



SVENLJUNGA
KOMMUN

Socialnämndens Årsbokslut 2021

kvalitet, personal och ekonomi samt patientsäkerhetsberättelse

Rapporterat i Socialnämnden 2022-02-23 § 11

Innehåll

Arbetsmaterial Socialnämndens Årsbokslut 2021	0
kvalitet, personal och ekonomi samt patientsäkerhetsberättelse	0
Socialnämnden	1
Sammanfattning	1
Covid-19	1
Värdegrund och verksamhetsidé	2
Verksamhet - rapport på verksamhetsmål	3
Brukarundersökning	4
Synpunkter och klagomål	11
Ekonomi	17
Personal	18
Anställda per anställnings- och löneform	19
Antal timmar utförda av timavlönade visstidsanställda	19
Frånvaro	19
Förvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2021	19
Sammanfattning – resultat, analys, åtgärder samt fokusområden	19
Struktur	20
Övergripande mål och strategier	20
Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	20
Ledningssystem och processer	21
Struktur för uppföljning och utvärdering	21
Samverkan för att förebygga vårdskador	22
Rapporteringsskyldighet	23
Systematisk uppföljning och egenkontroll	23
Process	23
Åtgärder för att öka kvalitet- och patientsäkerhet	23
Demensteam	27
Palliativ vård	27
Brukarkvalitet	29
Avvikelsehantering	29
Händelser och vårdskador	30
Resultat och analys av patientsäkerhetsberättelse	30
Uppföljning genom egenkontroll	30
Mål och aktiviteter för kommande år	31

Socialnämnden

Sammanfattning

Under året har arbetet med att hålla Covid-19 borta från nämndens verksamheter fortsatt. Från januari till april hade ungefär 10 personer haft smittan i nämndens verksamheter och det är fortfarande lågt jämfört med andra kommuner i Svenljungas storlek men ändå lika många som under hela 2020. Från maj avtog smittan helt och hållet hos brukarna i verksamheterna. Bara enstaka fall hos medarbetare. Restriktionerna har inneburit stor korttidsfrånvaro under året vilket har ökat förvaltningens personalkostnader jämfört med ett normalt år men till viss del har det dock kompenseras med statliga bidrag för sjuklönekostnader. Förvaltningen har klarat krisen med pandemin på ett bra sätt både ekonomiskt och hur kvaliteten kunnat bibehållas men äldreomsorgen har dragits med markant högre personalkostnader än budgeterat på grund av stor frånvaro och svårigheter att rekrytera vikarier vilket resulterat i mycket övertid. En viss volymökning inom alla verksamhetsgrenar finns i dagsläget och kan eventuellt bero på ett uppdämt behov skapat av pandemin.

I slutet av året är dock förvaltningens ekonomi i balans och kvaliteten har kunnat bibehållas och i vissa fall till och med förbättrats.

Covid-19

2021 har fortsatt präglats av arbete med att förhindra att Covid 19 drabbar våra brukare. Arbetet har inneburit en ökad och förändrad arbetsbelastning för alla som arbetar inom Socialförvaltningen. Den största påverkan har varit att alla medarbetare stannat hemma vid minsta symtom. Detta har inneburit att mångt fler varit hemma än normalt. Medarbetarna har inte vetat om de kommer vara ordinarie styrka eller ej under lång tid, vilket påverkat arbetsmiljön negativt. Alla enheter inom Socialförvaltningen har skrivit och gjort pandemiplaner/riskanalyser och avvikelser för att kvalitetssäkra arbetet.

För brukarna har Covid 19 inneburit att några av dem avstått sina insatser på grund av rädsla att bli smittade. Även vissa insatser har blivit fördröjda då medarbetare stannat hemma vid förkylningssymtom. Alla verksamheter har under 2021 varit öppna, men med åtgärder och prioritering för att säkerställa en smittsäker miljö.

Inom hemsjukvård har det inneburit en ökad belastning på grund av provtagning, screening och smittspårning av både patienter och personal. Sjuksköterskorna har även haft ett utökat ansvar i att stötta och utbilda medarbetare i användandet av skyddsutrustning och då även i det dagliga arbetet med hygienrutiner. För den kommunala Rehab har Covid 19 inneburit förändringar gällande bland annat förflyttningsutbildningar, där fysiska utbildningar mynnat ut i digitala utbildningar.

Efter nästan två års pandemi märks det att organisationen är trött. Belastningen är fortsatt hög i hela förvaltningen och vi ser att detta kommer att påverka förvaltningens kvalitet och utveckling under lång tid.

Sammanfattning av kvalitet och patientsäkerhet

Årshjul och process för ledning och styrning har etablerats och implementerats. Alla ansvariga som ska rapportera i Hypergene gör det systematiskt och det utmynnar i en månadsrapport gällande kvalitet till nämnd. Kvalitetsindikatorer och aktiviteter är identifierade samt är kopplade till nämndens mål. Arbetet har lett till att förvaltningen alltid har en uppdaterad bild av kvaliteten i verksamheterna

Fokusområden för kvalitet för 2021 har i stora delar uppnåtts då det gäller systematisk enhetsuppföljning och implementering av arbetsmodell IBIC. Områden som har fått omprioriteras är genomförandeplaner samt kvalitetssäkring av välfärdsteknik och informationssäkerhet.

Det finns en tendens i organisationen som bör uppmärksammas och som kommer fram genom de systematiska uppföljningarna. Det syns en kultur av att skapa egna arbetssätt och frångå det som är överenskommet och ska utföras enligt rutiner eller lagar och föreskrifter.

Det syns i vår uppföljning av avvikelser att händelser inträffar pga. av att man inte exempelvis signerar läkemedel eller kvitterar larm, utan man tänker att "det hinner jag inte nu utan gör det sen", att de system som införts för att skapa säkerhet och systematik hanteras utifrån vad man själv tänker, hinner med eller prioriterar.

Även avvikelser som ska utredas skyndsamt har av förklarliga skäl inte hanterats men inte heller riskbedömts, det leder i sin tur kan leda till att allvarliga händelser kan inträffa.

I pandemins bakvatten har även kvalitetsuppföljningar bortprioriterats på vissa enheter i all välmening då arbetsbelastningen varit hög. Effekterna av detta har syns, då ett allvarligt missförhållande uppstod i ett fall och ett klagomål i ett annat fick hanteras, så det var ingen åtgärd som skapade minder arbete i det långa loppet. De indikatorer som systematiskt följs upp ger svar på att det är en välfungerande verksamhet. Även vad som ger mest nytta att ha ordning på.

Den systematiska uppföljningen kan ses som något som man kan hoppa över men vår erfarenhet av detta nu gör att vi ser det som att det ska vara obligatoriskt. Det som mäts och rapporteras på månatligen ger information om att nå vårt grunduppdrag.

Organisationen har stått inför stora utmaningar både utifrån pandemin men även ett stort utvecklingsarbete för digital utveckling 2021 som påverkar kvaliteten både genom extra ansträngningar att få det att fungera plus att det ger goda effekter om det används som det är avsett. En vision behöver uppdateras för förvaltningens uppdrag för kvalitet och patientsäkerhet då stort fokus finns att hålla en budget i balans

Utifrån förutsättningarna 2021 har förvaltningen en god kvalitet och har identifierat fortsatt arbete med fokusområden.

- Öka och intensiviera det vårdpreventiva arbetet för att minska risk för vårdskador och avvikelser
- Dokumentationen såväl inom HSL, SoL och LSS ska vara rättssäker och alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan
- Öka och kvalitetssäkra det digitala användandet inkl. informationssäkerhet
- Implementera arbetssättet IBIC- individens behov i centrum

Värdegrund och verksamhetsidé

Socialnämnden har en etisk värdegrund och en formulerad verksamhetsidé som tillsammans med lagstiftning och övriga bestämmelser ligger till grund för förvaltningens arbete. Socialnämndens etiska värdegrund innebär att;

- verksamheten ska grundas på en humanistisk människosyn, som innebär att alla människor är unika och har lika värde
- varje människa ska behandlas utifrån sina specifika behov och med utgångspunkt från aktuell livssituation
- insatserna ska präglas av helhetssyn

-
- alla ska ha rätt till ett värdigt liv och ett gott bemötande vilket innebär respekt för den enskildes integritet och självbestämmande

Verksamhetsidén beskriver vidare att Socialförvaltningen ska, på kommuninvånarnas uppdrag;

- förebygga – genom att stödja folkhälsoarbetet i vid mening
- möjliggöra – genom att erbjudas stöd och service på ett sätt där människans egna resurser stimuleras och tillvaratags
- aktivt hjälpa – genom att ge vård och omsorg till dem vars behov inte kan tillgodoses på annat sätt

Verksamheten ska också stärka den enskildes eget ansvar genom delaktighet och självbestämmande i det dagliga livet och arbetet ska utföras på ett sätt som inte försvårar för kommande generationer.

Verksamhet - rapport på verksamhetsmål

Fullmäktigemål 1:1 Barn och ungdomar ska ha förutsättningar för fortsatta studier och god sysselsättning/arbete

För att bättre kunna jobba mot Svenljunga Kommuns fullmäktigemål: "Barn och ungdomar ska ha förutsättningar för fortsatta studier och god sysselsättning/arbete", har ett nytt förvaltningsöverskridande arbete påbörjats där fokus är att på flera olika sätt skapa bättre förutsättningar för de unga invånarna.

Detta arbete har pågått på ett mer strukturerat sätt i ungefär två år med befintliga resurser. För att ytterligare förbättra detta arbete och framför allt skapa ännu bättre förutsättningar för samarbete, behövs en samordnande resurs och för att hitta bäst synergieffekter kommer tjänsten vara delad 50/50 med Barn- och Utbildningsnämnden och personen som erhåller tjänsten kommer vara anställd i båda förvaltningarna. Med rådande ekonomiska förutsättningar för socialnämnden ryms inte denna planerade satsning inom socialnämndens tilldelade ram och ett äskande gjorts för att finansiera detta.

Socialnämndens mål 1: Kvalitetssäkrad vård och omsorg

Inom de angivna ekonomiska ramarna för socialnämnden, ska en kvalitetssäkrad vård och omsorg beslutas och utföras. Socialtjänstlagens, hälso- och sjukvårdslagen samt LSS kvalitets principer ska följas och de är: Självbestämmande, helhetssyn, kunskapsbaserade insatser som är effektivt utförda, tillgänglig samt trygg och jämlik vård.

Kvalitetsuppföljning; Förvaltningen arbetar månadsvis med "Månadsuppföljning" utifrån kvalitet och ekonomi för att kunna säkerställa arbetssätt och följsamhet mot rutiner. Syftet är att stödja enhetschefen i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt bistå vid egenkontroll och följa nyckeltal.

För att det ska bli tydligt inom vilket område det finns behov av förbättringsarbete används nedan begrepp;

- strukturkvalitet – personal, organisation
- processkvalitet – metod och arbetssätt
- brukarkvalitet – synpunkter/klagomål, skattning av kvalitet, avvikelser mm.

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Strukturkvalitet: De senaste åren har mycket arbetstid ägnats åt att bygga upp en ändamålsenlig organisation. Äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgens utförarverksamhet har omorganiserats för att skapa bättre förutsättningar att jobba effektivt och gränsöverskridande. Förvaltningen har lyckats rekrytera kompetenta chefer som starkt bidrar till den positiva utvecklingen.

Processkvalitet: Kvalitetsuppföljningar inom enheterna och verksamhetsområdet har gett bättre kontroll på verksamheten. Detta har skapat bättre beslutsunderlag och ledningen har också tagit adekvata beslut utifrån dessa underlag. Följsamhet mot rutiner ha varit övervägande god.

Resultatkvalitet: Förvaltningen har fortsatt att arbeta ihop med nämnden för att prioritera rätt. Utifrån Covid-19 kan vi nu se ett ökat antal ärenden utifrån att en del individer ej utnyttjade sina insatser eller ej ansökte tidigare. Ett resultat av en "Covid-skuld". Förvaltningen ser även en ökning av hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket har ökat arbetsmängden och inneburit en utökning av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Detta är till stor del ett resultat i VGR:s arbete med Nära Vård. Arbete med Nära Vård och de effekter detta ger kommer fortsätta i en högre omfattning under 2022.

Indikator	Kön	Bedömning	Trend
SOF Bedömd kvalitet i verksamheterna			↘

Kommentar:

Rapportering varje månad under året av enheternas kvalitet har visat på att vi har nått målbilden i de flesta verksamheter. Det har funnits 2-3 enheter som har haft en lägre nivå men där har det arbetats medvetet för att åtgärda detta och det syns förbättringar.

Brukarundersökning

Brukarundersökning i Hemtjänst	2017	2018	2019	2020
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn	94	91	93	90
Känner förtroende för personalen som kommer	93	96	95	96
Får bra bemötande av personalen	95	98	100	96
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	88	86	89	84
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	93	89	89
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	58	55	61	55
Personalen kommer på avtalad tid	86	86	92	87
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	67	57	69	62

Vi ser att kostnader för hemtjänst för brukare över +80 fortfarande är dyr även om den har minskat från 5 615 kr till 4 182 kr p/inv. *Målsättningen bör vara strax under 3000:- enligt jämförelse i Kolada. Orsaken till de höga kostnaderna beror på att man bor hemma längre, med större behov av insatser där bl. a dubbelbemanning behövs, tätare tillsyner och en stor kommun med långa avstånd. Detta är en tendens som kommer att synas än mer i det nya arbetssättet "nära vård" där fler och fler invånare kommer att vårdas i hemmet.* Förändringar som har gjorts i hemtjänsten för att minska kostnader är

att scheman följer lagar och avtal, ruttoptimering planeras centralt, vilket är ett led i att kvalitetssäkra och kostnadseffektivisera hemtjänsten. *Har antal brukare ökat 2017 - 2020.* Omställningar i hemtjänst behöver genomföras skyndsamt för att inte bli kostnadskrävande.

Brukarundersökning Särskilt boende ÄO	2017	2018	2019	2020
Sammantaget nöjd med boendet helhetssyn	94	91	93	96
Känner förtroende för personalen som kommer	93	90	93	96
Får bra bemötande av personalen	100	100	100	100
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	96	93	100	96
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	80	89	88	95
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	68	61	59	60
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	50	65	47	68
Tycker att maten smakar bra	70	74	81	83
Upplever måltiderna som en trevlig stund	83	74	77	86

Genom analys av 2020 års brukarundersökning visar att våra brukare har en stor andel som är nöjda. Det som syns i undersökningen är att arbetet med Senior alert behöver öka med en omstart 2022, det ses även en del områden som berör läkemedel som behöver ses över under nästa år. Det som kan vara intressant att belysa är att tiden som man bor på ett Vård och omsorgsboende har ökat med 400 dagar från 806 2017 till 1209 2020. Kostnader har minskat från 1 087 085 kr/ 2017 per plats och brukare till 898 385:- 2020.

Brukarundersökning LSS AK = Andra Kommuner	Gruppbostad /Servicebostad				Daglig verksamhet				Boende stöd – 32			
	Antal svar 11/2019		mindre än 5 2021 AK		Antal svar 2020		2021		Antal svar 2019		2021 AK	
Inflytande/Valfrihet	89	75	73/86	78/82	89	75	75	75	89	75	91	86
Rätt stöd	78	92	91/86	81/79	78	92	79	86	78	92	94	86
Omtanke	78	92	82/86	83/84	78	92	85	89	78	92	94	92
Kommunikation P-B	67	77	73/71	72/68	67	77	84	69	67	77	81	86
Kommunikation B-P	56	92	90/71	71/72	56	92	80	77	56	92	87	85
Förtroende för personalen	67	85	100/86	77/73	67	85	89	83	67	85	90	82
Trygghet/Frihet(PA)	89	38	73/57	66/66	89	38	79	73	89	38	-	-
Trivsel	89	92	82/86	82/78	89	92	84	85	89	92	93,3	88,4
Synpunkter	100	83	91/57	85/83	100	83	95	85	100	83	80	76
Betydelse	-	-	-	-	71	82	89	83	-	-	-	-

[Jämföraren - Kolada](#)

SOF Brukarundersökning nöjdhet LSS o Boendestöd		●	→
SOF Brukarundersökning nöjdhet ÄO		●	↘

Enhetsmål 1: Det ska finnas en flexibilitet/effektivitet gällande personalanvändande i och mellan enheter i verksamheten

Personalens tid och kompetens används utifrån verksamhetens växlande behov. Ökad rörlighet är ett måste vid införande av heltid som norm för att arbetsgivaren ska kunna garantera att alla får ut sin tid. Det handlar även om att använda en högre kompetens i verksamheterna då ordinarie personal ska kunna täcka vakanser i verksamheterna som timvikarier tidigare har täckt.

Bedömning	Trend
●	↗

Kommentar:

Från och med 27 april 2020 ingår förvaltningens alla verksamheter i det nya lokala kollektivavtalet där bland annat heltid som norm ingår. I och med detta är arbetet med samplanering i full gång. Förvaltningen har tillsammans med HR och fack påbörjat översyn av avtalet då flera delar behöver revideras för bättre flöde i våra processer. Socialnämnden har arbetat intensivt med att implementera arbets sättet ökad rörlighet. Bland annat har delegation av hälso- och sjukvårdsuppgifter utfärdats att gälla fler verksamheter, vilket underlättat ökad rörlighet med kort varsel. Bredvidgångar sker för


medarbetare på nya enheter. TUB-pass har börjat produceras i mindre skala. Alla enhetschefer inom Socialförvaltningen har genomgått utbildning inom optimerad bemanning och bemanningsekonomi. Detta har inneburit att arbetet med flexibilitet och rörlighet ökat. På grund av Covid 19 har mycket av rörligheten stannat av på förekommen anledning då frånvaron har varit högre än normalt. Dock har viss rörlighet tvärtemot ökat då några verksamheter har fått ställa om för att kunna arbeta på enheter som har större behov.

Delar av Socialförvaltningen har jobbat mot ett förändrat arbetssätt som innebär mer och förbättrad samverkan mellan myndighet och verkställighet, tänka helhet, att komma in tidigare i ärenden och ha ett gemensamt förhållningssätt mot samma mål. Vidare att snabbt kunna samverka kring förändringar som behöver vidtas för ökad måluppfyllelse för individen. Bland annat har flera verksamheter varit delaktiga i processbeskrivning i arbetssätt med målet ut i sysselsättning eller arbete. Genom att använda mätstickan som mätmetod kan vi påvisa en mycket bra känsla av resultat i vårt förändrade arbetssätt. För att koppla det förändrade arbetssättet till en teoretisk grund genomgår alla medarbetare på alla nivåer inom aktuella verksamheter, utbildning i systemteori som gemensamt förhållningssätt.

Central planeringsenhet har infört ett nytt planeringssystem, Kompanion. Dock har det inte fungerat optimalt, men central planering och ansvarigt företag jobbar intensivt för att hitta lösningar. I början av 2021 påbörjades arbetet med att färdigställa scheman centralt av den centrala planeringsenheten.

Nytt planeringsverktyg inom personlig assistans har införts, Phoniro.

Framåt har det jobbats med att öka övertaligheten, som systemet med ökad rörlighet och rätt till heltid är grundad på, bland annat i form av att i början av 2022 införa en ny resursenhet. Detta kommer också att ge lättnad i arbetet med att ersätta frånvaro. Dessutom kommer vi under 2022 slå samman mindre samplaneringsenheter till två större, en inom äldreomsorgen och en inom LSS.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Arbetad tid timvikarier i förhållande till ordinarie personal				7.4%	10.0%		↗

Enhetsmål 2: Dokumentationen ska vara rätts-och patientsäker

Den sociala dokumentationen ska uppfylla socialtjänstlagens/LSS krav både vad det gäller innehåll och tidsperspektiv. Den ska vara tillräcklig, respektfull, korrekt och väsentlig för den enskilde och den personal som berörs.

Alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan vars innehåll speglar vad som är beslutat samt utgå från brukarens behov.

Patientjournalen ska säkerställa att sjuksköterskors, fysioterapeuters och arbetsterapeuters dokumentation uppfyller de krav som hälso- och sjukvårdslagen ställer och att de processer som hälso- och sjukvården hanterar systematiskt och strukturerat kan följas upp och utvärderas.

Resultat och analys

Handläggning

Det genomförs ärendegenomgångar på myndighet omsorg utifrån handläggningsprocessen vilket bl.a. lett till forum och att checklistor för att säkerställa handläggningen och dokumentationen. Det har ändå förekommit brister som inneburit att dokumentation har blivit försenad.

Utifrån problematiken genomförs ärendegranskningar månadsvis inom IFO, utifrån IVO:s granskningsmall. Granskningen utförs av 1:e socialsekreterare i syftet är att säkerställa innehåll och att handläggning sker i direkt anslutning till när den enskilde varit i kontakt med handläggare.

Dokumentation

Det finns ett 30-tal dokumentationsombud vars uppdrag är att delta på sex inbokade träffar under året och att stödja sina kollegor i dokumentationsfrågor samt hantering och utbildning av verksamhetssystemet. De ska se till att rutiner och manualer är kända och används på arbetsplatsen. Vidare ska de tillsammans med enhetschefen och/eller sjuksköterska förmedla nyheter inom SoL- och HSL- dokumentation, genomförandeplaner och avvikelserapportering. Gruppen samordnas av SAS och MAS/MAR samt utvecklingsledare inom verkställighet. och har i uppdrag att stödja sina kollegor i dokumentationsfrågor.

Resultat; 5 träffar har genomförts digitalt under 2021 och information angående IBIC har varit fokusområde. Det har varit en del frånvaro pga. av omprioriteringar utifrån pandemin. Detta kan synas i att det efterfrågas mer utbildning och information om verksamhetssystemet och samt hur man ska dokumentera på ett bra sätt.



Åtgärd; Utvecklingsledare har bjudit till träffar både i storgrupp samt fokusgrupper utifrån vilken målgrupp man arbetar med. Det har betonats på kvalitetsuppföljningar vikten av att delta på tillfällen som har bokats i årskalender samt inbjudningar har skickats ut i god tid för att öka möjligheten att delta.

Dokument, Rutiner och riktlinjer

Ett förbättringsarbete på "Y-disken" har genomförts i syfte att uppdatera förvaringen av förvaltningens dokument samt att det också ska bli enklare att söka dokument. Den nya strukturen har lagts upp utifrån förvaltningens organisation och nämndens arbete och det finns en tydlig rutin för upprättande av dokument. Fortsatt arbete med att etablera medarbetarwebben 2022.

Genomförandeplaner

Resultat; Efter att förvaltningen haft en nästintill 100 % andel upprättade, aktuella genomförandeplaner vid årsskiftet 2020 togs ny rapport fram för 2021 som underlag för redovisat resultat.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Upprättade aktuella genomförandeplaner	65%	100%	100%	50%	100%		↘
SOF Upprättade				0%	100%		↘

genomförandeplaner som följer beslut och behov							
--	--	--	--	--	--	--	--

Analys; Vi har under Pandemin fått ställa arbetet med att skapa och uppdatera genomförandeplaner åt sidan, framförallt inom äldreomsorg där arbetet med bemanning har varit det som krävt tid och resurser. Under 2022 kommer uppföljning fokusera på att förvaltningen får samma goda resultat som tidigare år.

Den uppföljning som krävs för att svara på om vi har genomförandeplaner som följer beslut och behov har inte prioriterats pga. av Pandemin. En annan aspekt som har påverkat är införandet av en ny arbetsmodell, IBIC - individens behov i centrum.

Åtgärd; Uppföljning vid delårsrapport – det finns ett systematiskt arbetssätt som när effekter av Pandemins lättade restriktioner kommer att leda till ett ökat antal genomförandeplaner.

Enhetsmål 3: Insatser som beslutas ska få önskad effekt

Målen med insatser efter bedömt behov ska uppnås.

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Det pågår fortlöpande arbete tillsammans med AME för att få ut personer i arbetsmarknadsåtgärd/egen försörjning. Vi kan nu se bra resultat att få ut ett stort antal ur bidragsberoende via försörjningsstöd ut i arbete. Arbetet går vidare för en ökad samverkan mellan IFO, AME, AC och SST. Rutinen samverkan mot egen försörjning har reviderats och presenterades på en gemensam kick-off 7 december. Styrgrupp och arbetsgrupp är skapad och har schemalagda regelbundna möten.


1:e socialsekreterare har regelbundna ärendegenomgångar med handläggare bland annat med fokus på tydlig målformulering. Självskattning vid uppföljning och avslut av insatser inom intern öppenvård har genomförts. Självskattningen handlar om frågeställningar kring om insatsen hjälpt den enskilda att nå uppsatt mål. Resultatet för året överstiger klart målvärdet.


Som ett resultat av ovanstående arbete och samverkan kan vi se en tydlig minskning av antalet biståndshushåll, långvariga biståndshushåll samt långvariga biståndshushåll med barn i en jämförelse med 2020.

Det finns en beslutad kompetensförsörjningsplan för 2021 som bland annat syftar till att öka kompetensen inom missbruk samt psykisk ohälsa. På grund av pandemin har detta ej kunnat genomföras och får skjutas fram tills förutsättningar finns.

Det kommer att bli lättare att systematiskt följa ärenden med strukturerad uppföljning när IBIC är implementerat.

Uppstart av Central Planering som tar hand om beställningar och planering av insatser.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF BoU				0%	5%		-

Återaktualiserade ärenden 12 månader efter avslutad insats							
SOF Teamträffar genomförs enligt rutin				90%	95%		↗

Kommentar:

Arbetet med att följa upp förvaltningens följsamhet mot rutin för Teammöten har pågått 2021. Följsamheten mot rutinen har ökat och i enstaka fall blir det inställt eller omprioriterat. Utfallet på månatliga kvalitetsuppföljningar ses en stabil ökad trend.



Enhetsmål 4: Avvikelsehantering ska vara en naturlig del av det systematiska förbättringsarbetet

Målbild - att avvikelsehantering ökar och gynnar verksamhetens kvalitet samt ses som ett positivt förbättringsarbete. Hela socialförvaltningen ska under 2021 öka sin rapportering av avvikande händelser, Lex Maria och Lex Sarah, framför allt utifrån genomförandeplan. Kunskapen om avvikande händelser enligt SoL, LSS och HSL ska förbättras på alla enheter under året.

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar: Se analys för patientsäkerhetsberättelse längre ner i rapporten

Brukarkvalitet - avvikelser, samverkan

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF HSL-avvikelser per helår	241	395		635	800		↗
SOF SoL/LSS-avvikelser per helår	148	156	337	336	400		↗

Avvikelser SOL

År	2017	2018	2019	2020	2021
Brister i bemötande	8	21	4	7	20
Brister i omsorgen	53	37	39	23	49
Brister i handläggning och dokumentation	13	33	39	54	-
Brist i handläggning	-	-	-	-	44
Brist i dokumentation					36
Brist i/utebliven digitalt verktyg/teknik	Ej mätt	6	29	30	41
Brist i /utebliven digital hantering/system	14	25	24	5	49
Uteblivna insatser				55	123

Analys: Antal rapporterade avvikelser inom SOL/LSS har inte ökat som förväntat. Observerar att digitala avvikelser har ökat markant under 2021. Delvis beroende på vårt införande projekt av planeringssystem och digitala lås samt nya larm. Uteblivna insatser har ökat betydligt och av förklarliga skäl då bemanning har varit 2021 års största utmaning.


Åtgärd: information och utbildning via dokumentationsombuden samt att SAS besöker enheter under 2022. Kvalitetssäkring av digital välfärdsteknik.

Synpunkter och klagomål

Antal inkomna klagomål är 21 st. De har handlat om missnöje vid handläggning och dokumentation, önskemål om att få byta handläggare, uteblivna insatser pga. av införande av nytt planeringssystem, brister i samverkan och kommunikation samt upplevt dåligt bemötande. Det har även gällt brister i omvårdnad och serviceinsatser.

Enhetsmål 5 Öka det digitala användandet

För att främja en god arbetsmiljö, förenkla brukares vardag samt öka vår effektivitet måste det digitala användandet öka. Det kan handla om exempelvis förenklingar i medarbetares arbetsvardag, öka och förenkla aktiviteter för brukare eller öka vår tillgänglighet gentemot kommuninvånare.

Bedömning	Trend
	↗

Resultat

Förvaltningen har haft ett projekt för att kartlägga behovet av Digitaliseringsombud. Utfallet av att ha dessa roller var mycket positivt och ska befastas 2022 för att underlätta utvecklingen och implementeringen av digitala arbetssätt. Lås och larm, samt utbildning av ny teknik blir huvuduppdraget.


Projekt Combine x 5 är en del av att öka den digitala användningen och det har inneburit - digital avvikelshantering, digital rapportering inom personlig assistans till försäkringskassan, att dokumentera mobilt via Combine mobilapp i mobiltelefoner, digital planering av scheman och bemanningsplanering samt en medborgarportal som innefattar en e-tjänst där medborgare ges tillgång till att ansöka om insatser samt tillgång till egna handlingar och möjlighet att digitalt komplettera sina ansökningar. Planerad uppstart i mars 2022.

Förvaltningen har flera APN-datorer som användas för att underlätta det dagliga arbetet med dokumentation. Dessa ska användas både för att effektivisera dokumentation och inkludera de som dokumentationen gäller.

Teams har använts som mötesverktyg i stor omfattning under året.

Larmsystemen på alla vård och omsorgsboenden har bytts ut och det har införts hotellås inom demensboendena och korttidsenheterna.

Trygghetskamera har identifierats som ett bra komplement för att öka och förbättra kvaliteten för den enskilde. Under året har åtta brukare provat vilket innebär att tillsynen görs via en kamera i stället för att personal gör fysiska tillsynsbesök

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Indikatorer socialstyrelsens plan för e-hälsa - välfärdsteknik			69%	89%	80%		↗

Kommentar:

Status på resultat av 29 indikatorer är; 21 st är klara 5 st pågår 3 st är ej aktuella eller påbörjade

Analys; Digitala arbetssätt behöver befästas, att det ger effektivare arbetssätt och samma eller ökad trygghet för den enskilde. Det är mycket nytt som hänt 2021 och det behöver landa i verksamheten.

Åtgärd; Öka och kvalitetssäkra det digitala användandet inkl. informationssäkerhet. Erbjud utbildningar via dokumentationsombuden när det finns behov och enhetschef bjuder in.

Enhetsmål 6: Verksamheten ska arbeta med ständiga förbättringar

Enligt 3 kap 3§ SoL ska insatser vara av god kvalitet. Verksamheten har ett ansvar för att genomföra förbättringar på sin enhet. Detta innebär att när man identifierar risker eller behov av förbättringar ska åtgärder för detta skapas genom ett förbyggande arbetssätt. Personalen ska medverka till att verksamheten är av god kvalitet. Verksamhetens goda arbete ska bidra till kunskapsspridning och verksamhetsutveckling för hela förvaltningen. Uppföljning är en förutsättning för att säkerställa god kvalitet råder och därav detta mål.

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:


Flera verksamheter arbetar med förbättringar, till exempel har nattorganisationen tagit fram en egen incidentrapport för att hitta förbättringsområden samt skapat en arbetsgrupp. Administrationen har skapat förtydligande uppdragsdokument för alla roller inom verksamheten.

Ett arbete är påbörjat för uppstart av Komjobb i ett nära samarbete med AME där det bland annat kommer att ingå ansvar för utförande av insatsen biståndsbedömt inköp inom äldreomsorgen. Detta beräknas att starta i mars 2022.

Påbörjat arbete med att införa ett tydligt jobbspår inom Aktivitetscenters verksamhet. Detta görs i ett nära samarbete med AME. Kommer att starta upp någon gång under 2022.

Arbetat med att samla olika delar/verksamheter från olika förvaltningar i en gemensam organisation utifrån barn- och ungafrågor. Detta handlar mycket om förebyggande arbete och insatser som inte är på biståndsbeslut. Gemensam organisation är tänkt att ligga under SoF och BuF. med tänkt start någon gång under 2022.

Arbete med uppstart av aktivitetshus Hammarlind är pågående och ett öppnande är planerat under mars 2022.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Aktiviteter genomförts				55.0%	75.00%		↗

Beskrivning:

Andel aktiviteter som genomförts under året som lett till förbättringar.

Fullmäktigemål 2.1 Resultatet för 2021 ska uppgå till minst 1,5 % av skatteintäkter och generella statsbidrag

Nämndmål	Bedömning	Trend
Socialnämndens mål 2: God ekonomisk hushållning med en budget i balans.		↗

Kommentar:

Socialnämnden visar ett positivt resultat på 2,2 miljoner kronor. I det resultatet ligger en del engångsintäkter såsom återbetalda sjuklönekostnader (1,5 miljoner kronor) och ersättning från staten för extraordinära kostnader kopplat till covid-19 (5,8 miljoner kronor) för kostnader 2020. Ersättningen för kostnaderna kopplat till Covid-19 redovisas på raden *Politisk verksamhet, Ledning & Administration* och är den främsta orsaken till att man där visar en positiv budgetavvikelse på + 4 miljoner kronor år 2021.

Enhetsmål 7: God ekonomisk hushållning med budget i balans inom socialförvaltningens verksamheter

Då de ekonomiska förutsättningarna minskar samt ett minskande underlag av framtida medarbetare måste förvaltningen arbeta med att hitta effektiviseringsvinster, hålla en bra kvalitetsnivå samt kunna utföra alla beslutade insatser inom befintlig ram i budget.





Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Månatliga enhetsuppföljningar med enhetschef, verksamhetschef och ekonom gällande ekonomi. Sammanställningar av dessa möten sker och därefter redovisning till socialnämnden.

Arbete med att införa organisation för beställare/utförare har påbörjats inom äldreomsorgen. Detta innebär att pengarna följer beslutet. Detta arbete är pausat pga. Covid 19 men kommer påbörjas under 2022.

Det fortsatta arbetet med både schemaplanering och logistikplanering har inneburit en ökad god ekonomisk hushållning. Dock har detta arbete försvårats av pandemin och en mycket stor ökad frånvaro av medarbetare.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Individer med hemtjänstbeslut överstigande 100 timmar				3	5		↗
SOF Ek. Antal biståndshushåll bidragsberoende mer än 10 månader				78	70		→
SOF Ek. Antal biståndshushåll med barn, bidragsberoende mer än 10 månader				26	20		→
SOF Ek. Genomsnittlig utbetald summa per hushåll ekonomiskt bistånd				9 189	8 000		→

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
-----------	---------	---------	---------	----------------	----------	-----------	-------

Fullmäktigemål 3:1 I Svenljunga kommun upplevs bättre livskvalitet genom delaktighet, inkludering och viljan att påverka och ta ansvar med fokus på social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet.

Socialnämndens mål 3: Medarbetarna ska vara delaktiga i arbetssättet med mål- och resultatstyrning

Bedömning	Trend
	↘

Kommentar:


En ökad tydlighet gällande styrning och ledning har skett. Upplevelsen är att en stor del av medarbetarna ser vinsterna med mål och resultatstyrning och är väl förtrogna med arbetet. Dock, under rådande pandemiomständigheter, så arbetades det inte lika aktivt i verksamheterna gällande utvecklande målarbete. 13 enheter har infört och 11 har behövt prioritera bort detta arbete.

Enhetsmål 8: Socialförvaltningen ska vara en attraktiv arbetsgivare

Bedömning	Trend
	→


Kommentar:

Förvaltningen undersöker möjligheten att fördjupa sig i statistik gällande medarbetare som avslutar sin tjänst inom kommunen för att gå till annan arbetsgivare.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Medarbetare som slutar sin tjänst och går till annan arbetsgivare				6.8%	5.0%		↗

Kommentar:

31 personer har avslutat sin tjänst under 2021.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Enheter där medarbetare varit delaktiga i skapandet av aktiviteter för enheten				55%	100%		↘

Kommentar:

13 enheter har skapat aktiviteter 2021 - LSS 4 och ÄO 9
11 enheter har inte skapat aktiviteter 2021 - LSS 5 och ÄO 6

Fullmäktigemål 4:1 Förändra energianvändningen till förnybar energi samtidigt som vi effektiviserar vår energianvändning

Klimatlöfte 3. Våra nya personbilar är miljöbilar

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Vi följer regler gällande miljöbilar. Inga nya bilar har kunnat beställas då ladd infrastruktur byggs ut först 2022 och väntetiden för godkända miljöbilar är rejält förlängd pga. pandemin. Två elbilar som uppfyller miljökraven beställdes i oktober 2021 men levereras först februari 2022.


Socialnämndens mål 4: Minska miljöpåverkan inom verksamheten

Enhetsmål 9: Socialförvaltningens verksamheter arbetar miljömedvetet för ett hållbart samhälle

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Enheterna arbetar med att se över befintlig bilpark. De bilar, där avtal löper ut ska byta till miljöbil initieras. Ett av vård- och omsorgsboendena deltar i projekt gällande att minska matsvinnet, vilket gett mycket bra resultat. Inom hemtjänst använder man, där det är möjligt, el-cyklar istället för bil. Man arbetar också med att optimera ruttplanering samt samåkning. Därtill genomförs flertal möten via tex Teams.

Indikator	År 2018	År 2019	År 2020	Senaste utfall	Mål 2021	Bedömning	Trend
SOF Enheter som gör någon aktivitet/åtgärd för att minska miljöpåverkan				33%	85%		→

Kommentar:

Ett fåtal enheter har arbetat medvetet mot att minska miljöpåverkan. Återbruk - att göra något av skräp. Ruttplanering för att minska bilkörning. Pga. av pandemin har inte denna indikator varit prioriterad.

Bedömning	Trend
	↗

Kommentar:

Under året har förvaltningen fortsatt arbetet med ökad digitalisering, till viss del utifrån en förbättrad miljöpåverkan. Exempel på detta är det löpande arbetet med vårdplaneringar på distans. Effektivare ruttplanering inom verksamheterna samt arbete mot att minska matsvinn är andra exempel.

I och med Covid-19 har det skett en drastisk ökning i användandet av digitala hjälpmedel för att kunna genomföra möten utan att träffas samt möjliggöra arbete hemifrån i de fall det är möjligt.

Enheterna arbetar med att se över befintlig bilpark. De bilar, där avtal löper ut ska byte till miljöbil initieras.

Ekonomi

Nettokostnadsutveckling	Utfall	Utfall	Utfall	Budget	Avvikelse
miljoner kronor	2019	2020	2021	2021	
Politisk verksamhet, Ledning & Administration	-10,3	-11,7	-1,0	-4,9	4,0
IFO, Funktionshinder & Socialpsykiatri	-49,5	-53,3	-59,2	-63,2	4,0
Vård & Omsorg & Bostadsanpassning	-128,5	-124,9	-128,4	-121,8	-6,7
Myndighetsutövning	-56,4	-60,1	-63,7	-64,7	0,9
Nettokostnad	-244,7	-250,0	-252,4	-254,6	2,2

	Intäkter	Intäkter	Intäkter	Kostnader	Kostnader	Kostnader
miljoner kronor	2021	2021	2021	2021	2021	2021
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Politisk verksamhet, Ledning & Administration	12,4	0,0	12,4	-13,4	-4,9	-8,4
IFO, Funktionshinder & Socialpsykiatri	11,9	6,7	5,3	-71,2	-69,9	-1,3
Vård & Omsorg & Bostadsanpassning	21,8	17,3	4,5	-150,3	-139,1	-11,2
Myndighetsutövning	8,7	4,0	4,7	-72,4	-68,6	-3,8
Summa	54,9	28,0	26,9	-307,3	-282,6	-24,7

Socialnämnden visar ett positivt resultat på 2,2 miljoner kronor. I det resultatet ligger en del engångsintäkter såsom återbetalda sjuklönekostnader (1,5 miljoner kronor) och ersättning från staten för extraordinära kostnader kopplat till covid-19 (5,8 miljoner kronor) för kostnader 2020. Ersättningen för kostnaderna kopplat till Covid-19 redovisas på raden Politisk verksamhet, Ledning & Administration och är den främsta orsaken till att man där visar en positiv budgetavvikelse på + 4 miljoner kronor år 2021.

Året har i stora delar präglats av preventivt arbete för att hålla Covid-19 utanför verksamheterna. Att jobba preventivt kostar dock en hel del i form av ökade vikariekostnader (fler personer per brukare) och skyddsutrustning. Framförallt inom äldreomsorgen uppstår denna typ av kostnader. Samtidigt har både sommar och höst varit ovanligt tungt och kostsamt personalmässigt på grund av svårigheter att få tag i vikarier vid semesterledighet samt sjukfrånvaro inom verksamheterna. Även detta till stor del pandemirelaterat. Kostnadsökningarna på grund av detta har delvis kompenseras av ersättning från staten (redovisas under Politisk verksamhet, Ledning & Administration och täcker upp delar av

.....

kostnadsökningarna) och genom minskade kostnader i andra delar av organisationen. Underskottet för Vård & Omsorg & Bostadsanpassning landar dock på -6,7 miljoner kronor under året.

Vidare har förvaltningen tidigare under året prognostiserat med ökade kostnader för köpt vård inom individ- och familjeomsorgsområdet som en direkt eller indirekt konsekvens av pandemin. Den oro förvaltningen haft för ökad psykisk ohälsa till följd av pandemin har till viss del besannats med vissa ökade kostnader knutet till detta men tendensen är att läget dock börjar återgå till det normala och att även kostnadsnivån minskat efter sommaren. Det resulterar därför inte i någon negativ budgetavvikelse för området. Budgetavvikelsen för IFO, Funktionshinder & Socialpsykiatri landar på totalt +4 miljoner kronor. Mycket tack vare beviljade ersättningar från Försäkringskassan inom personlig assistans (+ 2 miljoner kronor i budgetavvikelse). Det positiva resultatet bottenar även i en positiv budgetavvikelse på +1,1 miljon kronor för det sociala stödteamet, som till stora delar beror på vakanser och hög sjukfrånvaro, dessa har man inte kunnat ersätta i samma omfattning som inom andra ställen i förvaltningen, då dessa är mer individknutna.

En positiv trend är också att kostnader för försörjningsstöd under myndighet minskar och man gör ett budgetöverskott på +1,8 miljoner kronor på den verksamheten. Det beror främst på att samarbetet med Arbetsmarknadsenheten börjar betala sig. Fler försörjningsstödstagare har senaste tiden kommit i arbete. Detta väger till stor del upp mot dyra placeringar man haft i verksamheterna inom LSS (-1,2 miljoner kronor) och familjehem vuxna (-0,6 miljoner kronor) under året. Mycket tack vare detta, ihop med ersättningar från Försäkringskassan, går Myndighetsutövning på totalen + 0,9 miljon kronor mot budget år 2021.

I övrigt har året präglats av att kontinuerligt ta adekvata beslut inom förvaltning och nämnd och anpassa verksamheten efter de behovsvängningar som sker under året. Snabba förändringar och omställningar som gjorts i förvaltningen gör att kostnadsläget i dagsläget är under kontroll. Förvaltningen har jobbat vidare med att anpassa verksamheten efter de budgetförutsättningar som finns. Under senaste åren har det skett drastiska förbättringar gällande balans mellan kostnader och intäkter och samma tendens har fortsatt under året, även om inget har varit sig likt på grund av pandemin. För att lyckas med denna balans har förvaltningen, de senaste åren, lagt stor vikt vid uppföljningen av ekonomi och kvalitet. Det har skapat en förmåga att snabbt ändra verksamheter om någon del i organisationen är på väg åt fel håll. Det har även skapat en diskussion i organisationen kring vilken kvalitet som kan levereras utifrån de ekonomiska förutsättningarna som finns.

Personal

Under året har sjukskrivningstalen ökat något jämfört med föregående år. Detta kopplas helt och hållet till Covid-19 då medarbetare med lätta symptom på sjukdomen, i väldigt stor utsträckning har följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och, stannat hemma. Långtidssjukskrivningarna har ökat något jämfört med samma period föregående men ligger fortfarande något lägre än innan pandemin. Antalet anställda har ökat sedan samma period föregående år. Detta beror i allt väsentligt också på pandemin då förvaltningens verksamheter bemannat upp verksamheten mer än budgeterat för att minska smittspridning.

Anställda per anställnings- och löneform

	211231				201231			
	Totalt antal	Tillsvidare-anställda	Tidsbegr. anställda	Motsv. antal årsarbetare	Totalt antal	Tillsvidare-anställda	Tidsbegr. anställda	Motsv. antal årsarbetare
SOF	396	363	33	390,9	374	351	23	366,4

Antal timmar utförda av timavlönade visstidsanställda

	211231			201231		
	Antal personer	Antal timmar	Motsv antal årsarbetare	Antal personer	Antal timmar	Motsv antal årsarbetare
SOF	136	76 885	38,8	166	71 750	36,2

Frånvaro

	210101-211231			200101-201231		
	Sjukfrånv. total	Sjukfrånv. korttids	Sjukfrånv. långtids	Sjukfrånv. total	Sjukfrånv. korttids	Sjukfrånv. långtids
SOF	9,9%	5,3%	4,6%	8,5%	5,3%	3,2%

Förvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2021

Sammanfattning – resultat, analys, åtgärder samt fokusområden

Socialförvaltningens arbete med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor pågår löpande och ska sammanfattas årsvis. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs förvaltningens arbete utifrån perspektiven struktur- process- och resultat kvalitet. Utgångspunkten är i lagkrav, verksamhetsplan, resultat från egenkontroll och riskanalys samt inkomna avvikelser.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskriver vilka åtgärder förvaltningen vidtagit för att behålla och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

Fokusområden för HSL - kvalitet 2021

- : Kvalitetssäkra Hälsoplaner inom hälso- och sjukvårdsdokumentation
- : Forum för hygienombud och hygiensjuksköterska
- : Utveckla arbetet kring demensvård
- : Förbättringsarbete kring preventivt arbete som palliativ vård och senior alert

Under 2022 ser vi att vi fortsatt behöver arbeta med dessa fokusområden.

Struktur

Övergripande mål och strategier

Den kommunala socialtjänsten och hälso- och sjukvården svarar mot ett antal nationella kvalitetsprinciper för att säkerställa att insatser ges med hög kvalitet och att säker vård utförs. Arbetet ska vara kunskapsbaserat och ändamålsenlig, vi ska visa respekt för människans självbestämmande och integritet och vi ska ge patientfokuserad vård och insatserna ska präglas av kontinuitet och effektivitet.

Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Nämnd

Nämnden är vårdgivare och har ett övergripande ansvar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Vidare har vårdgivaren ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller kraven på god och säker vård samt ytterst för verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhet.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att ett systematiskt och ändamålsenligt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård

Delegerat vårdgivaransvar och ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschefen ska tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska och för rehabilitering) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet i enlighet med Patientsäkerhetslagen. Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet så att kvaliteten säkerställs.

Verksamhetschef/Enhetschef

Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar inom sitt verksamhetsområde för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdgivaransvaret och verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera det systematiska förbättringsarbetet.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt bedriva uppföljning i samverkan med verksamheten. SAS ska utforma, revidera eller initiera rutiner och system samt bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS ska utreda lex Sarah rapporter samt redovisa resultat av utredningar och åtgärder. SAS anmäler ärenden enligt lex Sarah till IVO.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig rehabilitering

MAS/MAR arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår, att i samarbete med verksamhetschef, kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS/MAR anmäler ärenden enligt lex Maria till IVO.

Medarbetarna

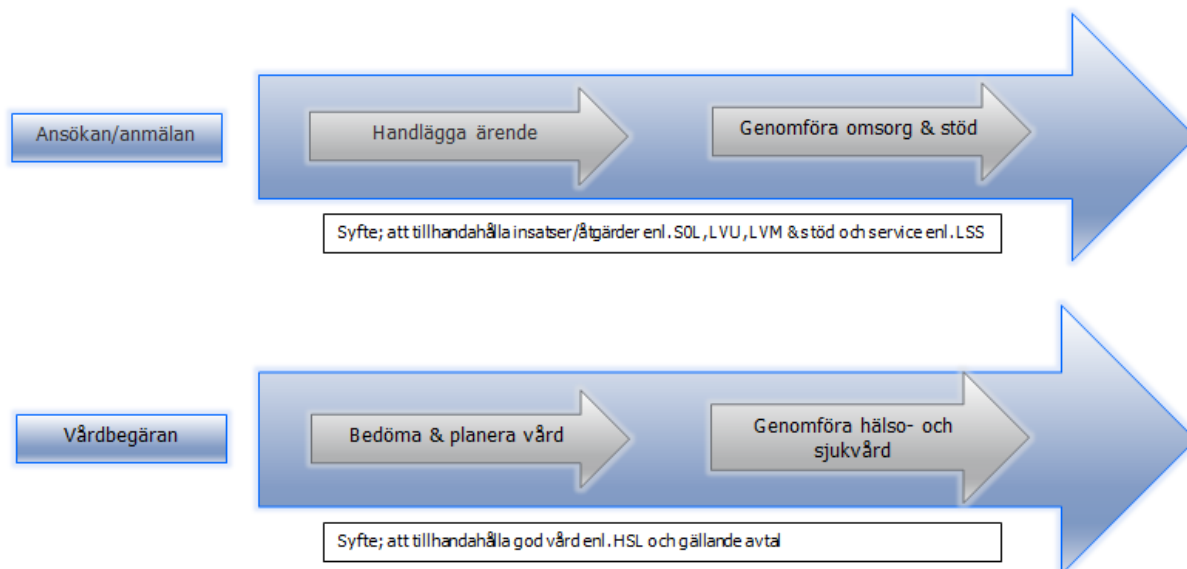
Alla medarbetare har ett yrkesansvar som bland annat innebär att följa styrdokument, rapportera negativa händelser eller risker. Alla medarbetare ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Ledningssystem och processer

Arbetet med att befästa förvaltningens ledningssystem och därmed tydliggöra processen kring det systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9, är ett pågående utvecklings-arbete. Arbetet innebär bland annat att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

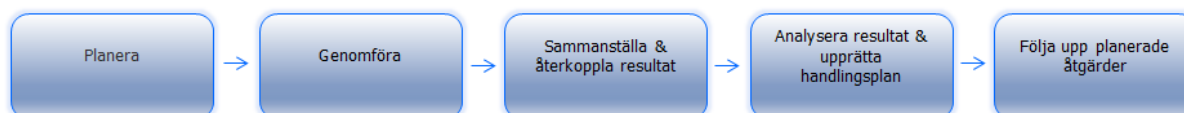
Huvudprocesserna består av ett antal delprocesser, t.ex. myndighetsutövning, bedöma och planera vård samt genomföra vård, omsorg och stöd. Hälsöfrämjande och förebyggande åtgärder är ytterligare delprocesser inom förvaltningens ramar och innefattar delar som t.ex. vårdpreventivt arbete och anhörigstöd.

Arbetet med att identifiera/förtydliga huvud- och delprocesser inom förvaltningen behöver påbörjas/vidareutvecklas för att kvalitetssäkra processer/arbetsflöden, hitta riskområden och minimera dessa.



Struktur för uppföljning och utvärdering

Förvaltningen arbetar månadsvis med "Kvalitetsuppföljning" för att kunna säkerställa arbetssätt och följsamhet mot rutiner. Syftet är att stödja enhetschefen i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt bistå vid egenkontroll och följa nyckeltal. Uppföljning, analys och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt lex Maria och lex Sarah.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan med andra vårdgivare, regional nivå

Samverkan mellan regionen och kommunen gällande hälso- och sjukvård regleras i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt Ramavtal för läkarmedverkan som finns mellan Västra Götalandsregionen och VästKom. Vidare finns andra regionsövergripande rutiner och avtal t.ex. Samarbetsavtal för försörjning av personliga hjälpmedel, Överenskommelse och rutin för samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Samverkan med andra vårdgivare, delregional nivå

Samverkan på delregional nivå mellan kommun, Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) och Närhälsan regleras i styrdokument och avtal beslutade i Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Varje kommun finns representerad för att kunna påverka och förbättra samarbetet mellan olika vårdgivare. Varje kommun har även en lokal ledningsgrupp med regelbundna samverkansmöten representanter från Närhälsan och SÄS deltar.

Samverkan Vårdcentral

Samverkan mellan Svenljunga vårdcentral och kommunens hälso- och sjukvård regleras i lokalt avtal och gemensamma rutiner/riktlinjer/handlingsplaner. Regelbundna samverkansmöten hålls mellan verksamhetschef och andra företrädare för Svenljunga vårdcentral samt Vårdchef och MAS/MAR.

På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Verksamhetens sjuksköterskor anser att samarbetet och följsamhet till avtalet i stort sett fungerar bra.

Avvikelser i vårdssamverkan

En gemensam rutin finns för att rapportera och utreda avvikelser i mellan SÄS, primärvård och kommun. I förbättringssyfte och lärande mellan vårdgivarna redovisas vissa avvikelser i den lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan. Avvikelser mellan Svenljunga vårdcentral och kommunen kan hanteras på ett grundligare sätt på grund av närhet och upprättat samarbete.

Samverkan mellan interna aktörer

Intern samverkan regleras via rutiner och i forum mellan olika professioner. Ett centralt forum är enheternas Team-möten där ansvarig enhetschef tillsammans med bas- och legitimeras personal samt handläggare samverkar kring brukare/patient.

Samverkan med patient, brukare och närstående

Socialförvaltningens medarbetare verkar för att öka upplevelsen av inflytande och delaktighet för den enskilde och dess närstående. Samverkan innebär att man ska beredas möjlighet att vara med och kunna påverka sin livssituation. Den enskildes delaktighet ska synliggöras i utredning, planering och genomförande samt uppföljning av insatser.

Inom förvaltningens verksamheter görs detta på olika sätt, t.ex. genom vårdplanering, hälsoärende, inskrivningssamtal och genomförandeplan. Anhörigstöd och Demensteam finns också som resurs samt stöd till närstående. Inom LSS-området arbetar man med brukarråd där syftet är att stärka individens engagemang och inflytande över sin vardag.

Rapporteringskyldighet

Avvikelser, synpunkter och klagomål

En avvikelse som inträffar inom socialförvaltningens verksamheter kan vara ett fall, ett uteblivet läkemedel eller beslutad insats som t.ex. städ som inte utförs. Synpunkter är en inkommen åsikt/beröm/missnöje (klagomål) från medborgare om en tjänst/service kommunen tillhandahållit eller förväntats tillhandahålla.

Socialförvaltningen arbetar utifrån kommuns riktlinje för hantering av synpunkter samt rutinen för rapportering av avvikelse enligt SoL/LSS och HSL. Varje enskild avvikelse/synpunkt ska utredas och följas upp av ansvarig chef och/eller sjuksköterska.

Ansvariga ska identifiera orsak och varför det inträffade och åtgärder ska vidtas för att förhindra liknande händelser. Ansvarig chef och/eller sjuksköterska återkopplar sedan till berörd personal samt ansvarar för att patient/brukare/närstående informeras.

När analys och åtgärder är genomförda informeras MAS/MAR/SAS. Händelser som av verksamheten bedöms som särskilt allvarliga ska omgående rapporteras till MAS/MAR/SAS som beslutar om fördjupad utredning och eventuell anmälan enligt lex Maria och/eller lex Sarah.



Systematisk uppföljning och egenkontroll

Egenkontroll innebär att en verksamhetsutövare själv ska kontrollera att verksamheten följer de regler som styr verksamheten. Inom förvaltningen finns en rad olika forum, rutiner och checklistor för att säkerställa ett strukturerat arbetssätt genom egenkontroll, t.ex.

- enhetsuppföljning kvalitet
- brukarundersökningar
- granskning av dokumentation via granskningsmallar
- följsamhet till läkemedelsrutin
- följsamhet basala hygienrutiner

Process

Åtgärder för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

Risikanalys

Risikanalys ska utföras vid väsentliga förändringar i verksamheten och/eller om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa/medföra brister i kvalitet. Verksamheten ska uppskatta sannolikheten för att sådana händelser kan inträffa samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Risakanalys utifrån ett brukar/patientperspektiv

Det har skett en ökad medvetenhet hos chefer om att på ett strukturerat sätt arbeta med risk- och händelseanalyser i samband med förändringar i verksamheten. De analyser som har utförts har dock huvudsakligen varit inriktade på arbetsmiljöperspektivet.

Det finns därmed en risk/brist utifrån ett patient- och brukarperspektiv som behöver säkerställas. Förvaltningen måste hitta en modell där en kombinerad riskanalys väger in alla perspektiven, medarbetare, patient/brukare och organisation. När en brukare med särskilda behov flyttar in på ett boende och t.ex. har ett utåtagerande beteende behöver en riskanalys göras som involverar den enskilde, medboende, personal och organisation. Ett annat exempel som påverkar fler än den enskilde är när man inför ny teknik i verksamheten, t.ex. boendelås. Syfte är att skydda den enskilde och medboende men det är en förändring som behöver analyseras för att minimera risker/brister. Vad gör man om låset inte fungerar, om det börjar brinna, osv.

Utredning av händelser

Under 2021 har rapporteringen skett enbart digitalt. Arbetet utgår fortsatt från rutinen som togs fram 2018. Metoden hjälper verksamheten att arbeta mer strukturerat och systematiskt för att hitta bakomliggande orsaker och att de åtgärder som vidtas är ändamålsenliga. Att rapportera avvikelser digitalt har visat sig underlätta för såväl medarbetare som utredande chef. Vi har sett en stor ökning i antalet inkomna avvikelser och personalen har framfört att det digitala arbetssättet har kvalitetssäkrat och förenklat inrapportering av händelser.

Samverkansavvikelser externa aktörer

Den regionsövergripande rutinen för avvikelser i samverkan har till syfte att rapportera, utreda och undanröja risker i samverkan mellan sluten hälso- och sjukvård, primärvård och kommun. Under 2021 har Svenljunga kommun fortsatt att registrera och ta emot samverkansavvikelser från aktörer i Västra Götalandsregionen digitalt via Medcontrol PRO. Detta har fungerat väl då återkoppling underlättas till såväl kommunens egna verksamheter som till regionens aktörer. Dock ser vi att det fortsatt skrivs relativt få avvikelser och till 2022 avses att fortsätta informera om vikten av att skriva avvikelser då dessa skett i samverkan med andra aktörer. Under 2021 samordnades 11 avvikelser. Tre av dem utreddes av Svenljunga kommun, varav ingen av dem bedömdes vara Lex Maria. Åtta stycken rapporterades av Svenljunga kommun för att utredas på annan vårdnivå. Orsakerna till avvikelserna är; Avsaknad av representation på SIP-möte och brist i information, såväl digital som muntlig rapportering. Rutinen där medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för samordning samt utredning vid behov upplevs fungera väl.

Informationssäkerhet

För att förbättra och skapa en tydlig struktur i den gemensamma dokumentationen finns en dokumentationsgrupp som hanterar uppkomna problem och arbetar med en gemensam struktur för legitimerad personal. Vidare har dokumentationsgruppen haft utbildningsinsatser för sjuksköterskorna i små lokala grupper, vilket visat sig vara en framgång. Arbetet med utbildningsinsatser kommer att fortsätta då det finns tydliga behov av att skapa standardiseringar kring t.ex. hälsoärenden. Verksamhetssystemet har uppdaterats under 2021 och leverantören menar att följsamheten kommer att förbättras. Löpande uppföljningsarbete, t.ex. självskattning av dokumentation, är nödvändig för att säkra kvalitet- och patientsäkerheten.

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Den samordnade planering mellan hälso- och sjukvård och kommun sker i SAMSA, vilket är ett gemensamt planeringsverktyg för vårdgivarna. För den samordnade planeringen krävs att patienten lämnar samtycke till informationsöverföring.

Omsorgshandläggare, IFO-handläggare och hemsjukvården har under året totalt varit delaktiga i 507 ärenden om samordnad vård- och omsorgsplanering. 51 ärenden har rört patienter inom IFO/psykiatri och övriga 456 är ärenden inom somatisk hälso- och sjukvård.

Sedan 2010 finns i lagstiftningen, SoL och HSL, bestämmelser om att kommun och region ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns sedan 2015 en länsgemensam riktlinje för SIP men antalet SIP:ar som upprättas är fortfarande lågt. Dock ses en ökning under 2021. Ett övergripande arbete med att se över, och vid behov revidera, riktlinjen pågår. Ex. på anledning till revidering av riktlinjen:

- anpassa SIP-processen och riktlinjen till ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- förtydliga SIP-processen för verksamheterna inom Västra Götalandsregionen och länets kommuner, med målet att de ska känna ett stöd i riktlinjen
- öka samsynen kring SIP-processen och huvudmännens ansvar

Samordnade vårdplaneringar sker dagligen och löpande mellan huvudmännen men arbetet skiljer sig något från riktlinjen och dokumentationen sker inte alltid i avsedd del i SAMSA. I Svenljunga och inom t.ex. IFO:s verksamheter arbetar handläggarna regelbundet med SIP-modellen för att säkerställa att den enskildes behov står i centrum. Socialförvaltningen kommer 2021 att starta en utbildningssatsning gällande SIP. Ett förtydligande är att socialförvaltningen fortsatt inte har möjlighet att föra statistik gällande SIP i rådande dokumentationssystem, detta försvårar sammanställning. Problemet kommer att lyftas med leverantören.

Internt har hemsjukvårdens sjuksköterskor och personal från rehab tillsammans med omsorgshandläggare uppdaterat och förbättrat rutinen för planerade in- och utskrivningar. Rutinen har förbättrats både med i de egna enheterna samt för samverkan enheterna emellan. Kontinuerliga möten hålls för att fortsätta förbättringsarbetet.

Nationell patientöversikt

2019 infördes Nationell patientöversikt (NPÖ) i Svenljunga. NPÖ innebär att patientinformation på ett säkert sätt kan läsas av annan vårdgivare än den egna. Individerna behöver fortsatt lämna specifikt samtycke för att legitimerad personal ska kunna läsa dokumentation gjord av annan vårdgivare och samtycket ska revideras årligen. Att få en helhetsbild av patientens hälsotillstånd från alla vårdgivare ökar möjligheten till att ge en god och nära vård till patienter som vårdas i kommunal hälso- och sjukvård. NPÖ har under 2021 använts regelbundet av legitimerad personal. Vi behöver fortsätta under 2022 med att se över att rutinen för revidering av samtycke följs och att patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård alltid har ett uppdaterat samtycke dokumenterat i Hälso- och sjukvårdsjournalen.

Loggning

Det finns en tydlig rutin i förvaltningen för att säkerställa att våra verksamhetssystem används patientsäkert och korrekt enligt Offentlighets och sekretesslagen (2009:4) och Patientdatalagen (2008:355). Alla enheter genomgår slumpvis och månatligen återkommande loggningsjournaler. Utvärdering av den nya rutinen är gjord och på det stora hela anses den fungera väl.

Vårdprevention/riskbedömningar

Att ha rutiner som resulterar i ett systematiskt arbetssätt för att förebygga vårdskador såsom fall, undernäring och trycksår är ett viktigt led för en patientsäker kommunal hälso- och sjukvård. I kommunen används kvalitetsregistret och verktyget Senior alert för att systematiskt och återkommande genomföra riskbedömningar på brukare och patienter i kommunen. Den teambaserade riskbedömningen som genomförs i Senior alert ger en bra helhetsbild av patienternas risker och hur teamet tillsammans kan förhindra att preventiva åtgärder sätts in i tid. Under 2021 har rutinen för riskbedömning i Senior alert uppdaterats med avseende att förtydliga teamets olika ansvarsområden. Under året har det i 69% av de riskbedömningar som gjorts identifierats risker. I 46 % av fallen där det identifierats risk har åtgärder satts in. Vi kan se att det har gjorts färre riskbedömningar i senior alert senaste tre åren vilket gör att detta kommer att prioriteras i uppföljningar med enheterna i förvaltningen

Risk för undernäring

För att säkerställa att ingen av våra boende på vård och omsorgsboenden löper risk för undernäring utan att insatser sätts in används förutom senior alert även kvartalsvisa kontroller av nattfasta. Kontrollerna av nattfasta går igenom tillsammans med patientansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschef. Vid behov används Vårdcentralens dietist för ytterligare konsultation. Få personer har under året identifierats som risk för undernäring vilket kan betyda att enheter arbetar mycket aktivt med att förhindra och förebygga undernäring direkt vid inflyttning eller vid förändrade hälsotillstånd. Att snabbt kunna erbjuda extra berikad näring, att ge möjlighet till extra måltider under hela dygnet och att se till att måltidssituationen är tillfredställande är några av de viktiga åtgärderna för att förhindra undernäring.

	antal boende	Antal personer med risk för undernäring		Antal personer med risk för trycksår		Antal personer med risk för fall	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021
Norr	23	0	6	0	7	8	3
Centrala	25	8	8	5	9	5	9
Söder	24	1	1	4	3	5	5

Fallriskbedömningar

Fallriskbedömningar ska enligt rutin genomföras varje gång en ny brukare/patient blir inskriven och sedan kontinuerligt vid behov eller vid förändringar i hälsotillstånd. Fallriskbedömningar görs i kommunen främst med hjälp av verktyget Senior alert men kan även göras som en enskild bedömning. Bedömningar görs med fördel i team. Riskbedömningar genomförs men det pågår ett fortsatt utvecklingsarbete med att öka antalet riskbedömningar för personer som bor i ordinärt boende.

Följsamhet mot läkemedelsrutin

Under 2021 har ingen egenkontroll med extern granskning utförts. Detta då våren 2021 var starkt präglad av Covid-19 och i samråd med närliggande kommun gjordes bedömningen att skjuta på detta till året efter. Egenkontrollen är inplanerad till våren 2022. Kontinuerliga egenkontroller i form av exempelvis kontrollräkning har dock utförts efter rutin.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i Kommunala Akutförråd (KAF)

Ingen externt initierad egenkontroll av KAF har gjorts under 2021. Dock har ansvariga sjuksköterskor utfört sin egenkontroll i form av narkotikakontroll och datumkontroll. Enkät från VG-regionen skickades ut i januari 2022 för uppföljning under våren 2022.

Demensteam

Demensteam

Sedan 2019 har Svenljunga kommun haft ett tvärprofessionellt demensteam. Målet för teamet är att utifrån nationella riktlinjer kvalitetssäker vård och omsorg för personer med demenssjukdom inom Svenljunga kommuns äldreomsorg, både i ordinärt och särskilt boende samt i dagverksamheterna. Teamet bistår med utbildning och handledning till personal som möter personer med demenssjukdom, stödjer anhöriga och kan bistå i enskilda patientärenden. Teamet har sedan start utbildat över 100 personal inom kommunens verksamheter och haft sammanlagt fem cafékvällar för anhöriga. I arbetet med att kvalitetssäkra vården och omsorgen till personer med demenssjukdom används det nationella kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Detta har visat sig fungera mycket väl med minskade beteendemässiga och psykiska symtom hos våra brukare som följd.

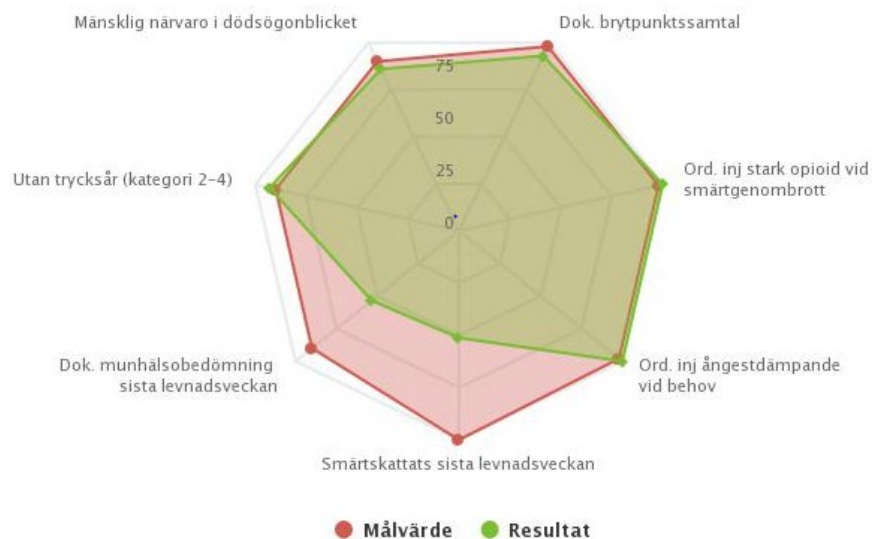
Palliativ vård

Alla väntade dödsfall ska enligt rutin anmälas i svenska Palliativregistret. Svenska Palliativregistret är ett kvalitetsregister som arbetar nationellt för att förbättra vården och mäta kvalitet på vården i livets slutskede för patienten och dess närstående. Kvalitetsmålen i kommunens handlingsplan är utarbetade med utgångspunkt i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och indikatorerna i Palliativregistret. Då omställningen till nära vård är i antågande finns det goda skäl att fortsätta att utveckla den palliativa vården i kommunen. Specialistkompetens finns i dagsläget i hemsjukvården men det är önskvärt med en ökning av kompetens inom alla vårdprofessioner i kommunen. Enligt mätningar i Palliativregistret står sig den palliativa vården i Svenljunga kommun väl i jämförelse med riket. Dock finns det områden inom den palliativa vården som kan förbättras ännu mer såsom fler smärtskattningar och fler munhälsovårdsbedömningar.

Svenljunga:

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

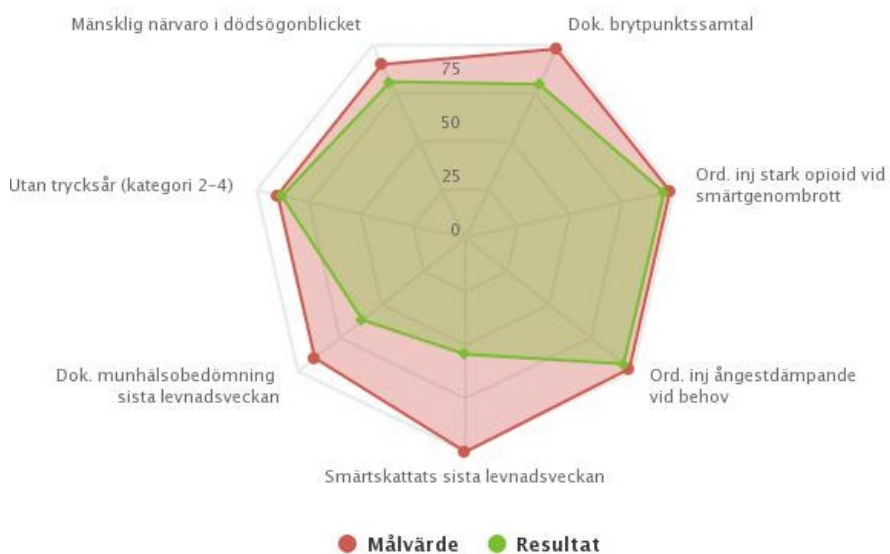
Period 2021-01 - 2021-12



Sverige:

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12



Brukarkvalitet

Avvikelsehantering

Avvikelser HSL

År	2017	2018	2019	2020	2021
Fall	190	126	191	108	343
Varav rapporterad allvarlighetsgrad; betydande och katastrofal					16
Läkemedel	312	105	159	98	287
Varav rapporterad allvarlighetsgrad; betydande och katastrofal					8
- Administrering; utebliven	x	26	70	x	180
- Administrering	X	34	58	x	58
- Brist narkotika (svinn/signering)	12	Därav 12	Därav 25		
Rehab	11	1	3	0	1
Hemsjukvården					15
MTP/Grundutrustning	2	6	8	6	31
Övrigt (teknik/beh/dok)	46	3	34	15	79
Lex Maria	x	x	x	2	1
Totalt	561	241	395	264	740

Under 2021 har det registrerats 740 avvikelser inom lagrummet HSL. Detta är en stor ökning mot föregående år vilket till viss del kan förklaras med det förenklade förfarandet med digital rapportering. Fler inrapporterade avvikelser har även varit ett verksamhetsmål för förvaltningen. Detta för att komma till rätta med det misstänkta mörkertalet av avvikelser och kunna arbeta snabbare och mer effektivt med förbättringsarbete.

Precis som föregående år så domineras avvikelserna av fall och läkemedelsavvikelser. Dock är flertalet av de inrapporterade avvikelserna ej av så allvarlig art att det gett eller riskerat att ge vårdskador åt patienterna/brukarna.

Fallavikelser

Fallavikelserna har under 2021 ökat markant från tidigare år. Detta kan till viss del förklaras med det ökade antalet avvikelser i stort. Dock sker inte ökningen gradvis under året utan antalet fallavikelser ligger relativt konstant mellan 20 och 36 avvikelser per månad. Arbetet med att ytterligare systematisera och förbättra fallpreventiva åtgärder på alla enheter i socialförvaltningen har påbörjats och stort fokus kommer att ligga på att fortsätta detta arbete under 2022.

Läkemedelsavvikelser

Även läkemedelsavvikelserna ökar stort mot föregående år. Olika typer av fel administrering såsom utebliven dos, fel dos, fel tidpunkt för administrering står för den större delen av avvikelser. Sammanlagt står dessa avvikelser för 225 av 287 läkemedelsavvikelser. Ett arbete är påbörjat med fortsatt utbildning och information till alla grupper som hanterar läkemedel om vikten av noggrannhet och det egna ansvaret vid delegerad arbetsuppgift.

Delegeringsförfarandet sker sedan drygt två år tillbaka i form av två utbildningstillfällen. Utbildningen hålls alltid av samma sjuksköterskor, vilket gör att all personal som får delegering får en likvärdig utbildning och därmed ökar patientsäkerheten. Sjuksköterskorna anser att detta arbetsätt är väl fungerande. Under 2021 har arbetet med "e-läkemedel" fortsatt med digital signering. Detta underlättar i utredningsarbetet av avvikelser och ses av de allra flesta som en förenkling i arbetet med administrering av läkemedel.

Händelser och vårdskador

En händelse har av SAS bedömts som allvarligt missförhållande och en Lex Sarah anmälan har gjorts till IVO. Anmälan, som gällde brist i omvårdnad, brist i hygien och brister i omdöme och tillsyn. Åtgärder som infördes efter utredning var:

- Förtydligad och förbättrad introduktion vid arbete med ny brukare
- Förtydligande riktlinjer från HR avseende hur en personal i rehabilitering ska få stöd
- Säkerställning av såväl formell som personlig kompetens i komplexa ärenden.
- Tydlighet kring vikten av god kommunikation och dialog i en arbetsgrupp

En Lex Maria har anmälts till IVO under 2021 rörande vårdskada. Åtgärder som infördes efter utredning var:

- Utbildningsinsatser för all omsorgspersonal avseende basala hygienrutiner och rutiner för att all personal ska få ta del av ny kunskap.
- Förändrade och förtydligande rutiner
- Personaladministrativa åtgärder

Resultat och analys av patientsäkerhetsberättelse

Uppföljning genom egenkontroll

Läkemedelsgenomgång med symtomskattning

Samtliga patienter som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård och där det skett ett läkemedelsövertag ska en läkemedelsgenomgång göras minst en gång per år. Under året har det genomförts 165 stycken läkemedelsgenomgångar varav 138 av dem med symtomskattning. Läkemedelsgenomgången görs alltid av ansvarig läkare och symtomskattningen utförs oftast av

.....

sjuksköterskan men ibland av patientens kontaktperson och ibland görs skattningarna gemensamt. Uppföljning gällande rutinens följsamhet görs i samverkan med Vårdcentral samt följs upp internt.

Basala hygienregler och klädregler

Ansvaret för de basala hygienreglerna och gällande rutin för arbetskläder åligger verksamhetens enhetschefer. För att förtydliga uppdraget har en arbetsgrupp på övergripande nivå bildats med representanter från chefs- och sjuksköterskegrupperna. MAS/ MAR är med i gruppen samt sammanställer resultat på övergripande nivå.

- Varje enhet har sjuksköterskor med ett utökat ansvar för vårdhygien samt utsedda hygienombud

Under 2021 genomfördes egenkontroll gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultatet visar att det generellt finns en god följsamhet till de båda rutinerna. Det fokus som Covid 19 inneburit på basala hygien- och klädregler har påverkat följsamheten positivt. Under våren 2021 när spridningen av Covid -19 var mycket hög deltog sjuksköterskor varje vecka på möten med omsorgspersonal med fortlöpande utbildning i följsamhet mot rutin avseende basala hygienrutiner och specifika hygienrutiner som gällt under Covid-19 pandemin. Under hela 2021 har vi haft relativt få av våra brukare och patienter som insjuknat i Covid-19. Detta kan ses som ett tecken på att följsamhet till basala hygienrutiner och klädkoder är hög hos all personal. Vidare har enhetschefer månatligen fått utvärdera och rapportera arbetet med basala hygienrutiner till MAS och SAS. De flesta enheter upplever att följsamheten är god och vid de tillfällen som förbättringsområden har identifierats har MAS stöttat i åtgärdsplan. En god samverkan och tät kontakt med de regionala enheterna smittskydd och vårdhygien har funnits under hela året.

Under 2022 är det inplanerat med ny PPM (punktprevalensmätning) mätning för att möta följsamheten i basala hygienrutiner och klädkoder.

Dokumentation, Hälso- och sjukvård

Under 2021 har det fortsatt visat sig att den legitimerade personalen upplever dokumentationen svårhanterad vilket gör att det finns en patientsäkerhetsrisk som måste tas på allvar och bevakas. För att löpande åtgärda uppkomna problem finns en arbetsgrupp som träffas regelbundet och hanterar både teknik och kvalitet. Dokumentationsgruppen vidare haft utbildningsinsatser för sjuksköterskorna i små lokala grupper, vilket visat sig vara en framgång. Arbetet med utbildningsinsatser kommer att fortsätta då det finns tydliga behov av att skapa standards kring t.ex. hälsoärenden.

Verksamhetssystemet uppdaterades 2021 och kontinuerliga uppdateringar görs fortlöpande. Internt parallellt uppföljningsarbete, som t.ex. journalgranskning, kommer att göras under året, och är nödvändig, för att säkra kvalitet- och patientsäkerheten.

Mål och aktiviteter för kommande år

Under 2022 kommer arbetet med e-hälsa och teknikutveckling inom vård- och omsorg fortsatt vara i fokus. Förvaltningen arbetar bl.a. utifrån socialstyrelsens uppsatta indikatorer via "Strategiska planen för e-hälsa" där bland annat e-hälsogruppen kommer att följa måluppfyllelse.

Ett annat prioriterat område är dokumentationskunskap och avvikelsehantering, dess innehåll, flöde och teknik.

Mål och andra aktiviteter 2022

- Brukarundersökningar används för att följa kvalitet
- Bedömd kvalitet i verksamheterna – finns som indikator 2022 i verksamhetsplan
- Upprättade/aktuella genomförandeplaner som följer beslut och behov
- Patientjournaler som uppfyller HSL krav på patientsäker dokumentation
- Avvikelser – att förbättra rapportering och utredning
- Mål – och resultatstyrning finns, följs och fungerar – att medarbetare är delaktiga via tydligt arbete med målformuleringar för sin enhet – enkät skickas ut samt finns som indikator 2022
- Utbildning och införande av IBIC (individens behov i centrum)
- Kvalitetssäkra arbetet med och öka användandet av Senior alert.