

Datum
20240226

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023

Ketty Sellstedt
Socialt ansvarig samordnare/Kvalitetsutvecklare

Annicka Klar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Kvalitetsutvecklare

TIBRO

Tibro kommun
543 80 TIBRO

www.tibro.se
kommun@tibro.se

Växel: 0504-180 00



Innehåll

Sammanfattning.....	6
Inledning	6
Socialförvaltningens kvalitetsarbete.....	7
Organisation och ansvar	7
Socialnämnden	8
Förvaltningschef.....	8
Verksamhetschef för vård och omsorg	8
Verksamhetschef för individ- och familjeomsorg/funktionsnedsättning.....	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	9
Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	9
Enhetschef	9
Samordnare	10
Myndighetshandläggare.....	10
Hälso- och sjukvårdspersonal	10
Vård och omsorgspersonal	10
Kvalitetsledningssystem.....	11
Styrdokument.....	11
Nyckeltalsuppföljning	11
Avvikelsehantering	12
Registrerade avvikelser fall i kommunal hälsosjukvård	12
Registrerade avvikelser läkemedelshantering	13
Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser	13
Registrerade avvikelser dokumentation	14
Klagomål/Synpunkter	15
Olyckor och tillbud med medicinteknisk produkt	15



Annan avvikelse	15
Lex Sarah.....	16
Lex Maria	18
Externa avvikelser.....	20
Kompetensutveckling och fortbildning för kvalitet och patientsäkerhet.....	21
Dokumentation.....	22
Samverkan för att öka kvalitet- och patientsäkerhet	23
Samverkan för att förebygga vårdskador	23
Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården	25
Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet	25
Samverkan med medborgare	26
Samverkan för barn i tidiga åldrar	26
Samverkan BUN, skolsocialt team.....	26
Samverkan AME	27
Samverkan med studieförbundet	27
Samverkan utrikesfödda kvinnor och arbetsmarknad	27
God och nära vård	28
Informationssäkerhet	28
Uppföljningar av informationssäkerheten.....	29
Riskanalyser.....	29
Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten.....	29
Utvärdering som har genomförts för skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem	29
Skydd av system	29
Skydd av nätverk.....	30
Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring	30



Tillsyn.....	30
IVO särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling SÄBO.....	31
Planerad och vidtagna åtgärder	31
Egenkontroll	33
Kvalitetsledningssystem.....	33
Brukarundersökningar.....	33
Brukarundersökning IFO.....	33
Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	34
Brukarundersökning Gruppbostad LSS	35
Brukarundersökning Servicebostad LSS	36
Brukarundersökning Boendestöd.....	37
Så tycker de äldre om äldreomsorgen	38
Ej verkställda beslut	40
Åtgärdsplan Lex Sarah	40
Stärkt rättssäkerhet.....	40
Hälso- och sjukvård	40
Övergripande mål och strategier.....	41
Agera för säker vård	43
Egenkontroll	43
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	44
Basala hygienrutiner	44
Vårdhygienisk standard	45
Förhindra smittspridning av Covid-19 och övriga virusorsakade infektioner	45
Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa	46
Rehabiliterande förhållningsätt	46



Demensorganisation	46
Trygga och säkra vårdövergångar	47
Medicinska vårdplaner	47
Läkemedelshantering.....	48
Digitala läkemedelskåp	48
Digital Signering och registrering – kontroll och uppföljning	48
Extern kvalitetsgranskning	48
Delegeringar	48
Palliativ vård.....	49
Resultat och Analys	51
Mål och strategier för kommande år	58
Kvalitet och patientsäkerhet.....	58
Systematiskt kvalitetsarbete.....	58
Avvikelsehantering	58
Fast omsorgskontakt.....	58
Dokumentation	58
God och nära vård	58
Införande av välfärdsteknik	59
Skydd av system	59
Socialtjänstlagen	59



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 under år 2023 har varit driftsättning av nytt verksamhetssystem som inneburit en förändring gällande dokumentation och genomförandeplaner men även införande av nya funktioner såsom vårdbegäran. Dessa förändringar har berört flertalet yrkeskategorier. I det nya verksamhetssystemet ingår även nytt avvikelshanteringssystem varav det funnits ett behov av utbildning gällande systemet och så även fortsatt behov av utbildning av själva processen gällande avvikelshantering. Det är av stor vikt att avvikelshanteringen är väl implementerad inom alla verksamheter för ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete.

Utifrån den särskilda tillsyn av medicinsk vård och behandling SÄBO som utförts av IVO december 2022 fastställde IVO ett beslut som delgavs socialnämnden under april 2023. IVO konstaterar följande brister - den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning, - dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk, - läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt, - vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk. Socialnämnden har utifrån ovanstående redovisat till IVO de åtgärder som vidtagits eller planeras för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat. Efter att IVO mottagit nämndens redovisning av de åtgärder som har vidtagits och planeras avslutar IVO ärendet.

Ett Introduktionsprogram för nyanställd personal (tills vidare och timvikarier) inom Vård och Omsorg och Funktionsnedsättning har verkställts och utförts under sommar och hösten 2023.

Under 2023 har samverkan med olika externa och interna parter förstärkts och implementerats. Detta är ett steg i att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmän och ingår i omställningen till en god och nära vård för att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, detta utifrån den enskildes behov.

Förvaltningens ledning har under 2023 fastställt handlingsplanen för patientsäkerhet. Handlingsplanen har tagits fram med hjälp av resultatet från patientsäkerhetanalysverktyget. Målsättningen med handlingsplanen att ingen patient ska behöva drabbas av skador som går att undvika inom den kommunal hälso-sjukvården.

Inledning

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



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

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

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

Socialförvaltningens kvalitetsarbete

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

Organisation och ansvar

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

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

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

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder



till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Socialnämnden

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

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

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

Förvaltningschef

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

Verksamhetschef för vård och omsorg

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 konsekvensanalys 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.



Samordnare

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

Myndighetshandläggare

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

Hälso- och sjukvårdspersonal

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

Vård och omsorgspersonal

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



Kvalitetsledningssystem

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

Underlag för uppföljning av kvaliteten inom socialförvaltningen:

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

Styrdokument

Socialnämnden har beslutat om följande:

- Riktlinjer handläggning LSS
- Riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder
- Ledningssystem för handläggning inom barn och unga
- Ledningssystem för handläggning inom vård och omsorg
- Ledningssystem för handläggning inom ekonomiskt bistånd
- Ledningssystem för handläggning inom våld i nära relation
- Ledningssystem för handläggning inom missbruk
- Reviderad delegationsförteckning

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.



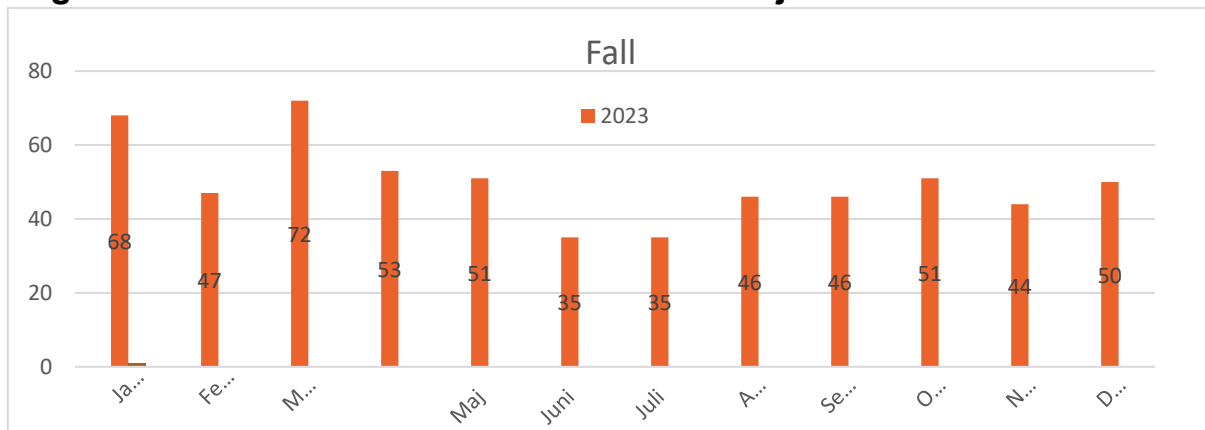
Verksamhetsuppföljningen innehåller en nulägesbild av verksamhet och personal samt vad verksamheterna står inför i framtiden. Tertiärrapporten tillsammans med ekonomirapporten ger en helhetsbild av förvaltningen för att kunna se goda och avvikande resultat för vidare åtgärder. Utifrån att ledningen haft flera vakanta tjänster har tertiärrapporten för tertiäl 2 inte redovisats i sin helhet utan genom delårsberättelse.

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 2023 utförs avvikelsehantering digitalt i avvikelsessystemet Lifecare.

Registrerade avvikelser fall i kommunal hälsosjukvård



Statistiken för 2023 visar samtliga registrerade fall för personer som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Det nya avvikelsesystemet underlättar att detta blir fördelat under rätt rapporttyp, det vill säga under hälso- sjukvård. Antalet rapporterade och registrerade fall under 2023 var 598. En minskning jämfört med 2022 där det inrapporterats 887, dock var den statistiken för 2022 för samtliga fall, även över de fall där personer som inte var inskrivna i kommunal hälso sjukvård varav inte jämförbart. Flest förekommande fall är inom demensorganisationen

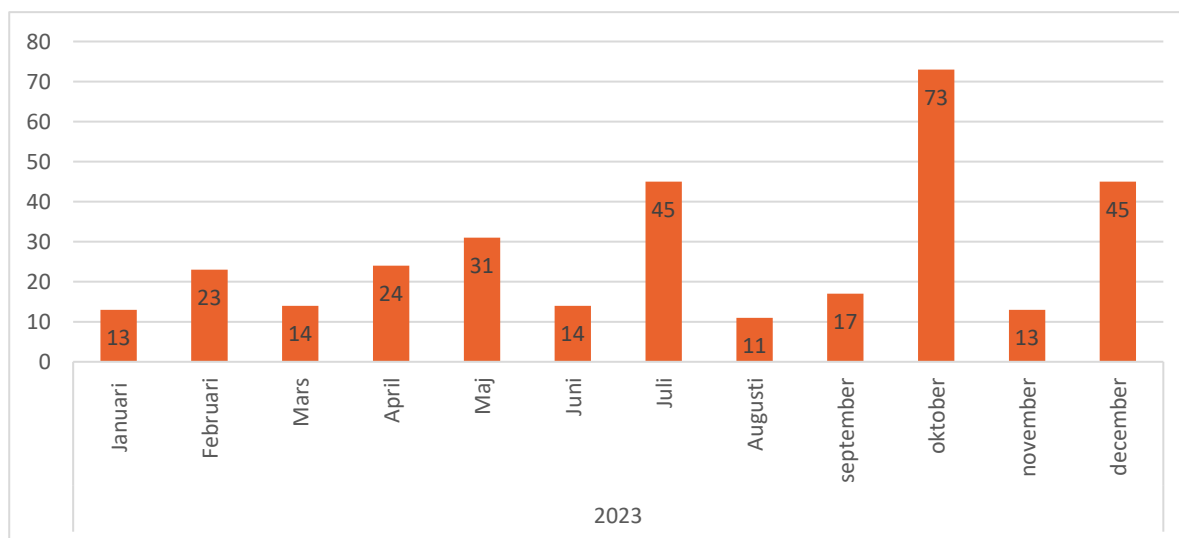


Registrerade avvikelser läkemedelshantering



Statistiken visar samtliga registrerade läkemedelsavvikelse. Antalet registrerade läkemedelsavvikelser är 345, jämfört med 2022 då det registrerats 358. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att patienten inte erhållit sitt ordinerade läkemedel av någon orsak. Övriga orsaker kan vara feldelade dosetter eller att det är en felaktig ordination.

Registrerade avvikelser ordinerade behandling/insatser

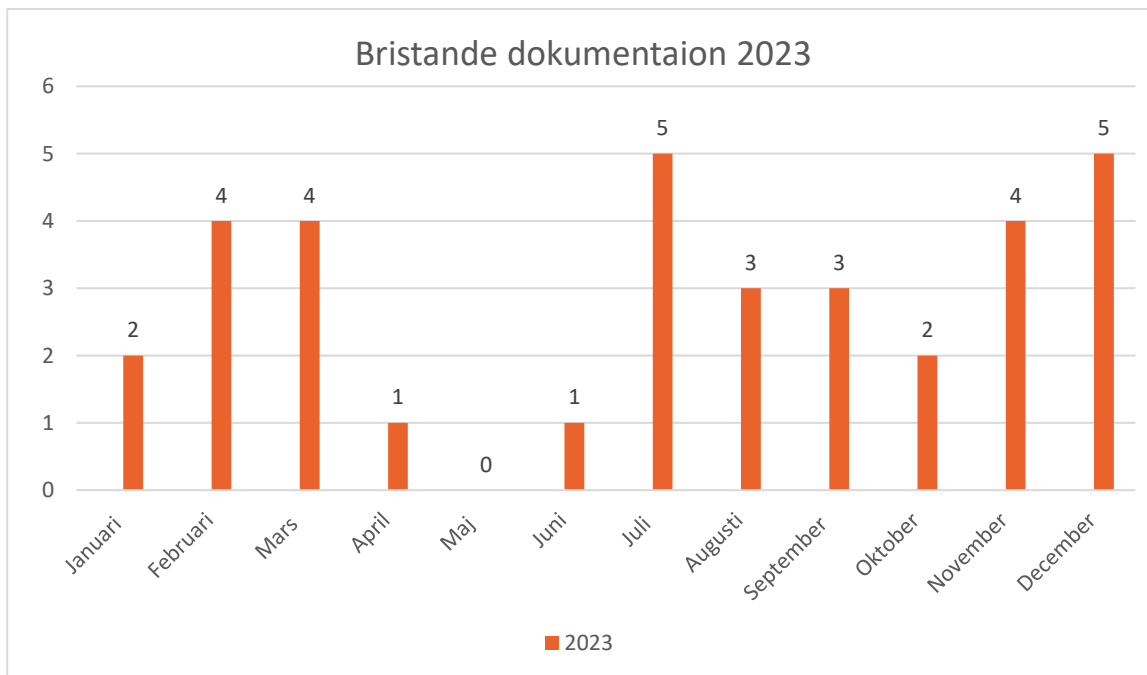


Hälsa-sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov ska utföras av legitimerad personal (arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och sjuksköterskor). Insatser kan vara medicinska, omvård-



nad och rehabilitering. Dessa kan även ordinerats eller delegeras till vård och omsorgspersonal, Ordinerade och delegerade behandlingar /insatser skall utföras och patient skall erhålla den behandling som erfordrats. Flertalet rapporterade är att behandlingen har uteblivit, dock med viss risk att det inte är rätt infört i avvikelssystemet, då det i stället kan handla om att det saknas registrering/ signering av ordinerad vård / behandling. Dessa avvikelser utgör till stor del ordinerade rehabilitering insatser

Registrerade avvikelser dokumentation



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 t. ex vid sårvårdsbehandling. Dokumentation för ej utförd åtgärd är lika viktigt att dokumentera som när det gäller utförd åtgärd. Vid ej utförd ordinerad behandling/insats skall det stå av vilken anledning, tex att patient avböjt. Dessa avvikelser utgör till stor del ej signerade/ej utförda rehab insatser.

Lågt antal avvikelser gällande dokumentation, 36 totalt rapporterade avvikelser under bristande dokumentation. Jämfört med 278 som rapporterats under 2022 så är det en stor förändring dock kan inte detta ses som en trend utan beror troligen på nytt avvikelssystem, hur avvikelsetyp definieras.



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 2023 har 33 synpunkter och klagomål inkommit till socialförvaltningen.

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.

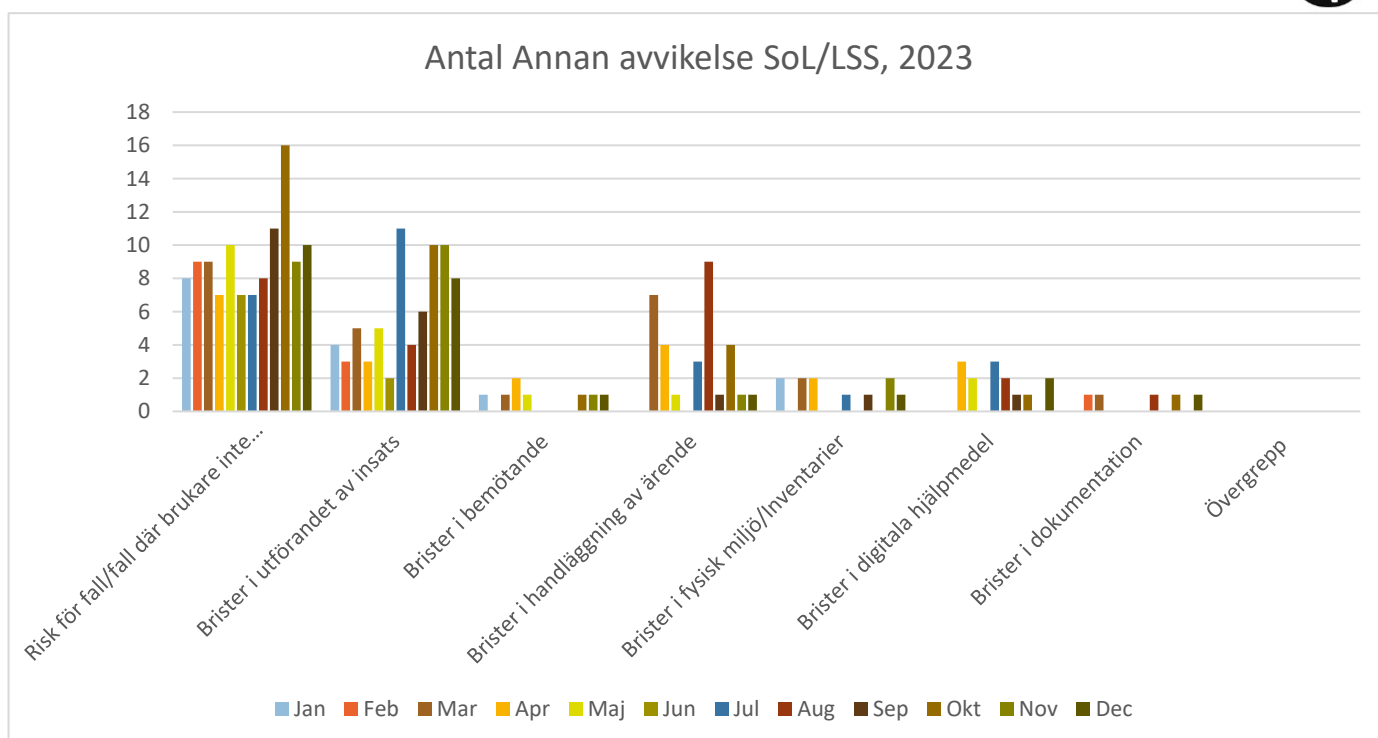
Under 2023 har 22 avvikelser rapporter totalt registrerats under medicinskteknisk produkt dock inga avvikelser där utredning lett till att rapportera negativ händelse och tillbud eller inleda utredning utifrån allvarligt vårdskada, risk för allvarlig vårdskada.

Rapporterna handlar framför allt om felaktig inställning av medicinskteknisk produkt och bristande underhåll trots detta har inga allvarliga händelser inträffat.

Annan avvikelse

Fel och brist rapporteras sedan hösten 2023 i systemet Lifecare och benämns som Annan avvikelse. Dessa rapporter hanteras på enheten och utredningsansvarig är enhetschef.

Under 2023 har socialförvaltningens enheter hanterat 249 stycken s.k. Annan avvikelse, detta kan jämföras med 173 under 2022. Denna ökning har troligen till stor del med den satsning som under början av året gjordes för att öka kunskapen gällande avvikelsehantering. En del avvikelser har också med den ökade vårdtyngden att göra då fler brukare inte fått sina insatser utförda.



Majoriteten av annan händelse berör fall eller risk för fall och är klart överrepresenterat inom hemvård.

Annan avvikelse som berör digitala hjälpmedel berör svårigheter kring larm samt brist på internettäckning vilket våra verksamhetssystem kräver för att fungera på ett korrekt sätt.

Det är av stor vikt att fortsätta arbetet med om vikten av att rapportera avvikelser och att detta ses som ett verktyg för att förbättra kvalitén. Det är också viktigt att fortsätta arbetet med att tydliggöra vad som rapporteras under vilket område för att få en tillförlitlig statistik och lättare kunna följa i systemet. Under delar av sommaren finns en tydlig nedgång av rapporteringar kring avvikelser vilket visar på behov av att förtydliga även i introduktion av vikarier vikten kring att rapportera annan avvikelse.

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.



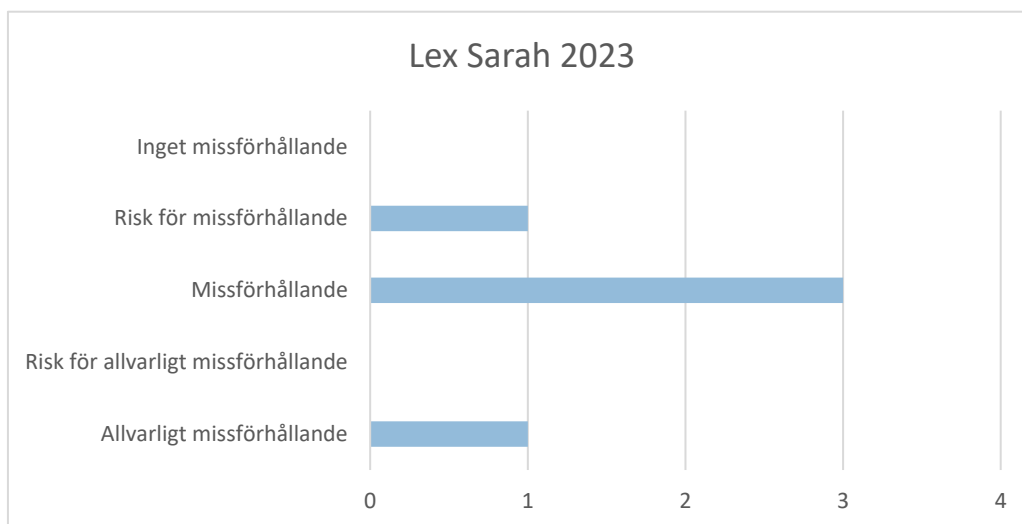
Rapporter om Lex Sarah utreds av SAS och under 2023 har fem rapporter hanterats.

Den första berörde dröjsmål av insats. Utredningen visade på missförhållande.

I den andra Lex Sarah-utredningen gällde myndighetshandläggning och brister vid implementering av nytt verksamhetssystem. Utredningen visade på risk för missförhållande.

Både Lex Sarah-rapport nummer tre och fyra berörde myndighetshandläggning och visade på brister i rutiner och ledarskap. Dessa utredningar bedömdes som missförhållande respektive allvarligt missförhållande. Den sistnämnda anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO avslutade ärendet och bedömde att huvudmannen fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. IVO bedömer att huvudmannen har vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker samt vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att liknande inträffar igen.

Den femte Lex Sarah-rapporteringen handlade om ej utförda insatser och brist i tillit till rutiner. Denna utredning visade på missförhållande.



I de utredningar som förekommit under 2023 har ett antal bakomliggande orsaker pekats ut och dessa kan kategoriseras in i följande områden:





Vidtagna åtgärder eller planerade åtgärder

Med anledning av 2023 års Lex Sarah har följande arbete/åtgärder påbörjats eller genomförts:

- Information om bemötande av personer med kognitiv svikt
- Utbildning i social dokumentation
- Utbildning i avvikelserapportering
- Rutin för beslutshandling vid byte av verksamhetssystem
- Arbetsrättsliga åtgärder
- Förändringar gällande ledarskap
- Rutin för ärendeöverlämning till andra handläggare
- Rekryteringsprocess
- Rutin för överlämning vid intern flytt av verkställighet

Lex Maria

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldighet som följer av 3 kap 5 § i Patient- och vårdssäkerhetslagen (2010:659) och risk för vårdskada eller vårdskada regleras av patientsäkerhetslagen kap 6 § 4. Hälso- och sjukvårdspersonal är ålagd att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört, eller kunnat medföra en vårdskada/ allvarlig vårdskada. Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört, eller hade kunnat medföra vårdskada samt vidta åtgärder. Vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, görs kompletterande utredning utav medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO, en Lex Maria-anmälan. Anmälan ska ske skyndsamt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialnämnden informeras om Lex Maria anmälan. Patient eller i förekommande fall närstående informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen är lämnad dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Anmälan och utredning diarieförs som Lex Maria. Svar från IVO återkopplas till socialnämnd, patient/närstående och berörd personal. Svaret diarieförs.

Syftet med utredningen är att:

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



Händelser och utredning enligt Lex Maria

Under året 2023 har två händelser rapporterats som blev aktuell för lex Maria utredning och utifrån utredningens analys anmäls händelserna till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Båda händelserna är inom vård och omsorgsverksamheten. IVO avslutar båda ärendena då det anser vårdgivaren har vidtagit och planerat åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen och att vårdgivarens slutsatser är rimliga och adekvata.

Lex Maria 1

Inkommer avvikelser från slutenvården utifrån att det har upptäckts en gammal höftfraktur på en patient inskriven i kommunal hälso-sjukvård. Upptäckten gjordes som ett bifynd vid röntgenundersökning av annat syfte. Framkommer att höftfrakturen har patient ådragit sig vid ett fall/trauma, patienten har då vårdats inom slutenvården och skrivits ut med faställd kontusion av knäled. Patient får utifrån detta rehabiliteringsinsatser från kommunal hälso-sjukvård under drygt 3 månader. Under denna tid har patienten inte förbättrats utan i stället krävt mer hjälpmedel och stöd för att klara av förflyttningar så även haft smärta och relaterat till detta blivit insatt på smärtlindring.

Kortfattad beskrivning av konsekvenserna för patienten

Fördröjd behandling vilket till följd har inneburit smärta och förhindrad till aktivitet. Detta har förhindrat patient att kunna få tillbaka sina funktioner för en välfungerande vardag och liv. Fördröjningen har även inneburit att den drabbade har haft mycket större behov av vård och onödigt lidande under angiven period

Vidtagna eller planerade åtgärder

En ökad bemanning behövs av fysioterapeuter och kontinuerlig rekrytering har varit pågående varav en fysioterapeut anställd. Inom rehab enheten har det bemannats upp med rehabassistenter sedan tidigare vilket kommer kvarstå.

Strukturerad rapportering – rapportering dagligen inom rehab enhet och mellan leg personal och rehab assistent.

Rehabassistenter har från juli läsbehörighet till hela Hälsosjukvårdsjournalen

Utbildningsinsatser till all legitimerad personal gällande dokumentation utifrån personcentrerad vård, patientens delaktighet. Utredande plan och behandlingsplan skall innehålla – Problem/Behov, åtgärder, uppföljning och mål. Utveckla ett arbetssätt för en gemensam hälso-plan, utredande, behandlande plan där det finns ett gemensamt mål.



Rutin gällande struktur av team, vilka som skall medverka vid team. Information given till samtliga enhetschefer inom vård och omsorg att kalla patientansvariga till teammöte och att förmedla ut till samtliga som medverkar i team om deras dokumentationsansvar, skyldighet.

Lex Maria 2

Avvikelse inkommer från SKAS där en patient inkommit till akutvården under julimånad med ett fullt utvecklat trycksår av grad 4. Patienten erhåller intravenösa antibiotika och det utförs sårrevision. Erhåller avancerad sårbehandling därefter. Patienten är inskriven i kommunal hälso-sjukvård. Patient haft risk för trycksår sedan december 2022, framkommit tecken på trycksår under april månad. Saknas dokumentation om uppföljning och bedömning av sår.

Kortfattad beskrivning av konsekvenserna för patienten

Ett ökat lidande för patient. Behov av annan vårdnivå och ett ökat stort vårdbehov.

Vidtagna eller planerade åtgärder

Säkerställt att rutin / process gällande åtgärder vid risk för trycksår och vid trycksår är känd och att detta följs. Detta gäller samtliga riskområden in om vårdprevention

Samtliga sjuksköterskor skall genomgå utbildning gällande sår varav tre sjuksköterskor har genomfört 2 dagars Sårutbildning svårläkta sår under hösten.

Utbildningsinsatser är pågående till all legitimerad personal gällande dokumentation. Utredande plan och behandlingsplan skall innehålla – Problem/Behov, åtgärder, uppföljning och mål.

Utbildning för legitimerad personal och vård och omsorgspersonal att dokumentation utförs enligt rutin och patientdatalagen.

Verksamhetssystemet, journalsystemet har kompletterats med frastexter gällande sårstatus för att säkerställa patientsäker dokumentation.

Ökad bemanning av vårdpersonal med formell kompetens – sjuksköterskeenheten har under hösten anställt fler ssk för att uppnå grundbemanning. Översyn och omfördelning gällande ansvarsområden har utförts.

Externa avvikelser

Som ett led i kvalitetssäkringen hanteras även avvikelser mellan kommunen och regionen. Från oktober 2020 har digitalt avvikelssystemet Med Control Pro kunnat användas av kommunerna i Skaraborg. Detta ska förenkla hanteringen av avvikelser.



Extern Avvikelse	2023 Hälso- och sjukvård	2023 Socialtjänst
Från SKAS	8	4
Till SKAS	8	11
Från Primärvård NH	2	0
Till Primärvård NH	3	2
Från Övrig HC	0	0
Till Övrigt HC	1	0

Under 2023 är antalet rapporterade avvikelser fler än inkomna. Anledning till ökningen kan vara att medarbetare uppmanas till att skriva avvikelser vid uppmärksammande brister. Externa avvikelser handlar till störst del brister att det brister i samverkan, i informationsöverföring vid vårdövergångar.

Kompetensutveckling och fortbildning för kvalitet och patientsäkerhet

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

Ett Introduktionsprogram för nyanställd personal (tills vidare och timvikarier) inom Vård och Omsorg och Funktionsnedsättning har verkställts och utförts under sommar och hösten 2023. Introduktionen har två delar varav en del är två sammanhängande (obligatoriska) introduktionsdagar som sker två ggr per termin, här ingår utbildning om bland annat lagar och författningar som styr vård och omsorg, dokumentation, basala hygienrutiner, bemötande och förhållningsätt, förflyttningsutbildning och hantering av hjälpmedel och vardagsrehabilitering hjälpmedel. Del 2 sker introduktion på enheten där man fått sin anställning genom att bland annat ta del av angivna webbutbildningar så som palliativ vård, säker vård, senior alert och ett näringsrikt samarbete.

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

Tre sjuksköterskor och två undersköterskor har genomgått 2 dagars utbildning i Svårläkta sår



Samtlig legitimerad personal har genomgått Socialstyrelsen webbaserad utbildning "ICF och KVÅ inom kommunal hälso-sjukvård"

Fast omsorgskontakt och skyddad yrkestitel undersköterska - Från och med den 1 juli 2023 ska den som utses till fast omsorgskontakten ha yrkestiteln undersköterska. Den nya hemvårdsorganisationen som trädde i kraft 2021 innebar att alla hemtjänsttagare har en fast kontaktman och hemtjänsten har under 2023 ställt om till att ha en fast omsorgskontakt. Däremot har vi inte fullt ut lyckats att organisera oss på det sätt vi önskar, utifrån hög vårdtyngd. Därför har hemvården utretts under hösten 2023, för att kunna skapa förutsättningar att arbeta med fast omsorgskontakt på optimalt sätt

Under 2023 har MAS och SAS utbildat enhetscheferna och legitimerad personal gällande omhändertagandet och utredning av avvikelserapporter både utifrån nytt avvikelssystem och processen i syfte till att öka kvalitet och patientsäkerhet

Förvaltningen har beslutat att fokusera på personcentrerat förhållningssätt för att öka delaktigheten för den enskilde så att vård och omsorg ges utifrån dennes förutsättningar och preferenser detta är även en del i omställningen till God och nära vård. För att öka kompetensen och skapa personcentrerat förhållningsätt pågår utbildning för både vård och omsorgspersonal, legitimerad personal, handläggare och chefer på samtliga nivåer inom förvaltningen. All personal inom Funktionsnedsättning har under 2023 genomgått utbildningen. Palliativa ombud - sjuksköterskor och undersköterskor har genomgått en introduktion i IPOS – personcentrerat symtomskattningsinstrument i palliativ vård

Utöver detta har medarbetare inom vår verksamhet bland annat genomfört språkbudsutbildning, undersköterskeutbildning genom äldreomsorgslyftet, äldre specialistundersköterskeutbildning via Yrkeshögskola.

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

Våld i nära relation (VINR) är ett nytt projekt inom psykisk hälsa och suicidprevention som under hösten startat upp med bland annat en öppen föreläsning för både medarbetare och medborgare. Satsningen är ett led i socialtjänstens uppbyggnad och utveckling av en VINR – grupp som ska upprätta en kunskapsbank kring bemötandet av både våldsutsatta, våldsutövare och bevittande av våld.

Dokumentation

Av patientdatalagen (SFS 2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården framgår tydligt vad en patientjournal ska innehålla och hur den ska utformas. Dokumentationen av patientuppgifter ska så



långt som möjligt ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övrigt kodverk (ICF).

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

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

År 2023 implementerades verksamhetssystemet Lifecare i samarbete med 11 andra kommuner i samverkansform GVS12. I slutet av året har samarbetet förändrats och ska startas upp i ny form. Implementeringen har inneburit stora förändringar för personal i bl.a. dokumentation, planering med mobilanvändning och signering av HSL-insatser. Det kräver också stora resurser för att underhålla systemet och guidning av användare.

Inom vård och omsorg finns lokala administratörer för Lifecare, verksamhetssystemet på varje enhet som ska fortbilda sina kollegor. Vid introduktion av semestervikarier inför sommaren höll socialt ansvarig samordnare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska i en utbildning som berör dokumentationsskyldigheten inom SoL, LSS och HSL. Samma utbildning utförs 3 ggr per år för nyanställd vård och omsorgspersonal. Utsedda lokala administratörer Lifecare utbildar om själva "huret" vid dessa tillfällen

Det nya verksamhetssystemet kommer även vara en del i välfärdstekniken och kommer fortsatt vara fokus på för att möjliggöra ett mer effektiviserat arbetssätt och en ökad kvalitet och patientsäkerhet.

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 den regionala primärvården för att trygga en god kvalitet och tillgång till läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns fast hemsjukvårdsläkare inom Närhälsan med planerad fast tid 17 timmar / 21 timmar varje vecka inom kommunala primärvården. I tiden ingår rondtid och medicinska vårdplaneringar. Övrig tid finns tillgänglighet via Närhälsans akuttelefon och vid behov av akut läkarbedömning kan detta utföras av triageläkare. Hälsocentralen till lika så en fast hemsjukvårdsläkare där 2 timmar varje



vecka är planerad grundat på antalet tillhörande patienter. Tillgänglighet erbjuds genom direkt till hemsjukvårdsläkare fasta telefon alternativt via akuttelefon som besvaras av annan personal

- Samverkan med Samordningsansvarig läkare / hemsjukvårdsläkare Närhälsan / hemsjukvårdsläkare Hälsocentralen inför smittspårning vid bekräftade Covidfall inom Hälsosjukvårdsverksamheten. Ansvar är relaterat till närområdesplanen.
- Vårdsamverkan Skaraborg har en överenskommen rutin för landsting, primärvård och kommun gällande avvikelserapportering: "Avvikelsehantering i vårdsamverkan". När gemensamma dokument för säker in- och utskrivning från länssjukvård inte följs skickas externa avvikelser. Likaså om vårdskada skett hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till vårdgivare när man finner att patientsäkerheten inte uppnåtts enligt praxis. Dessa avvikelser mellan vårdgivare rapporteras digitalt via regionens avvikelssystem Med Control Pro. Leg personal, enhetschefer och myndighets-handläggare kan genom detta rapportera en avvikelse, samtliga avvikelser går genom MAS som är samordningsansvarig vilket innebär att avvikelser skickas vidare till berörd extern enhet och är även mottagare för inkomna avvikelser som rapporteras externt.
- Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdhygien erbjuder grundutbildning för hygienombud. Under 2023 har det varit digitala samverkan/rådgivningsmöten beroende på behovet utifrån covid och övriga virusorsakade luftvägsinfektioner och dess samhällsspridning.
- Smittskydd har ansvar att samverka vid behov av smittskyddsåtgärder Under 2023 har samverkan/rådgivningsmöten varit beroende på behovet utifrån covid och övriga virusorsakade luftvägsinfektioner och dess samhällsspridning.
- Patientnämnden har enligt avtal ansvar att vid enskilds önskan ha en stödjande funktion vid dess synpunkter eller klagomål på vårdgivare såsom kommunen.
- Förvaltningen har under 2023 gått med i Digitala hjälpmedel i samverkan, Detta innebär över tid att det skall finnas en gemensam "butik" för digitala hjälpmedel inom socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån invånarnas och verksamheternas behov med syfte att göra den digitala tekniken mer jämlik. Detta kan till exempel röra sig om läkemedelsautomater, trygghetskameror och hjälpmedel vid diabetes. Digitala hjälpmedlet förskrivs på den patient som är i behov av det.



Samverkan vid in- och utskrivningar från slutenvården

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen och samverkan ska alltid utgå från den enskildes behov av samordnade insatser. I denna process sker samverkan främst från kommunen planeringsteamet som består förutom av hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska även av biståndshandläggare och planeringsansvarig för hemvård. Planeringsteamet ansvarar för att påbörja planeringen inför utskrivningen av kommunens medborgare för att säkerställa en trygg och säker hemgång. Detta sker i samverkan med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården och den enskilde. Planeringsteamet handhar även vårdbegäran från öppenvården när behov ses av kommunal hälso-sjukvård och socialtjänst.

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

Samverkan med patienter/brukare och närstående för delaktighet

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och i förekommande fall närstående får möjlighet att:

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

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



Samverkan med medborgare

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

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

Socialförvaltningen deltar regelbundet vid Tillgänglighetsrådet och Pensionärsrådet.

Pressmeddelanden för att dela information gällande anmälningar till IVO om Lex Sarah och Lex Maria. Beslut från IVO delges även genom pressmeddelande.

Samverkan för barn i tidiga åldrar

Familjecentralen har samverkan med Närhälsan BVC och har möten månadsvis. Familjecentralen samverkar också med förskola. Det handlar om samverkan med tidiga insatser och förebyggande arbete för barn i tidiga åldrar.

Under 2023 har uppstart av samverkan barn och unga, SAMBU skett. SAMBU vänder sig till alla som arbetar med samverkan för barn och unga i åldrarna 0-20 år. I Tibro samverkar socialtjänsten, barn- och utbildningsförvaltningen, kultur- och fritidsförvaltningen, Närhälsan och Hälsocentralen.

Samverkan BUN, skolsocialt team

Under hösten beslutade förvaltningen tillsammans med barn och utbildning att söka medel för att starta ett skolsocialt team. En familjebehandlare har anställts på myndighetsenheten som tillsammans med kollegan på BUN ska arbeta förebyggande och tillsammans med övrig berörd personal inom skola och socialtjänst i så kallade skolsociala team. Teamet kan tex. bestå av kuratorer, specialpedagoger och personal från öppenvården. Exempel på insatser för det skolsociala teamet:

- Motiverande och stödjande samtal med elever
- Föräldraskapsstöd, enskilt eller i grupp
- Sociala och fysiska anpassningar i skolan
- Relationsskapande aktiviteter
- Studiestöd
- Stöd till eleven med att organisera fritidsaktiviteter och skolarbete



Samverkan AME

Även "Grön arena" är ett samarbete med AME och under året har sex deltagare från Tibro kommun haft insatsen.

Arbetet med stärkt samverkan med kommunens arbetsmarknadsenhet (AME) har under året fortsatt där alla som uppbär ekonomiskt bistånd slussas vidare till AME. Under hösten har samverkan intensifierats genom tydligare individprocesser, något som gett resultat i årets brukarundersökning. Utbildning inom BIP har hållits gemensamt.

Samverkan med studiefrämjandet

Terassen är en öppen verksamhet som riktar sig till personer över 18 år med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik, psykisk ohälsa, social problematik och social utsatthet. Verksamheten arbetar förebyggande och fokuserar på det friska i livet. Verksamheten 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.

Under år 2023 söktes och beviljades medel för att utveckla arbetet med ofrivillig ensamhet hos kvinnor. Detta projekt gjordes i samarbete mellan studiefrämjandet och Familjecentralen men det visade sig vara mycket liten efterfrågan bland medborgarna.

En studiecirkel med namn Hund för alla har anordnats under våren 2023. Fem brukare inom avdelning Funktionsnedsättning har fått lära sig tyda hundens signaler och umgås på ett avspänt sätt. Detta har varit en samverkan med Studiefrämjandet, gruppboheter samt Daglig verksamhet.

Samverkan utrikesfödda kvinnor och arbetsmarknad

Under hösten 2023 har det ansökts om och fått beviljat processtöd från SKR gällande utrikesfödda kvinnors inträde på arbetsmarknaden. Det är en samverkan inom flera aktörer inom kommunen, men främst är initiativet gjort från Barn- och utbildningsnämnden (AME), Integration och Socialtjänsten. Övergripande syfte är att stärka utrikesfödda kvinnors etablering på arbetsmarknaden med fokus på föräldrar med små barn. För att nå målgruppen och samtidigt erbjuda barn en pedagogisk verksamhet och därmed bidra till deras utveckling används Öppen förskola som arena. Inom ramen för överenskommelsen genomför SKR ett riktat processtöd till ett urval kommuner och lokala aktörer samt sprider erfarenheterna så att andra kommuner också kan ta initiativ i framtiden.



God och nära vård

Runt om i Sverige pågår omställningen till nära vård. Omställningen syftar till en hälso- och sjukvård och omsorg som tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Det handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård och omsorg där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är centralt.

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att hälso- och sjukvårdssystemet ska bli mer samhällsekonomiskt effektivt. Efter omställningen ska primärvården vara basen och navet i vården. Kommunernas hälso- och sjukvård är en central del av primärvården och kommunerna har en stor och viktig roll i omställningen till nära vård.

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

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

Informationssäkerhet

HSLF- FS 2016:40, 7 kap 1§

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

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

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



Uppföljningar av informationssäkerheten

Utifrån att det under större delen av 2023 saknats utsedd person att leda och samordna informationssäkerhetsarbetet, finns ingen sammanställning av de eventuella uppföljningar som gjorts gällande informationssäkerhetsarbetet

Riskanalyser

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

- Riskanalys har gjorts i samband med att nytt verksamhetssystem implementerats under mars månad så väl inom hela förvaltningen och enskilt inom hälso- och sjukvården

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- Vid inloggning i vårt nya verksamhetssystem krävs två faktors autentisering, detta gäller samtliga medarbetare inom hela förvaltningen. Detta är speciellt viktigt av system som behandlar känsliga uppgifter
- Begränsning av behörighet i det nya verksamhetssystemet
- Digital signering införd i samband med att nytt verksamhetssystem implementerats under Marsmånad, detta underlättar spårbarheten samt ger en ökad säkerhet vid hantering av patientens uppgifter
- Rutin inför och under planerat och oplanerat driftavbrott har reviderats i samband med implementering av nytt verksamhetssystem

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

Skydd av system

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

Enligt fastställd rutin för vårt verksamhetssystem kontrollerar enhetschefen sin personal på respektive enhet. Loggningen syftar till att spåra eventuella obehöriga intrång. Enhetschefen ansvarar för att logguppföljning genomförs enligt gällande rutin. Logguppföljning ska ske varje



månad samt vid behov. Under året har påminnelse om loggning utgått till samtliga enhetschefer inom socialförvaltningen månadsvis.

Stickprovskontroller genomförs minst en gång per halvår och genom slumpvis valda användare och brukare/patienter granskas bland annat vilka som har haft tillgång till journaler och om vård- och omsorgsrelation finns

Under 2023 har inga otillåtna loggningar rapporterats.

Det saknas rutin avseende loggkontroller av NPÖ och SAMSA.

Skydd av nätverk

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

- Särskilda boenden Allégården och Brittgården har erhållit uppkoppling till kommunens nätverk
- Det finns en strategi om att samtliga kommunens fastigheter där det bedrivs vård och omsorg ska få uppkoppling till kommunens nätverk, detta skulle ge en stabilare och snabbare uppkoppling vilket även ger en ökad säkerhet för brukare och patienter
- Två faktors inloggning detta för att öka säkerheten och ett generellt skydd mot känsliga data

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

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

Tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet, hälso- och sjukvården och för funktionshinder, 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.



IVO särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling SÄBO

IVO genomförde med start under pandemin 2020 en särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets SÄBO. IVO kunde då slå fast att lägstanivån i äldreomsorgen var alldeles för låg varav IVO har fortsatt med tillsynsinsatsen avseende samma målgrupp i landets alla kommuner för att kunna följa utvecklingen. IVO har sammanställt en rapport av de risker som framkommit för vår kommun utifrån journalgranskning och enkätresultat. För att få en fördjupad version av rapporten har IVO genomfört en inspektion på plats under december 2022 innehållande intervjuer med patienter, intervju med sjuksköterska och ett dialogmöte med socialförvaltningens ledning och socialnämndens ordförande. Rapporten är berörande tillsynsområdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede. Utifrån detta har IVO fastställt ett beslut. Beslutet delgavs socialförvaltningen under april 2023

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

Socialnämnden har utifrån ovanstående redovisat till IVO

- de åtgärder som vidtagits eller planeras för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat, uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras, samt hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Åtgärder som vidtagits och planerats är framtagen av socialchef, vård och omsorgschef och MAS och antagits av socialnämnd.

Efter att IVO mottagit nämndens redovisning av de åtgärder som har vidtagits och planeras avslutar IVO ärendet. IVO:s bedömning är att nämnden har redovisat åtgärder inom följande områden: individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede.

Planerad och vidtagna åtgärder

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften



Arbetsgivaren /vårdgivaren efterfrågar och ställer krav på vård och omsorgsutbildning vid ny-rekrytering vid tillsvidareanställning.

Arbetsgivaren ställer krav på att personal med delegering skall ha goda språkkunskaper och kan kommunicera muntligt och skriftligt varav detta säkerställs genom skriftlig test efter genomgången introduktion med bl. a digital utbildning.

Överenskommet i samverkan med lokala vårdcentraler om behovet av ökad läkarmedverkan varav det är utökat med två ansvariga läkare inom Närhälsan. Privat vårdcentral har det medicinska ansvaret för ett av fyra SÄBO vilket skulle möjliggöra mer tid åt den kommunala hälso-sjukvården dock då en förutsättning att fler boende väljer att gå över till den privata vårdcentralen. Finns en överenskommelse i samverkan om att möjliggöra god tillgänglighet till läkare under dygnets alla timmar

Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Medicinska bedömningar utförs endast av legitimerad personal, vårdgivaren har endast legitimerad personal som behärskar svenska språket mycket väl. Finns rutin på hur information ska nås till legitimerad personal av vård och omsorgspersonal vid förändrat tillstånd

Där behovet finns inom vård och omsorgspersonal skall möjligheten finnas att kombinera arbete och språkstudier och vårdgivaren ska även utbilda fler språkombud

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Nytt verksamhetssystem är införts vilket medfört att behörig personal kan nå informationen på plats inne hos patient. All personal som jobbar patientnära har tillgång till den information som krävs för god och säker vård. Detta är säkerställt genom behörigheter i det nya verksamhetssystemet.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Rutin gällande delegeringsprocessen skall följas, vilka steg som vård och - omsorgspersonal skall genomgå innan möjlighet att eventuellt erhålla delegering. Denna skall följas, tillika är kravet på godkänt resultat (90% av apotekets test) av läkemedelshandlingstest innan vård och omsorgspersonal eventuellt kan bli delegerad och detta bedöms alltid av patientansvarig sjuksköterska på det SÄBO där vård och omsorgspersonalen ska arbeta.

Det nya verksamhetssystemet möjliggör att dokumentera Läkemedelsgenomgångar genom KVÅ varav detta kan synliggöras vid granskning. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras kontinuerligt i samverkan med ansvarig hemsjukvårdsläkare.

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.



Brytpunktsamtal är inte dokumenterat dock utesluter inte att de genomförts men bara inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Varav åtgärder är vidtagna.

Checklista Palliativ vård för sjuksköterska är uppdaterad. Där det anges att brytpunktsamtal skall vara genomförd av patientansvarig läkare och att brytpunktsamtal skall ha dokumenterats i den kommunala hälso-sjukvården av sjuksköterska

Gemensam journalgranskning med Hemsjukvårdsläkare har utförts varav det granskats om brytpunktsamtal är genomfört och dokumenterat i syfte med att uppmärksamma och förbättra dokumentationen inom respektive vårdgivare journal

Egenkontroll

Kvalitetsledningssystem

En egenkontroll av MAS och SAS har utförts genom att Enhetschefer för varje verksamhet inom socialförvaltningen har fått besvara utifrån hur väl socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känd. Syftet var att utifrån enkätens resultat analysera om det systematiska kvalitetsarbetet följs, att det finns dokumenterade rutiner och strukturer för uppföljning av fel och brister samt att förbättringsarbete sker systematiskt.

Svarsfrekvensen låg på 5 av 12, varav svårt att analysera och bedöma om det systematiska kvalitetsarbetet följs dock framkom av svaren att det behövs en fortsatt utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet.

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 2023 har socialförvaltningen genomfört brukarundersökning inom följande områden: IFO, Gruppbostad LSS, Servicebostad LSS, Daglig verksamhet LSS samt Socialstyrelsens brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen". I årets brukarundersökning har vi även genomfört en för boendestöd och pilotstudie gällande LSS myndighet.

Brukarundersökning IFO

Brukarundersökningen 2023 genomfördes inom Individ- och familjeomsorgen. Brukarundersökningar genomfördes inom missbrukshandläggning och handläggning inom barn och unga, familjehemsplacerade barn, pilotstudie inom myndighetshandläggning LSS och ekonomiskt bistånd. Brukarundersökningen har genomförts genom att de som varit i kontakt med myndighetsenheten under aktuell period fått erbjudande om att delta och fått en kod skickat till sig via



sms eller e-post. Har alternativet varit att de inte svarar har även pappersenkät delats ut i ett fåtal fall.

För första gången sedan brukarundersökningen startade fick Tibro ett resultat för missbruksvården och som tidigare år även för ekonomiskt bistånd. Brukarundersökningen är en viktig indikator på vår kvalitet och brukarnas åsikter är viktiga för att kunna utveckla verksamheten. 2023 års brukarundersökning visar på mycket goda resultat!

Brukarundersökning IFO	Tibro 2022	Tibro 2023	Alla kommuner (ovägt) 2023
Brukarbedömning - Helhetssyn	70 %	100 %	86 %
Brukarbedömning - Få kontakt	60 %	100 %	89 %
Brukarbedömning - Tydlig information	60 %	91 %	90 %
Brukarbedömning – Visar förståelse	67 %	100 %	87 %
Brukarbedömning - Inflytande	67 %	100 %	87 %
Brukarbedömning – påverka hjälp	44 %	73 %	72 %
Brukarbedömning – Förbättrad situation	44 %	82 %	77 %
Svarsfrekvens	9%	22%	51%

Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS

Antalet som besvarade brukarundersökningen var 18, vilket är en minskning med 3 personer sedan förra årets brukarundersökning.

Jämför man siffrorna med brukarundersökningen 2022 ligger siffrorna ungefär på samma nivå med några undantag. Områden som sticker ut med ett positivt resultat berör kategorier trygghet och synpunkter. Utvecklingsområden ligger inom kategorierna rädsla och trivsel.

Resultatet har återkopplats till brukarna och återkoppling till personal är inplanerad. Utifrån detta ska verksamheterna arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.



Brukarundersökning Daglig verksamhet LSS	Tibro 2022	Tibro 2023	Alla kommuner (ovägt) 2023
Brukare får bestämma över saker som är viktiga	71 %	61 %	75 %
Brukare får den hjälp hen vill ha	76 %	67 %	86 %
Personalen bryr sig om brukaren	90 %	78 %	90 %
Personalen pratar så brukaren förstår	67 %	67 %	78 %
All personal förstår brukaren	76 %	83 %	79 %
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	57 %	72 %	84 %
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet	57 %	50 %	75 %
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet	71 %	50 %	85 %
Verksamheten är viktig för brukaren	67 %	72 %	82 %
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	86 %	94 %	90 %
Svarsfrekvens (antal)	70%	18	93

Brukarundersökning Gruppbostad LSS

För fjärde året genomfördes brukarundersökning inom kommunens gruppbostad. Svarsfrekvensen för brukarundersökningen för gruppbostad ligger, liksom år 2022, på 100%.

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

Resultatet ska återkopplas till brukarna och personal. Utifrån detta ska verksamheterna arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.

Brukarundersökning Gruppbostad LSS	Tibro 2022	Tibro 2023	Alla kommuner (ovägt) 2023
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	58 %	67 %	78 %
Brukare får den hjälp hen vill ha	75 %	75 %	82 %
Personalen bryr sig om brukaren	67 %	64 %	84 %



Personalen pratar så brukaren förstår	33 %	60 %	71 %
All personal förstår brukaren	64 %	90 %	70 %
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	27 %	82 %	78 %
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	18 %	36 %	67 %
Brukaren trivs alltid hemma	82 %	60 %	83 %
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	90%	80 %	85 %
Svarsfrekvens	100 %	100%	41
		Antal 12	

Brukarundersökning Servicebostad LSS

Inom området servicebostad har en förbättring skett inom alla områden förutom inom frågan kring "Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma" där svaret minskat från 86% till 67%. Inom sex av nio frågor är svaren mer positiva i jämförelse med genomsnittet för övriga kommuner.

Resultatet ska återkopplas till brukarna och personal. Utifrån detta ska verksamheterna arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året

Brukarundersökning Servicebostad LSS	Tibro 2022	Tibro 2023	Alla kommuner (ovägt)
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	86 %	67%	82%
Brukare får den hjälp hen vill ha	43 %	50%	77%
Personalen bryr sig om brukaren	43 %	50%	83%
Personalen pratar så brukaren förstår	57 %	83%	67%
All personal förstår brukaren	57 %	83%	71%
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	71 %	83%	71%
Brukaren är aldrig rädd för något hemma	71 %	50%	60%



Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	71 %	83%	77%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	100 %	100%	84%
Svarsfrekvens	100 %	6	33

Brukarundersökning Boendestöd

I år är första året som brukarundersökningen för boendestöd genomförs i Tibro kommun med en svarsfrekvens på 56 %. Samtliga brukare som är beviljad insatsen boendestöd under perioden har blivit erbjuden att delta i brukarundersökningen. De har då fått en kod utlämnat till sig och då kunnat logga in för att svara på enkäten. Har alternativet varit att de inte svarar har även pappersenkät delats ut i ett fåtal fall som sedan inlämnats anonymt. De områden som avviker om man jämför med riket är "All personal förstår brukaren" som ligger på 75 % till skillnad från riket med 88 % och "Brukaren känner sig trygg med all personal" med 75 % som skiljer sig från riket med 85 %. I enkäten får brukaren frågan om man känner sig trygg med alla, några eller ingen i personalen. I dessa fall är det ingen som svarar att de inte känner sig trygg med någon. I övriga områden avviker siffrorna med 1-5 procentenheter om man jämför siffrorna med riket.

Resultatet har återkopplats till personal och utifrån detta ska verksamheten arbeta med förbättringsområden och ska upprätta handlingsplaner för att förbättra kvalitén vilket ska följas under året.

Brukarundersökning Boendestöd	Tibro 2022	Tibro 2023	Riket 2023
Brukare får bestämma över saker som är viktiga hemma	91%	91%	87%
Brukare får den hjälp hen vill ha	88%	100%	86%
Personalen bryr sig om brukaren	91%	100%	93%
Personalen pratar så brukaren förstår	84%	90%	87%
All personal förstår brukaren	75%	86%	87%
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen	75%	95%	83%
Brukaren trivs med alla i boendepersonalen	91%	95%	89%
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt	72%	77%	78%
Svarsfrekvens	56%	22	62



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. Under 2021 genomfördes ingen brukarundersökning på området på grund av ny upphandling. Med anledning av detta saknas resultat för 2021. Resultatet för respektive verksamhet har lämnats till enhetscheferna för vidare arbete.

Brukarundersökning Hemvård	Tibro 2022	Tibro 2023	Riket 2023
Helhetssyn	87%	92%	86%
Information om förändringar	71%	82%	60%
Handläggares beslut har anpassats efter brukarens behov	76%	81%	71%
Bemötande	97%	98%	96%
Besväras ofta av ensamhet	11%	9%	12%
Lätt eller ganska lätt att få kontakt med personalen	85%	90%	75%
Förtroende för personalen	87%	95%	88%
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	32%	40%	32%
Personal tar hänsyn till åsikter och önskemål	87%	87%	84%
Möjlighet att påverka tider	44%	59%	52%
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	67%	66%	61%
Personalen kommer på avtalad tid	79%	89%	81%
Personalen utför sina arbetsuppgifter	86%	94%	84%
Rör sig utan svårigheter inomhus	22%	34%	26%
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	8%	7%	6%
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	82%	86%	80%
Trygghet	91%	89%	85%
Svarsfrekvens	54%	54%	58%



Brucarundersökning Särskilt boende	Tibro 2022	Tibro 2023	Riket 2023
Helhetssyn	79%	88%	78%
Möjligheten att komma utomhus	79%	76%	53%
Sociala aktiviteter	63%	57%	58%
Tillgång till sjuksköterska	83%	80%	71%
Bemötande	98%	95%	92%
Besväras ofta av ensamhet	20%	20%	19%
Få kontakt med personalen på boendet	91%	93%	80%
Förtroende för personalen	89%	89%	82%
Mycket eller ganska gott allmänt hälsotillstånd	44%	43%	30%
Personal tar hänsyn till åsikter och önskemål	86%	90%	79%
Information om förändringar	61%	50%	45%
Maten	87%	91%	73%
Måltidsmiljön	75%	76%	68%
Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	46%	69%	41%
Möjlighet att påverka tider	78%	66%	57%
Plats på det äldreboende man önskat	92%	96%	87%
Rör sig utan svårigheter inomhus	17%	16%	17%
Personalen har alltid eller oftast tillräcklig tid	86%	76%	71%
Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	4%	9%	12%
Trivs med rum/lägenhet	79%	84%	72%
Trivsamma gemensamma utrymmen	70%	77%	71%
Trivsamt utomhus	73%	85%	66%
Tillgång till läkare vid behov	61%	62%	48%
Trygghet	87%	89%	86%
Svarsfrekvens	53%	47%	45%



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.

Åtgärdsplan Lex Sarah

Under 2023 har en åtgärdsplan upprättats tillsammans med enhetschef för ansvarigt område. Detta syftar till att lättare följa upp att åtgärder genomförts samt resultatet av dessa.

Stärkt rättssäkerhet

Genomlysning av alla ledningssystem för handläggning har genomförts. Roller och mötestruktur har tydliggjorts för myndighetsenheten i syfte att tydliggöra uppdraget.

Hälso- och sjukvård

Grundläggande förutsättningar för säker vård

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Förvaltningens ledning har i november 2023 fastställt handlingsplanen för patientsäkerhet. Handlingsplanen har tagits fram med hjälp av resultatet från patientsäkerhetanalysverktyget. Målsättningen med handlingsplanen att ingen patient ska behöva drabbas av skador som går att undvika inom den kommunal hälso-sjukvården. För att uppnå och bibehålla målet är strategi att utgå från handlingsplanen och fortsatt att ta hjälp av den Nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet framtagen av Socialstyrelsen.





Övergripande mål och strategier

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

- All personal inom kommunala hälso-sjukvården i Tibro kommun skall besitta den kompetens som krävs för att tillgodose den enskilde god och säker vård utifrån enskilt behov. Vid nyanställning finns rutin och checklista inom verksamheten för att alla som arbetar skall ha kännedom och kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner. All nyanställd personal, tillsvidare och vikarie skall genomföra introduktionsplanens två steg
- Optimal följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner vilket säkras genom att alla som arbetar inom den kommunala vård och omsorgen ska inneha ett godkänt skriftligt och praktiskt prov inom basala hygienrutiner. För nyanställda är detta ett krav under introduktionen och ska vara utförd innan medarbetaren själv ska utföra omvårdnadsarbete. Praktiskt test ska genomföras årligen av samtliga medarbetare. 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 och övriga virusorsakade infektioner inom kommunal vård och omsorg vilket har säkrats genom att följa myndigheters rekommendationer och regionala riktlinjer. Finns en pandemiplan, beredskapsplanering och kris förråd med skyddsutrustning. Lokala rutiner är framtagna och uppdateras fortlöpande utifrån rekommendationer, riktlinjer och pandemiplan. Riskanalyser har kontinuerligt utförts inom samtliga enheter och åtgärder har styrts utifrån samhällsspridningen. Vaccination mot Covid-19, Säsongsinfluensa, pneumokock har utifrån folkhälsomyndigheten rekommendationer utförts inom den kommunala verksamheten till samtliga inskrivna i den kommunala hälso-sjukvården som tackar ja. Vaccination ska erbjudas efter patientens behov av ordinär eller påfyllnadsdos gällande covid-19 vaccin.
- Avvikelsehantering – från rapportering till händelseanalys och dess förbättringsåtgärder. All personal inom vård och omsorg ska rapportera avvikande händelser direkt i verksamhetssystemet. Händelseanalysens och dess förbättringsåtgärder skall återrapporteras till verksamheten och sprids vid behov till andra verksamheter som en lärande organisation, detta för att förhindra att liknande händelser sker igen.
- Rehabiliterande arbetssätt - Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorg och hemtjänst innebär att se och ta tillvara på individens egna resurser och



möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.

- Rehabassistenterna utför ordinerade rehabiliterade insatser inom Trygg hemgång och hemvård vilket ger kontinuitet och kvalitet.
- Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandeplanernas utformning. BPSD-registret ger förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder
- Vårdprevention med stöd av Senior alert används för att identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion och utifrån detta planera och genomföra förebyggande åtgärder. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Detta sker i tvärprofessionellt team.
- Kollegial Journalgranskning - Målet med granskning är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso-och sjukvården. Kollegial journalgranskning är nödvändigt för att samtligt legitimerad personal ska vara involverade i syfte att kvalitetssäkra dokumentationen inom hela verksamheten. När granskningen sker kollegialt uppfylls även ett lärande syfte och det sker en samsyn kring dokumentationen.
- Planeringsteamet, superkontaktombud och kontaktombud – fortsätter att utvecklat samverkan internt och externt för att säkerställa säkra vårdövergångar innefattande SAMSA och SIP (Samordnad individuell Vårdplanering) 2023
Gemensamma möten med regionens primärvård som nått fram till rutin så som att dagligen samverkan för att planera trygg och säker hemgång, detta sker med Närhälsan och två gånger i veckan med Hälsocentralen.
- Kontinuerliga palliativa ombudsträffar hålls inom verksamheten. Varje enhet har och ska ha ett palliativt ombud. Palliativa ombud uppgift är att vara den som tar till sig kunskap och senaste information och sprider kunskapen vidare inom sin enhet och så även stödjer enhetschefen inom det palliativa området.



Agera för säker vård

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

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

Egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att 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 Medicinsk ansvarig sjuksköterska	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år 1 gång per år	Observation PPM-databasen
Vårdhygieniskstandard	1 gång per år	Protokoll
Spol- och diskdesinfektioner	1 gång per år	Protokoll
Interna hälso- och sjukvårdsavvikelser	Fortlöpande Statistik 3 gånger per år	Lifecare avvikelssystem
Patientens närstående klagomål och synpunkter	Fortlöpande Statistik 3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, via kommunens system synpunkt .
Trycksår	1 gånger per år	Senior alert
Munvård	1 gång per år	Senior alert
Fall	1 gång per år	Senior alert
Undernäring	1 gång per år	Senior alert
Läkemedelshantering	1 gång per år Spontankontroll	Protokoll
Journalgranskning	1 gång per år	Protokoll
Palliativ vård	1 gång per år	Palliativa registret

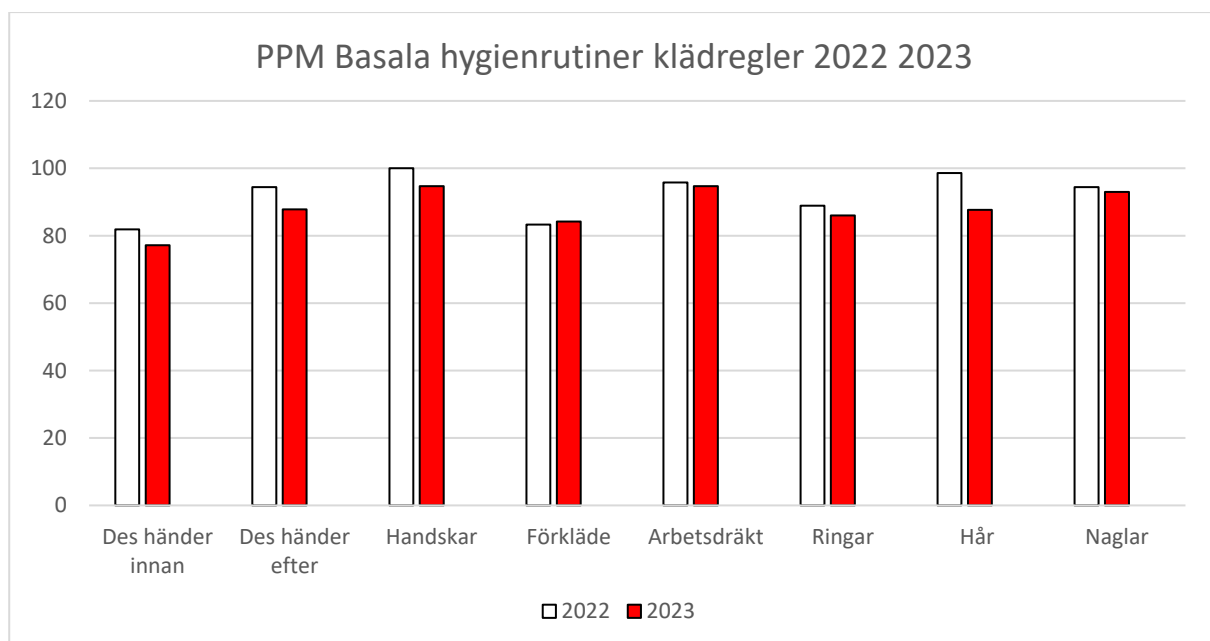


Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Basala hygienrutiner

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

Hygienombuden är nyckelpersoner och länken mellan vårdhygien och det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Hygienombuden har varit extra betydelsefulla under pandemin och haft uppgift att hålla sig uppdaterad och förmedla rutiner/riktlinjer. Hygienombuden har även som uppgift att genomföra återkommande punktprevalensmätningar. Dessa ska ha under året genomförts två gånger 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.





Vårdhygienisk standard

En årlig egenkontroll för att säkerställa att vi som vårdgivare håller en god vårdhygienisk standard. För att uppnå en god hygienisk standard och identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter finns det ett verktyg av egenkontrollmodell, det utgör en enkel och begriplig metod. Metoden innebär att man utgår ifrån en checklista och detta utförs av enhetschef, hygienombud och ansvarig sjuksköterska. Till checklista hör en åtgärdsplan där åtgärder fylls i om det framkommer förbättringsmöjligheter. En egenkontroll "Checklista vårdhygienutbildning för vård och omsorgspersonal" har tagits fram för att säkerställa att samtlig vårdpersonal har genomfört vårdhygienutbildningsprocessen som är ett krav för att arbeta inom vård och omsorg.

Förhindra smittspridning av Covid-19 och övriga virusorsakade infektioner

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

För att skydda våra patienter från smitta av Covid-19 och virusorsakade infektioner och så även att förhindra smittspridning inom våra verksamheter följer vi Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS och regionens riktlinje och Generella åtgärder mot smittspridning av virusorsakade luftvägsinfektioner i vård och omsorg (som från 231129 har ersatt Generella åtgärder för att minska smittspridning av covid-19 inom hälso- och sjukvård och tandvård, och Generella åtgärder för att minska smittspridning av covid-19 inom kommunal vård och omsorg)

Vaccination mot Covid-19 för patienter inom kommunal hälsosjukvård har utförts utifrån att Folkhälsomyndigheten rekommenderar påfyllnadsdos vaccin mot covid-19 för alla som är 80 år och äldre samt till personer som bor på särskilt boende för äldre, har hemtjänst eller hem-sjukvård. Förutom vaccination mot covid -19 har även vaccination mot säsongsinfluensa och pneumokock erbjudits och givits till patienter utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Samtlig vård och omsorgspersonal har erbjudits att vaccineras mot säsongsinfluensan på betald arbetstid, det har under detta år varit fler som valt att vaccinera sig jämfört med föregående år.

Covid-19 har förekommit inom våra verksamheter under 2023.



Vårdprevention förebygga fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa

Riktlinje för vårdpreventivt arbete med stöd av senior alert är antagen av nämnd. Till riktlinjen har rutin skapats vars huvudsakliga syfte är att förebygga skada och främja hälsa. Rutin beskriver ansvar, roller och att tvärprofessionella team ska vara kontinuerligt planerade detta för att möjliggöra fortlöpande arbete med riskbedömningar, åtgärdsplaner samt uppföljningar inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Senior alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla förebyggande arbetssätt för att öka möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg.

Rehabiliterande förhållningsätt

I rehabilitering/förebyggande syfte utför och vid behov ordinerar arbetsterapeut och fysioterapeut / sjukgymnast individuell anpassade åtgärder i form av träningar, behandlingar och/eller övningar till personer inskrivna inom kommunal hälso-och sjukvård. Syftet med åtgärden är att genom fysisk aktivitet minska bland annat fall och trycksår samt att underlätta läkningsprocesser. Träning kan även utföras efter en skada exempelvis efter frakturer, höft- och knäplastikoperationer eller vid sjukdom så som efter stroke och vid Multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom och sjukdomar i luftvägarna. Målet är att personen ska kunna bibehålla eller att återfå en så god funktionsförmåga som möjligt och att kunna vara så självständig som möjligt.

Rehabenheten ansvarar över de ordinerade träningarna i trygg hemgång och nu även hemvården. Detta för att underlätta den ökande arbetsbelastningen i hemvården samt att öka patientsäkerheten, att vårdtagarna ska få sina insatser utförda. Det är rehabassistenterna som utför träningarna på ordination av AT/SG. Organisatoriskt utgår rehabassistenterna 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.

Demensorganisation

Demensorganisation som är uppdelad i två enheter, dessa är tvärprofessionella och ett nära samarbete mellan enhetschef, demenssamordnande sjuksköterska och övrig vårdpersonal, vilket är väl anpassat till upplägget i BPSD. BPSD – "Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens" innebär att personen med demens har beteenden som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. De flesta personer med en demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden, den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning. En BPSD skattning görs individuellt för varje patient, vilket är underlag för att vårda och bemöta patienten på bästa sätt. Implementering av BPSD-registret har främst skett inom demensorganisationen.



Med stöd av registret identifieras symtomen, de tolkas och ses i sitt sammanhang så att relevanta åtgärder sätts in. För patienter med demenssjukdom ska en kartläggning minst en gång per år utföras och därefter följas upp. Varje enhets täckningsgrad följs i BPSD-registret med ett mål av 90%. BPSD registrering är ett standardiserat arbetssätt vars syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Upprättade bemötandeplan och genomförandeplan måste följas av samtliga professioner i teamet runt patienten för att bidra med bästa möjliga förutsättning för patienten

Trygga och säkra vårdövergångar

Vid samordnad vårdplanering överförs vårdansvaret från en vårdgivare till en annan. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Vid in- och utskrivning arbetar kommunens olika professioner för att säkerställa att nödvändig information når respektive vårdgivare vid vårdövergångar och medverkar i att det sker en trygg och säker hemgång vid utskrivning

Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringarna kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vården inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen. Den medicinska vårdplanen ska vara ett stöd för personalen i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar 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. Det krävs en god kontinuitet och tillgänglighet både från sjuksköterska inom den kommunala primärvården som kan initiera till behovet av medicinsk vårdplan dock ställer det även krav på en god kontinuitet och tillgänglighet av hemsjukvårdsläkare från respektive vårdcentral dit patienten tillhör. Under 2023 har vissa patienter fått vänta längre än ett år innan den medicinska vårdplaneringen utförts. Anledningen till detta kan vara ett ökat antal patienter inom den kommunala primärvården. Följsamheten till att aktualisera medicinska vårdplaner leder till minskat antal oplanerade transporter till sjukhus och är viktigt utifrån delaktighet av den enskilde och för att säkerställa patientsäkerhet. Utifrån detta är det viktigt att fortsatt arbete fortlöper med att genomföra medicinska vårdplaneringar kontinuerligt minst en gång per år och vid behov. Den första skall ske i samband vid inskrivning i kommunal primärvården



Läkemedelshantering

Digitala läkemedelskåp

Under 2023 har digitala läkemedelsskåp installerats i merparten inom våra enheter, särskilda boende som ordinärt boende. Digitala läkemedelsskåp ska förbättra säkerheten både för patient och personal dock har Socialförvaltningen haft en del tekniska problem vid införandet, vilket inneburit en ökad belastning samt funnits risker i patientsäkerheten.

Målet under 2023 var också att införa kunna införa läkemedelsautomater Denna välfärdsteknik skulle bidra till att effektivisera vårt arbetssätt och inte minst möjliggöra självständighet för den enskilde varav det ger en ökad kvalitet. Dock har det inte implementerats utifrån resursbrist.

Digital Signering och registrering – kontroll och uppföljning

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

Extern kvalitetsgranskning

Extern kvalitetsgranskning Läkemedelshantering är utförd under hösten 2023. I kvalitetsgranskningen ingick kontroll av riktlinjer/rutiner, ordination, iordningställande, administrering, förvaring, rekvisition och leverans enligt HSLF-FS 2017:37. En konkret åtgärdsplan är framtagen utifrån kontrollen och beskriver de områden där det fanns förbättringsmöjligheter som vårdgivaren kan fokusera på och åtgärda för att säkerställa en säker läkemedelshantering och patientsäkerheten

Delegeringar

Den som tillhör Hälso- och sjukvårdspersonal, legitimerad personal får överlåta en arbetsuppgift till en annan person, om detta är förenligt med god och säker vård enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan måste försäkra sig om



att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegeringar får inte ske slentrianmässigt. Rutin finns gällande delegeringsprocessen från nyanställd omvårdnadspersonal till att kunna utföra delegerade hälso-sjukvårdsuppgifter. Omvårdnadspersonal skall ha en praktisk genomgång av van delegerad personal i samband med bredvidgång, därefter ska ny omvårdnadspersonal utföra webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel. Om omvårdnadspersonal bedöms delegerbar anmäls hen till Apotekets webbutbildning "Grundutbildning i läkemedelshantering inför delegering" Apotekets utbildning i läkemedelshantering tar upp grunderna i läkemedelshantering och är en bra grund och stöd inför en eventuell delegering. Som avslut på denna utbildning genomför personalen även Apotekets kunskapstest som grundar sig på utbildningen. För att bli godkänd krävs 90% rätta svar. Efter godkänt test är det sjuksköterska i samband med ett personligt möte och genomgång av tänkta delegerbara uppgifter som utför sin bedömning om omvårdnadspersonalen kan fullgöra uppgiften. En delegering ska följas upp, efter given delegering och förnyas årligen 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.

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:



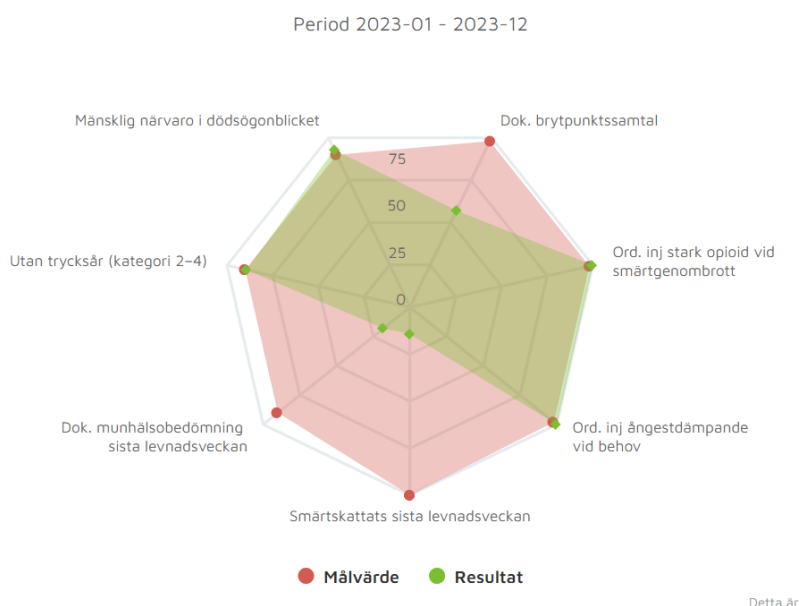
2023 har 28 personer registrerats i svenska palliativ registret

Av registreringen att döma finns det ett stort utrymme för utvecklingspotential inom vår verksamhet. Framför allt att utföra och dokumentera bedömning av munhälsa och skattning av smärta detta har en fortsatt nedåtgående trend jämför med föregående år. Dokumentation av brytpunktsamtal har även det blivit lägre jämfört med föregående år. Det har funnits ordinerad symtomlindring till samtliga som har registrerats jämfört med föregående år, så även fler som haft mänsklig närvaro vid dödsögonblicket.

Nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård 2023

Kvalitetsindikator	Målvärde	Tibro	Riket
Dok. Brytpunktssamtal	98.0	57,1 (69.2)	81.0
Ord. Inj stark opioid vid smärtgenombrott	98.0	100 (96.2)	95.5
Ord. Inj ångestdämpande vid behov	98.0	100 (96.2)	95.0
Smärtkattats sista levnadsveckan	100.0	14,3 (34.6)	65,4
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90.0	17,9 (26.9)	62,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90.0	89,3 (92.3)	86,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90.0	92,9 (88.5)	83,0

Inom parantes statistik från 2022. Röda siffror påvisar en nedåtgående trend, gröna en positiv trend.





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 två gånger per år</p>	<p>Ej uppfyllt.</p> <p>Mätresultatet från 2023 års punktprevalensmätning av Basala hygienrutiner inom Vård- och omsorg i Tibro kommun påvisar en liten förändring jämfört med 2022 <i>se bild 1.1</i></p> <p>Saknas egenkontroll inom vissa enheter</p>	<p>Nedåtgående trend av följsamhet under våren totalt inom verksamheten. Dock färre observationen utförda jämfört med föregående år</p> <p>Behövs fortsatt arbete och fokus på vårdhygien och basala hygienrutiner utifrån att följsamhet kan bli bättre.</p> <p>Behöver tydliggöras inom verksamheten gällande egenkontroll, Ta reda på orsaken till att det inte utförs på samtliga enheter</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</p>	<p>Behov av att följa upp orsaken till att inte hygienrond utförs inom samtliga enheter.</p> <p>Viktigt att hålla en hög vårdhygienisk varav detta ska vara högt prioriterat, likas utifrån ny</p>



			regel från Socialstyrelsen HSLF-FS 2022:44
Godkända Spol- och diskdesinfektioner	Utförs extern kontroll	Underhåll och validering är gjord av spol- och diskdesinfektioner på samtliga särskilda boenden. Funnits behov av att byta ut fyra spoldesinfektorer då dessa inte var tjänlig att använda.	Flertalet av spoldesinfektorer har brukats under flera år varav det kommer vara ett behov att byta ut kommande år
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	Riktlinje vårdprevention med stöd av senioralert är antagen i nämnd. Rutin skapad och Tvärprofessionella Teamträffar ska hållas varannan vecka. Genomföra utbildning av senior alert utifrån ansvar	Ej uppfyllt Det har jämförts med 2022 varit färre personer som registrerats i Senior alert. Antal unika personer 97 jämfört med 103 Det är ojämnt inom verksamheten, det registreras fler riskbedömningar inom SÄBO jämfört med ordinärt boende	Det är fortsatt en nedåtgående trend. Troligen för att Riktlinje och rutin inte har implementerats till fullo i verksamheterna För att kunna arbeta optimalt finns även behov av utbildning av kvalitetsregistret för samtlig vård och omsorgspersonal och enhetschefer.



			Ett särskilt boende har påbörjat och genomfört grundutbildning.
Säker Läkemedels- hantering	<p>Finns framtagna Riktlinje för läkemedels- hantering hälso-sjuk- vården i skaraborgs- kommuner som ska följas.</p> <p>Lokala rutiner för lä- kemedelshantering skall finnas på en- heter som hanterar lä- kemedel.</p> <p>Lokala rutiner</p>	<p>Gå igenom när ssk blir patientansvarig och årligen i sam- band med extern granskning av apo- tekare</p> <p>Lokala rutiner för lä- kemedelshantering saknas på några enheter som hante- rar läkemedel.</p> <p>Finns rutiner gäl- lande signeringslis- tor, hantering av APO dos och dele- gering.</p>	<p>Riktlinje skall vara känd av samtliga ssk detta genom att det varit en struktur av ge- nomgång i samband med introduktion för nya ssk och vid ge- nomgång av extern granskning</p> <p>På grund av hög be- lastning och saknad av ansvarig ssk på enhet- erna under 2023 har inte den lokala rutinen upprättats under året</p> <p>Rutiner är aktualiserad utifrån digitala signe- ringslistor dock be- hövs fortlöpande aktu- alisera av rutiner och möjliggöra att samtliga rutiner är kända och att det finns strukture- rat i verksamhetens gemensamma intra- nät.</p>



	<p>Intern kontroll av MAS</p> <p>Uppföljning av föregående extern kontroll 2022/</p> <p>Spontan kontroll av MAS</p> <p>Extern kontroll 1ggr och gemensam utbildning och genomgång till ssk av legitimerade apotekare</p> <p>Åtgärdsplan – Handlingsplan föreslagen av Legitimerad Apotekare</p>	<p>Utförd</p> <p>Till stor del är åtgärder vidtagna dock saknas att vissa föreslagna åtgärder är utförda</p> <p>Ej uppfyllt Spontan kontroll då det inte har utförts under året</p> <p>Uppfyllt Extern kontroll har utförts av legitimerad apotekare Apoteket AB</p> <p>Ej uppfyllt</p>	<p>Orsak till detta är troligen hög arbetsbelastning på ssk enheten.</p> <p>Planerad kontroll är utförd, detta möjliggör en bättre förutsättning för att säkra kvalitet och patientsäkerhet. Dock kan även spontana kontroller utföras detta för att uppmärksamma kvarstående brister inom verksamheten i syfte att kvalitetssäkra.</p> <p>Extern granskning kommer att fortgå kommande år</p> <p>Utifrån att extern granskning genomförde under november och december har detta inte kunnat vidtagits</p>
--	---	---	--



<p>Dokumentation.</p> <p>Öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra vården</p> <p>Uppnä att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar och lokala rutiner.</p> <p>Kollegial granskning med målvärde 80%</p>	<p>Strukturerad journalgranskning tillsammans med regionens primärvård för att mäta förekomsten av skador i vården</p> <p>Kollegial Journalgranskningen. Samtliga legitimerad personal ska analysera patientjournalens struktur, innehåll och språk med syftet att den ska vara begriplig, relevant och sökbar. Syftet är även att få en lärande process genom granskning</p> <p>Granskning av journaler har inte utförts</p>	<p>Delvis uppfyllt</p> <p>Journalgranskning i samverkan med hemsjukvårdsläkare, verksamhetschef Närhälsan och MAS har utförts enligt regionens mall</p> <p>Ej uppfyllt</p> <p>Kollegial journalgranskning har inte utförts under hösten,</p> <p>Ej utfört</p>	<p>Eftersträva att utföra journalgranskning med samtliga lokala vårdcentraler och att upprätta en kommunal mall utifrån regionens mall</p> <p>Granskningen kommer att utföras i början på 2024 av dokumentationen från 2023 Mars till och med december 2023. Perioden är bestämd utifrån att det var då vi gick in ett nytt verksamhetssystem.</p> <p>Granskningen kommer att utföras i början på 2024</p>
<p>God Palliativ vård</p>	<p>Mätning av kvalitet genom Palliativa registret Nationella kvalitetsindikationer målvärde</p>	<p>Delvis uppfyllt <i>se bild 1.2</i></p> <p>37 patienter har under 2023 erhållit palliativ vård i ett sent stadie, 28 patienter är registre-</p>	<p>Finns förbättringspotential, gällande registrering och åtgärder inom palliativ vård, framför allt smärtskattning, munvård, förhindra trycksår och</p>



<p>Arbetat enligt Nationella palliativa vårdprogram och framtagna vårdförlopp</p>	<p>Palliativa ombud på samtliga enheter</p> <p>Genomgång och uppdatera lokala rutiner</p>	<p>rade i palliativa registret</p> <p>Uppfyllt Finns palliativa ombud på samtliga enheter</p> <p>Påbörjat dock ej uppfyllt</p>	<p>dokumenterat brytpunktsamtal inom palliativ vård.</p> <p>Palliativa ombudsträffar har hållits kontinuerligt och fortgår kommande år</p> <p>Saknas närvarande av fysioterapeut och arbetsterapeut tillika finns behov av ett mer aktivt arbete av samtlig legitimerad personal för att uppdatera lokala rutiner</p>
<p>Alla patienter med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret. Målet är att öka antalet registreringar och att arbeta mer effektivt med bemötandeplanernas utformning Med ett mål av 90%</p>	<p>Registrera i BPSD-registret för förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad och möjlighet till att individanpassa åtgärder och skapa bemötande plan</p>	<p>Mål ej uppfyllt Minskning av registreringar under 2023, 56 registreringar jämfört med 2022 då utfördes 60 registreringar</p> <p>54 av 56 är registrerade av team (minst en usk och en legitimerad vårdpersonal) Av samtliga registreringar har inte arbetsterapeut eller fysioterapeut medverkat</p>	<p>En trolig orsak till att de varit få, färre registreringar kan vara att det inom demensorganisationen Nord varit chefsbyten, så även vakant tjänst under en period, tillika vakanta tjänster inom ssk enheten, detta har burit med sig är BPSD inte kunnat prioriteras. Dock att det inte finns registrerat så har det praktiska arbetet med BPSD vad gäller skattningar och bemötandepaner utförts och varit längre fram</p>



<p>Sjuksköterskor som jobbar i demensorganisationen ska vara utbildade inom BPSD.</p>	<p>Utföra utbildning inom BPSD</p>	<p>Två sjuksköterskor av sex som genomfört utbildningen.</p>	<p>än själva administrationen i BPSD registret.</p> <p>Se över orsak till att inte arbetsterapeut och fysioterapeut medverka i teamet. Finns behovet</p> <p>Vakanta tjänster inom ssk enheten varav det saknats. Flera nyanställda ssk nu inom demensorganisationen varav vi behöver möjliggöra att utföra utbildningen inom BPSD</p>
---	------------------------------------	--	---



Mål och strategier för kommande år

Kvalitet och patientsäkerhet

Målet för socialförvaltningen är att ge Tibrobon en trygg och säker vård och omsorg. För att nå och bibehålla målet är en strategi kommande år att utgå från framtagna patientsäkerhets handlingsplaner och utifrån den nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som Socialstyrelsen tagit fram. För att uppnå målet krävs ett långsiktigt arbete och är högt prioriterade kommande år inom socialförvaltningens kvalitetsutveckling. Under 2024 kommer fokus vara att vidta åtgärder från beslutade prioriterade områden utifrån handlingsplanen.

Systematiskt kvalitetsarbete

Implementering av ledningssystemet för systematisk kvalitetsledning i alla verksamhetsgrenar genom att konkretisera delarna i ett kvalitetsårshjul har varit ett mål senast åren. Det kvarstår som målsättning under 2024, att tydliggöra årshjulet och att få verksamheterna delaktiga i detta arbete.

Avvikelsehantering

Socialförvaltningens digitala avvikelsehantering underlättar risk- och/eller händelseanalys, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning. Under år 2024 är målet att samtliga avvikelserapporter tas emot och hanteras enligt rutin.

Fast omsorgskontakt

Mål för år 2024 är att fast omsorgskontakt finns inom hela hemvården.

Dokumentation

Nationell informationsstruktur, NI, är ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. NI består av process-, begrepps- och informationsmodeller som används som referensmodeller för att utveckla strukturerad dokumentation kring patienter och brukare.

Vårt verksamhetssystem är uppbyggt utifrån NI varav kommande år kommer vara att förbättra dokumentationen genom att fortsätta med att vidareutveckla och implementera vårt lokala system för att både kvalitetssäkra och effektivisera dokumentationen. En strategi är att under 2024 påbörja dokumentation enligt IBIC

God och nära vård

Omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska bidra till att utveckla



samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta. Denna omställning kommer att fortgå och förvaltningen har beslutat att arbeta personcentrerat förhållningssätt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, samverkan (både inom kommunen och med övriga huvudmän) samt införande av välfärdsteknik kommer vara prioriterat.

Införande av välfärdsteknik

Välfärdsteknik, digitalisering bidrar till att utöka kvalitet och patientsäkerhet varav det är ett stort fokus kommande år att inom socialförvaltningen slutföra och vidareutveckla den välfärdsteknik som implementerats. Vi behöver även införa ny teknik då detta kommer vara tillhjälp att effektivisera arbetssätt och möjliggöra självständighet för medborgaren. Här ingår att det skall finnas digitala läkemedelskåp och vara nyckelfritt inom samtliga områden inom vår verksamhet, vidareutveckla vårt verksamhetssystem Lifecare för att både kvalitetssäkra och effektivisera dokumentationen. Vidare ett inriktat arbete mot i första hand är införande av läkemedelsautomater och trygghetskameror. Målet är att under 2024 även införa trygghetskameror för att kunna erbjuda tillsyn med hjälp av digital kamera för de vårdtagare som så önskar.

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

Under 2024 ingår Socialförvaltningen i Tibro tillsammans med Vara och Grästorp i ett projekt som samordnas av Skaraborgs Kommunalförbund. Projektet syftar till att dels titta på personalförsörjning genom kompetenshöjningar, locka fler att arbeta inom området och att få de medarbetare vi har att stanna kvar, dels se till effektivisering av arbetsmetoder. Välfärdsteknik är en stor del av projektet.

Skydd av system

Det ska skapas en rutin gällande loggkontroll av externa system

Socialtjänstlagen

1 juli år 2025 väntas en ny Socialtjänstlag träda i kraft. Lagen är ännu inte färdigställd men regeringen skriver på sin hemsida: Utredningen Framtidens socialtjänst lämnar förslag som tillsammans skapar förutsättningar för en hållbar socialtjänst. Utredningens större förslag handlar om förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, övergripande planering och planering av insatser, kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning.

År 2024 ses som ett förberedande år för att anpassa verksamheten utifrån vad den nya Socialtjänstlagen förväntas innehålla.