KUNGÄLVS KOMMUN

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2021

KUNGÄLVS KOMMUN

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 4

2 Inledning 5

2.1 Vad är kvalitet i verksamheten? 5

2.2 Vad är patientsäkerhet? 5

2.3 Syfte 6

3 Kvalitetsberättelse 7

3.1 Mål och strategier för kvalitetsarbetet 7

3.2 Struktur för kvalitetsarbetet under året 7

3.3 Resultat, analys och uppföljning 8

3.3.1 Riskanalys 8

3.3.1.1 Socialtjänstprocessen 8

3.3.1.2 Hälso- och sjukvårdsprocessen 9

3.3.1.3 Stödprocesser 9

3.3.2 Lex Sarah 10

3.3.3 Avvikelser, synpunkter och klagomål 10

3.3.3.1 Inkomna avvikelser 11

3.3.4 Ej verkställda beslut 11

3.3.5 Egenkontroll nationell nivå 12

3.3.5.1 Kommunens kvalitet i korthet, KKiK 12

3.3.5.2 Öppna jämförelser 12

3.3.5.3 Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen 16

3.3.6 Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocessen och hälsosjukvårdsprocessen 16

3.3.6.1 Socialtjänstprocessen 16

3.3.6.2 Ledningsprocesser 17

3.3.7 Frågeformulär kvalitet 18

3.3.7.1 Vårdhygienisk standard 18

3.3.7.2 Systematiskt förbättringsarbete 20

3.3.7.3 Dokumentation 20

3.3.7.4 Kost 21

3.4 Självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst 21

3.5 Samverkan för att säkra kvaliteten 21

3.6 Övrigt kvalitetsarbete under året 22

3.7 Mål och strategier för kvalitetsarbetet kommande år 24

KUNGÄLVS KOMMUN

4 Patientsäkerhetsberättelse 25

4.1 Övergripande mål och strategier 25

4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 25

4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering 27

4.4 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 27

4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador 32

4.6 Riskanalys 33

4.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 34

4.8 Hantering av synpunkter och klagomål 34

4.9 Samverkan med patienter och närstående 34

4.10 Resultat 34

4.10.1 Inkomna avvikelser under året och analys 36

4.10.2 Frågeformulär patientsäkerhet 37

4.10.2.1 Patientsäkerhet 37

4.11 Mål och strategier för kommande år 38

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitéten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Under 2020 och 2021 har huvuduppgiften varit att förebygga smittspridning och sjukdom i Covid -19 hos de mest sjuka äldre, i hemsjukvård, på vård och omsorgsboende och i ordinärt boende. Hela samhället påverkades och helt nya insatser prioriterades. Vård- och omsorgspersonal, enhetschefer och legitimerad personal har arbetat hårt för att skydda omsorgstagare och brukare. Riktlinjer har reviderats och ofta har handlingsplanen skrivits om, vilket i sin tur har inneburit att chefer och personal fått nya riktlinjer och rutiner att förhålla sig till.

Vaccination mot Covid- 19 har pågått under hela året och startade upp vid årsskiftet 2020-2021.
Dos 1-3 till brukare/patient har givits av legitimerade sjuksköterskor i kommunen. Dos 1-3 till personal har givits av externa vårdgivare.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Synpunkter och klagomål som identifierats som avvikelser under året har tagits emot, utretts och åtgärdats av närmaste chef.

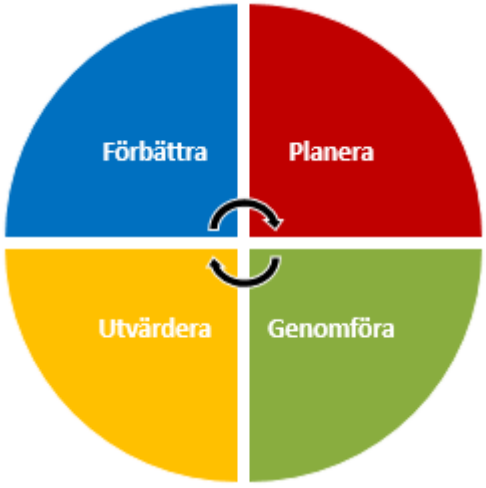
2 Inledning

2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.



Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

2.2 Vad är patientsäkerhet?

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

2.3 Syfte

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

3 Kvalitetsberättelse

3.1 Mål och strategier för kvalitetsarbetet

Enligt 3 kap 3 § Socialtjänstlagen (lag 2001:453) ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lag (2009:596)

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (lag 1993:387) finns också en kvalitetsparagraf, 6 §, som anger att verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamheten enligt denna lag ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Lag (2005:125).

3.2 Struktur för kvalitetsarbetet under året

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS2011:9 är utarbetat och publicerat på kommunens intranät. Socialtjänstens process är beskriven med huvudprocesser, stöd- och ledningsprocesser. Utarbetade rutiner som är kopplade till processerna finns publicerade i ledningssystemet.

Kvalitetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt ska utföras. Utvärdering och uppföljning av åtgärder ska ske. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Kvalitetsarbetet med analyser, planer, kontroller, inventeringar av risker och utvärderingar dokumenteras i verktyget Stratsys och resulterar i en årlig kvalitetsrapport.

3.3 Resultat, analys och uppföljning

En kartläggning av sektorns processer utfördes 2016-2017 (socialtjänst, hälso-och sjukvård och stödprocesser). Som utgångspunkt för de identifierade riskerna i kvalitetsplan 2021 har processerna och dess aktiviteter använts.

Identifierade risker i 2021 års kvalitetsplan utifrån socialtjänstprocessen handlar till exempel om:

- Rapporter om avvikelser ger inte önskad effekt, risk att det inte leder till någon åtgärd alternativt att de inte rapporteras in (delprocesser: hantera avvikelser, analysera, utreda och åtgärda)
- Brukaren får inte rätt stöd (delprocesser: påbörja och planera genomförandet, upprätta genomförandeplan)
- Bristande samverkan mellan enheter (delprocesser: utredning och/eller planering av uppdrag/genomförande av insats)
- Uppföljning görs inte på uppdrag (delprocesser: genomföra och kontinuerligt följa upp, utföra uppdrag enligt genomförandeplan)

3.3.1 Riskanalys

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att identifiera risker och därefter bedöma allvarlighets- och sannolikhetsgrad av dessa. Detta görs på enhetsnivå. I tabellerna nedan visas vilka processer, aktiviteter samt risker som valts ut för riskbedömning under året.

3.3.1.1 Socialtjänstprocessen

Process	Aktivitet	Risk
Ta emot ansökan, begäran, anmälan eller information på annat sätt	Ta emot/ aktualisera	Brukaren får inte den hjälp hen behöver
		Brukaren får inte hjälp i tid
		Många ingångar till socialtjänsten, risk att information missas och att skyddsbedömning inte görs i tid
		Långa handläggningstider i samband med ansökan
Utreda	Planera utredning och inhämta samtycke(n)	Bristande samverkan mellan enheter
	Upprätta besluts-underlag	Minskad rättssäkerhet på grund av tekniska problem.
		Bristande dokumentation
	Kommunicera	Fel beslut eller beslut på fel grunder.
		Den enskilde får inte möjlighet att påverka processen
Ta emot och planera uppdraget	Planera och säkerställa hur uppdraget ska genomföras	Saknar uppdrag enligt IBIC i Treserva
		Insatsen avbryts pga att utförare utan samråd bedömer att insatsen inte är rätt för den enskilde
Påbörja och planera genomförandet	Upprätta genomförande-plan	Brukaren får inte rätt stöd.

Process	Aktivitet	Risk
Genomföra och kontinuerligt följa upp	Utföra uppdrag enligt genomförande-plan	Personskada hos brukare
		Brukare med "nya, eller inga, diagnoser" för verksamheten får inte adekvat vård och omsorg
		Brukaren får inte den hjälp hen behöver
		Uppföljning görs inte på uppdrag
		Tandvårdsintyg saknas
		Insatsen avbryts utan samråd
	Dokumentera kontinuerligt	Minskad rättssäkerhet på grund av tekniska problem. Bristfällig dokumentation.
		Otillräcklig utbildning i handhavande av IT/teknik
	Göra regelbundna uppföljningar och utvärderingar av genomförandet	Relevant metodstöd används inte i arbetet med brukare (t ex ESL-metoden)
Följa upp, överväga, ompröva	Göra regelbundna uppföljningar av behov och målet med beslutade insatser	Svårt att följa upp biståndsbeslut. Risken är att vi inte kan värdera om brukarens behov har blivit tillgodosedda
		Den enskilde får inte sina behov tillgodosedda

3.3.1.2 Hälso- och sjukvårdsprocessen

Process	Aktivitet	Risk
Planera genomförande av åtgärder	Skicka instruktion för åtgärd till utförare	Försämrat hälsotillstånd för brukaren
		Brukaren drabbas av utebliven eller felaktig hantering av läkemedelsordination
		Personal ger läkemedel utan delegering - fel i läkemedelshantering och delegering
Åtgärda	Genomföra åtgärd	Vårdskada
		Somatisk omvårdnadskompetens saknas
		Aktuella ordinationskort saknas
		Tillgång på vid behovs-medicin är för hög på enheten

3.3.1.3 Stödprocesser

Process	Aktivitet	Risk
Hantera avvikelser	Analysera, utreda och åtgärda	Rapport om avvikelse ger inte effekt. Risken är att det inte leder till åtgärd.
		Avvikelser rapporteras inte

3.3.2 Lex Sarah

Lex Sarah reglerar anställdas m.fl. skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i ärenden enligt SoL och LSS. Lex Sarah innebär skyldighet att utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande som rapporterats. Skyldigheten gäller för den som driver verksamheten.

Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter utredning anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med lex Sarah är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Avvikelser	Utfall år 2021
Antal inkomna rapporter, totalt	31
Antal inkomna rapporter som anmälts till IVO på grund av allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande	3

Arbetet med Lex Sarahrapporter, utredningar och eventuella anmälningar till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:5.

Antalet rapporter om missförhållanden enligt Lex Sarah är högre 2021 (31) jämfört med 2020 (22). Samtliga rapporterade händelser är utredda, avslutade och återkopplade till verksamheterna. 23 rapporter avser ärenden med beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL), övriga åtta rapporter avser ärenden med beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Tre utredningar enligt Lex Sarah har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2021. IVO granskar om huvudmannen har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. Om åtgärder har vidtagits för att häva missförhållandet och bakomliggande orsaker har identifierats, samt om åtgärder är planerade för att förhindra upprepning av liknande missförhållande. Om IVO bedömer att huvudmannens utredning följer gällande bestämmelser och att åtgärder vidtagits avslutar IVO ärendet. I två anmälda Lex Sarah-utredningar 2021 har IVO avslutat ärendet. Ett är fortfarande pågående hos IVO.

Vid utredning av rapporterat missförhållande kategoriseras varje händelse i olika händelsetyper. Brister i omvårdnad är den mest rapporterade händelsetypen 2021, därefter är brister i insats den mest förekommande.

3.3.3 Avvikelser, synpunkter och klagomål

Vårdgivaren (HSL) eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa kan komma från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter (3 §, SOSFS 2011:9).

Synpunkter och klagomål som identifieras som avvikelser ska tas emot, utredas och åtgärdas av närmaste chef. Synpunkter och klagomål som identifierats som avvikelser under året har tagits emot, utretts och åtgärdats av närmaste chef. Årets inkomna avvikelser sammanställs i rapport nedan.

Ett flertal närstående har under året begärt ut journalanteckningar gällande HSL och SOL för att kunna skaffa sig en bild om vad som har hänt den sista tiden kring deras närstående. I de flesta fall har Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) träffat den närstående personligen men i några ärenden så har dokumenten istället skickats rekommenderat på grund av pandemin. I något fall är det den enskilde själv som har begärt ut handlingarna.

Ett par samtal och möten har ägt rum med närstående som bedömer att vården inte har givits på det sättet som de upplever är rätt. Vid dessa möten har enhetschef, MAS och eventuellt legitimerad personal medverkat.

3.3.3.1 Inkomna avvikelser

Avvikelser	Utfall år 2021	Utfall år 2020
Antal rapporteringar gällande brister i bemötande	30	53
Antal rapporteringar gällande brister i handläggning	57	46
Antal rapporteringar gällande brister i dokumentation	42	35
Antal rapporteringar gällande brister i kommunikation och information	78	92
Antal rapporteringar gällande brister i omsorg	370	295
Antal rapporteringar gällande våld och övergrepp	49	31
Antal rapporteringar gällande utebliven eller fördröjd insats	340	397
Antal rapporteringar gällande brister i vård och behandling	44	51
Antal rapporteringar gällande brottslig handling	9	0

Avvikelser i pågående ärenden som rör brukare rapporteras i Treservas avvikelsemodul. Enhetschef ansvarar för att utreda, åtgärda och återkoppla för att skapa ett organisatoriskt lärande.

3.3.4 Ej verkställda beslut

Redovisning av ej verkställda beslut vid årets slut, 31 december (kvartal 4).

Enligt socialtjänstlagen, SoL, och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska Sociala myndighetsnämnden varje kvartal redovisa till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) de gynnande beslut om insats eller bistånd som inte har kunnat verkställas inom tre månader från dagen för beslutet. Rapporteringen omfattar även avbrott i verkställighet om avbrottet är längre än tre månader.

Kvartal 4, 2021, rapporterades 55 individärenden till IVO. 47 av besluten har ej kunnat verkställas tre månader efter beslutsdatum eller avslutats utan verkställighet under perioden.

Av 47 beslut har 30 beslut inte kunnat verkställas då person tackat nej eller angett annat skäl vid anvisning av plats. Av återstående 17 beslut så har 2 personer blivit anvisad lägenhet. I samtliga av återstående 15 beslut är orsaken till att besluten inte har kunnat verkställas resursbrist. Resursbristen beror främst på att det saknas lämpliga lägenheter utifrån de enskildas behov.

3.3.5 Egenkontroll nationell nivå

3.3.5.1 Kommunens kvalitet i korthet, KKiK

I Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) redovisas resultat inom några viktiga områden som är intressanta för invånarna. Resultaten har ambitionen att beskriva kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Det nationella projektet KKiK omfattar övervägande delen av Sveriges kommuner.

Utfallet i tabellen nedan är underlag från 2020 då utfallet redovisas efterkommande år. Exempelvis har väntetiden i antal dagar för insats avseende boende enl. LSS §9.9 minskat under 2021 då 14 nya boendeplatser startat under 2021, resultatet kommer att redovisas under 2022.

Område	Mått	Utfall 2021	Utfall 2020	Riket 2021	Riket 2020
Stöd och omsorg	Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)				77%
	Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	82%	82%	78%	78%
	Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	9	17	15	16
	Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv	4 115	3 794	5 044	4 891
	Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	821		142	159
	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)				73%
	Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	7 916	7 427	7 266	7 036
	Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	50	83	44	64
	Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde			16	15
	Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	52%	40%	51%	53%
	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)		81%		81%
	Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)		89%		88%
	Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+		222 289		248 785

3.3.5.2 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser utifrån en mängd indikatorer som visar på kvalitet inom socialtjänst och hälso-och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheterna.

En årlig genomgång av kommunens inrapporterade data, i jämförelse med övriga riket och de mål som Socialstyrelsen följer upp, ger ett bra underlag för fortsatt verksamhetsutveckling. I detta avsnitt belyses de områden där Socialstyrelsen gör öppna jämförelser inom socialtjänsten.

I mars varje år inrapporteras uppgifter till Öppna jämförelser avseende en ögonblicksbild över indikatorer i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Syftet är att stimulera kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvalitet och effektivisera verksamheten. Uppgifterna som rapporterades mars 2021 avser således 2020. Nedan redovisas exempel på kommentarer och analyser från verksamheterna på utfallet av 2020.

Äldreomsorg

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Socialtjänsten har aktuell rutin för hur handläggare ska gå tillväga vid misstanke om risk- eller missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel bland äldre. I aktuell rutin finns etablerade rutiner för samverkan mellan Biståndsenheten och Vuxenenheten. Vid behov arbetar enheterna med medhandläggarskap för att tillse att rätt kompetens finns. Vuxenenheten använder standardiserad bedömningsmetod Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).
- Inom området äldreomsorg använder socialtjänsten individens behov i centrum (IBIC) vid handläggning och uppföljning. Nästa steg blir att använda uppgifter från uppföljningar som grund för verksamhetsutveckling.

Ekonomiskt bistånd

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Kungälv har genom avtal med socialjouren i Göteborgs stad socialjour med socionomutbildad personal dygnet runt, årets alla dagar. Socialjouren arbetar på uppdrag av Göteborgs stad och 12 kranskommuner.
- Kungälv har under 2021 ökat tillgängligheten till verksamheten genom att ha öppet under lunchtid. Bättre tillgänglighet ses även genom kortare väntetider för nybesök. Under 2021 var genomsnittlig väntetid 9 dagar. I vissa perioder har väntetiden varit något längre, men det har alltid varit möjligt att få akuta tider vid behov. Socialtjänsten har varit tvungna att anpassa arbetssättet på grund av risk för smittspridning. En anpassning har varit att ha möten digitalt eller via telefon.
- Arbetslösa med försörjningsstöd kan behöva insatser som praktik som ett komplement till Arbetsförmedlingens insatser. Det har under pandemin varit svårt för socialtjänsten att få ut personer i praktik på grund av att arbetsgivare har haft begränsade möjligheter att ta emot personer. Inflödet till budget- och skuld har också ökat något under hösten, men inte markant.
- Socialtjänsten har en aktuell rutin för intern samverkan mellan samtliga enheter inom verksamhetsområde myndighet. Socialtjänsten har också en aktuell rutin för att förhindra avhysning av barnfamiljer med hyresskuld. Samtliga barnfamiljer som har återkommande hyresskulder eller som har ett datum för avhysning kontaktas och en förhandsbedömning görs av barnens situation.
- Socialtjänsten i Kungälvs kommun är en av de kommuner som har en strukturerad utredningsmall som inkluderar barns situation. Precis som inom social barn- och ungdomsvård inkluderar utredningsmallen frågor och rubriker utifrån barnkonventionens artiklar 3 och 12.

Social Barn- och ungdomsvård

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Kungälvs kommun har under pandemin satsat på fortbildning om våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck genom exempelvis digitala utbildningslösningar. I ett led för ökad kunskap och fortbildning har Kungälvs kommun även tagit fram en

kommunövergripande anvisning avseende våld i nära relationer.

- I de fall barn följer med en vårdnadshavare till skyddat boende har barnet fortfarande skolplikt. Hemkommunen har ansvar för att barnet får sin rätt till utbildning tillgodosedd. Socialtjänsten samverkar och informerar hemkommunen efter samtycke från vårdnadshavare.
- En uppdaterad rutin om information till enskilda om samordnad individuell plan (SIP) finns genom vårdsamverkan.
- Barns rätt att vara delaktiga i processer och beslut är tydligt betonad i Barnkonventionen som också är svensk lag. Kungälvs kommun arbetar med ett beslutsunderlag som bland annat tar sin utgångspunkt i barnkonventionens grundprincip, artikel 12, där det framgår att barn ska höras och har rätt att uttrycka sig i alla frågor som rör dem samt artikel 3 som beskriver att vid alla åtgärder så ska barnets bästa beaktas i första hand. Även förhandsbedömningar inkluderar barnkonventionen, oftast artikel 3 och 12.

Missbruks- och beroendevård

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- I Kungälv finns brukarrepresentant från Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg (NSPHiG) med i de samverkans forum mellan kommun och region, gällande socialpsykiatri och missbruk/beroende. De är med när samverkansavtal tas fram och även när de implementeras.
- Socialtjänsten använder den standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda.
- Bostad först är en boendeinsats som rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer för personer i hemlöshet med missbruk, psykisk sjukdom eller samsjuklighet. Socialtjänsten har idag inte Bostad först som insats. För detta krävs en dialog med de allmännyttiga bostadsbolagen vilket ännu inte har varit aktuellt.

Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Socialtjänsten har en procentandel av beståndet hos Kungälvsbostäder och Förbo samt hos vissa privata aktörer. Kommunen har avtal som reglerar samarbetet med hyresvärdar och bostadsbolag på övergripande nivå. I en del fall då det finns risk för att en person eller familj ska bli avhyst på grund av att det finns upprepade hyresskulder så kan hyresvärden göra en orosanmälan till socialtjänsten. Rutin finns för att samtliga barnfamiljer som har återkommande hyresskulder eller som har ett datum för avhysning kontaktas och en förhandsbedömning görs av barnens situation. Vid daterade avhysningar skickar socialtjänsten ut information om att personen kan kontakta socialtjänsten för behov av stöd. Gäller det en barnfamilj kallas familjen också på besök till socialkontoret. Budget- och skuldrådgivningen erbjuder personer hjälp med att göra en hushållsbudget, hitta lösningar på betalningsproblem och ge stöd i frågor kring skulder och skuldsanering. Socialtjänsten har inte en uppsökande verksamhet riktad till personer som riskerar sitt boende.
- Socialtjänsten deltar i Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning som sker var sjätte år och använder resultatet därifrån för analys och fortsatt planering. Den senaste kartläggningen genomfördes 2017.
- Under 2021 har förslag om ny organisering avseende Boendeenhet tagits fram. Arbetet med att driftsätta enheten kommer att pågå under 2022. Även arbetet med en ny organisering för missbruksvård/TEAM kommer att fortgå under 2022.

Våld i nära relationer

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Socialtjänsten erbjuder stödsamtal utan biståndsbeslut till den våldsutsatta och våldsutövaren för att våldsutövandet ska upphöra.
- I de fall barn följer med en vårdnadshavare till skyddat boende har barnet fortfarande skolplikt. Hemkommunen har ansvar för att barnet får sin rätt till utbildning tillgodosedd. Socialtjänsten samverkar och informerar hemkommunen efter samtycke från vårdnadshavare. Socialtjänsten saknar dock en formaliserad rutin som är beslutad på ledningsnivå för hur handläggare ska säkra skolgången för barn i skyddat boende.
- Socialtjänsten har för området våld i nära relation under perioden 2021 inte systematiskt följt upp på individnivå och använt sammanställning på gruppnivå för verksamhetsutveckling. Emellertid sker uppföljning på verksamhetsområdesnivå genom nyckeltal.

Stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Samtliga LSS-handläggare har socionomexamen och har genomgått utbildning i handläggning och bedömning av LSS-insatser. Målsättningen är att samtliga LSS-handläggare ska ha genomgått utbildning i handläggning av LSS-insatser.
- Individens behov i centrum (IBIC) kommer att implementeras under 2022/2023.
- Samtliga enskilda i Kungälv som beviljas en LSS-insats informeras om möjligheten och rättigheten att få en samlad individuell plan (SIP). Om en enskild eller en företrädare framför önskemål om en sådan plan, kallar handläggaren till ett möte.
- Kungälvs Kommun har samverkansavtal med psykiatrin. Kommunen och psykiatrin har regelbundna samverkansmöten.

Personer med psykisk funktionsnedsättning - socialpsykiatri

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

- Öppna verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning har på grund av pandemin anpassats under 2021. Bland annat har Aktivitetshuset ställt om till utomhusaktiviteter och har under kortare perioder varit stängt.
- Personligt ombud är ett redskap för att stärka den enskilde och kan ses som en form av brukarinflytande på individnivå. Socialtjänsten erbjuder den enskilde personligt ombud.

Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

Verksamheterna har utifrån en beredskapsplan tagit fram olika handlingsplaner. Dessa har under året aktiverats då det varit svårt med personalbemanningen.

Kommunal hälso- och sjukvård

Pandemin har tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Årets resultat i öppna jämförelser visar ett behov av att utveckla det strategiska arbetet i kommunerna gällande ökad patientsäkerhet och kompetensutvecklingsplaner för fortbildning i palliativ vård och stroke. Flertalet kommuner uppger att fallriskvärdering genomförs i hemsjukvården. Däremot visar officiell statistik att antal personer 80 år och äldre som vårdats för fallskada i sluten vård har ökat. Så

gott som alla kommuner har riktlinjer för att patienter och vid behov närstående informeras och erbjuds möjlighet till samordnad individuell plan (SIP) inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Kungälvs kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

Arbetet kring ovanstående beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen.

3.3.5.3 Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen

Socialstyrelsen frågar årligen personer över 65 år som har hemtjänst eller bor på äldreboende hur de uppfattar kvaliteten inom verksamheten. Detta redovisas i en rapport från Socialstyrelsen. Siffrorna går även att hämta från kommun- och landstingsdatabasen Kolada (under KKiK, Kommuners kvalitet i korthet). Nedan följer ett mått kring brukares nöjdhet.

Under 2021 genomfördes inte Socialstyrelsens årliga enkätundersökning
"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"

Område	Mått	Utfall 2021	Utfall 2020	Riket 2021	Riket 2020
Hemtjänsten	Mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten (helhetssyn), andel (%)		89%		88%
Särskilt boende äldreomsorg	Mycket eller ganska nöjda med boendet (helhetssyn), andel (%)		81%		81%

3.3.6 Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocessen och hälsosjukvårdsprocessen

Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocessen och hälso-och sjukvårdsprocessen utfördes under 2021 i form av att självskattningar och frågeformulär gällande kvalitet.

3.3.6.1 Socialtjänstprocessen

Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
Utredningstid 0-20 år skall ligga inom 4 månader om inte beslut om förlängning finns.	11 kap. 2 § andra stycket SoL Utredningen ska bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. Finns det särskilda skäl får socialnämnden besluta att förlänga utredningen för viss tid. Uppgifterna hämtas i Treserva. Antal utredningar som avslutats och hur många (procent) som ligger inom perioden 4 månader. Målvärde för utredningstid BoU ska ligga på 90% avslutade inom 4 månader.
Utredning inom försörjningsstöd ska vara klar inom 3 veckor	Ett mål är att 90% av alla handlagda utredningar inom Stöd och försörjning ska vara slutförda inom tre veckor från beslut om att inleda utredning. Ta fram uppgifterna i Treserva: Ta fram lista på avslutade utredningar under redovisnings-perioden för organisationerna försörjningsstöd samt gemensam mottagning. Se antal dagar som förflutit mellan startdatum och avslutsdatum. Räkna fram antalet som avslutats inom 3 veckor. Skriv i kommentaren andel i procent som slutförts inom 3 veckor.

Barn och ungdomsenheten: 306 utredningar
Antalet avslutade utredningar som pågick längre än 4 månader och som saknade beslut om förlängd utredningstid: 36 utredningar. Andelen avslutade utredningar som ligger inom 4 månader (inklusive de med förlängd utredningstid): 88 procent.

Familjehem och familjerättsenheten: 39 utredningar
Antalet avslutade utredningar som pågick längre än 4 månader och som saknade beslut om förlängd utredningstid: 4 utredningar. Andelen avslutade utredningar som ligger inom 4 månader (inklusive de med förlängd utredningstid): 90 procent

Svårighet att hålla utredningstiderna kan förklaras av ökad ärendemängd och personalomsättning.

Stöd och försörjningsenheten: 258 utredningar, ekonomiskt bistånd.
160 utredningar har slutförts inom tre veckor vilket motsvarar 62 procent. Gemensam mottagning har handlagt 94 utredningar av ekonomiskt bistånd varav 51 har slutförts inom tre veckor vilket motsvarar 54 procent.

Enheten har haft en relativt hög arbetsbelastning och personalomsättning vilket har påverkat utfallet.

3.3.6.2 Ledningsprocesser

Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
Händelselogg Treserva	För att säkerställa att medarbetare inte är inne i ärenden som inte rör dem skall slumpvisa händelseloggar av enskilda medarbetares aktivitet i Treserva granskas. Ta ut slumpvisa händelseloggar om hur användare rör sig i systemet enligt rutin "Händelselogg Treserva".
Genomför frågeformulär - Kvalitet	För löpande systematisk egenkontroll skall frågor i frågeformulär - kvalitet besvaras en gång per år. Se under fliken "Utvärdera" där du har enhetens frågor.
Utbetalningar ekonomiskt bistånd	Internkontroll av utbetalningar ekonomiskt bistånd enligt rutin. Blankett ska fyllas i av enhetschef och återlämnas för sammanställning till systemförvaltare för Treserva.
Genomför frågeformulär - Patientsäkerhet	För löpande systematisk egenkontroll skall frågor i frågeformulär - patientsäkerhet besvaras en gång per år. Se under fliken "Utvärdera" där du har enhetens frågor.
Enheten identifierar risker för kvalitetsplan 2022	På enhetsnivå skall risker identifieras i proaktivt syfte, eller analys av avvikelser. Detta kan med fördel ske löpande under året, men inför årsplaneringen behöver riskerna sammanställas. Använd bifogad blankett (under fliken dokument när du öppnar skrivblocket) som sedan tas med till ledningsgrupp för sammanställning på övergripande nivå.
Verksamhetens ledningsgrupp identifierar risker för kvalitetsplan 2022	Risker ska identifieras i proaktivt syfte, eller analys av avvikelser. Detta kan med fördel ske löpande under året, men inför arbetet med kvalitetsplanen behöver riskerna sammanställas. Använd bifogad blankett (under fliken dokument när du öppnar skrivblocket) som sedan tas med till ledningsgrupp för sammanställning på övergripande nivå.
Genomför frågeformulär - självskattning hemtjänst	För löpande systematisk egenkontroll ska frågor i frågeformulär självskattning hemtjänst besvaras en gång per år. Se under fliken "Utvärdera" där du har enhetens frågor.
Uppdatera Läkemedelshantering - lokal instruktion och Lokala hygienrutiner	I oktober månad ska samtliga berörda enheter uppdatera dokumenten Läkemedelshantering - lokal instruktion samt Lokala hygienrutiner. Varje enhet uppdaterar sina dokument.

Utbetalningar ekonomiskt bistånd
Egenkontroll är genomförd på samtliga enheter där utbetalning av ekonomiskt bistånd förekommer. Samtliga granskade beslut var korrekta och utan anmärkning.

Enheten identifierar risker för kvalitetsplan 2022
Enheterna har identifierat risker.

Verksamheternas ledningsgrupper har identifierat risker för kvalitetsplan 2022
Enheterna har sammanställt identifierade risker och riskerna har varit en del av underlaget för ledningsgruppernas arbete med att identifiera risker för kvalitetsplan 2022.

3.3.7 Frågeformulär kvalitet

Frågeformuläret är besvarat av respektive enhet. Frågeområdena rör vårdhygienisk standard, systematiskt förbättringsarbete, dokumentation och kost.

Den lägre svarsfrekvensen kan förklaras av organisatoriska förändringar och chefsbyten inom verksamhetsområdena, som kan ha försvårat överföring av kunskap och kännedom om det aktuella läget på enheten vid svarstillfället.

3.3.7.1 Vårdhygienisk standard

Fråga	Svar, Antal	
Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i vårdtagarnära arbete?	Ja	50 (st)
	Ej svarat	11 (st)
Finns det olika markerade ytor för att hantera ren respektive oren tvätt?	Ja	25 (st)
	Delvis	2 (st)
	Nej	6 (st)
	Ej svarat	11 (st)
Finns det tillgång till handdesinfektionsmedel, handskar, skyddskläder och ytdesinfektionsmedel i tvättstugan?	Ja	33 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	11 (st)
Diskuteras vårdhygieniska frågor regelbundet?	Ja	47 (st)
	Delvis	2 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	12 (st)
Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen samt vid behov?	Ja	47 (st)
	Delvis	1 (st)
	Nej	2 (st)
	Ej svarat	12 (st)
Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade där dom ska användas?	Ja	49 (st)
	Ej svarat	13 (st)
Finns handsprit lättåtkomligt placerat där handdesinfektion ska utföras?	Ja	49 (st)
	Ej svarat	13 (st)

Finns rutiner för hur den rena tvätten ska hanteras och förvaras?	Ja	42 (st)
	Delvis	1 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	12 (st)
Finns rutiner för hur smutstvätten ska transporteras till tvättstugan och var den ska förvaras?	Ja	30 (st)
	Delvis	2 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	12 (st)
Finns rutiner för hur vårdtagare med riskfaktorer, tex sår och diarréer, vårdas/omhändertas?	Ja	47 (st)
	Delvis	1 (st)
	Ej svarat	14 (st)
Finns rutiner för rengöring och smittrening av vårdtagarnära ytor?	Ja	46 (st)
	Delvis	1 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	14 (st)
Följs basala hygienrutiner?	Ja	48 (st)
	Delvis	1 (st)
	Ej svarat	13 (st)
Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för vårdpersonal/studenter på enheten?	Ja	50 (st)
	Ej svarat	12 (st)
Om basala hygienrutiner och klädregler inte följs leder det till någon påföljd?	Ja	49 (st)
	Ej svarat	13 (st)
Besvaras formulär om basala hygienrutiner (självskattning)?	Ja	48 (st)
	Delvis	1 (st)
	Vet ej	1 (st)
	Ej svarat	12 (st)

I februari /mars 2021 utfördes en utökad självskattning om rutiner och skyddsutrustning med anledning av Covid -19. Självskattningen riktades till alla medarbetare i samtliga verksamhetsområden inom sektor Trygghet och stöd. Frågorna var ett komplement till självskattningsformulär om basala hygienrutiner. De kompletterande frågorna fokuserade på kännedom om rutiner för brukarnära arbete under pandemi, tillgång och användande av skyddsutrustning (visir, munskydd, handsprit) samt en fråga om eventuell utveckling av egna rutiner på arbetsplatsen för att kunna utföra brukarnära arbete på ett säkert sätt under pandemiutbrottet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och hygiensjuksköterska utförde utbildningar digitalt för enhetschefer och hygienombud. Även de externa utförarna bjöds in till utbildningen.

3.3.7.2 Systematiskt förbättringsarbete

Fråga	Svar, Antal	
Informeras all ny personal om arbetsplatsens/enhetens rutiner för att identifiera och rapportera avvikelser, d.v.s. avvikelsehantering i Treserva och rapport enligt Lex Sarah? Beskriv hur i kolumnen kommentar.	Ja	66 (st)
	Delvis	3 (st)
	Nej	1 (st)
	Vet ej	1 (st)
	Ej svarat	20 (st)
Analyseras avvikelser systematiskt på enheten/arbetsplatsen? Beskriv i kolumnen kommentar hur och vilka förbättringar detta har lett till i verksamheten under aktuell period.	Ja	35 (st)
	Delvis	6 (st)
	Nej	1 (st)
	Vet ej	1 (st)
	Ej svarat	10 (st)
Känner du dig säker på handhavandet av avvikelsemodulen i Treserva? Vid nej beskriv i kommentaren vilket/vilka moment du är osäker på.	Ja	42 (st)
	Delvis	16 (st)
	Nej	2 (st)
	Ej svarat	14 (st)
Använder du dig av analys från avvikelser som hanterats i Treserva?	Ja	42 (st)
	Delvis	16 (st)
	Nej	5 (st)
	Vet ej	2 (st)
	Ej svarat	17 (st)

Den relativt låga svarsfrekvensen beror delvis på det pågående arbetet med pandemin vilket har gjort att arbetet med kvalitetsuppföljningar har fått stå tillbaka.

3.3.7.3 Dokumentation

Fråga	Svar, Antal	
Har alla brukare en aktuell genomförandeplan utifrån beslut enligt SoL/LSS. Vid svar nej eller delvis, kommentera hur stor andel som har en aktuell genomförandeplan.	Ja	26 (st)
	Delvis	20 (st)
	Nej	2 (st)
	Vet ej	1 (st)
	Ej svarat	10 (st)
Har alla anställda tillräcklig kunskap för att utföra dokumentation enligt gällande rutiner och riktlinjer? Vid nej eller delvis, kommentera	Ja	50 (st)
	Delvis	20 (st)
	Ej svarat	16 (st)

3.3.7.4 Kost

Fråga	Svar, Antal	
Finns det lokalt utsedda kostombud på respektive enhet?	Ja	15 (st)
	Nej	5 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Har all personal kännedom om riktlinjer för kost och nutrition? Vid nej eller delvis, kommentera i kolumnen kommentar	Ja	14 (st)
	Delvis	11 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Finns det beskrivet i genomförandeplanen hur individen önskar ha det vid måltider?	Ja	10 (st)
	Delvis	1 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Har all personal fått grundutbildning i kost och nutrition? Vid Nej eller Delvis, kommentera varför.	Ja	6 (st)
	Delvis	15 (st)
	Nej	3 (st)
	Ej svarat	3 (st)

I stort sett alla äldre på boenden har inskrivet i sin genomförandeplan hur man önskar ha det vid sina måltider. Kostombud finns inom samtliga boenden men även sporadiskt inom hemtjänsten.
Inom boende och på korttidsenhet har man egenkontrollprogram för att följa upp och säkerställa arbetet med livsmedelshygien. Det finns även lokala rutiner för genomförandet av dagens måltider. Uppföljningen av egenkontrollen för livsmedelshygien görs av enhetschefen på korttiden och på de flesta boenden. Nästan alla ombuden har en tydlig uppdragsbeskrivning som underlättar arbetet. Samtliga enheter inom äldreboende och korttidsverksamhet har haft lokala kostmöten.

Utbildning till personal har varit svårt att genomföra i större utsträckning. Många beskriver att Covid-19 försvårat möjligheten att skicka personal på utbildning inom kost och nutrition.

3.4 Självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst

Varje år gör samtliga leverantörer en självskattning av verksamhetens kvalitet. Syftet med självskattningen är att skapa medvetenhet om ansvar och kvalitetskrav hos leverantören. Svaren i självskattningen ligger till grund för kommande uppföljningar och förbättringsarbete.

Kommunen har haft avstämningsmöten och fortlöpande delgett de privata utförarna kommunens rutiner kring Covid -19.

3.5 Samverkan för att säkra kvaliteten

Både huvud-, stöd- och ledningsprocesser finns sedan tidigare beskrivna i kvalitetsledningssystemet och det finns rutiner kopplade till processerna. Flera av rutinerna beskriver samverkan inom/mellan olika verksamheter och enheter, t ex anhörigstöd - hälso- och sjukvård - myndighet. Hela sektorn har under 2021 fokuserat på att säkerställa information och utforma rutiner och åtgärder för att hantera situationen kring Covid -19.

3.6 Övrigt kvalitetsarbete under året

Nedan beskrivs några utdrag av det kvalitetsarbete som bedrivits under året, trots den pågående pandemin och den påverkan som det haft på det systematiska kvalitetsarbetet.

Individens behov i centrum - IBIC
Utvecklingen fortsätter och inkluderar myndighet, äldreomsorg, funktionshinder, sociala resurser samt hälso- och sjukvård. Satsningen utgörs av kartläggning och utbildningsinsatser för att stärka kompetens och samverkan.

Nära Vård
Informationsinsats gällande omställningen till Nära vård som innebär att verksamheterna samskapar med invånare och flyttar fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Det innebär att arbetsuppgifter behöver differentieras och att specialistkunskaper utvecklas, vilket är ett pågående arbete. Utbildningssatsning gällande Låg affektivt bemötande erbjuds alla medarbetare.

Lågaffektivt bemötande
Lågaffektivt bemötande är en grundkomponent i ”allt” verksamheten står för. Ju mer kontroll en enskild brukare kan uppleva, desto större förutsättning att hantera upplevda affekter. Utförarna strävar mot detta inte bara i den specifika utbildningen utan i det mesta de gör.

Vård i livets slut - VILS
VILS -team startas upp för säkerställande av uppdrag gentemot brukare i behov av vård i livets slut.

Kost och Nutrition
Inom funktionshinder har grundutbildningar i kost och nutrition startats upp. Dessa riktar sig till all personal och erbjuds fyra gånger per termin. En grupp med kostombud har startats där syftet är att ha regelbundna informativa möten varje termin för att arbeta utifrån intentionen med kommunens kostpolicy.

Påbörjat projekt för att motverka ensamhet hos äldre - Särskilda boenden
Syftet är att motverka ensamhet, främja en god fysisk och psykisk hälsa, öka delaktighet och gemenskap bland äldre i Kungälvs kommun. Projektet är påbörjat och kommer att starta upp under 2022.

Omsorgshandledare
De flesta verksamheter inom äldreomsorgen har under året anställt omsorgshandledare. Omsorgshandledarnas uppdrag innebär i korthet att stötta och handleda undersköterskorna i det dagliga arbetet på de olika enheterna. Att tillsammans arbeta fram förhållningsätt och strategier för att öka livskvalitén inom äldreomsorgen.

Psykisk ohälsa
Personalen inom socialpsykiatrin, funktionshinder och anhörigstödet har under hösten 2021 fått kompetenshöjning i samtalsmetodiken motiverande samtal (MI). MI är en samtalsmetod för att stärka människors delaktighet och väcka deras motivation, det är ett verktyg för personalen att hantera svåra samtal och utföra samtalet på ett empatiskt sätt.

Yrkesresan
Förvaltningens strategi är att följa yrkesresan. Introduktion till arbetet och kontinuerlig kompetensutveckling är viktigt för att känna trygghet i sitt uppdrag och kunna utvecklas i rollen. Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling som syftar till att ge kvalitet i varje möte mellan socialtjänstens medarbetare och invånare. Konceptet innehåller både digitalt lärande och kurstillfällen som anordnas regionalt.

Äldreomsorgslyftet
Syfte att höja kompetensen inom vård och omsorg om äldre. Vård- och omsorgsprogrammet är ett samarbete med utbildningsanordnare i Kungsbacka, Härryda och Kungälv. 44 medarbetare går Vård- och omsorgsprogrammet och är klara 2021-2022. Fyra personer läser till specialistundersköterska och är klara 2022-2023. Ca 35 medarbetare går årligen handledarutbildning.

Språkombud kommer utbildas för kvalitetssäkring av vårt uppdrag gentemot brukaren.

Validering
Funktionshinder strävar mot att bygga upp en hållbar kompetensstrategi. Det finns 25 personer som kommer att påbörja en valideringsresa i riktning mot ”barn och fritid” inriktning funktionshinder. Den kommer att föregås av en språkstödsutbildning med inriktning mot dokumentation, läkemedel och samtal anhöriga.

Digitaliseringsplan
Digitaliseringsombud för att säkerställa att den digitala utvecklingen går hand i hand med kvalitetsmålen för sektorn. Inom verksamhetsområdet har fokus varit på att utveckla det mobila arbetssättet, för att medarbetare skall få tillgång till social dokumentation där de befinner sig.

Projekt Modig
Startade i april 2019 och avslutades i mars 2021. Projektet syftar till att stärka kunskapsnivån inom digital teknik hos baspersonal och chefer inom LSS/daglig verksamhet, socialpsykiatri, boendestöd, HVB samt hemtjänst. Utbildningen riktar sig i första hand till baspersonal, totalt ca 500 personer i Kungälv. Projektets mål är bland annat att befintliga IT-verktyg i respektive verksamhet ska bli det självklara valet för medarbetarna för att utföra arbetet.

Förebyggande arbete
Utifrån budgetdirektiv 2021 - 2022 ges förvaltningen i uppdrag att genomföra översyn och samordning inom det förebyggande arbetet. Enligt förvaltningens verksamhetsplan 2021 – 2022 innefattar uppdraget att stärka och utveckla samordningen inom det förbyggande arbetet. Allt förebyggande arbete främst för barn och ungdomar ska kartläggas. Målet är att höja kvalitén i det förebyggande arbetet.

Kartläggningen och översynen följer tidsplan utifrån antaget uppdragsdirektiv. Omvärldsanalys genomfördes under första kvartalet via insamling av goda exempel från andra svenska kommuner samt sammanställning av aktuell lagstiftning, utredningar och inriktningsdokument. Främjande, förebyggande och riktade insatser 0-19 år i Kungälvs kommun har kartlagts. Professionella, vårdnadshavare, föreningar och föräldrar har tillfrågas. Kartläggningen är inne i en slutfas och kommer redovisas skriftligt under första kvartalet 2022. Kartläggningen kommer beskriva vilka aktiviteter förvaltningen behöver arbeta med framåt för att öka samordningen inom det förebyggande arbetet för barn och ungdomar i syfte att höja kvaliteten och öka tillgängligheten.

Utgångspunkt kring arbetet med suicidprevention är VGR övergripande handlingsplan, som har konkretiserats via SIMBA´s delregionala handlingsplan. Utifrån denna plan och målet att öka kunskapen kring suicidprevention har Kungälvs kommun gjort följande under 2021:
Under våren genomfördes sex digitala föreläsningar kring psykisk livräddning som anordnades av Suicidprevention i Väst. Kungälvs kommun och enheten för hälsofrämjande och förebyggande enheten samordnade anmälandet från hela regionen. Totalt deltog 900 med stort deltagande från näringsliv, föreningsliv, hälso- och sjukvård samt skola, socialtjänst i Kungälvs kommun.

I samverkan inom SIMBA har sektor Trygghet och Stöd utbildat två instruktörer i Första Hjälpen Psykisk hälsa. I november genomförde instruktörerna sin första två-dagars utbildningen för tio medarbetare i sektorn. Inför 2022 fortsätter detta arbete. Satsningen möjliggörs av de riktade stadsbidrag vi får för suicidprevention.

Enligt plan Trygg i Kungälv (Dnr KS2020/1620) har anvisning våld i nära relationer reviderats. Revideringen har gjorts via det kommunövergripande nätverket, där representation finns från skola, socialtjänst, primärvård, specialist sjukvård/akuten, polisen, Trygga Ungdomsmiljöer, säkerhetsansvarig, kvinnojouren, Svenska Kyrkan föreningar som Zonta, Rädda Barnen och Brottsofferjouren. Mål med reviderad anvisning är ökad samordning, effektivisering och kvalitetshöjning av arbetet mot våld i nära relationer. Anvisningen är även ett stöd för att utveckla och kvalitetssäkra det arbete som bedrivs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Till anvisningen kopplas befintliga dokument i socialtjänstens ordinarie kvalitets - och ledningssystem samt rutin hedersrelaterat våld och förtryck i samverkan skola och socialtjänst.

Inom ramen för Plan Trygg i Kungälv ska det årligen ske uppföljning av anvisningen, som innefattar genomförda aktiviteter samt redovisning av indikatorer som beskriver förekomst av våld i nära relationer i Kungälvs kommun. I samband med revidering av anvisning våld i nära relationer har kommunens hemsida omarbetats för att göra informationen lättillgängligt för våldsutsatta, förövare, professionella och allmänhet. Foldrar kring viktiga telefonnummer och hänvisningar har spritts till näringslivet, hälso- och sjukvården, civilsamhället samt internt i kommunen.

Hälsofrämjande förebyggande enheten har under året arbetat utifrån fokusområden. Fokus har legat på att involvera fler äldre i sin hälsa. Föreläsningar, pausgympa, temaveckor med mera har genomförts.

3.7 Mål och strategier för kvalitetsarbetet kommande år

Individens behov i centrum - IBIC
Implementering av Individens behov i centrum (IBIC) i funktionshinders verksamheter och repetition inom övriga sektorn.

Ledningssystemet
Revidering av Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och säkerställa att det och uppföljningen av densamma är användarvänligt och görs känt ute i verksamheterna.

Avvikelser
Revidering av processen för avvikelsehantering och säkerställa användarvänlighet och att rutinen görs känd ute i verksamheterna.

4 Patientsäkerhetsberättelse

4.1 Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Vårdgivaren är, enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), skyldig att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta genom planering, ledning och kontroll av verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå.

- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och
- vilka resultat som uppnåtts.

Övergripande mål

Varje omsorgstagare/patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med omsorgen/vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker omsorg/vård kan ges. Ett kvalitetsledningssystem tydliggör och synliggör verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, omsorgstagare/patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Kommunstyrelsen (KS)

KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Sektorchefen

Sektorchefen har huvudansvaret för verksamheten inom sektor Trygghet och stöd

Verksamhetschef enligt HSL skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att:

- verksamheterna tillgodoser en hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet
- säkerställa att det finns fastställda och dokumenterade rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheterna.
- är ytterst ansvarig för att det finns en patientsäkerhetsberättelse tillgänglig som beskriver föregående års patientsäkerhetsarbete
- ledningssystemet innehåller tydlig och väl förankrad ansvarsfördelning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs
- det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten
- patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde

- rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande
- se till att rutiner för patientsäkerhetsarbetet är uppdaterade
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna

Enhetschefer ansvarar för att:

- utarbeta lokala rutiner i samråd med legitimerad personal ”Lokala hygienrutiner” och ”Läkemedelshantering - lokal instruktion”
- rutiner och riktlinjer (som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt) är väl kända i verksamheten
- rutiner och riktlinjer efterlevs i verksamheten
- ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- personalen verkställer delegerade och ordinerade arbetsuppgifter på ett säkert sätt

Legitimerad personal ansvarar bland annat för att:

- bedöma, behandla och utföra vård- och rehabiliteringsinsatser
- identifiera riskpersoner och planera förebyggande åtgärder för att förhindra att fallskador, trycksår och undernäring uppstår
- delegera, ordinera samt instruera vård- och rehabiliteringsinsatser
- genomföra, av läkare, givna ordinationer
- kontinuerligt följa upp och utvärdera vård- och rehabiliteringsinsatser tillsammans med patient
- bedöma, prova ut samt förskriva personliga hjälpmedel
- handleda omvårdnadspersonal
- samarbeta med patient, leg. personal, enhetschef, övriga interna yrkesutövare och externa vårdgivare
- planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan
- verka för adekvat informationsöverföring och samverka för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet
- avsätta tid för analys och reflektion tillsammans med kollegor, kring det dagliga vård- och rehabiliteringsarbetet
- inhämta nya kunskaper och rön, genom att ta del av forskning och studiebesök

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal betraktas enbart som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför en av sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut, delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att:

- efter delegering utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- efter ordination utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- kontakta leg. personal vid förändringar i patientens tillstånd
- observera och rapportera tecken på biverkningar, icke önskade effekter eller reaktioner till leg. personal
- vid felaktigheter och misstag kontakta leg. personal samt enhetschef
- rapportera negativa händelser i verksamhetssystemet Treserva

4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten kopplat till patient.

Enhetschefen ansvarar för att gå igenom avvikelserapporten med berörd omvårdnadspersonal. Legitimerad personal ansvarar för att vidta åtgärder beroende på avvikelsen/tillbudets karaktär samt för att dokumentera i journal. Legitimerad personal ska informera patient/närstående om avvikelsen föranlett en negativ händelse eller tillbud av vikt.

Medicinskt ansvarig (MAS/MAR) utreder allvarliga avvikelser/tillbud och anmäler dem till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket samt eventuellt till tillverkare och Hjälpmedelscentralen. MAS/MAR utreder och bedömer om en Lex Maria-anmälan skall göras till IVO.

Avvikelser i vårdsamverkan ska analyseras på systemnivå.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10§ p1-2

Målen 2021 avsåg
SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation åtgärd), förändring och komplettering av befintligt material som implementeras 2021. Det har implementerats i olika intervaller under vår och höst då det inte nått ut helt optimalt. En ny insats gjordes december 2021 för att säkerställa implementeringen. Man lade ansvaret på sjuksköterskorna att ställa frågor enligt SBAR vid rapportering.

Förändring i delegeringsprocess av läkemedel, ett webbmaterial implementeras januari 2021. Förändringen betyder att medarbetaren först gör en webbutbildning och därefter träffar utbildningsansvarig sjuksköterska under en halvdag och svarar på individuella kunskapsfrågor. Detta har fallit väl ut men brister i att alla inte alltid har varit förberedda inför mötet med utbildningsansvarig sjuksköterska.

Samverkansavvikelser skrivs i gemensamt avvikelsesystem MedControl Pro (inleddes 2021) det är ett digitalt system där verksamheterna inom Trygghet och stöd och externa såsom sjukhus, ambulans, vårdcentral osv. kan lägga avvikelser digitalt till varandra. Ett hinder har varit att systemet kräver SITHS kort (är en elektronisk identitetshandling som används för säker identifiering av både personer och system inom regioner) och den hanteringen har tagit tid. Fortfarande har flertalet av enhetschefer inte fått detta. Plan finns för gemensam fotografering under våren 2022.

Vaccination av brukare och personal har genomförts. Dos 1-3 till brukare/ patient har givits av legitimerade sjuksköterskor i kommunen. Dos 1-3 till personal har givits av externa vårdgivare. Kommunen har varit behjälplig med hantering och anmälan av dos 1 och 2 för personal. Kommunen har löpande försökt underlätta för personal att vaccinera sig, bland annat genom att erbjuda att göra det på arbetstid. Detta i syfte att försöka minska risken för smittspridning. Anhöriga och brukare har signalerat till ledning att de är oroliga att ovaccinerad personal dyker upp.

Den planerade palliativa utbildningen i samarbete med Betaniastiftelsen för all omvårdnadspersonal och legitimerad personal har inte genomförts då beslut har saknats.

Övriga utvecklingsområden

Pandemin
2020 och 2021 har till allra största del präglats av pandemin och påverkat samtliga verksamheter inom Trygghet och stöd i olika omfattning. Detta har gjort att tid för utveckling har varit starkt begränsat.

Första fallet av Covid -19 dyker upp och blir känt i Kina i januari 2020. Första verifierade fallet i Sverige diagnosticerades den 31 januari 2020 i Jönköping. Den 1 februari klassade regeringen, efter begäran från Folkhälsomyndigheten, infektionssjukdomen covid-19 som samhällsfarlig sjukdom.

Första perioden var under 2020 mellan mars och september. Den andra perioden startade oktober 2020 och pågick till januari 2021. Den tredje vågen var mellan februari 2021 till juni 2021 och den senaste perioden är från juli 2021 och framåt. 2021 dominerade delta varianten som visade sig smitta lättare än alfa varianten och beta varianten. Den 21 november 2021 upptäcktes omikron varianten i Sverige, denna variant har i sin tur varit mer smittsam än delta varianten. Denna variant visade sig att även vaccinerade fick Covid-19 men mer lindrigt. Spridningseffekter hos olika åldersgrupper kan dock även kopplas till vaccinationsstatus för grupperna.

Under 2020 och 2021 har huvuduppgiften varit att förebygga smittspridning och sjukdom i Covid -19 hos de mest sjuka äldre, i hemsjukvård, på vård och omsorgsboende och i ordinärt boende. Hela samhället påverkades och helt nya insatser prioriterades.

Sektorledning, enhetschefer och personal har prioriterat arbetet för att förhindra smittspridning till äldre och andra riskgrupper. Som riskgrupp räknas bland annat äldre (över 70 år) samt patienter i palliativ vård, vilket inkluderar merparten av alla patienter inom hemsjukvård, vård-och omsorgsboende och stöd i ordinärt boende.

Verksamheterna har i olika omfattning arbetat på prioriterad nivå, vilket innebär att andra insatser fått stå tillbaka. Som exempel på andra insatser kan nämnas bedömningar gällande nutrition, fall, registreringar i olika register och mer administrativa vårduppgifter. Tid för att delta eller bedriva nödvändig utbildning har begränsats, förutom hygienutbildning, en vårdskuld har uppkommit.

De dagliga mötena i ledningsgruppen återupptogs under hösten 2021. Sektorns ledningsgrupp inkl. MAS och verksamhetsområdenas ledningsgrupper har på motsvarande sätt haft möten för att leda verksamheternas arbete under pandemin.

Förvaltningsledningen har haft daglig avstämning sedan hösten 2021. Där bland annat sjukskrivning och insjuknade brukare/patienter har bevakats.

Sektorn har deltagit och samverkat regelbundet i digitala möten med vårdhygien, smittskydd, med primärvårdens vårdcentraler och sjukhus. Samverkan har varit viktigt för att finna bästa möjliga lösningar allteftersom olika problemområden uppstod. Likaså gällande riktlinjer och rutiner, allt för att finna lösningar för att skydda brukare/patienter på bästa möjliga sätt.

Vårdpersonal, enhetschefer och legitimerad personal har arbetat hårt under en längre tid med att använda skyddsutrustning, följa reviderade rutiner, fått sina semestrar indragna, arbetat extra och arbetat med låg bemanning för att skydda våra mest sköra äldre och riskgrupper. Riktlinjer har reviderats och handlingsplanen har skrivits om ett flertal gånger, vilket i sin tur innebär att chefer och personal fått nya riktlinjer och rutiner att förhålla sig till. På samma sätt har riktlinjer gällande skyddsutrustning förändrats. Detta har ställt stora krav på att all personal under året varit uppdaterade på aktuella riktlinjer/rutiner för att göra rätt. Våra patienter/ brukare har också fått göra stora inskränkningar i form av olika aktiviteter som inte blivit av och vistelse på rummen vid misstanke om smitta.

En materielgrupp för skyddsutrustning arbetar fortlöpande vidare och har avstämning varannan vecka. Deras främsta uppdrag är att hantera beställning av skyddsmaterial, logistik och leveranser samt att vara

sakkunniga. Gruppen bestod av MAS, administratör och enhetschefer från flera verksamheter. Gruppen har även ansvar för att säkerställa lagerhållning av nödvändig skyddsutrustning för 3 månader.

För att skydda patienter/brukare har provtagning för Covid -19 gjorts vid minsta symptom hos patienter/brukare och personal. Provtagning av patienter har gjorts av sjuksköterskor i hemsjukvård. Personal har provtagits genom PCR då en provisorisk mottagning öppnat på Kvarnkullen där prov går till närliggande Vårdcentral och svar till ansvarig vårdcentral.

Då vi under hösten på en del enheter haft spridning bland ovaccinerad personal påbörjades december 2021 egentester 3 gånger per vecka utav personal. Provtagningen är frivillig, det ska göras innan arbetspasset och de som inte gör det ska använda både visir och munskydd. Vid en ökad smittspridning kan enhetschef initiera i samråd att prover tas dagligen.

Kommunen har god samverkan med primärvården. Kommunen har haft avstämning minst varannan vecka och vid behöv även tätare. Primärvården har i samverkan med berörda enheter i kommunen, inlett smittspårning när personal eller patient/brukare på enheten insjuknat i Covid -19. Screening, test för Covid -19, har gjorts i förebyggande syfte för att säkerställa att brukare inte för med smitta vid inflyttning till boende och i samband med att patient lämnar sjukhus för att återgå till korttidsenhet eller hemtjänst.

Rapport till myndigheter
Förvaltningsledningen har varje vecka inrapporterat lägesbilden och antal smittade till Socialstyrelsen. Kommunens säkerhetsansvarig har varannan vecka rapporterat in hur det ser ut gällande påverkan varannan vecka till Länsstyrelsen.

Samverkanspartner i kommunen
MAS har medverkat i Rådet för funktionshinderfrågor (RFF) och FUB och informerat om Covid -19.

Besöksförbud tillfälligt
Nationellt besöksförbud i äldrevården infördes av regeringen den 31 mars 2020 och upphörde den 1 oktober 2020. Kommunen hade under 20 januari 2021 till och med 9 februari 2021 ett tillfälligt besöksförbud som ansöktes via Länsstyrelsen. Besöksförbudet berörde alla äldre boende i Kungälvs kommunen.

Tillsyn MAS
Under 2021 gjorde Mas tillsyn på äldreboende där Mas framför allt tittar på hygienutrymme så som tvättstuga och sköljrum. På vissa enheter blandas bäckenspolare och tvättmaskin att de står bredvid varandra. Detta är inte optimalt och något man behöver ha i åtanke vid ombyggnationer och nybyggnationer.

Läkemedelgranskning
Under november 2021 köptes en tillsyn från apoteket. Kommunen kommer utifrån tillsynen upprätta ett nytt Kommunalt akut läkemedelsförråd (KAF) och även se över hanteringen av smärtplåster. Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att säkerställa läkemedelsprocessen utifrån synpunkter från apotekstillsynen.

Digital signering
Medication Care Support System (MCSS) är en lösning för mobil och digital signering inom kommunal omsorg. MCSS digital signering är införd på alla berörda enheter inom kommunen. MCSS skickar ut påminnelse vid varje tillfälle ett läkemedel inte givits i tid, samt ger möjlighet till uppföljning av läkemedelshanteringen. Brukare med kommunal hemsjukvård avvänder MSCC med undantag för de som har privata utförare. MCSS ger en säkrare läkemedelshantering.

Fortsätt arbetet med att säkerställa avvikelsehanteringsprocessen
Under året 2021 har vi arbetat med avvikelser i Treseva. Enhetschef får ett meddelande när det kommer en avvikelse. Systemet har inte haft några avbrott såsom pågick under 2020. Externa utförare har tillgång till kommunens avvikelsesystem i Treserva vilket är positivt.

Säkerställa att riskbedömningar utförs enligt plan
Målet är att 100 % av personer 65 år och äldre och har hemsjukvård erbjuds riskbedömning. Under 2021 är riskbedömning en del av de arbetsuppgifter och insatser som till viss del fått stå tillbaka när verksamheterna tvingats att arbeta på prioriterad nivå för att kunna hantera pandemin.

Fortsätt säkerställa processen "trygg och säker utskrivning från slutenvård" i samverkan med vårdcentral och sjukhus
För att säkerställa trygg och säker utskrivning har alla berörda verksamheter inom delregional samverkan SIMBA gjort s.k.GAP analyser över identifierade brister inom det egna ansvaret. Syftet är att varje verksamhet ska förbättra och åtgärda i sin egen verksamhet. Berörda verksamheter inom Kungälvs kommun har vidtagit åtgärder framför allt gällande att lämna bättre uppgifter i vårdbegäran gällande patientens funktionsstatus till sjukhuset. Uppgift om funktionsstatus kan ske under förutsättning att patienten gett sitt samtycke. Processen med Skaraborgsmodellen gällande in och utskrivning har påverkats negativt av pandemin.

Fortsatt samverkan i omställningen till "Nära Vård"
Omställning till Nära Vård fortgår nationellt. Alla ledningsgrupper inom sektor Trygghet och stöd har informerats om omställningen. Den 1 september 2021 anställdes en projektledare för Nära vård i Kungälv för att hålla samman arbetet i kommunen. GR har sammanställt en slutrapport av resultatet av workshops som gjordes under år 2020. Rapporten kan användas som stöd för kommunernas fortsatta arbete med omställning nära vård. GR har under året haft ett flertal webbinarium med olika teman för att ge information, förslag och inspiration till utvecklingsarbete. Under hösten har GR haft en samverkansgrupp med representanter från medlemskommunerna där syftet har varit att stötta och delge varandra goda exempel. Flera FoU rapporter om kommunernas omställning till Nära vård har också tagits fram och FoU i väst. SIMBA har under hösten arbetat fram en samverkansplan och handlingsplan för "Hälsa och den nära vården 2022-2023".

Andnings- och positioneringsutbildning
Fortsatt kompetenshöjning inom området och för omvårdnadspersonal inom hemtjänst, vård- och omsorgsboende och funktionshinder sker under våren 2021. Utbildningar startade i samband med Covid-19 utbrottet och för att möta behovet av andningsgymnastik/positionering för sjuka Covid-19 patienter och brukare. Samtliga boenden erhåller material som rehab sedan följer upp med strukturerade utbildningstillfällen på plats i de olika verksamheterna.

Förflyttningsteknik
Personal inom hemtjänst, vård och omsorgsboende och funktionshinder har genomgått de praktiska utbildningarna som genomfördes under året (sex tillfällen under våren, åtta tillfällen under hösten). Totalt 16 tillfällen har erbjudits varav två tillfällen ställdes in på grund av för få deltagare. Grupperna har varit anpassade utifrån avstånd mellan deltagarna. Elever från Omvårdnadsprogrammet har genomgått utbildningen även i år. Digitalt material har sedan 2020 sammanställts ihop med metodutvecklare som ett komplement till utbildningen för sommarvikarier.

Rehabombud inom Vård- och omsorgsboenden
Under hösten genomfördes och utvärderades två utbildningstillfällen för rehabombud inom vård och omsorgsboende. Utbildningens syfte är att öka kunskapen kring grundutrustning och vad som ingår i denna. Övriga planerade utbildningstillfällen för rehabombud fick pausas under våren på grund av pandemin.

Digitala lösningar för Rehabinsatser
Nytt system för träningsprogram och instruktioner demonstreras för enheten och testas sedan under en månad. Detta för att kunna bedöma användarvänlighet och digitala funktioner för patienter. Fortsatt kartläggning av nytt system sker under våren 2022.

Klassificering av vårdåtgärder – KVÅ koder och digital signering av ordinerade och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser
Införandet av digital signering infördes under 2020 och implementerades fullt ut våren 2021 för samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut). Koderna som tidigare läggs in i systemet MCSS (Medication Care Support System). Verksamheten har redovisat KVÅ koder till Socialstyrelsen. Bland annat så har en ersättning utgått till kommunen på antal vaccinerade patienter.

Rehabiliteringsinsatser för köpta korttidsplatser i Ale
Via avtal köper Kungälvs kommun 10 korttidsplatser i Ale kommun. I platserna ingår rehabiliterande insatser men under 2021 knyts ett tillfälligt tilläggsavtal där Kungälvs kommun skall ansvara för sina egna patienter. Snart står det klart att patientsäkerheten äventyras då bl.a. informationsöverföringen inte fungerar. De båda kommunerna har olika rapporteringssystem och olika rutiner. Riskbedömning görs och utifrån denna återgår insatserna och ansvaret till Ale i slutet av året.

Anhörigstödet – Hälsofrämjande förebyggande enheten
Enheten har under vecka 38 planerat och genomfört den s.k. nationella Hygienveckan. Veckan genomfördes inte som tidigare år på grund av pandemin utan aktiviteterna genomfördes till stor del digitalt. På intranätet publicerades två artiklar om vikten av att följa magsjukerutiner respektive korrekt handskanvändning. I sociala medier lyftes hygienfrågor i form av dagliga hygienfrågor på kommunens Instagram-konto samt två filmade intervjuer med en läkare på både Instagram och Facebook. Filmerna fick 1476 respektive 1534 visningar totalt. Det genomfördes även en handhygiensaktivitet med hjälp av en handdesinfektionsmaskin som lånades av sjuksköterskeenheten. Genom att låtsas sprita händerna med en särskild vätska fick människor med hjälp av maskinen direkt se var de missar att sprita händerna. Totalt testade 68 personer maskinen och samtliga blev förvånade över hur mycket de missar när de spritar sina händer.

Årets hälsofrämjande förebyggande arbete har till stor del haft fokus på äldre och att involvera fler i sin egna hälsa. Nära samverkan har skett med Rehabenheten och Folkhälsan. Digitala föreläsningar, pausgympa, informationsfolder m.m. har genomförts.

Anhörigstödet genomförde samtal mestadels digitalt under våren men öppnades upp för individuella möten och grupper under hösten. Samtalen riktar sig till anhöriga med närstående under 65 år med missbruksproblematik, psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar samt till anhöriga med närstående över 65 år med kognitiva nedsättningar så som vid demens, stroke och parkinson.

Samverkan med GR
En av enhetscheferna har varit med i ett projekt tillsammans med GR där man tittat på hur mycket en patient med en specifik diagnos kostar för kommunen i förhållande till sjukhusvård. Patientexemplet från Kungälv hade en höftledsfraktur och resultatet efter uträkningar blev att patientens vård under en månad blev 5967kr/dygn (i kommunen).

En del av sjuksköterskorna har varit med i ett projekt via GR där de fick besvara en enkät om personcentrerad vård.

Sjuksköterskorna har under året två gånger under en 2-veckorsperiod, höst och vår antecknat alla patienter som åkt in till sjukhuset av olika anledningar. Läkare från sjukhuset och primärvården sitter sedan tillsammans med enhetschef för sjuksköterskorna och går gemensamt igenom listan för att se om det hade gått att hindra inläggningar på sjukhuset. Målet med arbetet är att så få som möjligt ska behöva åka till sjukhuset och istället skötas vi a primärvården och kommunen.

Medicinskt ansvariga är inbjudna till Nätverksträff i samverkan på GR där dialogmöten skett, avtalsinformation och information bland annat från myndigheter givits.

4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Här beskrivs vilka processer som identifierats där samverkan behövts för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada samt hur samverkan sker i den egna verksamheten och med andra vårdgivare. Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan vårdcentral och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

En viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är hur kommunens verksamheter för hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar med andra vårdgivare.

Samverkan inom kommun samt med andra vårdgivare
Inom Samverkan i Mellersta Bohuslän och Ale (SIMBA) och inom Närområdesgruppen arbetar vårdcentralerna, sjukhuset och kommunerna med samverkan över vårdgivargränser för att förebygga att vårdskador uppstår. SIMBA är en samverkansorganisation för hälsa och den nära vården i Stenungsund, Ale, Kungälv och Tjörn.

Kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar med sjukhus och vårdcentral. Regelbundna möten sker områdesvis mellan vårdcentralernas läkare och hemsjukvårdens sjuksköterskor.

Inom kommunens olika verksamheter sker strukturerad samverkan mellan yrkesgrupper och enheter. Kommunal hälso- och sjukvård arbetar i samverkan med funktionshinder, socialpsykiatri, hemtjänst och vård och omsorgsboende.

Nära Vård och Mobila team
"Nära vård" är en pågående nationell omställning av hälso- och sjukvård, med syfte att behålla eller öka kvaliteten i Hälso- och sjukvården och möta den demografiska utvecklingen. För att ha kontroll på kostnaderna kan inte vård och omsorg organiseras på samma sätt som idag. Det krävs en struktur och organisationsförändring för att såväl åstadkomma en ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Omställningen innebär att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd, primärvården, observera att den kommunala hälso- och sjukvården på vårdnivå är en del av primärvården. Målet är att de patienter som kan vårdas i hemmet ska få sin vår där i ordinärt boende. Närhet kan innebära geografisk närhet, relationsnärhet samt tillgänglighet. Omställningen pågår mellan 2017-2027.

"Mobil närvård" är samverkan mellan sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentralsläkare. Mobil närvård möjliggör att patienten får hembesök av läkare tillsammans kommunal sjuksköterska samma dag eller dagen efter att behov av läkarkonsultation påtalats.

"Mobilt palliativt team (MPT)" utgår från slutenvården och ska bedriva specialiserad palliativ vård i hemmet som komplement till och i samverkan med vård och omsorg som ges av andra vårdgivare för patienter boende i SIMBA-området. Teamet ska finnas tillgängliga för konsultverksamhet för primärvård, kommun och sjukhuset.

"Närsjukvårdsteam (NSVT)" utgår från slutenvården och bedriver specialiserad vård i hemmet, det vill säga vård som kräver specialistmedicinsk kompetens och specialistkompetens inom omvårdnad och som utgår från specialistvårds-verksamhet. Vården sker i samverkan med hemsjukvårdsläkare, och kommunal hälso- och sjukvård. Här pågår just nu inget samarbete på grund av att ansvarsförhållande behöver tydliggöras. En revidering av hälso- och sjukvårdavtalet är försenat och pågår.

Gränsdragningsproblematik
Det finns fortfarande en del oklarheter till ovan beskrivna omställning och mobila team som utgår från sjukhus och specialistvård. Oklarheterna består främst av två delar. Dels handlar det om vad lagen avser är primärvårds ansvar, vårdcentral/primärkommunalt hälso- och sjukvårdsansvar och dels handlar det om resursfrågan. Utifrån att en förskjutning av vården sker så kommer fler att vårdas av kommunal hälso-och sjukvård, på korttidsenhet och i hemtjänst vilket kommer att kräva mer resurser i kommunen. Under 2020-2021 har frågorna lyfts på övergripande nivåer. Frågorna är komplexa och delade meningar råder. Frågorna kommer bland annat att redas i och omhändertas i revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet.

Beslutsstöd
Används av hemsjukvårdens sjuksköterskor för att systematiskt bedöma patientens tillstånd för att patienten ska få vård på rätt vårdnivå. Beslutstödet innehåller bedömningsparametrar som är till stöd för beslut.

Tandhygienist i kommunal verksamhet (TAIK)
Är ett projekt som löper fram till december 2022, där tandvården bidrar med en tandhygienist på halvtid, med start den 1 oktober 2018. Tandhygienisten (TAIK) arbetar som munvårdskonsult och är en integrerad del av kommunal verksamhet. TAIK ska vara sakkunnig i tandvårdsfrågor, samt kvalitetssäkra och stärka kompetens och rutiner inom kommunal omvårdnad med avseende på munvård. Projektet är riktad mot målgruppen 65+.

TAIK har bland annat under 2021:

- Arbetat fram ett informationsmaterial om Intyg om nödvändig tandvård som skickats ut till alla som har hemtjänst inom Kungälvs kommun.
- Tagit fram en utbildning i munhälsa till hemtjänstgrupperna i kommunen och börjat utbilda omvårdnadspersonal i hemtjänsten.
- Startat en tandvårdsgrupp i kommunen med representanter från olika delar av verksamheten, vars uppdrag är att få till förändringar och rutiner lättare vad gäller munhälsa.
- Fortsatt samarbete med bistånd för att öka antalet Intyg om nödvändig tandvård i kommunen. Digital föreläsning för 65+ i samarbete med kommunens dietist. Bra mat och mun för äldre.

4.6 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Hälso- och sjukvården använder sig av Socialstyrelsens beslutsmatris vid riskanalys, se kapitel 3. Processägare (sektorchef och verksamhetschef hälso- och sjukvård) har genom processteamarbete identifierat risker på systemnivå som resulterat i att riskanalyser har utförts under år 2021 enligt kvalitetsplan. *SOSFS: 2011:9, 5 kap.1 §*.

Riskbedömning har med anledning av Covid -19 skett av lokaler, så att avstånd kan hållas, material samt avseende personal som är riskgrupp, exempelvis astmatiker och gravida.

4.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Personal inom sektor Trygghet och stöd är enligt lag skyldiga att rapportera en negativ händelse eller ett tillbud. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapporterna ska lämnas till vårdgivaren.

Avvikelserapporteringen sker i verksamhetssystemet Treserva. Den som upptäcker en negativ händelse registrerar den i systemet. Personalen använder avvikelsesystemet, dock finns fortfarande brister i analys och uppföljning.

Inget stopp i Treserva under 2021.

4.8 Hantering av synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen under kapitel 3. Om synpunkt eller klagomål resulterar i en avvikelse behöver den hanteras.

4.9 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Genom ***vårdplanen*** blir patienten delaktig i sin omvårdnad. Närstående blir delaktiga om patienten så önskar och ger sitt samtycke.

Den enskilde och/eller dennes god man/närstående är delaktig i sin omvårdnad i största möjligaste mån. Detta sker på olika sätt i olika verksamheter, exempel kan vara vårdplanering, vid upprättande av individuella planer (SIP) och samverkansmöten. Patientansvarig sjuksköterska har regelbunden kontakt med patienter inom sitt omvårdnadsansvar.

4.10 Resultat

Strukturmått (utgör förutsättningar för att nå definierade mål)
Alla medarbetare som är aktuella för att ta emot en delegerad arbetsuppgift måste först genomgå en utbildning i läkemedelshantering. Kravet för att få delta på utbildningen är att medarbetaren har läst ett instuderingsmaterial och genomfört en webbutbildning.

Utbildningen avslutas med ett kunskapstest och om medarbetaren blir godkänd på kunskapstestet bokas denne in för genomgång med sjuksköterska. Sjuksköterskan bedömer då om den enskilde medarbetaren är lämplig att ta emot en delegering, att medarbetaren har förståelse för vad en delegering innebär samt att denne kan utföra arbetsuppgiften på ett säkert sätt.

Processmått (utgörs av aktiviteter som genomförts för att uppnå definierade mål)
För att sätta processmål gentemot patientsäkerhetsfrågor krävs att verksamheten har möjlighet att ta ut statistik från verksamhetssystemet. Införande av "Klassifikation av vårdåtgärder"(KVÅ) förväntas öka möjligheterna till bättre uppföljning av åtgärder.

Resultatmått
Totalt inskrivna i hemsjukvården under året är 1309 totalt varav 235 är under 65. Varje månad skrivs i genomsnitt 60 in i hemsjukvården och i genomsnitt 45 personer skrivs ut. Det är en marginell minskning från år 2020 med 37 individer. Genomsnittet inskrivna patienter per månad är 887 personer varav 185 personer under 65 å. Tittar man på genomsnitt antal patienter under året är det: 906: Lägsta månad Februari då var det 866 och högsta oktober 939.

Sjuksköterskeverksamheten har under år 2021 erbjudit 43 utbildningstillfällen inför läkemedelsdelegering. Antalet anmälda till utbildningen var 465 stycken, av dessa var det 92 medarbetare som inte kom och 56 medarbetare som inte hade gjort webbutbildningen eller läst instuderingsmaterialet, dessa hänvisades då att anmälas på nytt till ett annat utbildningstillfälle. Totalt resulterade detta i att 317 medarbetarna deltog på utbildning. Av dessa 317 underkändes 54 medarbetare på kunskapstestet. Av det totala antalet inbokade på utbildningen var det, av olika anledningar, 56% som fullföljde utbildningen och bokades in för genomgång med sjuksköterskan.

87 stycken medarbetare har varit anmälda till utbildning inför insulindelegering, av dessa var det 68 stycken som deltog på utbildningen.

Dietist har under året utbildat 36 undersköterskor vid sex tillfällen. Fyra tillfällen blev inställda på grund av Covid. Det har varit tre kostombudsmöten både fysiska med färre deltagare och ett digitalt.

Metodstöd nutrition vid palliativ vård har tagits fram i det gemensamma nätverket för västsvenska kommundietister och informerats och utbildats om i kommunen.

Dietist har varit delaktig i framtagandet av appen Matfröjd som lanserades av Hushållningssällskapet i början av året. Den finns nu tillgänglig för hemtjänst och korttidsboende samt marknadsförs av förebyggande enheten till hemmaboende äldre.

Under 2021 har också utarbetats en Lokal Psykiatriplan som nästan är klar.

Palliativ vård och Svenska Palliativregistret
Socialstyrelsens utvärdering av den palliativa vården i livets slutskede visade att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl regioner som kommuner. Vården och omsorgen behöver lägga ytterligare kraft på att i högre grad följa det nationella kunskapsstödet, kompletterat med det nationella vårdprogrammet som ska utgöra en gemensam grund för en god och jämlik palliativ vård i livets slutskede.

Två av målnivåerna är att 100 % av alla patienter som är bedömda att vara i livets slutskede har smärtskattats och 90% fått en munhälsobedömning sista levnadsveckan.

I kommunens hemsjukvård kan man från registret utläsa att år 2021 smärtskattades 58,3 % av patienterna samt att munhälsobedömning utfördes på 42,4 %. Verksamheten behöver bli bättre på att dokumentera i registret.

En förutsättning för att nå målnivåerna och ge god vård i livets slutskede är att alla personalkategorier som vårdar patienter erbjuds fortbildning i Palliativ vård, Socialstyrelsens Kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slut.

Inom hemsjukvården har en Web-utbildning i Palliativ vård tidigare erbjudits via regionalt cancercentrum, RCC. Syftet är att säkerställa att all nyanställd personal i hemsjukvården får kunskap om palliativ vård. Utbildning via RCC har nu upphört, under 2021var målet att Betaniastiftelsens utbildning skulle användas i stället men ingen utbildning har fått utrymme då vi haft en hög omsättning av sjuksköterskor samt pågående pandemi.

Sjuksköterskorna har börjat utbilda vårdpersonal på ett av vård- och omsorgsboendena i palliativ vård. Utbildningen kommer att hållas i alla hemtjänstgrupper och på alla boenden under 2022. Under året har också flera verksamheter tillsammans arbetat med en rutin för hur Vård i livets slut för patienter utan hemtjänst ska kunna ske på ett bra sätt då dessa patienter hamnar mellan stolarna, denna är dock inte helt klar.

Under 2021 beslutades det på verksamhetsnivå att använda Palliativregistrets närstående enkät vilket skickades ut till patienters närstående efter dödsfall, det blev en bra respons från närstående och gick att genomföra första halvåret men sedan blev tyvärr personalbrist i hemsjukvården för stor och utrymme att fortsätta försvann.

Svenska palliativregistret

År	antal avlidna	varav på sjukhus	varav på hospice	antal patienter som inte är registrerade i palliativ-registret	antal registrerade i palliativ-registret	varav särskilt boende	varav ordinärt boende	varav korttids-boende
2016	267	68	9	26	164	83	56	25
2017	264	53	5	10	196	111	51	34
2018	270	56	7	26	181	106	44	31
2019	238	43	4	16	175	91	52	32
2020	287	56	4	31	196	106	72	18
2021	270	55	3	56	156	84	57	15

Uppgifterna i ovanstående tabell är hämtade ur verksamhetssystemet Treserva samt ur Svenska Palliativregistret

Nödvändig tandvård (N-tandvård)
Totalt finns 793 intyg om nödvändig tandvård utfärdade inom LSS, vård- och omsorgsboende samt ordinärt boende i Kungälvs kommun. Det är en ökning av utfärdade intyg på totalt 46 stycken intyg jämfört med 2020. Tidigare år var siffran 12.

Till årlig munhälsobedömning (uppsökande tandvårdsbesök) har totalt 485 personer tackat ja. där har antalet jag sägare ökat med nästan 60 stycken. De som tackat ja utgör 61 % av intygsinnehavarna. (tidigare år var siffran 57%). Det finns en förbättringspotential i att identifiera fler personer inom både LSS, vård- och omsorgsboende samt ordinärt boende som kan vara berättigade till tandvårdsintyg.

Folktandvården som har den uppsökande verksamheten ger också utbildning till omvårdnadspersonal. de har under året utbildat 125 medarbetare.

4.10.1 Inkomna avvikelser under året och analys

Det finns en osäkerhet på tillförlitligheten av antalet registrerade avvikelser. Verksamhetens erfarenhet är att avvikelsesystemet i Treserva är svårt att hantera och är inte användarvänligt. MAS och verksamhetschef har den uppfattningen att fler registrerar avvikelser än tidigare. Kunskapen och vikten av att registrera avvikelser har ökat.

Vårdpersonal signerar ca 110 000 insatser per månad, varav 90 % avser läkemedelssigneringar (narkotiska preparat 1 015 signeringar.) Andra insatser kan vara HSL insatser från sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. 83 procent ges i tid.

Under året 2021 har ingen avvikelse gått vidare som Lex Maria anmälan till Inspektion för vård och omsorg.

Inga ärenden har inkommit till patientnämnden från Kungälv under 2021.

Avvikelser med medicintekniska produkter
Inga anmälningar om negativa händelser avseende medicinteknisk produkt har rapporterats in till Läkemedelsverket av MAR.

Avvikelsetyp	Utfall år 2021	Utfall år 2020
Avvikelse från annan vårdgivare	34	15
Avvikelse skickad till annan vårdgivare	55	91
Avvikelse där läkemedel varit inblandade	1 721	1 672
Fallolycka som leder till ingen eller mindre kroppsskada	1 803	1 722
Fallolycka som leder till allvarlig kroppsskada	0	2
Avvikelse där medicinteknisk produkt varit inblandad	111	109
Utebliven behandling	15	59
Felaktig behandling	8	0
Brist i informationsöverföring som leder till avvikelse	73	86
Infektioner som har uppkommit under vårdtiden	3	1

Antalet rapporterade fallolyckor har ökat med drygt 4,7 %, ingen är inrapporterad som allvarlig kroppsskada. Antalet avvikelser där läkemedel varit inblandat har ökat med drygt 2,9 %.

4.10.2 Frågeformulär patientsäkerhet

4.10.2.1 Patientsäkerhet

Fråga	Svar, Antal	
Är ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete känt för dina medarbetare	Ja	27 (st)
	Ej svarat	2 (st)
Är riktlinjer och rutiner i ledningssystemet kända för dina medarbetare	Ja	25 (st)
	Nej	2 (st)
	Ej svarat	2 (st)
Är riktlinjer och rutiner för systematiskt kvalitetsarbete ett stöd i arbetet.	Ja	27 (st)
	Ej svarat	2 (st)
Är instruktion "När och hur kontaktas sjuksköterska", alt. "Kontakta arbetsterapeut och fysioterapeut i hemsjukvård – när och hur" känd och tillgänglig för dina medarbetare.	Ja	26 (st)
	Ej svarat	1 (st)
Är riktlinjen för läkemedelshantering känd av dina medarbetare	Ja	26 (st)
	Ej svarat	2 (st)
Tillämpar alla berörda medarbetare basala hygienrutiner	Ja	26 (st)
	Ej svarat	2 (st)
Erbjuds alla patienter/brukare riskbedömning enligt riktlinje för förebyggande arbetssätt	Ja	16 (st)
	Nej	9 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Har avgiftsfri munhälsobedömning erbjudits före inflyttning till vård och omsorgsboende?	Ja	19 (st)
	Nej	5 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Är rutinen för hantering av grundutrustning känd av dina medarbetare	Ja	10 (st)

Ovanstående frågor gällande patientsäkerhet besvaras av enhetschefer för boenden, hemtjänst samt hemsjukvård.

4.11 Mål och strategier för kommande år

Avvikelser
Revidering av processen för avvikelsehantering och säkerställa användarvänlighet och att rutinen görs känd ute i verksamheterna.

Ledningssystemet
Revidera Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och säkerställa att det och uppföljningen av densamma är användarvänligt och görs känt ute i verksamheterna.

Demensteam
Kommer att införas våren 2022. Medverkande i teamet kommunal utförare av hemtjänst i samarbete med hälso- och sjukvård.

Palliativ Vård
Rutinen Vård i livets slut för patienter utan hemtjänst ska kunna ske på ett bra sätt då dessa patienter lätt hamnar mellan stolarna. Ska under våren 2022 göras klar för alla inblandade verksamheter. Alla nyanställda sjuksköterskor ska få en bra introduktion i våra arbetsrutiner kring den palliativa patienten. Nytt uppdaterat nationellt vårdprogram från 2021 om palliativ vård ska implementeras i hemsjukvårdens verksamhet. När RMR Palliativ vård är klar ska den implementeras.

Nära vård 2022
Sektorsledningen inom Trygghet och Stöd har tillsammans med projektledaren för Nära vård påbörjat arbetet med att ta fram en plan för kommunens omställning, både på lång och kort sikt. Omställningen till Nära vård är satt till år 2027 av regeringen. Som stöd i omställning har vi bland annat SIMBAS handlingsplan för hälsa och den nära vården 2022-2023.

Utbildning
Utbildning kommer ges under året till legitimerad personal under året i Clinical frailty scale (CFS) Det är en utbildning i skattning av skörhet enligt CFS är ett av fler verktyg för att göra en välgrundad klinisk bedömning av äldre och multisjuka.

Omtag av VISAM beslutstöd, en form av dokumentation vid förändrat hälsotillstånd. Gemensamma rutiner i beslutstöd för SIMBA området ska tas fram. Utbildning kommer att genomföras.

Utbildning i palliativ vård är planerat att genomföras i alla berörda utförardelar inom sektor Trygghet och Stöd under år 2022. Utbildningen hålls av sjuksköterskor från hemsjukvården.

Digitala lösningar för Rehabinsatser
Nytt system för träningsprogram och instruktioner demonstreras för enheten och testas sedan under en månad. Detta för att kunna bedöma användarvänlighet och digitala funktioner för patienter. Fortsatt kartläggning av nytt system sker under våren 2022.

Äldres hälsa
Fokusområde kommer fortsatt vara äldres hälsa med diverse aktiviteter, temaveckor och samarbeten – detta för att involvera fler i sin egna hälsa.

Anhörigstöd
Anhörigstödet planerar att möta upp det växande behovet av stöd framförallt för anhöriga med närstående med psykisk ohälsa.