjuka äldre får rätt läkemedelsbehandling. Så gott som för alla personer som omfattas av kommunal HSL har läkemedelsavstämning/fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts.

Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringarna kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vården inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Vårdplanen ska vara ett stöd för personalen i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården.

Målet enligt handlingsplanen för mest sjuka äldre är att minst 50 % av patienterna som är inskrivna inom kommunal hälso-och sjukvård ska ha en aktuell medicinsk vårdplan. De allra flesta patienter som är inskrivna i den kommunal hälso-sjukvården i Tibro kommun har en aktuell medicinsk vårdplan detta tack vare kontinuitet och tillgänglighet gällande hemsjukvårdsläkare från respektive vårdcentral dit patienten tillhör. En bidragande orsak är även följsamhet till rutinen för medicinsk vårdplan och att denna förbättring leder till minskat antal oplanerade transport till sjukhus.

Ett fortsatt arbete är att genomföra läkemedelsavstämning i samband med medicinsk vårdplan vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar till och planerar medicinsk vårdplan och läkemedelsavstämning minst en gång per år tillsammans med ansvarig läkare för att säkerställa läkemedelsbehandlingen för den enskilde. Förankra rutin för medicinska vårdplaner bland ny legitimerad personal inom vård och omsorg.

Signeringslistor – kontroll och uppföljning

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

Inom verksamheten saknades rutin gällande signeringslistor varav det finns en risk mot patientsäkerheten och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalité, varav behov funnits av att upprätta en rutin för att tydliggöra ansvar och beskrivning av genomförande process gällande signeringslistor för ordinerad och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats. Rutinen har varit verkställd för samtliga från 1/5 2020

Det är alltid legitimerad personal som skall ansvarar för upprättande av signeringslistor avseende hälso- och sjukvårdsinsatser. Leg personal ska aktualisera och kontrollera signeringslistorna varje månad, så även utföra kontroll av inkomna för bedömning om eventuell åtgärd utifrån patientperspektiv.

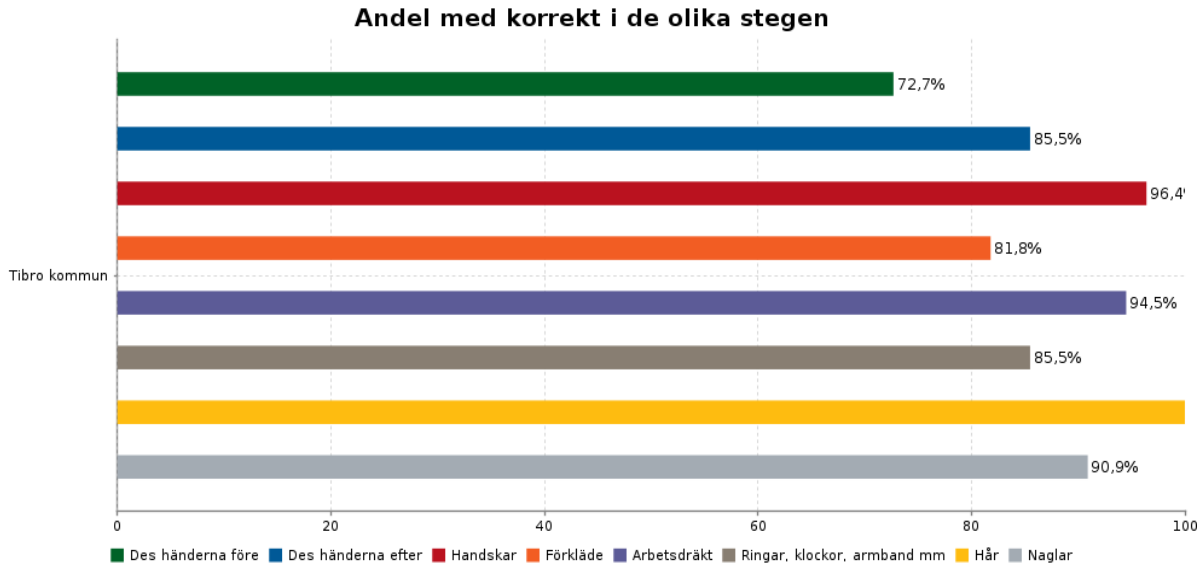
Omvårdnadspersonal ansvara för att utföra och signera ordinerad och delegerad insats om insats ej kan utföras av någon anledning skall leg personal kontaktas

Enhetschefs ansvarar för att säkerställa rutin så den efterföljs av omvårdnadspersonal, det vill säga att omvårdnadspersonal utför och signerar de ordinerade insatserna på signeringslistorna. Enhetschef ansvarar för att vid ofullständiga signeringslista kontrollera med berörd personal om varför insats ej utförd innan den överlämnas till leg personal.

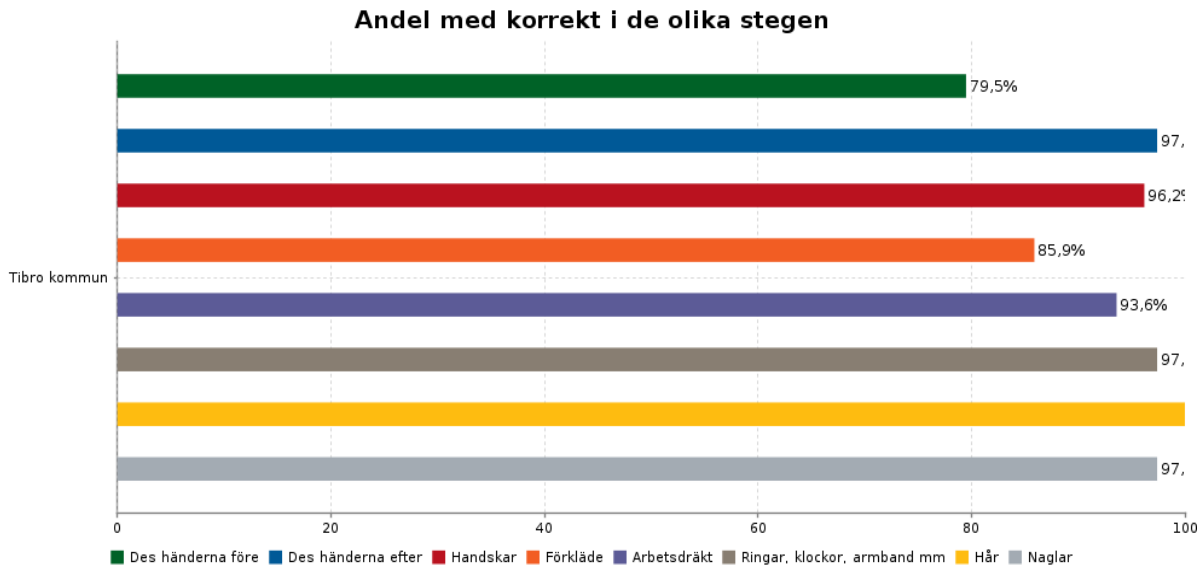
Basala hygienrutiner

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

Hygienombuden är nyckelpersoner och länken mellan vårdhygien och det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Hygienombuden har varit extra betydelsefulla under pandemin och haft uppgift att hålla sig uppdaterad och förmedla rutiner/riktlinjer. Hygienombuden har även som uppgift att genomföra återkommande punktprevalensmätningar. Dessa har under året genomförts 2 ggr för att tillse att personal inom vård och omsorg följer den rutin som finns för klädregler och basal hygien.



V. 11-12



V.40–41

Mätresultatet från 2020 års punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner inom Vård- och omsorg i Tibro kommun påvisar en förbättring under året, detta ses när man jämför V 11–12 och V 40–41. Dock behövs fortsatt arbete och fokus på vårdhygien och basala hygienrutiner då det framkommer att följsamhet kan bli bättre. Framför allt behövs en förbättring av att använda handdesinfektion före vårdinsats och även att använda skyddsförkläde.

Under 2020 har ett förebyggande arbetet implementerats gällande vårdhygienisk standard, en årlig egenkontroll för att säkerställa att vi som vårdgivare håller en god vårdhygienisk standard. För att uppnå en god hygienisk standard och identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter finns det ett verktyg av egenkontrollmodell, det utgör en enkel och begriplig metod. Metoden innebär att man utgår ifrån en checklista och detta utförs av enhetschef, hygienombud och ansvarig sjuksköterska. Till checklista hör en åtgärdsmall där åtgärder fylls i om det framkommer förbättringsmöjligheter.

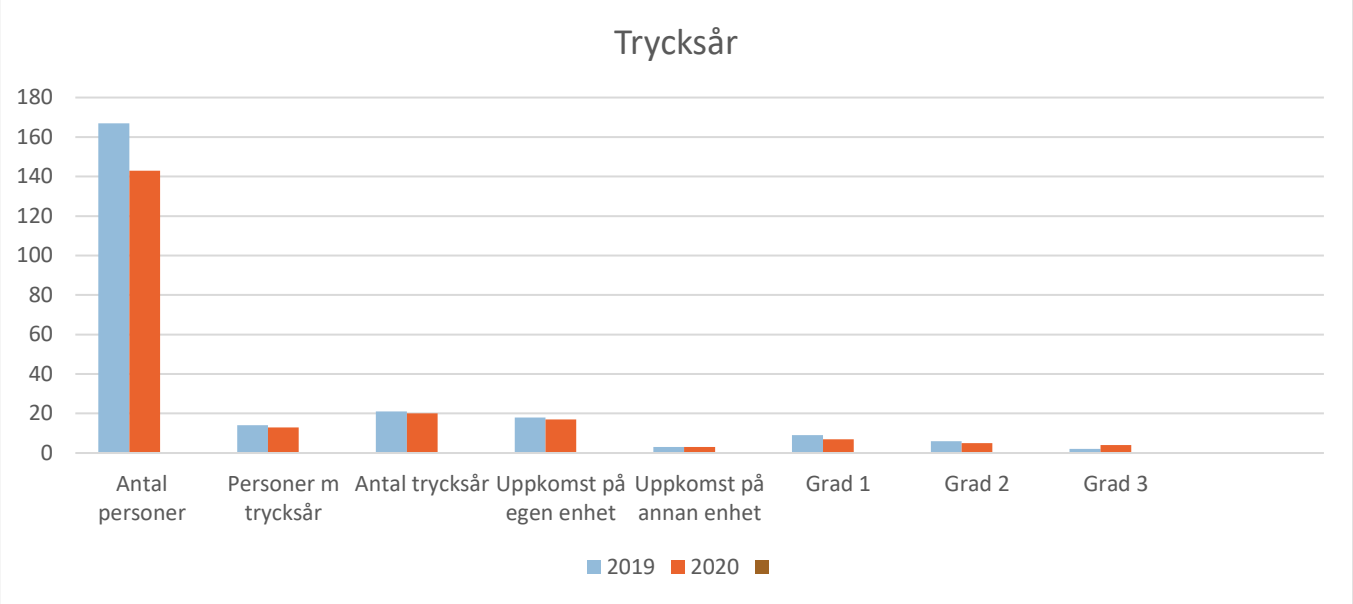
Rehabiliterande arbetssätt

Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg och hemtjänst innebär att se och ta tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.

Kvalitetsregister

Senior alert

Fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa är områden som har koppling till varandra och oftast äldre personer i behov av vård och omsorg. En undernärd person har lättare att falla och utveckla trycksår och vid till exempel en höftfraktur ökar risken att utveckla trycksår, näringsproblem och försämrad munhälsa. Senior alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg. En hög andel personer riskbedöms på SÄBO och strukturerade teamträff hålls därför var tredje till var femte vecka beroende på enhetens behov och möjlighet.



Utfall från Senior alert

	2019	2020
Antal personer	167	143
Antal trycksår	21	20
Antal personer med trycksår	14	13
kategori 1	9	7
kategori 2	6	5
kategori 3	2	4
kategori 4	4	4

Det har under 2020 varit färre personer som registrerats i Senior alert, pandemin kan här vara en orsak till detta utifrån att verksamheten varit hårt belastad varav prioritering har varit att bibehålla god vård med fokus på liv och hälsa.

Svenska palliativregistret

Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård.
Svenska palliativregistret har en målbild som innehåller löften till personer som befinner sig i livets slutskede med följande parametrar

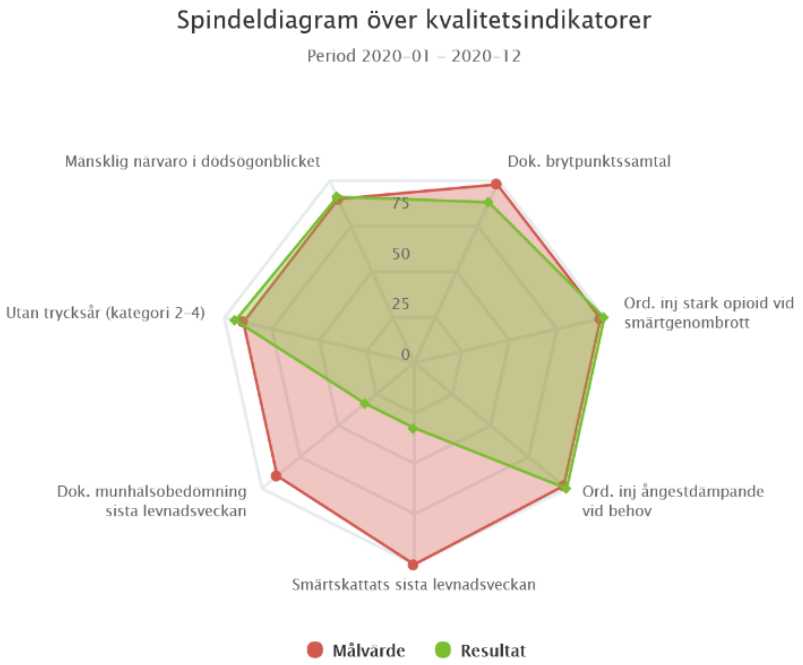
- Jag och mina närstående är informerade om min situation
- Jag är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Jag är ordinerad läkemedel vid behov
- Jag får god omvårdnad utifrån mina behov
- Jag vårdas där jag vill dö
- Jag behöver inte dö ensam
- Jag vet att mina närstående får stöd

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

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

Nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård 2020

Kvalitetsindikator	Målvärde	Tibro	Riket
Dok. brytpunktssamtal	98,0	88,2	77.0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0	95,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0	94,6
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	32,4	51,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	32,4	59,2
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	94,1	88,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	91,2	78,6



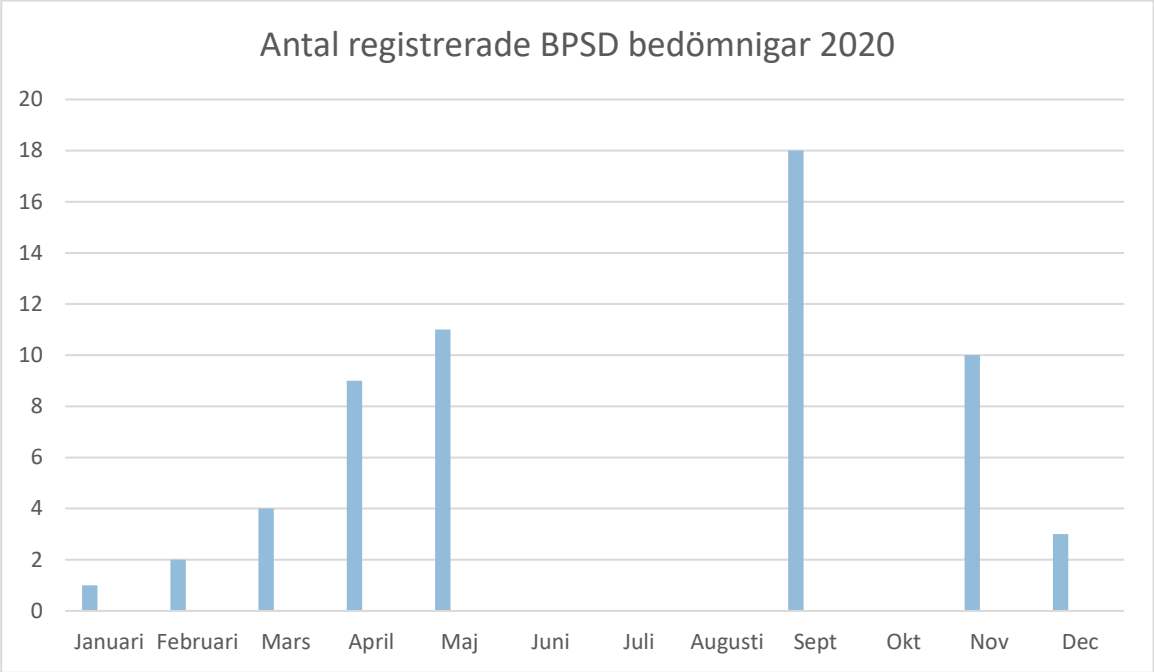
Av registreringen att döma finns det en utvecklingspotential inom vår verksamhet gällande att utföra och dokumentera bedömning av munhälsa, så även skattning av smärta då dessa ligger lågt utifrån målvärdet och så även i förhållande till övriga landet.

Positiv är att resultaten ligger högt beträffande att det är få personer med dokumenterade trycksår och så även att de flesta som avlider inom vår verksamhet har mänsklig närvaro vid dödsfallet.

Det finns en god möjligheten till optimal symtomlindring utifrån att ordinationsunderlag för smärta och oro har funnits vid samtliga registreringar.

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

I Tibro kommuns finns en väl inarbetad demensorganisation. Demensorganisationen är uppdelad i två enheter vilket är väl anpassat till upplägget i BPSD. Detta leder till bättre följsamhet runt den enskilde individen samt tillgång till flera administratörer. Det finns tydliga rutiner som underlättar för personalen att jobba mot BPSD-registret. Alla sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen är BPSD-utbildade.



Under året har 58 registreringar gjorts vilket är färre än 2019 då utfördes 85 registreringar. Detta beror på flera orsaker bland annat relaterat till pandemin och då att samordningsansvarig och övrig vårdpersonal fått prioritera den övriga vården. Ytterligare orsak kan även vara att flertal administratörer slutat. Det finns väldigt goda erfarenheter av BPSD-registret, att det är ett arbetsverktyg som ger kvalitet varav det är viktigt att det bibehålls. BPSD-registret ger förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder därav är det av vikt att återuppta det arbete som funnits innan pandemin. BPSD gör att det finns en bemötandeplan att jobba efter och det är ett även ett bra arbetsredskap för vikarier under sommaren vilket ger trygghet för den enskilde individen med demenssjukdom. Sedan 2016 har bemötandeplanen blivit som en del i genomförandeplanen. Genomförandeplanen följs upp tillsammans med den enskilde var 6:e månad samt vid behov. Detta leder till bättre uppföljningar, där behovet styr när BPSD-skattningen utförs. Målet är nu åter öka antalet BPSD-registreringar och att detta är fördelade över årets alla månader och att rutiner om arbete med BPSD-register följs.

Fortsättningsarbete:

- Att aktivt arbeta med BPSD
- Regelbundna sammankomster gällande BPSD
- Mer utbildning till administratörer i BPSD
- Implementera BPSD-registret i verksamheterna utanför demensorganisationen
- Att få BPSD registret att bli en naturlig och självklar arbetsmetod
- Öka antalet registreringar
- Arbeta mer effektiv med bemötandeplanernas utformning
- Att antalet registreringar är mer jämn fördelad över årets alla månader

Mål och strategier för kommande år

Målet för socialförvaltningen är att ge tibrobon en trygg och säker vård och omsorg. För att nå och bibehålla målet är en strategi kommande år att ta hjälp av den Nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som socialstyrelsen tagit fram. Målsättningen är att ingen patient ska behöva drabbas av skador som går att undvika. Handlingsplanen kommer att vara en grund för att utveckla patientsäkerheten och för att nå målet behövs grundläggande förutsättningar vara på plats, dessa grundläggande förutsättningar för säker vård i handlingsplanen är:

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

För att få dessa fyra grundläggande förutsättningar väl förankrade och säkrade inom socialförvaltningen krävs det ett långsiktigt arbete och är högt prioriterade kommande år inom socialförvaltningens kvalitetsutveckling.

Utöver dessa grundläggande områden har socialstyrelsen tagit fram fem prioriterade fokusområden i handlingsplanen vilket kommer att vävas in i arbetet för att säkerställa vården och omsorgen. Fokusområden som att Öka kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker vård här och nu, Stärka analys, lärande och utveckling och Öka riskmedvetenhet och beredskap

Systematiskt kvalitetsarbete

Ett annat fokus under 2021 är att implementera ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul.

Personcentrerat förhållningssätt

Kommunal hälso- och sjukvården och socialtjänst ger omsorg, omvårdnad och behandlar idag mycket effektivt en rad olika enskilda sjukdomstillstånd, dock kan helhetsbilden av patienten och hens perspektiv, erfarenheter, kunskap och medverkan saknas. Utifrån att ge bästa möjligheter för god och säker vård och omsorg tillsammans med nämndens mål bör en vidare utbildning inom personcentrerat förhållningssätt ges personalen. Personcentrerad vård är ett partnerskap mellan patienter/närstående och vårdpersonal inom hälso- och sjukvården som kommer från patientens berättelse och dokumenteras i en genomförande och/ eller vårdplan

Avvikelsehantering

Förvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Detta arbete bör utvecklas

tillsammans med enhetschefer och legitimerad personal för att alla ska känna trygghet i arbetet med avvikelsehantering.

Kvalitetsråd

Kvalitetsråd är ett tvärprofessionellt möte som idag regelbundet genomförs på ett par av förvaltningens enheter. Detta främjar det systematiska förbättringsarbetet och har som syfte att analysera, följa upp och åtgärda avvikelser på såväl individ som verksamhetsnivå. Under kommande år bör detta inrättas inom samtliga områden inom förvaltningen, samt uppbyggnad av en gemensam struktur för kvalitetsråd.

Egenkontroll

Under kommande år finns behov av att säkerställa följsamheten av riktlinjer om handläggning inom vård och omsorg samt handlingsplanen för efterlevnad av barnkonventionen.

Egenkontroll av introduktion för förvaltningens medarbetare bör ske kommande år, innehållande utbildning, avvikelsehantering, delegering med mera.

Dokumentation

Implementering av digital signering har inte verkställts under året, detta är dock av vikt att komma igång med under kommande år. En digital signering stärker patientsäkerheten och är ett verktyg som underlättar för personal.