

Diarienummer: 2022-45

Datum: 2022-02-14

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen år 2021

Innehåll

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen år 2021	1
Inledning	3
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Framtida förbättringsområden	7
Uppdraget	7
Lagar och föreskrifter	7
Vägledande domar	8
Andra huvudmän	9
Utfall	10
Interna kontroller	10
Egenkontroll	10
Internkontroll	10
Framtida förbättringsområde	10
Kvalitetsmätningar	11
Externa kontroller	12
Arbetsmiljöverket	12
Tillsyn av inspektionen av vård och omsorg (IVO)	13
Nationella kvalitetsregister	13
Nationella kvalitetsregister – svenska palliativregistret	13
Nationella kvalitetsregister – Senior alert	14
Nationella kvalitetsregister - BPSD	14
Nationell mätning - PPM	14
Avvikelser och klagomål	14
Klagomål	14
Avvikelser	15
Hälso- och sjukvårdsavvikelser	15
Framtida förbättringsområden	16
Lex Sarah och lex Maria	16
Utförandet	17
Löpande processanalys	17
Patientsäkerhetsarbetet under pandemiåret 2021	17
Kompetensutveckling och åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring ...	18

Inledning

Inom kommunen finns personer med behov av vård, omsorg, stöd och stöttning. Velfärdsstaten reglerar på olika sätt vilka behov kommunen ska tillgodose genom olika typer av styrning, det kan till exempel vara genom lagstiftning eller resurstillförsel. Kommunen utför sedan en mängd olika aktiviteter med syftet att få ett utfall där individens behov tillgodoses enligt det givna uppdraget. För att kunna veta om behoven faktiskt blir tillgodosedda och att bevaka att uppdraget inte förändras behöver kommunen ha ett utarbetat arbetssätt för att kunna granska uppdraget, utfall och utförande. Kommunen måste kunna göra analyser utifrån granskningen och det måste finnas sätt att förändra utförandet i det fall man bedömer att ändringar behövs. Detta utarbetade arbetssätt kallas för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Det är ett verktyg som vi måste ha för att kunna säkra kvaliteten. Ledningssystemet ska vara ett stöd för ledningen att göra verksamheten säker och för att rätt saker görs i rätt ordning och på rätt sätt. Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet fastställs och personalen görs delaktig i kvalitetsarbetet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriver hur kvalitetsarbetet ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren (HSL) och den som bedriver socialtjänst (SoL) som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 3 kap. 1§). Årligen bör det arbete som pågått för att utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras i en kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9 7kap.1§).

Hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet inom välfärdförvaltningen i Munkedals kommun bedrivs beskrivs mer konkret i styrdokumentet *Struktur för systematiskt kvalitetsarbete*¹.

Inom välfärdförvaltningen så har ett omfattande utvecklingsarbete startat med att aktivt kunna förbättra och säkra kvaliteten för att erbjuda insatser av god kvalitet till de människor som behöver vård, omsorg och stöd. Genom att arbeta mer strukturerat och systematiskt med att följa upp och utvärdera verksamheten kan vi identifiera förbättringsområden och/eller visa på att det vi gör är det rätta.

¹ Struktur för systematiskt kvalitetsarbete Dnr: KS 2018-176

Ledningssystemet kommer succesivt att utvecklas för att bli så heltäckande som möjligt. Detta kommer även vägas in i och införlivas på ett naturligt sätt i kommunens övergripande mål- och kvalitetsarbete.

Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet²

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser om hur kvalitén i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Definitionen av kvalitet utgör både grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp samt det som uppnås med hjälp av ledningssystemet³.

Kvalitet definieras på följande sätt 2 kap. 1 § 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
- Beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.⁴

2021 var ytterligare ett år som inte blev som planerat, pandemin covid-19 påverkade hela världen. Arbetsätt, möten och hur vi lever har under året varit anpassade.

Under år 2021 så har förvaltningens ledningsgrupp fått utstå stora förändringar vilket påverkat förvaltningens arbete. I slutet av 2021 så var de vakanta tjänsterna tillsatta och förvaltningens ledning kunde påbörja ett långsiktigt arbete framåt.

² Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen s. 9

³ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen s. 12 ⁴ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen s. 12

Delar av förvaltningens ordinarie kvalitets- och utvecklingsarbete har till viss del stå tillbaka till förmån för arbetet med covid-19.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

Den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse och vårdgivaren (HSL) ska enligt lag senast den 1 mars varje år upprätta en sammanhållen patientsäkerhetsberättelse. Munkedals kommun har för året 2018 beslutat att upprätta en gemensam berättelse för kvalitet och patientsäkerhet. Innehållet i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits och planeras samt vilka resultat som uppnåtts.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har tre huvudkapitel; uppdrag, utfall och utförande.

Uppdraget beskriver de förändringar som skett av uppdraget och på vilket sätt de påverkat sektorn. Förändringar sker genom lagändringar, politiska uppdrag eller förändringar hos andra huvudmän som påverkar omfördelning av ansvar.

Utfallet beskriver i vilken mån vi uppnått de mål som fastställts i uppdraget. Det mäts till exempel genom brukarundersökningar, genom registrerade avvikelser, klagomål, domstolsbeslut och utredningar av missförhållanden eller risker för missförhållanden.

Utförandet beskriver hur verksamheten arbetat med processer, styrdokument och kvalitetsförbättringar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Alla kommuner som bedriver hälso- och sjukvård ska ha en tjänstgörande medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Sedan första oktober 2018 har kommunerna Sotenäs, Lysekil och Munkedal inrättat tjänsten gement. Pandemin har medfört ett större behov av en närvarande MAS vilket lett fram till att Munkedal i slutet av 2020 rekryterade till en ny heltidstjänst, som innebär ett delat MAS och utvecklingsuppdrag.

Patientsäkerhetsberättelsen omfattar alla patienter som Munkedals kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret för.

Vårdgivaren – Valfördsnämnden är vårdgivare och ytterst ansvarig för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet. Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659 3 kap.) och Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL 2017:30 11-13 kap.).

Verksamhetschef hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns.

MAS ansvarar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig vård och behandling
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- rutiner finns så att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd förändras
- utforma och fastställa ändamålsenliga rutiner för läkemedelshantering
- utforma och fastställa ändamålsenliga rutiner för rapportering om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom
- beslut om att delegera vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs och att genomföra regelbundna kvalitetssäkringar av läkemedelshanteringen

Förvaltningschef ansvarar

- för drift, ekonomi, personal och kvalitet- och utvecklingsfrågor inom ramen för styr- och ledningssystem inom sektorn
- gentemot nämnd i ledningsfrågor

Avdelningschef ansvarar för

- verksamheten såsom drift, ekonomi, personal och kvalitet- och utvecklingsfrågor

Enhetschefer ansvarar för att

- se de olika processerna i verksamheten
- personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom förvaltningen ansvarar för att

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Framtida förbättringsområden

- Att under 2022 tydliggöra roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Kunskapsnivån i det systematiska kvalitetsarbetet behöver höjas,
- alla anställda har ett ansvar att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete.

Uppdraget

Välfärdsförvaltningens uppdrag regleras genom lagar och förordningar, genom överenskommelser med andra aktörer och politiska beslut och prioriteringar på olika nivåer. Förvaltningen behöver därför ha en kontinuerlig omvärldsbevakning för att säkerhetsställa att verksamheten anpassas efter de förändrade krav som ställs på verksamheten.

Välfärdsförvaltningens uppdrag är att stödja välfärdsnämnden i dess uppdrag att erbjuda vård- och omsorgsfrågor, kommunal hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg samt stöd och särskild service. Förvaltningen leds av förvaltningschef Catarina Dunghed. Förvaltningschefens uppdrag är i korthet att ansvara gentemot nämnd/styrelse för att politiska beslut genomförs och följs upp samt tillser att åtgärder genomförs i enlighet med kommunens styrdokument.

Lagar och föreskrifter

Sedan förra året så har ett flertal ändringar gjorts i sociallagarna som reglerar socialtjänsten. Det har införts ändringar i SoL och LVU som innebär att socialnämnden har en skyldighet att, efter det att barnet varit placerat i samma fosterhem under tre år, överväga frågan om vårdnadsöverflyttning årligen samt vad som ska beaktas vid sådana överväganden. Vidare har det införts bestämmelser om att en vårdplan som gäller ett barn ska revideras senast när barnet varit placerat i två år, särskilt gällande det långsiktiga boendet.

Det har gjorts ett tillägg i SoL om att den enskilde vid behov ska delta i kommunal vuxenutbildning i svenska för invandrare (sfi) eller motsvarande utbildning, för att anses stå till arbetsmarknadens förfogande en s.k. språkplikt. Om det finns godtagbara skäl så har den enskilde rätt till försörjningsstöd även om personen inte deltar i sfi. Syftet med tillägget är att tydliggöra för den enskilde vikten av att delta i språkutbildning för att därigenom förbättra möjligheten att få ett arbete och att etableras i Sverige. Detta förtydligar vad som ingår i att stå till arbetsmarknadens förfogande.

Det har gjorts ett flertal ändringar som syftar till att stärka barnrättsperspektivet i vårdnadsprocesser, skapa bättre förutsättningar för föräldrar att nå samförståndslösningar och stärka skyddet för barn som riskerar att fara illa. Det har bland annat införts en ny lag om informationssamtal, där föräldrar kan erbjudas informationssamtal under sakkunnig ledning.

Det har gjorts förändringar i Föräldrabalken som bland annat syftar till att barnets bästa ska vara avgörande för alla frågor gällande vårdnad, boende och umgänge. Vidare har socialnämnden i ett förfarande om vårdnad, boende och umgänge getts möjlighet att höra ett barn utan vårdnadshavarens samtycke eller närvaro. Det har även införts en tidsgräns på fyra månader för utredningar i frågor om vårdnad, boende eller umgänge.

Det har införts en bestämmelse i SoL om att det till socialnämndens uppgifter hör att verka för att personer som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende. I HSL och patientsäkerhetslagen har det införts bestämmelser om att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas inom hälso- och sjukvården om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med utsätter barnet eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Det har också införts en sekretessbrytande bestämmelse i OSL som gör det möjligt för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att under vissa förutsättningar lämna uppgifter till Polismyndigheten som rör en enskild eller en närstående till den enskilde i syfte att förebygga att det mot den närstående begås ett allvarligt vålds-, frids-, eller sexualbrott. Vidare har det införts ändringar i LSS och SFB gällande personlig assistans som utförts inom en yrkesmässig verksamhet utan tillstånd⁴.

Vägledande domar

Kammarrätten har under år 2021 avgjort tre domar inom socialnämndens ansvar, KamR 2021.

Målnr/Dnr: 2021-5731

Enligt 2 a kap 8 § 2 p SoL får en person som önskar flytta till en annan kommun ansöka om insatser i den kommunen om han eller hon på grund av våld eller andra övergrepp behöver flytta till en annan kommun men inte kan göra det utan att de insatser som han eller hon behöver lämnas. Då grunden för en sådan ansökan är ett starkt och ofta akut behov av att komma ifrån sin aktuella vistelseort, kan en sådan ansökan inte avslås enbart på den grunden att den enskilde ansökt om samma insats hos flera kommuner.

⁴ Nya sociallagarna. Trettiofemte upplagan. Lars Lundgren, Per-Anders Sunesson. Nordstedts Juridik.

Målnr/Dnr: 2021-1630

En man nekades bistånd enligt SoL i form av daglig verksamhet då behovet kunde tillgodoses på annat sätt. Även om mannen haft ett långvarigt narkotikamissbruk, lidit av psykisk ohälsa och stått utanför arbetsmarknaden under hela sitt vuxna liv, visade utredningen inte att han skulle vara oförmögen att genomföra en arbetsförmågeutredning.

Målnr/Dnr: 2021-597

En grundskoleelev hade rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen i form av skolskjuts. Elevens mor var ensamstående och arbetade på obekvämt arbetstid som intensivvårdssjuksköterska, varför eleven hade beviljats nattomsorg. Elevens behov att ta sig till skolan bedömdes inte kunna tillgodoses på annat sätt än genom skolskjuts. Rådande trafikförhållanden innebar att ett skolbyte inte gjorde någon skillnad. Omstruktureringar i familjens vardag eller familjekontakter kunde inte heller tillgodose elevens behov.

Andra huvudmän

Kommunens verksamheter är i hög grad beroende av andra huvudmän och organisationsförändringar hos dessa kan innebära förändrade förutsättningar och uppdrag för kommunen. Det finns många olika huvudmän, men endast de som under året haft, eller bedöms ha inverkan på Välfärdsförvaltningen inom den närmsta perioden tas upp här.

Västra Götalandsregionen (VGR)

Regionsjukvården består av såväl slutenvård som öppenvård, närsjukvård, tandvård, vårdvalrehab och specialistvård. Ett väl fungerande samarbete med slutenvården, vårdcentral, öppenspsykiatri, vårdval rehab och barn- och ungdomspsykiatri är avgörande för kommunens möjlighet att uppnå kvalitet och patientsäkerhet.

Svensk sjukvård är inne i en stor omställningsprocess, "den nära vården", där vården flyttas ut från sjukhusen till primärvårdsnivå och hemmen. I dagsläget utför kommunen ca 25% av den producerade sjukvården i Sverige vilket bedöms kunna öka. Omställning till den nära vården kommer att innebära en förskjutning av vårdgivargränser och redan nu ser vi ökade krav på den kommunala hälso- och sjukvården. Multisjuka patienter med mer intensiva vårdbehov kommer att vårdas i hemmen. Den nära vården gör att Munkedals kommun kommer att behöva förstärka och utöka personalens vårdkompetens/kunskapsnivå.

Utfall

Interna kontroller

Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt och regelbundet följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat och kvalitet. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroller utförs löpande utifrån lokala rutiner. På grund av den rådande pandemin samt omsättning på personal i förvaltningens ledning så har inte alla inplanerade egenkontroller hunnits med.

Internkontroll

Enligt reglementet för internkontroll har varje nämnd yttersta ansvaret för den interna kontrollen och skyldighet att upprätta en kontrollplan för sin verksamhet. I planen anges vad som ska kontrolleras, hur kontrollen utförs och följs upp. Planen revideras årligen och antas av nämnden.

Intern kontrollplan Munkedals kommun 2021

Tidsperiod: 2021-01-01--2021-12-31

Nämnd: Valfärd

Fastställt av Valfärdsnämnden 2020-12-17 5

Upprättad av: Wivi-Anne Wiedemann

Dnr VFN 2020-14

Område: Valfärds förvaltnings verksamheter

Enhet	Kontrollområde Rutin/system	Risk/ väsentlighet	Dokument	Kontrollmoment	Kontrollant	Metod	Frekvens	Rapportering till
*Adm KS, kommun övergripande granskning	Följsamhet av delegationsordningar	12	Antagna delegations- ordningar	Finns det avvikelser mellan antagna delegationsordningar och fattade beslut?	Nämnd-sekreterare resp. nämnd	Granskning genom stödprov av fattade delegationsbeslut med avstämning mot antagna delegations- ordningar.	Mätning i september 2021.	Förvaltningschef
*Adm KS, kommun övergripande granskning	Verkställs politiskt fattade beslut?	12	Resp. nämnds protokoll	Verkställs politiskt fattade beslut?	Nämnd-sekreterare för resp nämnd/ Förvaltningschef	Beslut som fattas av nämnden som ska verkställas förs upp på en lista (mall finns) för uppföljning av nämndsekreteraren. Förvaltningschefen arbetar kontinuerligt med uppföljningen tillsammans med sin sekreterare.	TVå ggr /år under 2021	Förvaltningschef
*Adm KS, kommun övergripande granskning	Färdigtätills och publiceras (hemsidan) fastställda styrdokument.	12	Regler för styrdokument.	Färdigtätills och publiceras (på hemsidan) fastställda styrdokument efter beslut i nämnd, styrelse, fullmäktige eller motsvarande?	Registrator	Komplett genomgång av samtliga styrdokument som beslutas i nämnd, styrelse eller fullmäktige under verksamhetsåret.	Mätning i september 2021.	Förvaltningschef
*Adm KS, kommunövergripan- de granskning	Kompletta handlingar i tid	9	Antagen samman- trädesplaneringsplan samt utskickade möteshandlingar	Hur stor andel av utskickade handlingar inför politiska sammanträden har sänkts ut till ledamöterna kompletta och i rätt tid?	Nämndsekreterare	Granskning av tidpunkt för utskickade handlingar samt eventuella kompletterande utskick. Vilka önskar finns till eventuella föresningar och/eller senare utskickade handlingar.	Sjöv-granskning som görs löpande nämndsekr under 2021	Förvaltningschef
Biståndsenheten	Kvalité i myndighetsbeslut	9	Myndighetsbeslut enligt SOL och LSS	Dokumentationsgranskning enligt mall	Enhetschef/ kvalitetsutvecklare	Stöckprovskontroll av 4 slumpmässiga utrednings-/enhet. Enligt mall	2 ggr/år mars+ oktober	Förvaltningschef
Avd. Stöd	Kvalité i utförandokumentation	9	Genomförandepplan enligt SOL och LSS	Följsamhet till rutinen* Rutiner för dokumentation enligt Socialtjänstlagen (SOL) och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)	Verksamhetspedago- ger/Verksamhetsut- vecklare	Antalet upprättade och aktuella genomförandepplaner enligt rutin	2 ggr/år mars+ oktober	Förvaltningschef
Avd. IFO, Stöd, Bistånd samt Vård och Omvårdning	Synpunkter och klagomål	16	Rutin synpunkter och klagomål	Följsamhet till Rutin Synpunkter och klagomål	Verksamhetsutvecklare SOL/Verksamhetsutvecklare	Antalet inkomna klagomål och synpunkter som besvarats i tid	1 ggr/år Mars- Oktober	Förvaltningschef
Avd. Vård och Omvårdning	risksbedömning senior- allert	12	Rutin/Checklista vid inflyttning SABO	Följsamhet till Rutin/Checklista vid inflyttning på SABO	Verksamhetsutvecklare SOL/Verksamhetsut- vecklare HSL	Enkät till SSK: 1. Hur många patienter har du ansvar för som bor på SABO 2. Hur många av dina patienter som är inskrivna på SABO finns registrerade i senior allert.	2 ggr/år mars+ oktober	Förvaltningschef
Avd. Vård och Omvårdning	Uppföljning av delegerade HSL uppdrag	12	Lokal rutin inför delegering samt SOSFS 1997:14	Följsamhet till lokal rutin för delegering samt uppföljningsanvar ur SOSFS 1997:14	Verksamhetsutvecklare SOL/Verksamhetsut- vecklare HSL	Enkät till SSK: 1. Hur många delegeringar har du beviljat? 2. Hur många av dessa har du haft möjlighet att följa upp inom 3 månader? 3. Har du återkallat någon delegering. MAS: Hur många läkemedelsavvikelser har registrerats under året?	2 ggr/år mars och oktober	Förvaltningschef
Avd IFO	Samtidigt gruppuppdrag (Gemensamt projekt med BoU)	12	Socialtjänstlagen Sociallagen Ramkonventionen	Modellen framtagas	Stygruppen	Rapportering till stygruppen genom framtagen modell	Fastställt datum under 2020	Förvaltningschef

Återrapporteringen av internkontrollområdena till nämnden sker i december.

Framtida förbättringsområde

- Att under 2022 systematiskt följa upp resultaten av interna, externa- och våra egenkontroller och återkoppla till verksamheterna för lärprocess.

Kvalitetsmätningar

Öppna jämförelser ÖJ, är ett verktyg för att analysera, följa upp och förbättra kvaliteten i socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Öppna jämförelser består av tre undersökningar:

- Brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Skickas ut till alla äldre (65+) med hemtjänst eller särskilt boende.
- Brukarundersökning inom funktionshinderområdet.
- Brukarundersökning Individ- och familjeomsorgen.
- Öppna jämförelser socialtjänst som kartlägger omfattningen och användandet av insatser, rutiner, metoder och samverkansformer.

Öppna jämförelser

Att mäta i vilken grad de personer som är mottagare av förvaltningens insatser och tjänster upplever att de är nöjda med insatser och tjänsterna är en viktig del av kvalitetsarbete. Munkedals kommuns välfärdsförvaltning har valt att använda sig av de brukarundersökningar som Socialstyrelsen och SKR anordnar.

Individ- och familjeomsorgen

Trots rådande pandemin och färre bokade besök bestämde sig IFO Munkedal för att det var viktigt att genomföra Brukarenkäten inom områdena försörjningsstöd, missbruksvård och utredning BoU. Socialsekreterarna gjorde ett bra arbete med att lämna ut enkäter och erbjöd besökarna fylla i enkäten på plats alternativt få med enkäten och lägga den i en brevlåda vid Medborgarcentrum. Handläggarna var tydliga i kontakten med brukarna att IFO uppskattar att få in deras synpunkter.

År 2021 genomförde IFO i Munkedal Brukarundersökning för fjärde året i rad och svarsfrekvensen höjdes något inom området försörjningsstöd. Inom området missbruksvård och barn och unga var det för få svar för att få ett redovisat resultat.

Brukarundersökning IFO

				2021	
				Munkedal	Alla kommuner (ovägt medel)
~ Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	.nl	≈	i	90	85 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - få kontakt, andel (%)	.nl	≈	i	95	87 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - tydlig information, andel (%)	.nl	≈	i	100	91 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - visar förståelse, andel (%)	.nl	≈	i	90	83 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - inflytande, andel (%)	.nl	≈	i	100	85 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - påverka hjälp, andel (%)	.nl	≈	i	89	70 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	.nl	≈	i	67	75 (-/..)
Svarsfrekvens och antal svar					
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt, svarsfrekvens (%)	.nl	≈	i	..	45 (-/..)
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt, antal svar	.nl	≈	i	24	67 (-)

Målsättning inför brukarundersökningen år 2021 var att arbeta för att svarsfrekvensen skulle höjas ytterligare. Undersökningen genomfördes via

pappersenkäter denna gång med hopp om en ökad svarsfrekvens inom samtliga områden. Enheten kunde dock inte se någon effekt av detta och ökad svarsfrekvens i år jämfört med tidigare år.

Undersökningen finns att se i sin helhet: [Jämföraren - Kolada](#)

Funktionshinder

Servicebostaden, daglig verksamhet och boendestödet deltog i brukarundersökningen. Högst betyg fick boendestödet gällande frågan *Brukaren får bestämma om saker som är viktiga* samt *Personalen bryr sig om brukaren*, på dessa frågor instämde 100% av de tillfrågade. Tyvärr fanns inte tillräckligt många svarande inom gruppboendena för att resultatet ska kunna utvärderas och deltagarna garanteras anonymitet.

Äldreomsorg

Öppna jämförelser genomförs i dagarna i våra verksamheter. Sammanfattningsvis så är hemtjänsttagarna mycket nöjda med de insatser de får. Så väl gällande vilken hänsyn som tas till brukarens åsikter och önskemål, bemötande och hemtjänsten i sin helhet. Förbättringspotential finns bland annat inom frakturer på lår och höft, brytpunktssamtal och smärtskattning.

Resultaten från öppna jämförelser finns att hämta på Socialstyrelsens hemsida eller bifogad länk:

<https://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/socialtjanst>

Externa kontroller

Arbetsmiljöverket

Under året så har välfärdförvaltningen haft tre ärenden hos Arbetsmiljöverket. En tillsyn på gruppboendena Allmännavägen i Dingle, som föranleddes av en allmänna om en allvarlig händelse till Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverket genomförde intervjuer vid två tillfällen innan ärendet avslutades.

Gruppboendena Frejvägen 2 inspektion av flera kommunala verksamheter bland annat ett gruppboende för att se hur det systematiska arbetsmiljöarbetet är upplagt med mål, rutiner och uppföljning hur arbetet fungerar i praktiken. Inspektionen föranledde inga ytterliga åtgärder.

Skyddsombud begärde med stöd av 6 kap. 6 a § att Arbetsmiljöverket skulle meddela ett föreläggande eller förbud mot arbetsgivaren, Munkedals kommun, på grund av vissa brister i arbetsmiljön. Begäran återkallades sedermera, med motiveringen att de identifierade arbetsmiljöbristerna inte längre förelåg.

Individ- och familjeomsorgen anmälde en allvarlig händelse till Arbetsmiljöverket gällande en hot- och våldssituation som inträffade och riktade sig mot en handläggare.

Tillsyn av inspektionen av vård och omsorg (IVO)

Under året så har IVO inlett tre tillsynsärenden i förvaltningens verksamheter.

Det första ärendet gällde gruppboenden på Färjevägen 2 och gällde otillåtna begränsningsåtgärder och är en uppföljning av en tidigare tillsyn. Förvaltningen har vidtagit de åtgärder kring de brister som inspektionen konstaterade och arbetar fortsatt med att dessa.

Det andra ärendet är en nationell tillsyn med fokus på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÄBO), denna tillsyn är inte avslutad utan pågår fortsatt och omfattar flera steg. Fokus är den medicinska behandlingen som getts äldre på SÄBO under pandemin.

Det tredje ärendet gäller även detta en riktad tillsyn på särskilda boenden för äldre under pandemin och syftar till att ta reda på hur smittsäkra besök har kunnat genomföras på boendena efter att det nationella besöksförbudet togs bort.

Nationella kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister är ett system för uppföljning och utveckling av behandlingsresultat. De innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Registren byggs upp av de professionella yrkesgrupperna som själva ska ha nytta av dem i sin yrkesvardag. Valfärdsförvaltningen använder sig, främst inom avdelning Vård och Äldreomsorg av nationella register, som även fungerar som riskbedömningsinstrument och uppföljnings- och analysverktyg på såväl individnivå som gruppnivå. Syftet är bland annat att öka patientsäkerheten genom tidiga, förebyggande insatser och ökad kunskap.

Nationella kvalitetsregister – svenska palliativregistret

I registret registreras hur vården av en person i livets slutskede varit. Alla patienter som, sista veckan i livet, vårdas i hemsjukvården ska registreras i registret. Sjuksköterskan besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede oberoende av diagnos och vem som utfört vården. Resultatet på vårdens kvalitet kan jämföras med andra vårdgivare i riket. Utifrån redovisat resultat förbättras och utvecklas vårdkvaliteten fortlöpande.

Nationella kvalitetsregister – Senior alert

Senior alert är ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå, patientsäkerheten förbättras och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Målet är att alla patienter som skrivs in i den kommunala hälso- och sjukvården ska bedömas utifrån risk för fall, risk för undernäring och risk för trycksår.

Nationella kvalitetsregister - BPSD

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symptom hos personer med Demens och syftar till att med tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och medföljande lidande och öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. BPSD är både ett nationellt register men framför allt en tvärprofessionell arbetsmetod.

Arbetsmetoden har använts sedan flera år tillbaka inom de verksamheter som är helt inriktade mot demens. Implementeringen har påbörjats i övriga verksamheter vilket kommer att fortgå under 2022. BPSD som arbetsmetod kräver löpande utbildningssatsningar i verksamheten.

Demenssjuksköterskan har ett övergripande ansvar för BPSD utbildningen och implementering i verksamheterna.

Nationell mätning - PPM

Punktprevalensmätningen för 2021 genomfördes aldrig, utifrån rådande pandemi.

Avvikelser och klagomål

Klagomål

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Ett antal synpunkter och klagomål har inkommit skriftligt till kommunen och dessa, samt svaren finns diarieförda i ciceron. Ett arbete har påbörjats i verksamheten för att tydliggöra processen och vikten av synpunkter och klagomål som en del i det systematiska förbättringsarbetet.

Avvikelser

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, ställs krav på att vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, utreder avvikelser i verksamheten. Ett effektivt system för avvikelshantering är nödvändigt för att uppfylla kraven. Vi har under 2021 implementerat ett nytt system, DF-Respons (Digital Fox), för avvikelshantering som täcker samtliga verksamheter inom socialtjänst, individ- och familjeomsorg, äldreomsorg, LSS-verksamhet, samt kommunal hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

En avvikelse gällande hälso-och sjukvård är något som inträffar och som inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner eller patientens vårdförlopp. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den drabbade. Den som upptäcker händelsen rapporterar enligt rutin.

Vid alla registrerade HSL avvikelser så kategoriseras allvarlighetsgraden, man risk bedömer sannolikheten för upprepning, en identifiering av orsaker utförs och åtgärder planeras för att förhindra liknande händelser. Arbetet sker i samverkan och tvärprofessionellt på team träffar. På dessa träffar närvarar arbetsterapeut/fysioterapeut, sjuksköterska, enhetschefer och kontaktman/vård- och omsorgspersonal.

Fördelning av rapporterade avvikelser efter händelsekategori i verksamhetssystemet	2021	2020	2019
Händelsekategori	Antal	Antal	Antal
Läkemedel	265	303	430
Fall	978	853	649

Jämfört med tidigare år så har antalet läkemedelsavvikelser fortsatt sjunka, detta skulle kunna vara en fortsatt positiv effekt av verktyget appva, digital läkemedels signering har infördes år 2020.

Antalet fallavvikelser har ökat jämfört med 2021, vilket kan vara effekt av att vi fått en systematik i inrapporteringen. Fall är ett område som vi behöver belysa och arbeta vidare med vilket vi kommer att göra under 2022. Under året har rutinen för hantering av avvikelser och tillbud gällande hälso-och sjukvård uppdaterats med ett klart fokus på att se lärandet i händelser av avvikelser eller risk för avvikelser för att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Förutom det kommun interna avvikelssystemet DF respons, så hanteras avvikelser gentemot andra vårdgivare i MedControl.

Framtida förbättringsområden

- Implementering av rutin för synpunkter och klagomål är ett prioriterat område 2022.
- Fortsatt arbete med avvikelshantering SOL och HSL i avvikelssystem DF- respons.

Lex Sarah och lex Maria

Alla som arbetar inom välfärdsförvaltningen har skyldighet att rapportera ett missförhållande eller risk för missförhållande/risk för vårdskada eller vårdskada. Alla rapporter ska utredas och där utredningen visat att det föreligger ett missförhållande eller en risk för allvarligt missförhållande ska en anmälan enligt lex Sarah eller lex Maria göras. Det innebär alltså att alla rapporter enligt lex Sarah/lex Maria inte bedöms vara ett missförhållande/vårdskada eller allvarlig risk för missförhållanden/vårdskada och genererar en anmälan enligt lex Sarah eller lex Maria.

Under 2021 rapporterades ingen lex Maria anmälan till IVO.

Under 2021 gjordes fem utredningar SoL 14 kap §6 lex Sarah, av dessa anmäldes två till IVO. IVO beslutade efter utredning och/eller komplettering att inga ytterligare åtgärder behöver vidtas.

Samtliga rapporter, oavsett om de lett till anmälan eller inte, har resulterat i att utredningen föreslagit åtgärder för verksamheterna. Förvaltningen har börjat med systematisk uppföljning på hur detta sedan hanteras i verksamheten. Att utveckla det systematiska kvalitetsledningssystemet genom att under året lägga in en uppföljning av föregående års föreslagna åtgärder som en aktivitet blir en målsättning som vi flyttar över till 2022.

Under året har en ny rutin för Lex Sarah, avvikelser och klagomål och synpunkter tagits fram. I samband med framtagningen av den nya rutinen har även en processkartläggning gjorts för att underlätta och tydliggöra arbetet för samtliga medarbetare.

Utförandet

Löpande processanalys

Upplevda brister i arbetsprocesser lyfts till enhetschefer från medarbetare på APT eller genom enskilda samtal med enhetschef. Frågeställningarna lyfts sedan vidare upp genom organisationen via ledningsgrupperna till den nivå de olika aktörerna möts. Processbrister kan även uppmärksammas genom andra typer av granskningar såsom inkomna klagomål, avvikelser, externa granskningar eller på grund av interna eller externa organisationsförändringar eller lagkrav. Om processen involverar andra huvudmän så lyfts frågorna inom de etablerade samverkansplattformarna såsom till exempel lokal Närsjukvårdsgruppen, Fyrbodalnätverk eller Västkom.

Patientsäkerhetsarbetet under pandemiåret 2021

Under 2021 har patientsäkerhetsarbetet i hög grad fokuserat på den pågående pandemin. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten samt försöka förhindra att patienter och vårdpersonal insjuknar i covid-19.

Extra utbildningsinsatser i basala hygienrutiner i Västra Götalandsregionen kom fortlöpande och reviderades många gånger under året. Enhetscheferna i verksamheterna arbetade intensivt med att försöka få vårdpersonalen att känna sig trygga i sitt dagliga arbete, i en situation som ingen var van vid.

SKR upprättade krisavtal gällande beställning av skyddsutrustning vilket innebar att tillgången på skyddsutrustning säkrades för kommunerna.

Regelbundna samverkansmöten tillsammans med vårdhygien och smittskydd Västra Götaland och Munkedals kommun har bidragit till ökad samverkan samt strukturerad informationsöverföring.

Folkhälsomyndigheten satte fokus på att skydda äldre i samhället och under januari påbörjades vaccination mot covid-19 för personer i Fas 1 samt deras hushållskontakter. Munkedal har sedan följt de prioriteringsordningar för vaccin som upprättats av Folkhälsomyndigheten.

Under tidig vår påbörjades även storskalig vaccination av personal inom vård- och omsorg. Detta genomfördes av en extern aktör.

I Munkedals kommun hade ett fåtal smittade av covid-19 under året och personalens följsamhet till gällande rutiner avseende vårdhygien samt skyddsutrustning har varit mycket god.

Kompetensutveckling och åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring

Under 2021 så har ett flertal utbildningar och åtgärder av betydelse för kvaliteten genomförts:

- Under året så har det nya verksamhetssystemet Combine införts och ersatt MagnaCura. Detta har lett till massiva utbildningsåtgärder inom förvaltningen samt en genomgång av våra processer.
- Det nya avvikelssystemet DF respons har införts. Detta har satt fokus på avvikelser och ökat rapporteringen av avvikelser samt återkopplingen till personalen på gjorda avvikelser.
- All personal inom förvaltningen ska ha genomgått utbildning i lex Sarah, avvikelser samt systematiskt kvalitetsarbete. Samtliga enheter utom två har genomgått utbildning. Här ställdes det in i sista minuten på grund av covid-19 och planeras att genomföras snarast.
- Vid sidan av förvaltningsövergripande åtgärder så har enskilda enheter fått kompetenshöjande insatser.

Wivi-Anne Wiedemann
Verksamhetsutvecklare
Välfärdförvaltningen