



Datum  
2022-03-01

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2021

**Emma Nilsson**  
Socialt ansvarig samordnare/Kvalitetsutvecklare

**Annicka Klar**  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Kvalitetsutvecklare

**TIBRO**

Tibro kommun  
543 80 TIBRO

[www.tibro.se](http://www.tibro.se)  
[kommun@tibro.se](mailto:kommun@tibro.se)

Växel: 0504-180 00



## Innehåll

Sammanfattning.....	5
Inledning .....	5
Socialförvaltningens kvalitetsarbete.....	5
Organisation och ansvar .....	6
Förvaltningschef.....	6
Verksamhetschef för vård och omsorg .....	6
Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsnedsättning.....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	7
Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	7
Enhetschef .....	7
1:e socialsekreterare.....	8
Myndighetshandläggare.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonal .....	8
Omvårdnadspersonal.....	8
Kvalitetsledningssystem.....	9
Styrdokument.....	9
Nyckeltalsuppföljning .....	9
Avvikelsehantering .....	10
Registrerade avvikelser fall.....	10
Registrerade avvikelser läkemedelshantering .....	11
Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser .....	12
Registrerade avvikelser dokumentation .....	12
Klagomål/Synpunkter .....	13
Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt .....	13
Fel och brist.....	13



Lex Sarah.....	14
Lex Maria .....	16
Externa avvikelser.....	18
Kompetens för kvalitet och patientsäkerhet .....	18
Dokumentation.....	19
Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet .....	19
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	19
Samverkan vid in och utskrivningar från slutenvården.....	21
Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet .....	21
Samverkan med medborgare .....	21
Samverkan med studiefrämjandet .....	22
Informationssäkerhet .....	22
Loggningar .....	22
Tillsyn.....	23
Egenkontroll .....	24
Brukarundersökningar.....	24
Brukarundersökning IFO.....	24
Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS .....	25
Brukarundersökning Gruppbostad LSS .....	26
Brukarundersökning Servicebostad LSS .....	27
Så tycker de äldre om äldreomsorgen .....	27
Statistik .....	28
Äldreomsorg.....	28
Funktionsnedsättning .....	28
Barn och unga.....	28



Försörjningsstöd.....	29
Missbruk.....	29
Ej verkställda beslut .....	29
Kontroll av efterlevnad Barnkonventionen .....	30
Kontroll av efterlevnad av ledningssystem Vård och omsorg .....	30
Åtgärdsplan Lex Sarah .....	30
Hälsa- och sjukvård .....	30
Övergripande mål och strategier.....	30
Egenkontroll .....	32
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	33
Basala hygienrutiner .....	33
Vårdhygienisk standard .....	34
Covid-19.....	34
Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa.....	34
Rehabiliterande förhållningsätt .....	34
Demensorganisation .....	35
Trygg och säker hemgång .....	35
Medicinska vårdplaner .....	36
Delegeringar .....	36
Signeringslistor – kontroll och uppföljning.....	37
Palliativ vård.....	37
Resultat och Analys .....	39
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 avvikelshantering.

Ett stort fokus och som varit dominerande under 2021 har varit pandemin. De viktigaste åtgärderna för 2021 och framåt har varit att skydda våra patienter och brukare från smitta av Covid-19 och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter med fokus på liv och hälsa. Vaccination mot Covid-19 har utförts inom den kommunal verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården och även för de sammanboende inom ordinärt boende.

Extern och intern samverkan är en viktig del för ökad kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. Det har under året upprättats ett planeringsteam för att säkerställa trygga vårdövergångar.

Det är av stor vikt att avvikelshantering är väl implementerad inom alla verksamheter för ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete. Under 2021 har implementering av digital avvikelshantering fortsatt för att skapa förutsättningar för bättre analys, tydligare utredningar och åtgärder. MAS och SAS har tagit fram en handlingsplan för utbildning till enhetschefer och leg personal inom kvalitet och patientsäkerhet.

## Inledning

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

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

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

## Socialförvaltningens kvalitetsarbete

Varje individ ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Tibro Kommun som ansvarig för vård och omsorg har ett ansvar för att planera, leda och kontrollera att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård och omsorg upprätthålls (SFS 2017:30). Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst har även ansvar för att det finns ett ledningssystem (SOSFS 2011:9) som löpande ska



utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Genom att alla i verksamheten är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten. Riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete finns inom förvaltningen.

Tibro kommun har en värdegrund som ska genomsyra såväl socialförvaltningen som kommunens övriga förvaltningar. Under hösten 2021 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.

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

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

## Förvaltningschef

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

## Verksamhetschef för vård och omsorg

Representerar vårdgivaren och ansvarar för verksamheten samt har det samlade ledningsansvaret. Denne ansvarar för att hälso- och sjukvården tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet på ett kostnadseffektivt sätt. Vård- och omsorgschefen leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9). Verksamhetschefen ansvarar för kvalitén inom den löpande verksamheten, att arbetssätt, riktlinjer och



rutiner inom lagrummen SoL/HSL efterföljs. Verksamhetschefen upprättar till viss del rutiner i samråd med berörda parter i organisationen och ansvarar för att risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller rutiner.

## **Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsnedsättning**

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

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

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

## **Socialt ansvarig samordnare (SAS)**

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

## **Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att de arbetssätt, riktlinjer och rutiner som fastställt efterföljs. Ansvarar för att all personal får den introduktion de behöver för att kunna utföra ett arbete med god kvalitet. Denne ansvarar för att årligen föra en dialog med all personal kring Lex Sarah och Lex Maria. Enhetschefen har ett huvudansvar för att utreda, följa upp och vidareutveckla



kvalitet och säkerhet utifrån inkomna avvikelser och synpunkter i ett första skede inom enheten. Det övergripande ansvaret gällande dokumentation, att informera och utbilda samt göra personalen delaktig i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ingår också i enhetschefens uppdrag. Enhetschef kontaktar Vårdhygien och Smittskydd när så behövs inom sin enhet.

## **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. Kontaktar Vårdhygien och Smittskydd och andra stödfunktioner när detta behövs.

## **Omvårdnadspersonal**

All personal ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten. Omvårdnadspersonalen ansvarar för att varje brukare möts utifrån kommunen värdegrund och att genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde. Medverkar i verksamhetens kvalitetsarbete, så som rapportering av avvikelser, riskanalys, medverka vid framtagande av processer och rutiner. Använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet samt vara delaktiga i uppföljning och analys av mål och resultat. All personal är 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. Socialnämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Underlag för uppföljning av kvaliteten inom socialförvaltningen:

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

## Styrdokument

Socialnämnden har beslutat om följande:

- Riktlinjer för förenklat beslutsfattande enligt 4 kap 2 § SoL
- Riktlinjer för resor inom socialförvaltningen
- Riktlinje för Lex Maria.
- Med anledning av pandemin har en rad lokala rutiner upprättats utifrån de regionala riktlinjer regionen kring att förhindra smittspridning.

## Nyckeltalsuppföljning

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

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



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

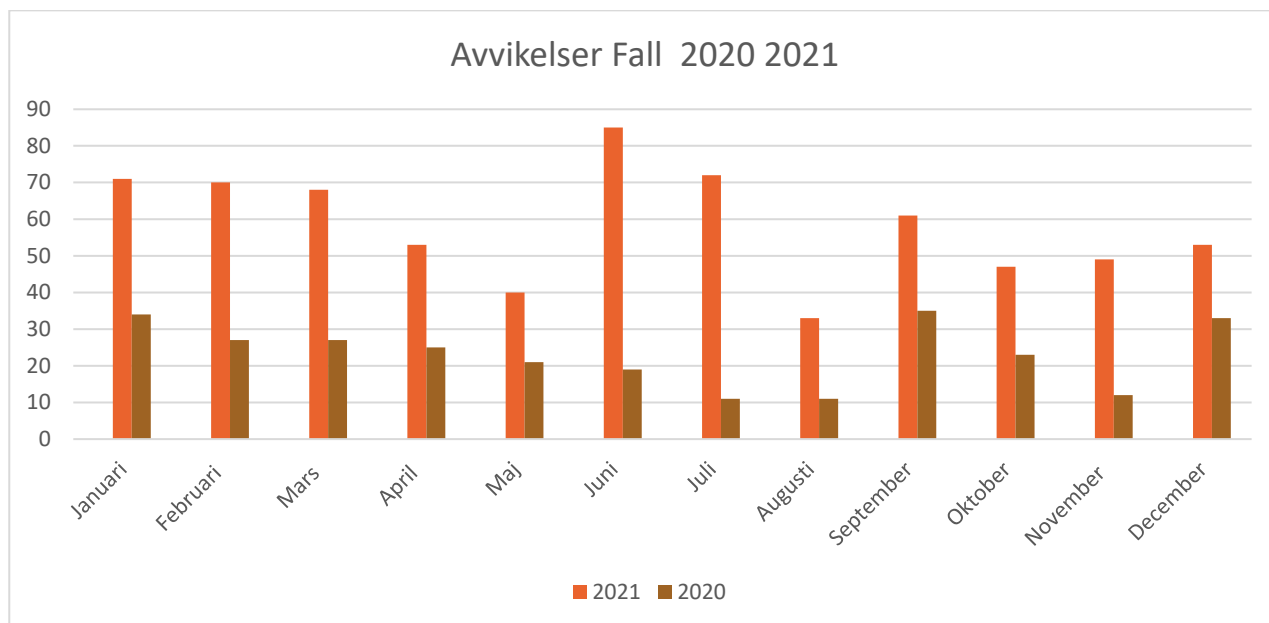
## Avvikelsehantering

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. Avvikelsehantering är därför vårt viktigaste verktyg för att hitta fel, brister och risker samt förebygga att de inträffar igen. En avvikelse kan beskrivas som en händelse där avvikelsen medfört risk för vårdskada /missförhållande eller orsakat vårdskada/missförhållande.

Från och med 2021 utförs avvikelsehantering digitalt i verksamhetssystemet, varav år 2021 får ses som en implementeringsfas. Det ses under senare del av 2021 en utveckling utifrån att registrera, utreda, åtgärda och följa upp avvikelser, synpunkter och klagomål.

Det som observerats och som inte kan uteslutas är att det förekommer ett mörkertal både av avvikelser som inte registreras och att avvikelser registreras under fel verksamhet. Avvikelser som rör hälso-sjukvård registreras under äldreomsorgen alternativt funktionsnedsättning. Avvikelser har även registrerats under fel område och aktivitet vilket gör att det försvårar att ta fram rättvis statistik.

## Registrerade avvikelser fall



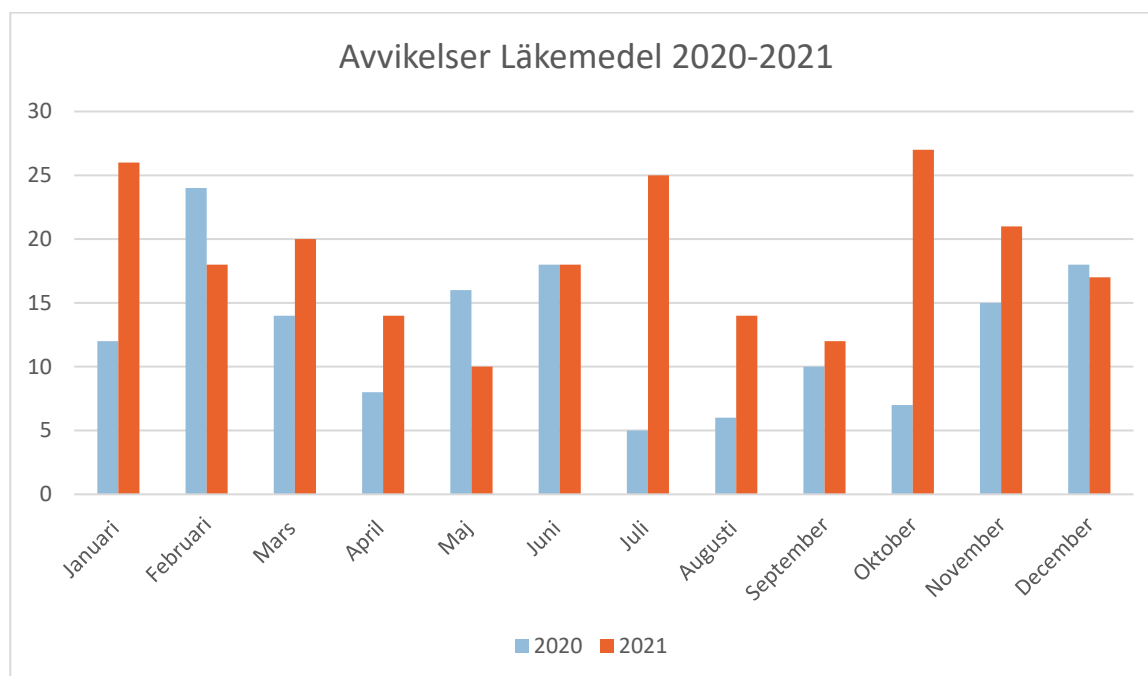
Antalet rapporterade och registrerade fall under 2021 har varit högre jämfört med 2020, detta är troligen relaterat till att det infördes digital rapportering från årets början.



Det förebyggande arbete som bland annat 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 rehabiliterande arbetssätt.

Ett fortsatt bra teamsamarbete är 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.

## Registrerade avvikelser läkemedelshantering



Totalt har 222 läkemedelsavvikelser registrerats under 2021 vilket är 47 fler än 2020. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att patienten inte erhållit sitt ordinerade läkemedel av någon orsak.

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, dels 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 bland annat händelser som att det kan vara felaktig ordination. En utredning kring läkemedelshantering under 2021 har genomförts utifrån risk för allvarlig vårdskada och där risk för att händelse kunnat upprepas. Utredningen resulterade i skapande av ny rutin, rutin för hantering av Apodosleverans. Tre likvärdiga händel-

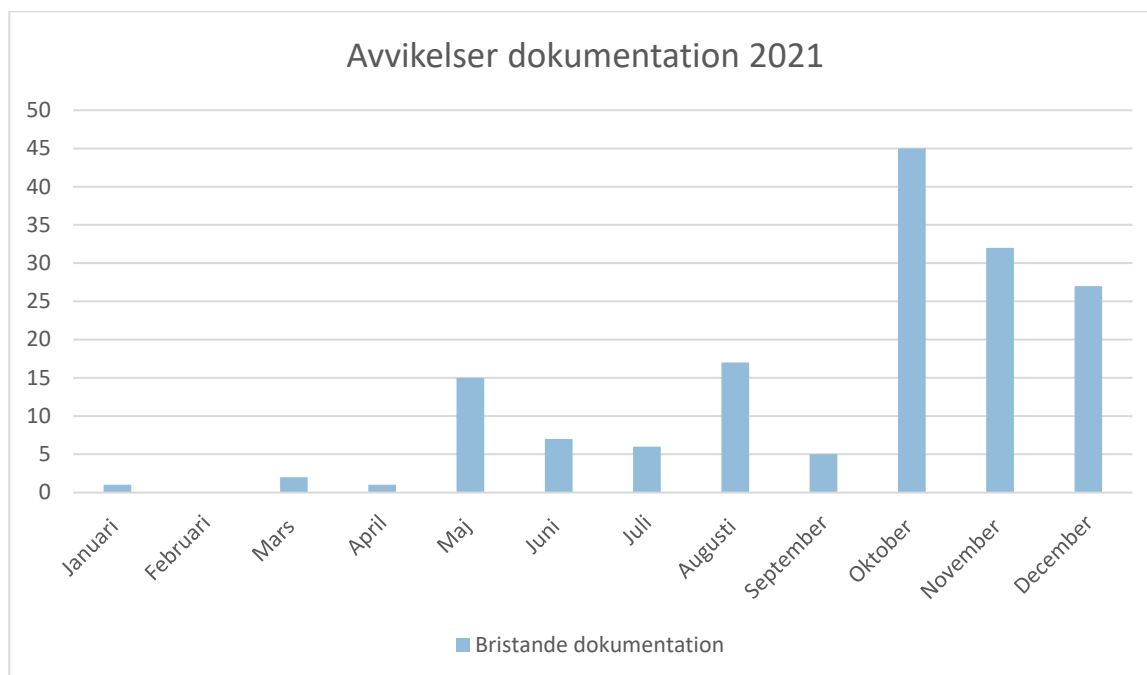


serna där det framkommit att läkemedel inte blivit insatt i Apodos, i ett av fallen skulle läkemedlet förnyats av ordinator och i övriga var aktuellt läkemedel utsatt för att delas i Apodos varav behov av ny ordination för delning i dosett.

## Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser

Ordinerade behandlingar /insatser av legitimerad personal så som av arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och sjuksköterskor skall utföras och patient skall erhålla den behandling som erfordrats. Utebliven ordinerad behandling framkommer dock inte rättvist via avvikelssystemet, det finns ett stort mörkertal, delvis att det inte registreras men även att det istället registreras som bristande dokumentation, det vill säga att det saknas signering. Så även att dessa registreras som felaktig utförd hälso-sjukvårdsinsats. Trots att det inte registrerats avvikelser är vetskapen stor om att ordinerad behandling/ insatser inte utförs, detta bland annat genom att signeringslistor inkommer ofullständiga och att patienterna själva framför och även att det kan utvärderas i uppföljning av legitimerad personal. Under 2020 förde arbetsterapeut och fysioterapeuter statistik på ej signerade utifrån signeringslistor (möjligen då även ej utförda insatser) och det totala var 2824 ej signerade insatser av totalt 26 440 möjliga varav detta påvisar att mörkertalet kan vara stort. Det behöver tydliggöras inom enheterna att all behandling/insats som inte utförs skall registreras som utebliven behandling då detta innebär en konsekvens för patient som kan leda till vårdskada, allvarlig vårdskada. Dessa avvikelser utgör till stor del ej signerade/ej utförda rehab insatser

## Registrerade avvikelser dokumentation





Ökade antal avvikelser inom dokumentation under senare del av 2021 beror troligen på ökad kunskap om avvikelssystemet.

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

## **Klagomål/Synpunkter**

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

Under 2021 har 25 synpunkter och klagomål inkommit till socialförvaltningen och 3 klagomål har inkommit via inspektionen för vård och omsorg.

## **Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt**

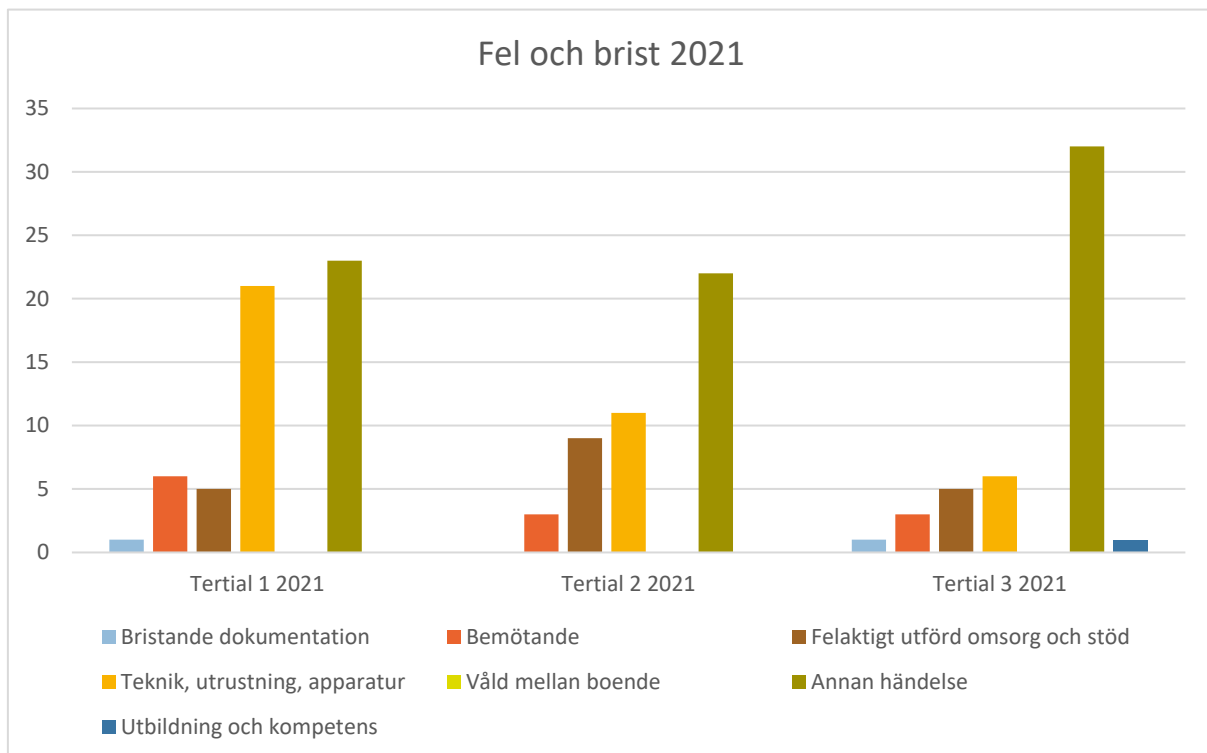
Med medicinteknisk produkt avses en produkt som enligt tillverkaren ska användas för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en sjukdom, skada eller funktionshinder samt undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process.

Under 2021 har en händelse rapporterats som kunnat medfört risk eller skada för patient, händelsen var att ett hjul lossnat på ett gånghjälpmedel varav anmälan om negativ händelse och tillbud berörande en medicinteknisk produkt har skickats till IVO och läkemedelsverket så även rapport till leverantör är skickad. IVO har avslutat ärendet. I utredning påvisas inga brister inom verksamheten. Läkemedelsverket har i sitt beslut klargjort att det förmodligen var ett fel i tillverkningen.

## **Fel och brist**

Fel och brist hanteras på enheten och utredningsansvarig är enhetschef.

Under 2021 har socialförvaltningens enheter hanterat 150 fel och brister, detta kan jämföras med 117 under 2020. Denna ökning har till stor del med pandemin att göra. Många fick inte alla insatser genomförda på grund av den hårda belastning pandemin medfört. Samtidigt som ökningen kan bero på införandet av digitalt avvikelssystem.



I samband med en avvikelse gällande en brukare som befunnit sig på korttiden utan beslut har de processer som förekommer i verksamheten tydliggjorts tillsammans med berörda enhetschefer.

Gällande en avvikelse för demens syd angående golvlarm har en tydlig rutin för detta upprättats. Detta för att tydliggöra hur golvlarmen används på rätt sätt och för att öka säkerheten hos brukarna.

En grupp med representanter från olika verksamheter inom socialförvaltningen har arbetat fram en ansvars och rollfördelning när det gäller särskilt boende, från aktualisering till avslut av ärende. Detta för att alla ska veta vem som gör vad och för att tydliggöra vem man kontaktar i vilket skede i processen.

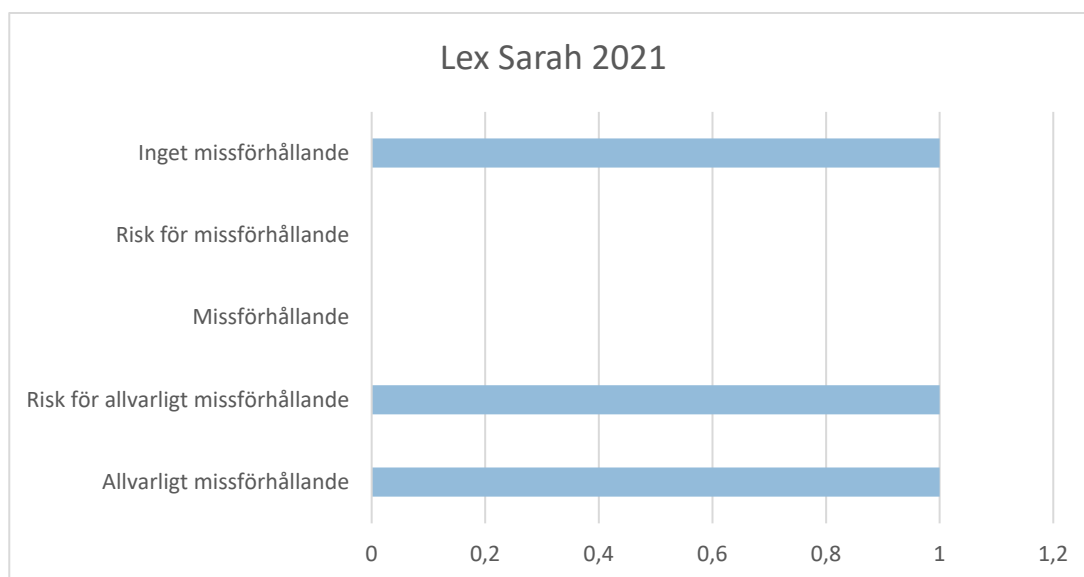
## Lex Sarah

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.

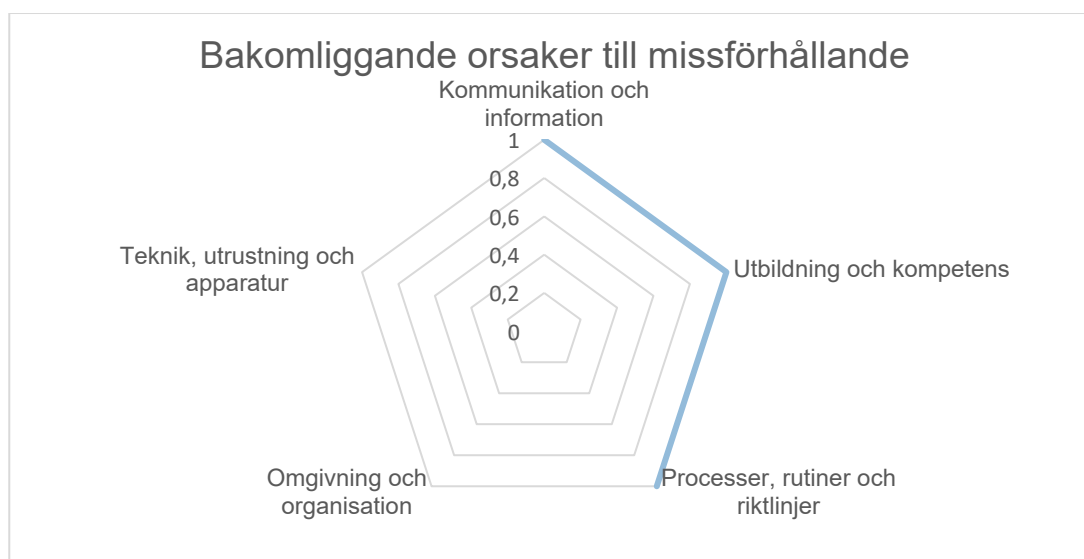


Lex Sarah delas in i fyra grader: risk för missförhållande, missförhållande, risk för allvarligt missförhållande samt allvarligt missförhållande. Vid händelse som bedöms som de två allvarligaste graderna skickas alltid rapport och utredning till IVO för bedömning om tillräckliga åtgärder.

Rapporter om Lex Sarah utreds av SAS och under 2021 har tre rapporter hanterats. Två av dessa har bedömts allvarliga och resulterat i anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Beslut från IVO gällande anmälningarna har ej inte tilldelats. Den tredje bedömdes som inget missförhållande.



I de utredningar som förekommit under 2021 har ett antal bakomliggande orsaker pekats ut och dessa kan kategoriseras in i följande områden:





## Med anledning av 2021 års Lex Sarah har följande arbete/åtgärder genomförts:

- Tydliggöra arbetet med att ha en uppdaterad genomförandeplan
- Vikten av att rapportera avvikelser då man uppmärksammar brister samt risker för missförhållanden.

## 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 skyndsamt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialnämnden informeras om Lex Maria anmälan. Patient eller i förekommande fall närstående informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen är lämnad dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Anmälan och utredning diarieförs som Lex Maria. Svar från IVO återkopplas till socialnämnd, patient/närstående och berörd personal. Svaret diarieförs.

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldighet som följer av 3 kap 5 § i Patient-säkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar 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 inträffa på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser som inte går att förhindra.

## Händelser och utredning enligt Lex Maria

Under året 2021 har två händelser lett till Lex Maria anmälningar som skickats till IVO. Båda händelser omfattas inom vård och omsorgsverksamheten.

**Lex Maria 1;** var utifrån händelse när en patient på ett av våra demensboende drabbades av en höftfraktur vid en fallolycka och avled inom kort därefter. Patienten som hade regelbunden tillsyn, var ensam i sin lägenhet då fallolyckan inträffade. Patienten hade fallit tidigare vid flera tillfällen och vid utredningen av ärendet konstateras att fallrisken inte hade lyfts fram i den aktuella vårdplanen samt att dokumentationen av planerade och vidtagna åtgärder och beslut var bristfällig. Det är oklart om händelsen hade kunnat undvikas då det vid utredningen framkom att vårdpersonal vidtagit åtgärder för att i möjligast mån förhindra fall. Dock behöver vi ha





ett mer systematiskt och kontinuerligt förebyggande arbete i team när det finns risk för vårdskada för att förhindra att det händer igen. IVO avslutar ärendet då det är bedömt att kommunen vidtagit de åtgärder som krävs för att hindra att något liknande ska inträffa igen.

**Lex Maria 2;** anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, var utifrån det funnit risk för en allvarlig vårdskada. Ärendet handlar om en patient inom hemsjukvården som fick fördröjd infektionsbehandling. Fördröjning orsakades av bristande kommunikation från vårdpersonal, vilket ledde till att patienten fick skickas till sjukhus med ambulans. På sjukhuset konstateras blodförgiftning och patienten fick sjukhusvård i tio dagar. I detta ärende har inget beslut kommit från IVO. Anmälan skickades in under december månad.

**Med anledning av 2021 års händelser och vårdskador är följande beslutat och åtgärder enligt nedan är planerade och skall genomföras.**

**Lex Maria 1;** utredning av fall framkom behov av utbildning till enhetschefer och leg personal gällande utredning av avvikelser, fallolyckor och vid risk för fallolyckor. Detta för ett mer proaktivt arbete och jobba med "vid risk för ". Att oftare utföra kontinuerliga tvärprofessionella möte, teammöten förslagsvis att träffas varje vecka för att kunna ta hand om avvikelser fortlöpande.

Kollegial journalgranskning ska utföras av leg personal.

Uppdatering av rutin skyddsåtgärder och begränsningsåtgärder och se över eventuella förändring av process /rutin och förslag för tillägg av checklista /lathund kopplat till rutinskyddsåtgärd, begränsningsåtgärd.

**Lex Maria 2;** Utredning av fördröjd infektionsbehandling påvisa behov av att säkerställa att patient är delaktig i sin vård och behandling. Kollegial journalgranskning för att se förbättringspotential gällande dokumentation, öka patientsäkerheten.

Förbättra och säkerställa informationsöverföring mellan vårdpersonal varav det behövs introduktion, utbildning till samtlig personal, vik personal gällande kontakt med leg personal vid förändrat allmänt tillstånd.

SBAR utbildning till samtlig personal för strukturering av kommunikation. SBAR är för att förmedla en strukturerad rapportering mellan vårdpersonal. SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation

Se över arbetssätt, arbeta teambaserat utifrån att förbättra kommunikation mellan hemsjukvård och hemvård. Säkerställa rapportering från leg persona skriftligen via verksamhetssystemet och vid behov muntligen utifrån överenskomna åtgärder vårdplan.

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 avvikelser kunnat inträffa ligger fortsatt i fokus kommande år detta parallellt med systematisk kvalitetsuppföljning.

## Externa avvikelser

Som ett led i kvalitetssäkringen hanteras även avvikelser mellan kommunen och regionen. Från oktober 2020 har digitalt avvikelssystemet Med Control Pro kunnat användas av kommunerna i Skaraborg för en hel övergång från och med 1 januari 2021. Detta ska förenkla hanteringen av avvikelser.

Extern Avvikelse	2020	2021
Från SKAS	9	7
Till SKAS	11	5
Från Primärvård	3	3
Till Primärvård	4	14
Från Övrig	0	0
Till Övrigt	0	0

Antalet avvikelser som har ökat är till primärvården och minskat till SKAS. Den digitala hanteringen kan ha påverkat utfallet utifrån att det är ett nytt arbetssätt och inte fullt implementerat i verksamheten. Externa avvikelser handlar till störst del brister i informationsöverföring vid vårdövergångar.

## Kompetens för kvalitet och patientsäkerhet

Samtliga enhetschefer inom vård och omsorg har utfört 3 dagarsutbildning i systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete detta för att effektivt kunna leda sin enhets systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Fokus på ansvar för såväl brukarsäkerhet som patientsäkerhet, kvalitetsledningsuppdraget, teamledning, avvikelshantering, riskanalyser och resultatanalyser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört utbildning inom ledningssystem, kvalitetsledning och utvecklingsledarskap. Hälso-sjukvårdprocessen och effektiv processledning. Systematiska förbättringsarbetet och egenkontroll. Risk och händelseanalys.

Verksamhetschef för vård och omsorg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Enhetschefer för leg. personal har deltagit i SKR ledarskapsprogram för God och Nära vård

Tre omvårdnadspersonal genomför undersköterskeutbildning genom äldreomsorgslyftet.

Två enhetschefer har genomgått kommunens Ledarskapsprogram.



## 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.

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

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. Denna utbildning hölls även till samtlig vårdpersonal inom hemvården. De utbildningar i social dokumentation som planerats har på grund av pandemin inte kunnat genomföras.

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

Socialförvaltningen har sedan många år använt Treserva som verksamhetssystem. Upphandling av nytt verksamhetssystem "Lifecare" i samverkan med 11 andra kommuner blev klart under 2021.

## Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Lokal överenskommelse om läkarmedverkan upprättas årligen med primärvården för att trygga en god kvalitet och tillgång till läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.



- Samverkan internt enligt process för avvikelshantering.
- Vårdsamverkan Skaraborg har en överenskommen rutin för landsting, primärvård och kommun gällande avvikelserapportering: "Avvikelsehantering i vårdsamverkan". När gemensamma dokument för säker in- och utskrivning från länssjukvård inte följs skickas externa avvikelser. Likaså om icke rapporterad vårdskada skett hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till vårdgivare när man finner att patient-säkerheten inte uppnåtts enligt praxis. Från och med 2021 rapporteras avvikelser mellan vårdgivare digitalt via regionens avvikelssystem Med Control Pro. Leg personal, enhetschefer och myndighetshandläggare kan genom detta rapportera en avvikelse, samtliga avvikelser går genom MAS som är samordningsansvarig vilket innebär att avvikelser skickas vidare till berörd extern enhet och är även mottagare för inkomna avvikelser som rapporterade externt.
- Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till den kommunala hälso- och sjukvården. Har varit grundutbildning för samtliga hygienombud som genomfördes digitalt hösten 2021.
- Smittskydd Skaraborgs sjukhus har ansvar att samverka vid behov av smittskyddsåtgärder vilket har funnits under 2021.
- Under 2021 har det varit kontinuerliga samverkansmöten utifrån pandemin med vårdhygien och smittskydd från SKAS Skövde. Möten har varit 1 ggr i veckan, eller varannan vecka beroende på behovet utifrån samhällsspridning.
- Samverkan med Samordningsansvarig läkare / hemsjukvårdsläkare Närhälsan vid smittspårning vid bekräftade Covidfall inom Hälso-sjukvårdsverksamheten.
- Läkarmedverkan från primärvården har varit nära och god tillgänglighet så som inom den ordinära somatiska vården så även för Covid-19 vården.
- Patientnämnden har enligt avtal ansvar att vid enskilds önskan ha en stödjande funktion vid dess synpunkter eller klagomål på vårdgivare såsom kommunen.
- Saknas lokal trepartssamverkan, dessa har inte varit sedan pandemins start 2020.



## Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från sluten hälso- och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen och samverkan ska alltid utgå från den enskildes behov av samordnade insatser. Inom socialförvaltningen har det pågått en genomlysning av kontaktpunkten och samtliga roller i in- och utskrivningsprocessen. Det har tagits beslut om ett planeringsteam som ansvarar för att påbörja planeringen inför utskrivningen av nya patienter och vårdtagare. Planeringsteamet utför detta i samverkan med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården och den enskilde.

## Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och i förekommande fall närstående får möjlighet att:

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

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

## Samverkan med medborgare

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

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

Sedan 2010 har underhållscafé anordnats i samarbete med Hjälpmedelscentralen i Västra Götaland, Primärvården i Tibro samt Äldrecentrum. Detta i syfte att underlätta uppföljning av



framför allt gånghjälpmiddel. Kommunen arbetar även med uppsökande verksamhet riktad till alla 75-åringar.

Under senare delen av 2021 används pressmeddelanden för att dela information gällande anmälningar till IVO om Lex Sarah och Lex Maria. Beslut från IVO delges även genom pressmeddelande.

## 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.

## Informationssäkerhet

Kommunen ska ansvara för att det finns en informationssäkerhetspolicy. Den ska ange det övergripande mål för och inriktning på verksamhetens arbete med informationssäkerhet i syfte att säkerställa personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Det finns i nuläget inte någon gemensam informationssäkerhetspolicy framtagen enligt ovan, denna är dock färdigställd och skall kommande år implementeras inom verksamheten. Utifrån denna får sedan respektive enhet ta fram sina rutiner för att det skall säkerställa informationssäkerheten inom sitt område.

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

## Loggningar

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

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

Under 2021 har två otillåtna loggningar rapporterats. Den ena handlar om otillåten läsning inom pool/vakans. Efter utredning och samtal med personal har det resulterat i klagörande samtal och en varning samt uppföljande kontroller i tre månader. Den andra handlar om otillåten läsning inom rehabenheten. Efter samtal med personal och ytterligare granskning lades utredningen ner då det inte fanns skäl att gå vidare.



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

## Tillsyn

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

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

Under 2020 genomfördes en föranmäld granskning på myndighetsenheten gällande myndighetshandläggning. I november 2021 inkom beslutet från IVO att de avslutar ärendet. IVO anser att de åtgärder som redovisats varit tillräckliga.

IVO genomförde 2020 en nationell granskning om äldre på särskilda boenden har fått medicinsk vård och behandling utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad Covid-19. Granskningen var utifrån om det funnits förutsättningar för att ge god vård till personer med Covid-19 inom kommunal hälsosjukvård i Tibro, om vård och behandling har getts utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad Covid-19. Bland annat då hur personen har varit delaktigheten i sin vård, hur bedömning av vårdnivå gjorts och även palliativ vård. IVO har inte uppmärksammat några bister i den kommunal hälso-sjukvården inom de område som tillsynen om fattat, beslutet kom tillkänna 2021 januari

Under 2021 har IVO tilldelat beslut utifrån granskningar inom socialförvaltningen i Tibro.

<b>Datum för tillsyn</b>	2021-01-26	2021-03-31
<b>Enhet</b>	Servicebostad	Hemtjänst
<b>Resultat</b>	<p>Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför en nationell tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Syftet med tillsynen är att granska förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder.</p> <p>Någon återkoppling från IVO eller vidare granskning har ej gjorts.</p>	<p>IVO har genomfört en tillsynsinsats som riktar sig mot samtliga kommuner i landet. Syftet med tillsynen är att granska i vilken utsträckning kommunen anlitar privata utförare av hemtjänstinsatser samt om kommunen kontrollerar att dessa har tillstånd från IVO att utföra hemtjänstinsatser.</p> <p>IVO avslutade ärendet 2021-04-21 då kommunen inte använder privata utförare av hemtjänstinsatser</p>



## 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 2021 har socialförvaltningen genomfört brukarundersökning inom följande områden: IFO, Gruppbostad LSS, Servicebostad LSS, Daglig verksamhet LSS. Socialstyrelsens brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen" har inte genomförts under 2021 på grund av ny upphandling.

### Brukarundersökning IFO

Brukarundersökningen 2021 genomfördes inom Individ- och familjeomsorgen. Brukarundersökningen har genomförts genom att kod för webbenkät skickats hem till de som varit i kontakt med myndighetsenheten under aktuell period. 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 inom ekonomiskt bistånd vilket anses vara den största orsaken till låg svarsfrekvens. Dock har svarsfrekvensen ökat om man jämför med brukarundersökningen för 2020 från 8 % till 23 %.

Om man jämför resultatet med förra årets brukarundersökning så ligger siffrorna ungefär på samma nivå inom alla områden med undantag för "Mycket lätt eller ganska lätt att förstå informationen från socialsekreterare" som har minskat från 82 % för 2020 till 61 % för 2021. För området "Socialsekreteraren frågar efter dina synpunkter" har siffrorna ökat från 50 % för 2020 till 81 % för 2021. I årets brukarundersökning framkommer att 77 % är mycket nöjd eller ganska nöjd med stödet man får från socialtjänsten.

IFO brukarundersökning Ekonomiskt bistånd	Tibro 2021	Riket 2021
Mycket lätt eller ganska lätt att få kontakt med socialsekreterare	70	86
Mycket lätt eller ganska lätt att förstå informationen från socialsekreterare	61	87
Socialsekreteraren visar mycket eller ganska mycket förståelse	57	82
Socialsekreteraren frågar efter dina synpunkter	81	82
Kan påverka mycket eller ganska mycket vilken hjälp du får	50	66





Situationen har förbättrats mycket eller ganska mycket sedan kontakt	72	77
Mycket nöjd eller ganska nöjd man är med stödet från socialtjänsten	77	85
Svarsfrekvens	23 %	45 %

Brukarundersökningar har även genomförts inom missbrukshandläggning och handläggning inom barn och unga. Inom barn och unga har enkäterna skickats ut inom områdena myndighetshandläggning, placerade barn och ungdomar samt familjehem. Enkäterna har liksom inom ekonomiskt bistånd skickats ut via brev med en unik kod till en webenkät. Något resultat har inte kunnat redovisas då svarsfrekvensen understiger fem och går därför inte att uttala sig om.

### **Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS**

För fjärde 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 14, vilket är en ökning med en person sedan förra årets brukarundersökning. Dock är det lågt i jämförelse med tidigare år innan pandemin.

Jämför man siffrorna med brukarundersökningen 2020 ligger siffrorna ungefär på samma nivå med några undantag. Områden som sticker ut är "Personal bryr sig om brukaren" som minskat från 100 % 2020 till 79 % 2021, samt "Brukaren känner sig trygg med alla i personalen" som minskat från 85 % 2020 till 50 % 2021.

Resultatet har inte kunnat återkopplas till brukare eller personal med anledning av rådande pandemi och dess restriktioner. Återkoppling är planerat till våren när fysiskt möte kan genomföras, därefter börjar verksamheterna arbeta med förbättringsområden.

<b>Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS</b>	<b>Tibro 2021</b>	<b>Riket 2021</b>
Brukare får bestämma över saker som är viktiga	79	77
Brukare får den hjälp hen vill ha	86	86
Personalen bryr sig om brukaren	79	90
Personalen pratar så brukaren förstår	71	78
All personal förstår brukaren	64	79
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	50	85
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet	50	76



Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet	64	86
Verksamheten är viktig för brukaren	57	84
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	93	91
Svarsfrekvens	32 %	64 %

## Brukarundersökning Gruppbostad LSS

För andra året genomfördes brukarundersökning inom kommunens gruppbostäder, dessutom med hög svarsfrekvens 71 % dock något lägre än 2020 då svarsfrekvensen var 84,6 %.

Det som sticker ut i årets brukarundersökning för gruppbostad är områdena "All personal förstår brukare" som minskat från 60 % 2020 till 44 % 2021 samt " Brukaren är aldrig rädd för något hemma" som minskat från 60 % 2020 till 11 % för 2021. Av brukarundersökningen framgår att 89 % trivs alltid hemma och 89 % vet också vem de ska vända sig till om de inte är nöjda med något.

Resultatet har inte kunnat återkopplas till brukare eller personal med anledning av rådande pandemi och dess restriktioner. Återkoppling är planerat till våren när fysiskt möte kan genomföras, därefter börjar verksamheterna arbeta med förbättringsområden.

<b>Brukarundersökning Gruppbostad LSS</b>	<b>Tibro 2021</b>	<b>Riket 2021</b>
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	70	78
Brukare får den hjälp hen vill ha	78	81
Personalen bryr sig om brukaren	78	83
Personalen pratar så brukaren förstår	78	72
All personal förstår brukaren	44	71
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	67	77
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	11	66
Brukaren trivs alltid hemma	89	82
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	89	82
Svarsfrekvens	71%	64 %



## Brugarundersökning Servicebostad LSS

För andra året genomfördes brukarundersökning inom kommunens servicebostäder, dessutom med hög svarsfrekvens.

Svarsfrekvensen för brukarundersökningen för servicebostad har ökat från 54,5 % för 2020 till 88 % för 2021. Inom området gruppboendestad har en minskning skett inom alla områden utom området "Personalen bryr sig om brukaren" som ökat med fyra procentenheter. Området "Brukaren känner sig trygg med alla i personalen" har minskat från 67 % 2020 till 43 % 2021. Området " All personal förstår brukaren" har minskat från 50 % 2020 till 29 % 2021. Även området "Brukaren trivs med alla i boendepersonalen" har minskat från 83 % 2020 till 43 % 2021.

Resultatet har inte kunnat återkopplas till brukare eller personal med anledning av rådande pandemi och dess restriktioner. Återkoppling är planerat till våren när fysiskt möte kan genomföras, därefter börjar verksamheterna arbeta med förbättringsområden.

Brugarundersökning Servicebostad LSS	Tibro 2021	Riket 2021
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	43	82
Brukare får den hjälp hen vill ha	43	78
Personalen bryr sig om brukaren	71	83
Personalen pratar så brukaren förstår	43	68
All personal förstår brukaren	29	71
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	43	73
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	57	66
Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	43	78
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	57	82
Svarsfrekvens	88 %	64 %

För kommande år bör vi se över hur vi kan öka svarsfrekvensen för brukarundersökningen då det är en viktig del i socialförvaltningens kvalitet- och förbättringsarbete.

## 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.



Socialstyrelsen har meddelat att brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” är försenad med anledning av ny upphandling och någon brukarundersökning inom äldreomsorgen har därför ej genomförts under 2021.

## Statistik

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

### Äldreomsorg

	2017	2018	2019	2020	2021
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	19	16	33	27	32

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

Tibro är i mitten på skalan i jämförelse med andra kommuner i Sverige med kortast väntetid till ett särskilt boende.

### Funktionsnedsättning

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

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

Anledningen till att antalet dagar har minskat drastiskt från 57 dagar 2020 till 28 dagar 2021 antas ha att göra med att man under 2021 utökade vuxengruppen inom myndighetsenheten med en handläggare. Detta har medfört kortare utredningstider inom LSS.

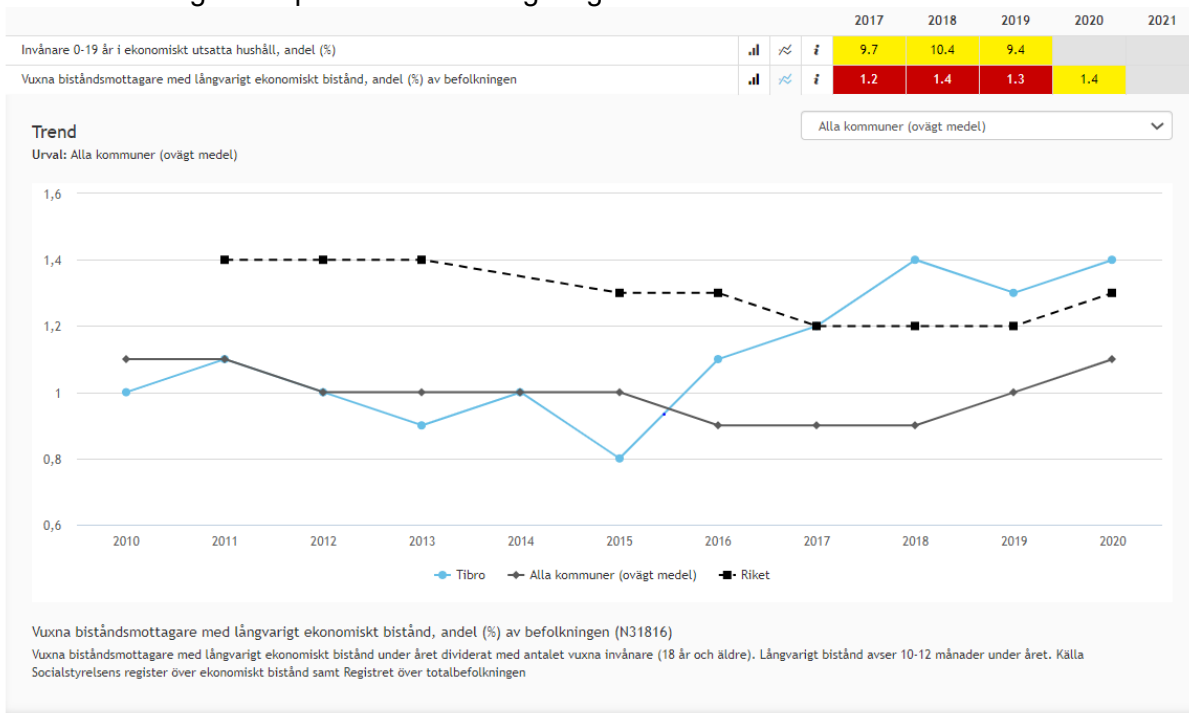
### Barn och unga

Tibro	2018	2019	2020	2021
Aktualiserade barn inom socialtjänsten 0–20 år, totalt	194	152	155	143
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning barn och unga 0–20 år, medelvärde (Resultatet hämtat från KOLADA (kommun – och landstingsdatabasen)	57	99	75	71



## Försörjningsstöd

Tibro har en hög andel personer med långvarigt ekonomiskt bistånd.



Resultatet är hämtat ur KOLADA (Kommun – och landstingsdatabasen) och andelen för 2021 har ännu inte publicerats.

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

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

## Missbruk

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

## 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 har skett under våren och hösten 2021. Stickprov har genomförts på utredningar gällande barn och unga för att se barnens delaktighet i utredningar. Aktualiseringsprocesser och utredningar för vuxna har också setts över för att tydliggöra barnperspektivet. Handläggare inom LSS har genomgått utbildning i Inprint, som är ett system bild- och symbolstöd. Detta för att stärka delaktigheten hos målgruppen när det gäller handläggning och utredning inom LSS.

## **Kontroll av efterlevnad av ledningssystem Vård och omsorg**

Under hösten 2021 har en genomlysning och diskussion av ledningssystemet för Vård och omsorg påbörjats tillsammans med handläggarna inom myndighetsenheten. Detta för att se hur man följer ledningssystemet, att tydliggöra ledningssystemet samt göra justeringar. Arbetet har inte färdigställts på grund av pågående pandemi utan fortgår.

## **Åtgärdsplan Lex Sarah**

Under 2021 har 1 åtgärdsplan upprättats tillsammans med enhetschef för ansvarigt område. Detta syftar till att lättare följa upp att åtgärder genomförts samt resultatet av dessa.

## **Hälso- och sjukvård**

### **Övergripande mål och strategier**

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

- All personal inom kommunala hälso-sjukvården i Tibro kommun skall besitta den kompetens som krävs för att tillgodose den enskilde god och säker vård utifrån enskilt behov. Vid nyanställning finns rutin och checklista inom verksamheten för att alla som arbetar skall ha kännedom och kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner.
- Optimal följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner vilket säkras genom att alla som arbetar inom den kommunala vård och omsorgen ska inneha ett godkänt skriftligt och praktiskt prov inom basala hygienrutiner. För nyanställda är detta ett krav under introduktionen och ska vara utförd innan medarbetaren själv ska utföra omvårdnadsarbete. Praktiskt test ska genomföras årligen av samtliga medarbetare. PPM av basala



hygienrutiner och klädrutiner utförs 2 ggr årligen, en av dessa förs in i SKR register och sker under våren varje år. Hygienombud finns utsedd på samtliga enheter. Hygienrund – vårdhygienisk standard utförs årligen av enhetschef tillsammans med hygienombud och Patientansvarigsjuksköterska. På APT finns en stående punkt för eventuella hygienfrågor.

- Förhindra smittspridning av Covid-19 inom kommunal vård och omsorg vilket har säkrats genom att följa myndigheters rekommendationer och regionala riktlinjer. Finns en pandemiplan, beredskapsplanering och framtaget krisförråd med skyddsutrustning. Lokala rutiner har tagits fram utifrån rekommendationer, riktlinjer och pandemiplan. Riskanalyser har kontinuerligt utförts inom samtliga enheter. Åtgärder har styrts utifrån samhällspridningen så som vädjan till icke nödvändiga besök på våra särskilda boende utifrån att minimera risken att få in smitta i våra verksamheter. Besökare till Särskilda boenden har alltid haft möjlighet till munskydd och handsprit. Vaccination mot Covid-19 har utförts inom den kommunal verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården som tackat ja och även för de sammanboende inom ordinärt boende. 3 doser har givits under 2021. Handlingsplan framtagen för vård av sköra, immunnedsatt patienter genom att säkerställa att det ska vara vaccinerad personal som utför vård och omsorgen i dessa fall.
- Samtlig vård och omsorgspersonal är erbjuden att vaccineras mot Covid-19 och säsongsinfluensan på betald arbetstid.
- Avvikelsehantering – från rapportering till händelseanalys och dess förbättringsåtgärder. All personal inom vård och omsorg ska rapportera avvikande händelser direkt i verksamhetssystemet i Treserva. Händelseanalysens och dess förbättringsåtgärder skall återrapporteras till verksamheten och sprids vid behov till andra verksamheter som en lärande organisation, detta för att förhindra att liknande händelser sker igen.
- Rehabiliterande arbetssätt - Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg och hemtjänst innebär att se och ta tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.
- Rehabassistenterna utför ordinerade rehabiliterade insatser inom Trygg hemgång vilket ger kontinuitet och kvalitet.
- Demenssamordnare - Det finns en väl inarbetad demensorganisation som är uppdelad i två enheter, dessa är tvärprofessionella och ett nära samarbete mellan enhetschef, demenssamordnare och vårdpersonal, vilket är väl anpassat till upplägget i BPSD.



- Senior alert används för att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och utifrån detta planera och genomföra förebyggande åtgärder. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Detta sker i tvärprofessionellt team.
- Palliativ vård - Under 2021 kom det nya Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och ska nu implementeras nationellt och så även inom vår verksamhet. Varje enhet ska ha palliativa ombud dock har detta inte varit uppdaterat senaste åren varav under året har utsetts ombud inom varje enhet. Palliativa ombud uppgift är att vara den som tar till sig kunskap och senaste information och sprider kunskapen vidare inom sin enhet och så även stödjer enhetschefen inom det palliativa området.

## Egenkontroll

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

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

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gång per år 1 gång per år	Observation PPM-databasen
Vårdhygieniskstandard	1 gång per år	Protokoll
Spol- och diskdesinfektorer	1 gång per år	Protokoll
Rätt vårdnivå – Oplanerad transport till sjukhus	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Statistik Treserva
Trycksår	1 gånger per år	Senior alert
Munvård	1 gång per år	Senior alert
Fall	1 gång per år	Senior alert
Undernäring	1 gång per år	Senior alert
Läkemedelshantering	1 gång per år Spon- tankontroll	Protokoll
Journalgranskning	1 gång per år	Protokoll
Palliativ vård	1 gång per år	Palliativa registret





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

## Basala hygienrutiner

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

Hygienombuden är nyckelpersoner och länken mellan vårdhygien och det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Hygienombuden har varit extra betydelsefulla under pandemin och haft uppdrag att hålla sig uppdaterad och förmedla rutiner/riktlinjer. Hygienombuden har även som uppdrag att genomföra återkommande punktprevalensmätningar. Dessa har under året genomförts 1 ggr för att tillse att personal inom vård och omsorg följer den rutin som finns för klädregler och basal hygien. Alla enheter som bedriver personlig omvårdnad medverkar i mätningen. Metoden grundar sig på observationer och varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

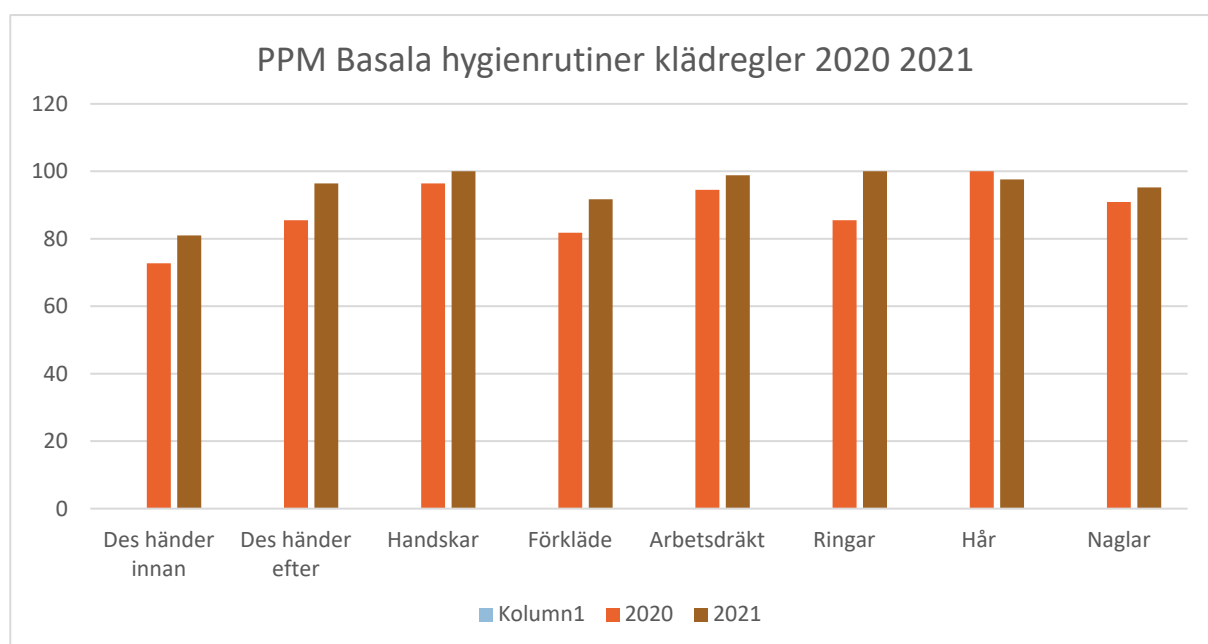


Bild 1.1



## Vårdhygienisk standard

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

## Covid-19

Det viktigaste åtgärderna från våren 2021 och framåt har varit att skydda våra patienter och brukare från smitta av Covid-19 och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter med fokus på liv och hälsa. Covid-19 har förekommit i våra verksamheter vid årsskiftet 2020–2021. Tibro kommun har haft ett Covid-19 team som vårdat de personer med Covid-19 för att begränsa antal personer delvis för att förhindra smittspridning och så även bibehålla kontinuitet, detta har även gett en ökad kompetens hos vårdpersonalen som ingått i teamet.

## Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa

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

## Rehabiliterande förhållningsätt

I rehabilitering/förebyggande syfte ordinerar arbetsterapeut (AT) och fysioterapeut / sjukgymnast (SG) 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 bland annat fall och trycksår samt underlätta läkningsprocessen då dessa åkommor har ett starkt samband med fysisk aktivitet. Träning ordinerar 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 ordinerar t. ex. efter frakturer, höft- och knäplastikoperationer, stroke och vid Multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom och sjukdomar i luftvägarna. Även ortosbehandling och smärtbehandling kan ordinerar.



Rehabenheten har från december tagit över de ordinerade träningarna i hemvården. Detta för att underlätta den ökande arbetsbelastningen i hemvården samt att öka patientsäkerheten, att vårdtagarna ska få sina insatser utförda. Det är rehabassistenter som utför träningarna på ordination av AT/SG. Organisatoriskt utgår rehabassistenter från samma enhet och lokaler som AT/SG, de har daglig kontakt och samma arbetstider. De har veckovisa möten där man gemensamt planerar och följer upp ordinerade insatser. Detta möjliggör en ökad patientsäkerhet. Vardagsrehabiliteringen utförs fortsatt av omvårdnadspersonal i hemvården då den utförs som en naturlig del i samband med omvårdnad. Under denna tid har det inte rapporterats någon avvikelser gällande träning/rehabinsatser. Det har ökat följsamhet till att vilja träna. Utifrån resultat efter denna korta tid anses det av värde att se över möjligheten att dessa behandlingar, insatser kan fortsatt utföras av rehab assistenter.

## Demensorganisation

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. Med stöd av registret identifieras symtomen, de tolkas och ses i sitt sammanhang så att relevanta åtgärder sätts in. För patienter med demenssjukdom ska en kartläggning minst en gång per år utföras och därefter följas upp.

Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen är BPSD-utbildade. Varje enhets täckningsgrad följs i BPSD-registret med ett mål av 90%. BPSD registrering är ett standardiserat arbetssätt vars syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Upprättade bemötandeplan och genomförandeplan måste följas av samtliga professioner i teamet runt patienten för att bidra med bästa möjliga förutsättning för patienten.

## Trygg och säker hemgång

Vid samordnad vårdplanering överförs vårdansvaret från en vårdgivare till en annan. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Vid in- och utskrivning ska kommunens olika professioner utifrån ansvar tillsammans samverka med öppenvårdens fast vårdkontakt för en trygg och säker hemgång. Det har pågått en kartläggning för att förbättra och säkra den interna samverkan. Varav det är framtaget ett planeringsteam med ansvarigt superkontaktombud och kontaktombud inom varje enhet



som skall ansvara för utredning och planering av när det kan finnas behov av inskrivning i den kommunala hälso- och sjukvården.

## Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringarna kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vården inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen. Vårdplanen ska vara ett stöd för personalen i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika slutenvård. De allra flesta patienter som är inskrivna i den kommunal hälso-sjukvården i Tibro kommun har en aktuell medicinsk vårdplan 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. Följsamheten leder till minskat antal oplanerade transporter till sjukhus. Varav det är viktigt att fortsatt arbete fortlöper med att genomföra medicinska vårdplaneringar /läkemedelsavstämning kontinuerligt minst en gång per år och vid behov. Den första ska ske i samband vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

## Delegeringar

Den som tillhör Hälso- och sjukvårdspersonal, legitimerad personal får överlåta en arbetsuppgift till en annan person, om detta är förenligt med god och säker vård enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan måste försäkra sig om att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegeringar får inte ske slentrianmässigt. Det har tagits fram en rutin gällande delegeringsprocessen från nyanställd omvårdnadspersonal till att kunna utföra delegerade hälso-sjukvårdsuppgifter. Omvårdnadspersonal skall ha en praktisk genomgång av van delegerad personal i samband med brevidgång, därefter ska ny omvårdnadspersonal utföra webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel. Om omvårdnadspersonal bedöms delgerbar anmäls hen till intern delegeringsutbildning. Som avslut på denna utbildning genomför personen också ett kunskapstest från apoteket. Med ett krav på 90% rätt svar, därefter ett möte med sjuksköterska som utför sin bedömning om omvårdnadspersonalen kan fullgöra uppgiften. En delegering ska följas upp, efter given delegering och förnyas årligen och i samband med denna uppföljning genomförs den webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel", innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats.



## Signeringslistor – kontroll och uppföljning

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som gäller en patients vård och behandling. Signeringslistor är en journalhandling och används för kontroll och uppföljning. Signeringlista används i kommunal hälso- och sjukvård när personal utför hälso- och sjukvårdsinsatser, dessa insatser är av olika slag så som från ordinerade omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser till delegerade insatser. Rutin finns för att tydliggöra ansvar och beskrivning av genomförande process gällande signeringslistor för ordinerad och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats. Det är alltid legitimerad personal som ansvarar för upprättande av signeringslistor avseende hälso- och sjukvårdsinsatser. Leg personal ska aktualisera och kontrollera signeringslistorna varje månad, så även utföra kontroll av inkomna för bedömning om eventuell åtgärd utifrån patientperspektiv. Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra och signera ordinerad och delegerad insats om insats ej kan utföras av någon anledning skall leg personal kontaktas. Enhetschef ansvarar för att säkerställa rutin så den efterföljs av omvårdnadspersonal, det vill säga att omvårdnadspersonal utför och signerar de ordinerade insatserna på signeringslistorna. Enhetschef ansvarar för att vid ofullständiga signeringslistor kontrollera med berörd personal om varför insats ej utförts innan den överlämnas till leg personal. För att öka patientsäkerheten vore digitala signeringslistor önskvärt.

## Palliativ vård

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

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

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



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

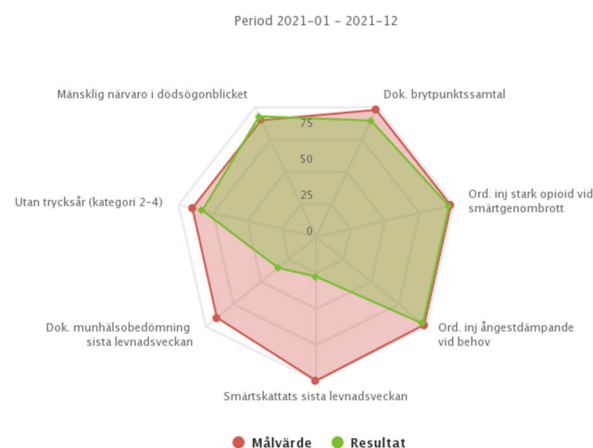
Utifrån nationella kvalitetsindikationerna registreras data i palliativregistret och kan följas upp i verksamheten:

### Nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård 2021

Kvalitetsindikator	Målvärde	Tibro	Riket
Dok. Brytpunktssamtal	98.0	89.7	79.7
Ord. Inj stark opioid vid smärtgenombrott	98.0	96.6	95.2
Ord. Inj ångestdämpande vid behov	100.0	96.6	94.4
Smärtskattas sista levnadsveckan	100.0	27.6	54.3
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90.0	34.5	61.5
Utan trycksår (kategori 2–4)	90.0	82.8	88.0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90.0	93.1	81.0

#### Blid 1.2

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

Av registreringen att döma finns det fortsatt 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. Övriga indikatorer har



även blivit något lägre jämfört med föregående år men kvarstår ändå högt och över snittet i riket.

## Resultat och Analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål	Åtgärd	Resultat	Analys
Full följsamhet 100% till basala hygienrutiner och klädregler	<p>Mätning av följsamhet PPM BHK x 1 Mätning egenkontroll x 1</p> <p>Krav på godkänd skriftlig och praktisk utbildning basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning och klädregler samtliga medarbetare ska uppdatera kunskapen årligen</p> <p>Hygienombud inom varje enhet Vårdhygienombud och enhetschef har uppgift att kontrollera följsamheten</p>	<p>Ej uppfyllt</p> <p>Mätresultatet från 2021 års punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner inom Vård- och omsorg i Tibro kommun påvisar en förbättring jämfört med 2020 <i>se bild 1.1</i></p>	<p>Behövs fortsatt arbete och fokus på vårdhygien och basala hygienrutiner utifrån att följsamhet kan bli bättre.</p>
Kvalitetssäkra för en hög Vårdhygienisk-standard	<p>Hygienrond</p> <p>Enhetschefer med hygienombud och ansvarig sjuksköterska på enheten utför kontroll/genomgång av checklista</p>	<p>Ej uppfyllt</p> <p>Hygienrond har inte utförts på alla enheter, 4 av 7 har utfört. Av dessa framkommer behov av uppföljande åtgärder. Till detta finns</p>	<p>Denna rond är förlagd på hösten varav den ökade smittspridning av Covid-19 bland vårdpersonal kan ha påverkat att ronderna inte utförts tillsammans dock</p>



		handlingsplan framtagen.	viktigt att hålla en högvårdshygienisk
Godkända Spol- och diskdesinfektorer	Utförs extern kontroll	En av spol- och diskdesinfektioner inom verksamheten, på korttiden var ej tjänlig att använda varav en ny är beställd. Övriga godkända	
90 % av alla patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård 65 år och äldre har riskbedömning, åtgärder och uppföljning utförd (Senior alert)  Fall, Trycksår, Undernäring och Munvård	Vårdpreventionen ska vara strukturerad. Teamträffar ska därför hållas var tredje till var femte vecka beroende på enhetens behov och möjlighet.	Ej uppfyllt  Det har under 2021 varit färre personer som registrerats i Senior alert. <i>Bilaga 1.2</i>  Det är ojämnt inom verksamheten, det utförs fler riskbedömningar inom SÄBO jämfört med ordinärt boende	Det är en nedåtgående trend, pandemin kan här vara en orsak till detta utifrån att verksamheten varit hårt belastad.  Behövs skapa en rutin om ansvarsroller, beskrivning av utförandet för att riskbedömningar skall bli utförda. Behov av utbildning av kvalitetsregistret





<p>Rätt vårdnivå för patienter utifrån behov</p>	<p>Mätning utförs genom protokoll Vårdsamverkan Oplanerade transport till sjukhuset</p> <p>Använda Bvis</p>	<p>Under period för mätning blev 16 patienter inskrivna av totalt 19 transporter till slutenvården</p> <p>Bvis har endast använts vid ett av 19 patienter</p>	<p>Anser att det tagits rimliga beslut om vårdnivå utifrån att de flesta blivit inlagd inom slutenvården.</p> <p>Behov av att implementera Bvis då detta kan öka säkerheten vid bedömning av vårdnivå så även ett dokument för ambulanspersonal, vårdpersonal inom primärvård och slutenvård gällande vidtagna åtgärder och parametrar.</p>
<p>Säker Läkemedels- hantering</p>	<p>Riktlinje för läkemedelshantering hälso- sjukvården i skara- borgskommuner</p> <p>Lokala rutiner</p>	<p>Riktlinjen har tagits upp med patientan- svarig SSK</p> <p>Saknas lokal rutin för läkemedels- hantering på 5 av 6 enheter som hante- rar läkemedel. Finns rutiner gäl- lande signeringslis- tor, hantering av APO dos, delege- ring</p>	<p>Behövs återkom- mande tas upp årligen utifrån nyan- ställd personal.</p> <p>Pandemin påverkat utvecklingsarbetet av lokal rutin</p>



	<p>Intern kontroll och spontan kontroll av MAS</p> <p>Extern kontroll 1ggr apotekare</p>	<p>Ej uppfyllt Intern kontroll har inte utförts under året</p> <p>Ej uppfyllt Extern kontroll har inte utförts utifrån att det inte funnit avtal.</p>	<p>Pandemin är en anledning till att intern kontroll inte utförts under året.</p> <p>Beslut om att Extern kontroll kommer att utföras årligen följande år</p>
<p>Dokumentation.</p> <p>Öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra vården</p> <p>Uppnå att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar och lokala rutiner.</p>	<p>Strukturerad journalgranskning för att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige</p> <p>Journalgranskningen ska analysera patientjournalens struktur, innehåll och språk med syftet att den ska vara begriplig, relevant och sökbar</p>	<p>Ej uppfyllt</p> <p>Delvis uppfyllt</p>	<p>Journalgranskning är inte utförd vilket ska utföras och är högt prioriterat</p> <p>Journalgranskning i samband med utredningar av avvikelser. Framkommer behov av fortbildning av dokumentation inom leg vårdpersonal. Detta kan med fördel göras i samband med kollegial journalgranskning.</p>
God Palliativ vård	Mätning av kvalitet genom Palliativa registret Nationella kva-	Delvis uppfyllt <i>se bild 1.2</i>	Finns förbättringspotential, gällande smärtskattning och



	litetsindikationer mål- värde  Palliativa ombud på samtliga enheter	Uppfyllt Finns palliativa om- bud på samtliga en- heter	munvård inom pal- liativ vård.  Palliativa ombuds- träffar skall upprät- tas kontinuerligt.
Alla patienter med de- mensdiagnos ska kart- läggas och följas upp i BPSD-registret.	Registrera i BPSD-re- gistret för förutsätt- ningar för en person- centrerad omvårdnad och möjlighet till att in- dividanpassa åtgär- der  BemötandepLANen skapas och är en del i genomförandepLAN- en. Genomförandep- LANen följs upp till- sammans med den enskilde var 6:e må- nad samt vid behov.	Färre registreringar under 2021, 42 re- gistreringar jämfört med 2020 då utför- des 58 registre- ringar och under 2019 85 registre- ringar.	Detta beror på flera orsaker bland an- nat relaterat till pan- demin och då att samordningsan- svarig och övrig vårdpersonal fått prioritera den öv- riga vården. Ytterli- gare orsak kan även vara att flertal administratörer slut- tat.

## Mål och strategier för kommande år

### Kvalitet och patientsäkerhet

Målet för socialförvaltningen är att ge Tibrobon en trygg och säker vård och omsorg. För att nå och bibehålla målet är en strategi kommande år att 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.

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

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



- Patienten som medskapare

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

Under 2022 kommer en patientsäkerhetanalys utföras och utifrån den tas en handlingsplan fram. Patientsäkerhetsanalysen är framtagen av SKR.

God och nära vård

Omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta. Denna omställning kommer påbörjas inom socialförvaltningen där en del är att utveckla personcentrerat arbetssätt och utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering.

### **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.

Under kommande år ska utsedda personcentreringsambassadörer ta fram en plan gällande utbildning och implementering av personcentrerad vård.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Att implementera ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul var ett mål under 2021 dock kvarstår detta arbete varav det finns kvar som en målsättning under 2022.

### **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, avvikelshantering, delegering med mera.



## **Avvikelsehantering**

Förvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Detta arbete har påbörjats under 2021 kommer att utvecklas under 2022 utifrån handlingsplanen som tagits fram av MAS och SAS. Utbildning skall ges samtliga medarbetare inom socialförvaltningen utifrån ansvar och funktion.

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

## **Implementering av nytt verksamhetssystem**

Ett nytt verksamhetssystem är upphandlat under 2021 och planeras att drifställas vecka 48 2022. En lokalprojektgrupp är utsedd med en projektledare, IT samordnare som är övergripande systemförvaltare samt fem systemförvaltare inom socialförvaltningens organisation. Implementering av digital signering har inte verkställts under året, detta kommer vara en del i det nya verksamhetssystemet. En digital signering stärker patientsäkerheten och är ett verktyg som underlättar för personal.

## **Dokumentation**

Genomföra kollegial Journalgranskning för att öka patientsäkerheten och öka tryggheten hos leg personal.

## **Samordnad Vårdplanering**

Superkontaktombud och kontaktombud i planeringsteamet ska under 2022 fortsätta att utveckla samverkan internt och externt för att säkerställa säkra vårdövergångar. Bland annat ligger en plan på utbildning i IT systemet SAMSA, förmedla rutiner och riktlinjer och så även att behörighet till systemet finns för ansvariga.

## **Palliativ vård**

Upprätta kontinuerliga palliativa ombudsträffar inom verksamheten, aktualisera lokala rutiner utifrån det nya nationella vårdprogrammet och arbeta tvärprofessionellt utifrån ett personcentrerat förhållningsätt.

## **Demensvården**

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. Under 2022 planeras en utbildningssatsning i BPSD för Leg personal, enhetschefer och omvårdnadspersonal. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandepanernas utformning.



### **Utbildning för att säkerställa patientsäkerheten**

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