



Munkedals
Kommun



Välfärdsnämnden 2023-03-16

Gullmarssalen

Två rum är bokade för partigruppmöten 08.00-09.00:

Tranefeldtrummet - ordförande
Kochrummet



Munkedals
Kommun

Munkedals Kommuns värdegrund

**All kommunal verksamhet i Munkedals kommun
skall utgå ifrån alla människors lika värde**

Vårt uppdrag är att

- möta alla med respekt och eftertanke
- stödja människors strävan efter ett gott och tryggt liv
- göra mesta möjliga nytta för våra brukare
- arbeta för öppenhet, mångfald och tolerans
- samarbeta för att nå goda resultat

Det här gör vi genom att

- se till att god etik råder i alla sorters möten
- utgå från att alla människor vill och kan ta ansvar för sina liv
- alltid söka lösningar som stödjer och utvecklar invånare och verksamheter
- visa respekt för varandras arbete och professionalitet
- underlätta varandras arbete

VÄLFÄRDSNÄMNDEN

Mandattid: 2023-01-01 – 2026-12-31

Ledamöter	
Ordförande	Mathias Johansson (SD)
	Linn Hermansson (SD)
	Jan Petersson (SD)
1:e vice ordförande	Linda Wighed (M)
	Jenny Ahto Larsson (M)
	Sabina Fremark (KD)
2:e vice ordförande	Regina Johansson (S)
	Maria Sundell (S)
	Magnus Hermansson (S)
	Karl-Anders Andersson (C)
	Malin Strömberg (V)

Ersättare	
	Fredrik Roos Fylksjö (SD)
	Terje Skaarnes (SD)
	Marcus Virdhage Wennergren (SD)
	Malin Kiel (M)
	Linda Berger (M)
	Nina Johansson Andersson (KD)
	Sten-Ove Niklasson (S)
	Pia Hässlebräcke (S)
	Emma Utter Eckerdal (S)
	Monica Rodin (C)
	Karin Blomstrand (L)

Inkallelseordning för ersättare

För ledamot tillhörande nedanstående partigrupp	Ersättare inträder i nedan angiven partigrupsordning
SD	SD, M, KD, C, S, V, L
M	M, SD, KD, C, S, L, V
KD	KD, SD, M, S, C, V, L
S	S, V, C, L
C	C, L, S, V
V	V, S, C, L
L	L, C, S, V



Kallelse/underrättelse

Rubrik	Välfrädsnämnden
Tid:	Torsdag den 16 mars 2023 kl 09.00
Plats:	Gullmarssalen, kommunhuset Forum
Justeringsdatum:	<i>Förslag: Torsdag den 23 mars kl 10.00 digitalt Ärende 15 justeras omedelbart manuellt.</i>
Justeringsperson:	<i>Förslag: Magnus Hermansson (S)</i>
Ordförande:	Mathias Johansson (SD)
Sekreterare:	Monica Nordqvist

Nr	Ärende	Anteckningar/ Föredragande	Sida
1.	Fastställande av ärendelista 16 mars 2023. Dnr 2023-000013	---	6
2.	Svar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) -Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Dnr 2021-000097	Medicinskt ansvarig sjuksköterska <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	7
3.	Förlängning av överenskommelse mellan VG kommuner och VGR om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Dnr 2023-000042	Medicinskt ansvarig sjuksköterska <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	46
4.	Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för välfärdsförvaltningen 2022. Dnr 2023-000049	Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Verksamhetsutvecklare <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	64
5.	Ekonomisk rapport för februari 2023 (rapport ges 2 ggr/år avseende feb/okt) Dnr 2023-000046 Handling publiceras senare.	Förvaltningsekonom <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	-

6.	Tillägg i välfärdsnämndens delegationsordning samt förordnande. Dnr 2022-000128	Förvaltningschef <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	85
7.	Redovisning av pågående motioner och medborgarförslag som inte beretts färdigt. Dnr 2023-000004	Förvaltningschef <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	87
8.	Redovisning av bifallna men inte verkställda motioner och medborgarförslag. Dnr 2023-000048	Förvaltningschef <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	89
9.	Anmälan av delegationsbeslut- februari 2023. Dnr 2023-000005	Förvaltningschef <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	91
10.	Månadsrapport statistik insatser och bistånd i verksamheterna. Dnr 2023-000035	Avdelningschefer för respektive verksamhet <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	94
11.	Återrapport - Förstudie särskilt boende, SäBo. Dnr 2020-000133	Projektledare förstudie, Avdelningschef VoO <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	-
12.	Information - Drogvaneundersökning CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning). Dnr VFN 2023-00043	Folkhälsostateg <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	-
13.	Utbildningsinsats digitalt SKR: Övergripande om socialtjänstens lagstiftning, vad får och vad får inte socialtjänsten göra? Dnr 2023-000009 <i>(preliminärt - i mån av tid)</i>	Avdelningschef IFO/Stöd <i>personalföreträdare har närvarorätt</i>	-
14.	Information från förvaltningen. Dnr 2023-000014	Förvaltningschef	-
15.	Sekretessärende - Ansökan hos Tingsrätten om överflyttning av vårdnad enligt 6 kapitlet 8 § föräldrabalken. Handling delges på mötet, tid för inläsning ges.	Endast tjänstgörande ledamöter och berörda tjänstepersoner får närvara vid föredragning och beslut. Ärendet skrivs i särskilt protokoll med omedelbar manuell justering. (bilaga till övrigt protokoll)	-



Diarienummer: 2023-000013

Datum: 2023-03-07

TJÄNSTESKRIVELSE

Monica Nordqvist
Nämndsekreterare
Administrativa avdelningen

Fastställande av ärendelista till möte 16 mars

Förslag till beslut

Välståndsnämnden fastställer ärendelistan enligt upprättat förslag.

Sammanfattning

Förslag till ärendelista till dagens möte är upprättad. Välståndsnämnden har att fastställa mötets ärenden och turordning.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-07

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Bedömning inte relevant.

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Välståndsförvaltningen



Diarienummer: 2021-000097

Datum: 2023-03-06

TJÄNSTESKRIVELSE

Elin Råhnängen
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Verksamhetsutvecklare
Välfärdsförvaltningen

Återrapportering till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande tillsyn av medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre

Förslag till beslut

Välfärdsnämnden godkänner återrapportering av vidtagna åtgärder och överlämnar den till Inspektionen för vård och omsorg.

Sammanfattning

IVO genomförde under pandemin en särskild tillsynsinsats av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden (SÄBO). IVO kunde då slå fast att lägstnivån i äldreomsorgen var alldeles för låg och att kommuner och regioner - trots tillsyn och beslut från IVO med krav på åtgärder - inte i tillräcklig utsträckning vidtagit åtgärder för att säkerställa en god vård och omsorg av boende på SÄBO.

Mot den bakgrunden bedömde IVO under 2021 att hälso- och sjukvården för personer på SÄBO i samtliga kommuner uppvisade sådana risker och brister att en nationell tillsyn var nödvändig. Tillsynen påbörjades under 2021.

IVO konstaterar tydliga brister i vården av patienter på SÄBO främst inom följande områden; Vård i livets slutskede, läkemedelshantering samt kontinuitet och dokumentation

IVO granskade begärda journaler (samtliga boende på säbo 2019-01-01 – 2021-06-30) samt intervjuade patienter, sjuksköterskor och representanter för förvaltningsledningen inklusive Välfärdsnämndens ordförande.

Utifrån journalgranskning och intervjuer har beslut i ärendet från IVO inkommit där krav ställs på svar inom de områden där IVO konstaterat brister i våra verksamheter.

IVO har konstaterat följande brister i Munkedals kommun:

- Dokumentation sker inte fullt ut enligt gällande regelverk
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Inom det kontrollerade området, Individuell bedömning och kompetensnivå, fann IVO inga brister.

IVO begär att Valfördsnämnden redovisar följande punkter utifrån de tre områden där brister påvisats:

- De åtgärder som vidtagits eller planeras för att komma till rätta med de punkter som IVO konstaterar
- Uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer genomföras
- Hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

IVO begär även att nämnden redovisar för:

- eventuella patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för
- för vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska språket
- en redovisning för hur kommunen planerar att följa upp att läkartillgången är tillräcklig

Svaret ska vara Inspektionen för vård och omsorg tillhanda senast 2023-04-05.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-06

Svarsbilaga (besvaras digitalt till IVO)

Beslut från IVO 2023-02-06 Dnr 3.5.1-38740/2022

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

Inga konsekvenser påvisas.

Hållbar utveckling – Social dimension

Inga konsekvenser påvisas.

Hållbar utveckling – Miljömässig dimension

Inga konsekvenser påvisas.

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Valfärdsförvaltningen

Beslutet skickas till:

Förvaltningschef välfärd

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/verksamhetsutvecklare

Avdelningschef VoO

Verksamhetsutvecklare



Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

IVO önskar att ni fyller i formuläret elektroniskt via bifogad länk i aktuellt mejl. Om ni väljer att lämna uppgifter i detta Wordformulär kan ni skicka det med e-post till IVO via e-postadressen: registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som finns på beslutet.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: tillsyn.mitt@ivo.se

Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de personer som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. Så här behandlar IVO personuppgifter.

Vilken kommun redovisar Munkedals kommun

IVO:s diarienummer i beslutet Dnr 3.5.1-38740/22

Vårdgivarens/kommunens diarienummer Dnr 2021-97

Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras
- Brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

På följande sidor i formuläret redovisar ni åtgärder för de brister som ni kryssat för ovan. Övriga sidor som rör redovisning av ovanstående brister som ni inte kryssat för lämnas tomma. I slutet av formuläret finns frågor som IVO vill att ni fyller i som handlar om övriga eventuella brister samt signering av vem/vilka som har fyllt i formuläret.

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

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

- * Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.*
- * Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.*
- * Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.*

Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Omvårdnadspersonal har inte den formella kompetensen att göra medicinska bedömningar. I händelse av förändrat tillstånd hos en patient tillkallas sjuksköterska som gör denna bedömning. I Munkedals kommun är en mycket hög andel av omvårdnadspersonalen undersköterskor.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Redan genomförda

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Detta görs regelbundet genom kunskapstest både praktiskt och teoretiskt inför delegering. Om personen inte uppfyller kraven utfärdas ingen delegering.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

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

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.*

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Personer som inte har tillräckliga kunskaper i svenska språket är aldrig aktuella för att ta emot en delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter. Kunskapstest inför en delegering är både muntlig och skriftlig
- Munkedals kommun använder sig av språkombud med utbildning via Vård- och omsorgscollege. Språkombud är medarbetare med uppdrag att stödja kollegor när det gäller språkutveckling. Språkombuden arbetar med stöd av chefen för att göra hela arbetsplatsen språkutvecklande och för en bättre kommunikation. Det kan både handla om att stödja dem som har ett annat modersmål än svenska och att hjälpa kollegor i frågor om vardaglig språkanvändning

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Redan genomförda

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Detta görs fortlöpande inför delegering samt av enhetschef när det kan vara aktuellt att använda sig av verksamhetens språkombud.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Munkedals kommun, i samverkan med två andra kommuner, bytte verksamhetssystem för hälso- och sjukvård samt socialtjänst 2021-05-01 vilket inneburit en omställning för strukturen i journalen. Systembytet innebar även att den legitimerade personalen dokumenterar utifrån ICF och inte VIPS som användes i det tidigare systemet. Strukturen i nuvarande system är att legitimerad personal tilldelar omvårdnadspersonal hälso- och sjukvårdsuppdrag (delegerade uppgifter) som utförs av omvårdnadspersonal med delegering för uppdraget och dessa uppdrag är kopplade till det hälsoärendet som det avser. Omvårdnadspersonal har då full läsbehörig i det aktuella hälsoärendet i hälso- och sjukvårdsjournalen. Det förutsätter dock att sjuksköterska tilldelat aktuell personalgrupp ett uppdrag vilket vi behöver jobba med aktivt med på våra SÄBO.

Genomförda åtgärder:

- I och med byte av verksamhetssystem kan ingen patient vara inskriven i den kommunala primärvården utan att det finns en hälsoplan (vårdplan) för patienten.
- Munkedals kommun har vidtagit åtgärd genom att ha fler sjuksköterskor i tjänst eftersom journalföringen tar mer resurser i anspråk, både att dokumentera och att hitta uppgifter i journalen.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Genomförda 2021

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Åtgärderna följs upp på dokumentationsträffar med legitimerad personal samt på teamträffar på respektive enhet.
Sjuksköterskebemanning följs upp inför varje förändring av arbetsbelastning, t ex ökat antal inskrivna patienter eller patienter med stora vårdbehov.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Sjuksköterskor ska tilldela hälso- och sjukvårdsuppdrag för samtliga insatser som ges till omvårdnadspersonal på säbo som på så sätt får tillgång till aktuellt hälsoärende med i hälso- och sjukvårdsjournalen samt behörighet att dokumentera under aktuellt

Leverantören av dokumentationssystemet är kontaktade utifrån att systemet uppfattas som svåröverskådligt och systemleverantören informerade i mars 2023 att Pulsens Omsorg kommer att utgå från den process och utformning av systemet som de har idag med att all dokumentation skall vara i journalen etc. men att en ny plattform är under utveckling där förändringar kommer göras för att förbättra urval i journalöversikten för få en bättre överblick över vissa anteckningar kontra automatiska journalanteckningar och signeringar av insatser. Pulsens beräknar att detta är klart senast Q2 av 2024.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Åtgärden gällande att sjuksköterska tilldelar omvårdnadspersonal hälso- och sjukvårdsuppdrag kommer att aktualiseras omgående

Uppdatering ny plattform av Pulsens Omsorg Q2 2024

Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Avvikelse gällande bristande läkartillgång följs upp av vårdcentralchef, verksamhetschef, MAS samt enhetschef för hemsjukvården
- Kommunen vidtar åtgärder då vi känner till att läkartillgången är låg och den påverkar arbetsmiljön för sjuksköterskorna och patientsäkerheten för patienterna. Åtgärder som att skriva avvikelse samt genom att ha fler sjuksköterskor i tjänst. All ssk-kontakt med läkare måste ske med en högre kontinuitet och ssk måste kompensera för läkartillgången som är låg. (Läkaren på vårdcentralen har ett ansvar om 3500 patienter/invånare. Socialstyrelsen har slagit fast en rekommendation på 1 100 invånare per läkare.)
- Kommunen upplystes muntligen vid inspektionens tillsyn om möjligheten att agera för ökad läkartillgång genom att kommunen anställer läkare. Verksamheten har (av denna anledning) varit i kontakt med jurist vid rättsavdelningen hos Socialstyrelsen och där fått till svar att kommunen, inte själva kan anställa läkare. Nätverk med nationell spridning för kommunal hälso- och sjukvård har även engagerats i frågan men kommunen har inte funnit någon kommun med erfarenhet av att anställa läkare.
- En lokal arbetsgrupp är tillsatt med läkare, sjuksköterskor, vårdvårdcentralchef, enhetschef för kommunens sjuksköterskor, representanter från kommunens sjuksköterskeenheter samt MAS med uppdrag att utifrån Färdplanen för God och nära vård tillsammans hitta och utveckla samverkansytor.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Arbetsgruppen har fått i uppdrag att gemensamt arbeta fram en lokal riktlinje gällande struktur för inskrivningssamtal, brytpunktssamtal, läkemedelsgenomgång/årskontroll. Detta kommer genomföras under våren 2023.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Den gemensamma arbetsgruppen kommer jobba vidare under året med gemensamma utvecklingsområden.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Arbetsgruppen kommer vidare att jobba med utveckling av att i större omfattning använda digitala lösningar. En struktur kommer även jobbas fram gemensamt för ett underlag till kommunens sjuksköterskor för vilka parametrar som ska vara kontrollerade på en patient innan läkarkontakt tas (Triagering)

Vidare kommer arbetsgruppen att göra en genomlysning av hur rondtillfällen fungerar idag och utifrån det utveckla en övergripande struktur för läkarronden gällande tidsåtgång, dokumentation samt förberedelser inför rond.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Under 2023-2024.

Brist: Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.*

Delegering:

** IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt.*

Läkemedelsgenomgång:

** IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.*

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Som sjuksköterskorna beskriver vid intervju med inspektörer från IVO har de en rutin i det nya verksamhetssystemet för strukturen för läkemedelsgenomgångar som har arbetats fram av den lokala dokumentationsgruppen för legitimerad personal.

- Sjuksköterskan skapar ett hälsoärende Läkemedel/Årskontroll för att komma ifrån att man lägger insatser till personalen i samma hälsoärende, då det blir svårt att hitta i journalen.

Detta hälsoärende innefattar:

- Planera in årskontroll med läkare på rond
- Eventuella provtagningar inför/efter årskontrollen
- Läkemedelsgenomgång.
- Om det uppkommer problem på årskontrollen får nytt hälsoärende öppnas på det problemet.

Implementering av arbetsgrupp bestående av Närhälsans patientansvariga läkare, vårdcentralchef, kommunens sjuksköterskor, enhetschef för hemsjukvården samt MAS

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Rutinen kring att skapa struktur för läkemedelsgenomgångar infördes 2022

Arbete med samverka Kommunalt primärvård och vårdcentral påbörjades 2022 med planering och första träff med läkare och sjuksköterskor är 7/3-23

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Fortlöpande uppföljning av och följsamhet till gemensamt uppsatta rutiner kommer ske under 2023.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen har i februari 2023 presenterat en uppdaterad regional medicinsk riktlinje för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse. Denna kommer ligga till grund för fortsatt utveckling av vår rutin i samverkan med vårdcentralen för strukturerade läkemedelsgenomgångar.

En gemensam plan mellan kommunen och Närhälsan är påbörjad kring lokal samverkan. I mars är första tillfället inplanerat då kommunens sjuksköterskor tillsammans med de läkare på vårdcentralen som ansvarar för patienterna i den kommunala primärvården kommer att tillsammans arbeta fram metoder och rutiner för strukturer i samverkan.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Arbetet är redan igång och kommer fortgå.

Brist: Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** Patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.*

** Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.*

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

När en patient går in i livets slutskede och det är aktuellt med ett brytpunktssamtal av läkare öppnas ett nytt hälsoärende i dokumentationssystemet där det av sjuksköterska dokumenteras att samtalet ägt rum och dess innehåll. Vård i livets slutskede skapas som Hälsoärende av sjuksköterskan och ärendet tilldelas omvårdnadspersonal som då får tillgång till dokumentationen i journalen

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Infört 2022

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Följs upp via avvikelshantering i de fall avvikelse kring informationsöverföring upprättas av omvårdnadspersonal i avvikelshanteringssystemet.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Avvikelse följs upp vid varje verksamhets teammöte där multiprofessionella team går igenom de avvikelser som upprättats för respektive verksamhet

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Åtgärden är redan genomförd

Brist: Brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Vid de tillfällen som brytpunktssamtal äger rum och sjuksköterska från kommunen närvarar dokumenteras det i patientjournal av sjuksköterska men i de fall som brytpunktssamtal utförts innan kommunen blivit vårdgivare hänvisas kommunens sjuksköterska att hitta dokumentation, efter patientens medgivande, i NPÖ.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

2022

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Följs upp via avvikelshantering inom kommunen samt avvikelser i samverkan med regionen. Dettas görs kontinuerligt.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Inga fler planerade åtgärder än de som redan införts

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Övriga identifierade brister

Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?

- Ja
 Nej (om nej hoppa till sista sidan för signering)

Redovisa vilka brister ni identifierat

Då uppgifterna i underlaget går isär begär IVO även att nämnden redovisar för eventuella patientsäkerhetsrisker avseende:

- Hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för:

- Sjuksköterska med patientansvar på särskilt boende ansvarar för 18 patienter/heltid. Om en kollega är ledig/sjuk ansvarar en sjuksköterska för dagtid på ett säbo i Munkedals kommun för max 28 patienter. Hjälp finns då att få från ett samarbetsområde
- Kontinuiteten är god, då personaltättheten är hög och personalomsättningen är låg vilket borgar för god patientsäkerhet.
- En levande dialog förs mellan sjuksköterskor och enhetschef för att vid behov kunna öka upp bemanningen på området
- Tillbud och avvikelser beträffande patientsäkerhetsrisker som tangerar området bemanning saknas.
- Under obekväm arbetstid finns en chef i beredskap och en prioriteringsordning. Chef i beredskap har inte fått samtal om bemanning
- Tillbud och avvikelser beträffande patientsäkerhetsrisker som tangerar området bemanning saknas

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras



Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Skicka sedan svaren till registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som anges på beslutet.

Glöm inte att fylla i namn och funktion på uppgiftslämnaren nedan.

Namn och funktion på uppgiftslämnare

Elin Råhnängen
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Datum för inrapportering

Munkedals kommun
Välståndsnämnden
455 80 Munkedal

Vårdgivarer och huvudman

Munkedals kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av välfärdsnämnden i Munkedal kommun.

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livet slutskede

Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- dokumentationen sker inte fullt ut enligt gällande regelverk.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

IVO har inte funnit brister inom följande område:

- individuell bedömning och kompetensnivå.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

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

Då uppgifterna i underlaget går isär begär IVO även att nämnden redovisar för eventuella patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för samt för vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska språket.

IVO begär dessutom en redovisning av hur kommunen planerar att följa upp att läkartillgången är tillräcklig.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 5 april 2023**.

Om bristerna inte avhjälps eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite.

Skälen för beslutet

Nedan kommer IVO under varje bristpunkt att redovisa myndighetens bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Munkedal kommun.

Dokumentationen sker inte fullt ut enligt gällande regelverk

IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i Munkedal kommun är svåröverskådlig. IVO konstaterar att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till brister i dokumentationen som påverkar patienterna negativt. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård.

IVO har även granskat personalkontinuiteten och efterlevnad till regler om vårdplan och inte funnit några brister inom ramen för den aktuella tillsynen.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Munkedal	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	37%	38%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	-	32%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	67%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	75%	66%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	0%	29%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att kontinuiteten av sjuksköterskor under dag-, kväll-, natt- och helgtid är god. Vidare framförde sjuksköterskorna att alla patienter har vårdplaner, s.k. hälsoärenden i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. De uppgav dock att journalsystemet är krångligt och att flera patienter kan ha många hälsoärenden vilket leder till att det kan bli svårt att få en överblick. Det kan även vara svårt att hitta väsentliga uppgifter eftersom dokumentationen innehåller långa listor för signeringar av överlämnade läkemedel. Enligt sjuksköterskorna fanns det inte heller färdiga frastexter och de får söka efter specifika hälsoärenden och det kan vara svårt att veta vilket sökord de ska använda sig av. Kommunen har använt nuvarande journalsystem i ungefär 1,5 år.

Sjuksköterskorna anser att de har tillgång till alla journaler de behöver i och med att de har åtkomst till nationell patientöversikt (NPÖ). De kan även läsa den sociala dokumentationen. Vård- och omsorgspersonalen kan läsa utvalda delar av hälso- och sjukvårdsjournalen om sjuksköterska har fördelat ett hälsoärende. Vissa hälso- och

sjukvårdsinsatser kräver signering i två olika system. Sjuksköterskorna uppgav att alla sjuksköterskor kanske inte alltid tilldelar insatserna i båda systemen, vilket gör att hälso- och sjukvårdspersonalen inte har tillgång till fullständig information vid alla tillfällen.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att dessa inte kände till om det fanns en planering för deras vård och behandling. Patienterna framförde att kontinuitet av vård- och omsorgspersonal var bra och ganska bra. Kontinuiteten avseende sjuksköterskor och läkare upplevde den som haft behov av att träffa dessa som bra.

Ledning

Enligt ledningen för kommunen kan en patient inte vara inskriven på SÄBO utan ett hälsoärende. Vid tidpunkten för IVO:s journalgranskning hade kommunen ett annat dokumentationssystem, vilket enligt ledningen förklarar varför en så pass hög andel av patienterna då saknade vårdplan. I övrigt registreras även KVÅ-koder, men i det tidigare journalsystemet fanns dessa i en kalenderfunktion och inte i patientens journal. Kommunledningen var medveten om de brister i journalsystemet som framkom vid intervjun med sjuksköterskorna. De har kontakt med systemadministratör samt leverantör och de har fått besked om en uppdatering som ledningen hoppas ska lösa vissa av problemen. De har även ändrat journalspråk till ICF som sjuksköterskorna har fått utbildning i och de har tillsatt en dokumentationsgrupp. Delar av dokumentationsgruppens arbete har bestått av att ta fram en lathund som stöd till sjuksköterskorna. De arbetar också på att ta fram en journalgranskningsmall för att bättre kunna utvärdera dokumentationen. Kommunen uppgav att de utvärderar åtgärder kring journalsystemet var och varannan månad.

Angående dubbelsigneringar och information från sjuksköterska till vård- och omsorgspersonal uppgav kommunen att de väntar på en uppdatering som kommer att leda till viss förbättring. Vidare uppgav de att de inte hade så många avvikelser angående dokumentationen.

Tillämpliga bestämmelser

Bristande dokumentation

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den som är behörig att ta del av uppgifterna. Enligt 5 § samma kapitel ska vårdgivaren säkerställa att patientjournalen i förekommande fall innehåller bl.a. följande uppgifter. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Av 3 kap. 2 § första punkten HSLF-FS 2016:40 framgår att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Munkedal kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristen avser läkemedelsgenomgång och denna brist medför en patientsäkerhetsrisk.

Läkemedelsgenomgång

IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med regionen medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas.

IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar genomförs till viss del och att kommunen nyligen ändrat rutin för hur det ska dokumenteras. Huvudmannen kommer därför att ha möjlighet framöver att följa upp och säkerställa att samtliga patienter erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång. IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

Delegering

IVO har även granskat delegering till vård- och omsorgspersonal gällande läkemedel och inte funnit några brister inom ramen för den aktuella tillsynen.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Munkedal	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	91%	60%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	89%	53%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	19%	19%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	0%	56%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	50%	33%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	25%	29%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	16%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna framförde att de känner den personal som ska få en delegering och anser att de har bra rutiner för delegering. De har förutsättningar att ge stöd och handledning till den delegerade personalen. Sjuksköterskorna anser att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerade insatser på ett patientsäkert vis men vet att det förekommer att personalen glömmer att överlämna läkemedelsdoser och att läkemedel överlämnas vid fel tider. Sjuksköterskorna framförde även att uppföljning av delegering var ett aktuellt utvecklingsområde som de för tillfället arbetade med.

Enligt sjuksköterskorna får samtliga patienter en läkemedelsgenomgång varje år, men att det kan hända att läkare inte träffar patienten. Sjuksköterskorna använder en symtomskattningsskala inför läkemedelsgenomgången och följer upp med ordinerade kontroller. Kommunen har nyligen ändrat rutin för hur läkemedelsgenomgång ska dokumenteras i journalen och det borde enligt sjuksköterskorna fungera bra nu.

Patienter

Alla patienter hade varit delaktiga vid en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare det senaste året och alla av de intervjuade patienterna kände sig trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Enligt representanterna för ledningen fanns inte, vid tidpunkten för IVO:s journalgranskning, sökordet läkemedelsgenomgång i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Sjuksköterskorna hade tidigare delat upp läkemedelsgenomgången i olika vårdplaner. Kommunledningen var dock medveten om att på grund av bristande tillgång till läkare så skjuts läkemedelsgenomgångar upp. Kommunledningen kan inte redogöra för hur stor andel av patienterna vid SÄBO som har fått läkemedelsgenomgång eftersom kommunen inte förskriver några läkemedel. De har en dialog med vårdcentralen i kommunen om hur de kan förbättra läkemedelsgenomgångarna, eftersom kommunen är medveten om att primärvården inte uppfyller sin del av avtalet. I januari 2023 planeras en workshop där kommun och primärvård ska finna lösningar på bl.a. bristande läkemedelsgenomgångar.

Vidare framförde ledningen att delegeringar i kommunen utförs på ett säkert sätt. Kommunen har exempelvis förlängt delegeringsutbildningen och den vård- och omsorgspersonal som behöver extra utbildningstid får också det. Detta har gett ett bra utfall. MAS underströk att sjuksköterskorna inte utfärdar delegering i de fall det finns brister. Vidare arbetar kommunen med att ta fram en ny rutin för delegering, där uppföljning av delegering ingår. Det kommer att vara upp till varje sjuksköterska hur uppföljning kommer att ske. För att få delegering på SÄBO i Munkedal kommun behöver personen vara utbildad undersköterska samt arbetat en längre tid.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 11 kap. 3–4 §§ HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning på bl.a. SÄBO. Samma patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under boendet. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enklare läkemedelsgenomgång.

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Munkedal kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ alltid genomförts när vården övergår i livets slutskede. IVO kan vidare konstatera att i de fall brytpunktsamtal genomförts, så är det inte alltid dokumenterat. IVO anser att dessa brister medför att patienten inte får god vård och det förekommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktsamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara att det brister i dokumentationen av samtal i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

IVO har även granskat planering så att patienten inte behöver avlida i ensamhet och har inte funnit några brister inom ramen för den aktuella tillsynen.

¹ Samtal som ska dokumenteras enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Munkedal	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	77%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	-	14%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	75%	68%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	0%	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	0%	6%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Enligt sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. De flesta patienter och deras närstående erbjuds samtal när vården övergått till vård i livets slutskede, men det är inte alltid läkare som för samtalen. Sjuksköterskorna dokumenterar i patientens journal så det framgår att vården har övergått till vård i livets slutskede, genom ett nytt hälsoärende samt genom en uppmärksamhetssymbol.

Vidare framförde sjuksköterskorna att läkare oftast ordinerar palliativa injektioner i samband med att ett palliativt beslut fattas, men det kan förekomma att de skapar vilande trygghetsordinationer innan vården har övergått till vård i livets slutskede. Ordinationen blir dock inte långvarig. Om patienten är ordinerad palliativa injektioner så kontaktar sjuksköterskorna alltid läkare för bedömning, innan de påbörjar läkemedelsbehandlingen.

Ledning

Enligt ledningen överensstämmer inte IVO:s journalgranskning med palliativa registret, utan brytpunktssamtalen är fler i antal. Ledningen uppgav att det under pandemin fanns en personcentrerad dialog mellan läkare och närstående som fungerade bra. Ledningen påpekade att det förekommit tillfällen när en patient skrivits in på sjukhus, när patienten troligtvis hade haft det bättre på SÄBO på grund av att läkare inte beslutat om palliativ vård. Kommunen har uppmärksammat primärvården på att detta måste förbättras. Ibland håller läkare själva i brytpunktssamtalet utan att kommunens hälso- och sjukvårdspersonal deltar. Kommunledningen anser att de är beroende av läkare för att genomföra brytpunktssamtalen då patienten eller de närstående kan ha många frågor kring den medicinska vården. Sjuksköterskorna dokumenterar insatser som de kan utföra, exempelvis munvård, i en vårdplan. MAS uppgav att de i Fyrbodal (kommunalförbund bestående av 14 kommuner) arbetar med att ta fram en gemensam blankett där det ska framgå om t.ex. brytpunktssamtal och trygghetsordinationer har utförts.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ PL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

Enligt 3 kap. 1 och 6 §§ PL ska patienten få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar. Informationen ska bl.a. innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. Enligt 4 § samma kapitel ska informationen, om den inte kan lämnas till patienten, istället såvitt möjligt lämnas till en närstående.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa

målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten enligt 3 kap. 2 § i föreskriften rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten, vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuell anpassad information, vilket framgår av 3 kap. 3 § i föreskriften.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 framgår att om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta, ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. PL. Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten

1. förstår informationen,
2. kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
3. har haft tillräckligt med tid för sina överväganden, och
4. står fast vid sin inställning.

Individuell bedömning och kompetensnivå

IVO:s tillsyn visar att tillgång till läkare på SÄBO i Munkedal kommun ibland är otillräcklig. IVO bedömer att den bristande läkartillgången utgör en patientsäkerhetsrisk.

Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

IVO har även granskat vård- och omsorgspersonalens kompetens har vid den här granskningen inte funnit några brister.

Då uppgifterna i underlaget går isär begär IVO även att nämnden redovisar för eventuella patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för samt för vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska språket.

IVO begär dessutom en redovisning av hur kommunen planerar att följa upp att läkartillgången är tillräcklig.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Munkedal	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	19%	32%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	0%	53%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	0%	47%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	0%	60%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	50%	87%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	50%	63%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att vård- och omsorgspersonalens kompetens i de flesta fall är tillräcklig och att kommunen har en hög andel som är utbildade undersköterskor. Vidare uppgav sjuksköterskorna att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket, men att sjuksköterskorna i samband med delegering ibland kunde märka av otillräckliga kunskaper.

Sjuksköterskorna framförde att de har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet om de anser att det finns behov av det. På natten är det en sjuksköterska som har ansvar för samtliga patienter inom SÄBO samt all hemsjukvård och LSS-insatser

i kommunen. Sjuksköterskorna ansåg att bemanningen nattetid var tillräcklig och uppgav att extra sjuksköterska kunde sättas in om det fanns behov.

Vidare uppgav sjuksköterskorna att tillgång på läkare dagtid tidigare har varit bra, men att det efter sommaren har blivit sämre. De får alltid kontakt med läkare och det mest akuta prioriteras, men exempelvis rondarbete har prioriterats bort. Kväll, helg och natt har sjuksköterskorna möjlighet att kontakta en jourläkare, men de uppgav att jourläkaren sällan besöker SÄBO.

Patienter

Enligt patienterna får de vid behov alltid hjälp av vård- och omsorgspersonalen samt sjuksköterska och den patient som har varit i behov av att träffa läkare uppgav att hen alltid har fått göra det. När det gäller kompetens i svenska språket så anser patienterna att det inte finns några brister, utan de förstår alltid vad vård- och omsorgspersonalen säger.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att tillgången på läkare har försämrats. Munkedal kommun har ett avtal med regionen och de har en nära dialog med kommunens enda vårdcentral. Kommunen samverkar även med regionen. Ledningen ansåg att det finns en vilja till problemlösning från vårdcentralens sida. Ledningen uppgav att vissa dagar har läkare på vårdcentralen inte möjlighet att besöka patienter på SÄBO, vilket vårdcentralen alltid meddelade kommunen. Ledningen såg en potentiell risk i att patienter i behov av läkarbedömning istället skulle få åka till sjukhus. Hittills hade detta inte inträffat då läkare alltid kunnat besöka patienter om situationen krävt det men kunde leda till att mindre brådskande rondärenden uteblev. Sjuksköterskorna fick då prioritera behovet av rondtid för andra patienter.

När det gäller sjuksköterskebemanningen så har kommunen en god teoretisk bemanning och de har överanställt med två sjuksköterskor. Vid kortare frånvaro har de svårt att samma dag täcka de luckor som uppstår och sjuksköterskorna får då hjälpa varandra. Vid längre frånvaro, exempelvis en vecka, tar de in personal för att täcka upp. Angående tillgång på sjuksköterska nattetid så uppgav ledningen att det oftast finns en och ibland två sjuksköterskor att tillgå. Om behov uppstår, t.ex. palliativa patienter, sätts ibland extra sjuksköterska in för att täcka upp behovet. Kommunen har utvärderat nuvarande bemanning fortlöpande och de har inga avvikelser kring detta.

Vidare framkom vid intervju med kommunledningen att kommunen har en hög andel undersköterskor (96%) bland den vård- och omsorgspersonal som arbetar på SÄBO.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och

sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Av 16 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård. Regionerna ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomför nu myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattar en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattar intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad av reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

Övriga upplysningar

I dialogen med IVO har Munkedal kommun framfört att de inte delar IVO:s bedömning avseende brytpunktssamtal. Kommunen framför att IVO:s journalgranskning har visat på färre antal brytpunktssamtal än vad kommunen själva har rapporterat in till det palliativa registret. IVO vill förtydliga att den digitala journalgranskningen baseras på markörbaserad journalgranskning. Vilka markörer som använts inom de olika granskningsområdena finns redovisat i bilagan till delrapporten ”Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre” som finns att läsa och ladda ner på www.ivo.se. IVO vill även påtala att det digitala resultatet är manuellt validerat vilket även framgår av ovanstående rapport. IVO vill även förtydliga att granskningen baseras på uppgifter ur den enskilda patientens journal och inte uppgifter till olika kvalitetsregister. IVO har granskat om det går att följa den enskilda patientens vård i journalen och om denne får den vård hen har rätt till.

Underlag

- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort
- Synpunkter från nämnden efter kommunikering av handlingar

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Karin Nyqvist. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Nina Hansson, Örjan Dahlberg och Annika Strand deltagit. Inspektören Manne Karlsson har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.



Diarienummer: 2023-000042

Datum: 2023-03-06

TJÄNSTESKRIVELSE

Elin Råhnägen
Medicinsk ansvarig sjuksköterska/Verksamhetsutvecklare
Välfärdförvaltningen

Förlängning av överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård och därtill hörande riktlinjer

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige beslutar att bifalla rekommendation från Fyrbodals kommunalförbunds direktion i enighet med VästKoms styrelse att besluta om förlängning av överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård till och med 2024-12-31.

Sammanfattning

Från 2018 regleras samverkan vid utskrivning respektive vårdgivares ansvar genom Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

I syfte att tydliggöra arbetssätt, ansvar och kostnadsfördelning mellan kommun och Västra Götalandsregionen vid vårdövergångar till och från slutet vård, finns en länsgemensam överenskommelse gällande in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (lag 2017:612) och bygger på Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland gällande från och med 1 april 2017.

Nuvarande överenskommelse gäller från 2018-09-15

Kommunerna och Västra Götalandsregionen har i hälso- och sjukvårdsavtalet enats om en gemensam värdegrund för samverkan som även gäller för samarbetet enligt denna överenskommelse.

Samarbetet ska kännetecknas av att:

- Den enskildes behov, inflytande och självbestämmande alltid är utgångspunkt för hälso- och sjukvården
- Utifrån den enskildes perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande
- Varje medarbetare aktivt bidrar med sin kunskap och kompetens samt samarbetar så att hälso- och sjukvården upplevs som en välfungerande helhet

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för den enskilde. Kommunal verksamhet, slutenvård och landstingsfinansierad öppenvård ska alla bidra till att tiden inom slutenvården efter att en enskild bedömts som utskrivningsklar blir så kort som möjligt. Om genomsnittsvärdet för en kommun överskrider ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadsdelsnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och alla berörda parter kan ta initiativ till en sådan.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård
- Använder anvisade IT-system och följer gemensamma rutiner
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda.

Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande
- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar
- Om SIP ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Denna överenskommelse är nu aktuell att förlängas till och med 2024-12-31 med följande justeringar

- Tidigare hänvisning till utvärdering inför ställningstagande om ny överenskommelse har tagits bort då utvärdering genomfördes 2021
- Tidigare reglering kring stegvis förändrat kommunalt betalningsansvar för enskilda som vårdas inom slutna psykiatrisk vård och som omfattas

av denna överenskommelse har tagits bort. Från och med 2020-04-01 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 2023-03-06
- Beslut Fyrbodals Förbundsregionen 2023-02-09 § 7
- Beslut VästKom Styrelse 2022-12-06 § 59
- Överenskommelse mellan VG kommuner och Västragötalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

Tidigare reglering till stegvis förändrat kommunalt betalningsansvar för enskilda som vårdas inom slutna psykiatrisk vård är sedan 2020 anpassat till att betalningsansvaret är detsamma för kommunen oavsett om den enskilde vårdas i psykiatrisk eller somatisk vård. Detta innebär således inga ekonomiska konsekvenser

Hållbar utveckling – Social dimension

Huvudmännens samverkan vid in- och utskrivning syftar till att stärka samordning mellan huvudmän för att stärka den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning och ger möjlighet genom planering till att vården ges på rätt vårdnivå.

Hållbar utveckling – Miljömässig dimension

Inga konsekvenser kan påvisas

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Välfärdförvaltningen

Kommunfullmäktiges beslut skickas till:

Förvaltningschef välfärd
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Verksamhetsutvecklare
Avdelningschefer IFO/Stöd
Avdelningschef Vård och omsorg
Förvaltningsekonom

Plats och tid: Riverside Uddevalla 09.00 – 14.00

Ledamöter: Stig Bertilsson, Bengtsfors
Ulla Börjesson, Färgelanda
Catharina Bråkenhielm, Orust
Kent Hansson, Strömstad
Monica Hansson, Trollhättan
Martin Pettersson, Uddevalla
Benny Augustsson, Vänersborg
Michael Karlsson, Åmål

Andreas Nilsson, Dals-Ed
Ludwig Mossberg, Mellerud
Louise Skaarnes, Munkedal
Liselotte Fröjd, Tanum
Peter Eriksson, Trollhättan
Ingemar Samuelsson, Uddevalla
Henrik Harlitz, Vänersborg
Therese Mancini, Sotenäs

Ersättare: Jörgen Andersson, Färgelanda
Liza Kettil, Munkedal
Eva Abrahamsson, Sotenäs
Oskar Josefsson, Tanum (§1-8)
Sofia Andersson Dharsani, Trollhättan
Jarmo Uusitalo, Uddevalla
Lena Eckerbom Wendel, Vänersborg

Ulf Rexefjord, Mellerud
Lars Larsson, Orust
Fredrik Eriksson, Strömstad
Ricky Karlsson, Trollhättan
Christer Hasslebäck, Uddevalla
Mats Andersson, Vänersborg
Ove Kaye, Åmål

Tjänstgörande ersättare:
Ulf Hanstål, Lysekil

Fyrbodals kommunalförbund: Anna Lärk Ståhlberg
Andreas Borg
Titti Andersson
Johannes Jönsson

Titti Andersson
Martin Palm
Åsa Karlsson

Övriga deltagare:

Underskrifter:

Sekreterare

Martin Palm

Ordförande

Peter Eriksson

Justerare

Benny Augustsson

Justerare:

Utdragsbestyrkande:

Fyrbodals kommunalförbund – 14 kommuner samarbetar för hållbar utveckling

§ 7 – Förlängning av överenskommelse in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

I syfte att tydliggöra arbetssätt, ansvar och kostnadsfördelning mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen vid vårdövergångar till och från sluten vård, finns det en länsgemensam överenskommelse gällande in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Denna överenskommelse ska nu förlängas. Förlängningsdatum till och med 2024-12-31 är anpassat för att överenskommelsen ska ha följsamhet med övriga styrdokument inom hälsa, vård och omsorg som regleras i riktlinjen för gemensamma styrdokument mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen.

Samverkan vid utskrivning ska syfta till att stärka samordningen mellan huvudmännen så att den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning tillgodoses. Ambitionen är att patienter ska få rätt vård på rätt vårdnivå. Överenskommelsens intention är att minska ineliggande vård efter det att patienten bedömts som utskrivningsklar, samt att oplanerade återinläggningar eller undvikbar slutenvård ska minska. Parterna är också överens om att det genomsnittsvärde som styr om och när kommunens betalansvar infaller successivt ska sänkas i Västra Götaland.

Förändringar i överenskommelsen i förhållande till version som antogs länsgemensamt under 2018 består av följande:

- Tidigare hänvisning till utvärdering inför ställningstagande om ny överenskommelse har tagits bort då utvärdering genomfördes 2021.
- Tidigare reglering kring stegvis förändrat kommunalt betalningsansvar för enskilda som vårdas inom sluten psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse har tagits bort. Detta med anledning av att betalningsansvaret från och med 2020-04-01 regleras på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

Ärendet föredrogs av Karin Engström, Socialstrateg

Justerare:	Utdragsbestyrkande:
------------	---------------------

Fyrbodals kommunalförbund – 14 kommuner samarbetar för hållbar utveckling

Museigatan 2 • Box 305 • 451 18 Uddevalla • Vxl 0522-44 08 20 • kansli@fyrbodal.se • www.fyrbodal.se

Direktionen beslutar

Att besluta att rekommendera kommunerna att besluta i enlighet med VästKoms styrelses rekommendation att ställa sig bakom och besluta om förlängning av överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård till och med 2024-12-31.

Beslutet expedieras till

Medlemskommunerna

Signature reference: 2ff2a864-0bc5-4ede-951d-023ac9e8108e

Justerare:		Utdragsbestyrkande:
------------	--	---------------------

Fyrbodals kommunalförbund – 14 kommuner samarbetar för hållbar utveckling

Museigatan 2 • Box 305 • 451 18 Uddevalla • Vxl 0522-44 08 20 • kansli@fyrbodal.se • www.fyrbodal.se

Förlängning av överenskommelse in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Förslag till beslut

- Direktionen föreslås besluta att rekommendera kommunerna att besluta i enlighet med VästKoms styrelses rekommendation att ställa sig bakom och besluta om förlängning av överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård till och med 2024-12-31.

Beskrivning av ärendet

I syfte att tydliggöra arbetssätt, ansvar och kostnadsfördelning mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen vid vårdövergångar till och från slutet vård, finns det en länsgemensam överenskommelse gällande in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Denna överenskommelse ska nu förlängas. Förlängningsdatum till och med 2024-12-31 är anpassat för att överenskommelsen ska ha följsamhet med övriga styrdokument inom hälsa, vård och omsorg som regleras i riktlinjen för gemensamma styrdokument mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen.

Samverkan vid utskrivning ska syfta till att stärka samordningen mellan huvudmännen så att den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning tillgodoses. Ambitionen är att patienter ska få rätt vård på rätt vårdnivå. Överenskommelsens intention är att minska ineliggande vård efter det att patienten bedömts som utskrivningsklar, samt att oplanerade återinläggningar eller undvikbar slutenvård ska minska. Parterna är också överens om att det genomsnittsvärde som styr om och när kommunens betalansvar infaller successivt ska sänkas i Västra Götaland.

Förändringar i överenskommelsen i förhållande till version som antogs länsgemensamt under 2018 består av följande:

- Tidigare hänvisning till utvärdering inför ställningstagande om ny överenskommelse har tagits bort då utvärdering genomfördes 2021.
- Tidigare reglering kring stegvis förändrat kommunalt betalningsansvar för enskilda som vårdas inom slutet psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse

Fyrbodals kommunalförbund - 14 kommuner samarbetar för tillväxt

Museigatan 2 • Box 305 • 451 18 Uddevalla • Vxl 0522 - 44 08 20 • kansli@fyrbodal.se • www.fyrbodal.se

har tagits bort. Detta med anledning av att betalningsansvaret från och med 2020-04-01 regleras på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

Bedömning och synpunkter

En läns gemensam överenskommelse som reglerar samverkan, ansvarsfördelning och kostnadsfördelningsansvar mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen vid in- och utskrivning för slutna hälso- och sjukvård bedöms skapa förutsättningar för förutsägbara arbetssätt och jämlika villkor mellan kommunerna. Patienternas behov av att samverkan kring in- och utskrivning sker samordnat, tryggt och säkert regleras och säkerställs genom en antagen överenskommelse mellan huvudmännen.

Finansiering

Ingen kostnad för Fyrbodals kommunalförbund.

Koppling till mål

Strategiskt utvecklingsområde Stöd, omsorg och hälsa

Ansvarig tjänsteperson

Karin Engström
Socialstrateg
Fyrbodals kommunalförbund

PROTOKOLL

VästKom Styrelse

Plats och tid: Bangården Stationshuset Regionens hus Göteborg
Cisco-länk
2022-12-06
Kl. 9:15-11:00

Beslutande:

Axel Josefson, GR
Ulf Olsson, Borås Sjuhärad
Katarina Jönsson, Skaraborg
Martin Carling, Fyrbodol

Miguel Odhner, GR
Marina Johansson, GR
Anette Carlson, Borås Sjuhärad
Bengt Hilmersson, Borås Sjuhärad
Ingemar Samuelsson, Fyrbodol
Paul Åkerlund, Fyrbodol
Jonas Sundström, Skaraborg

Övriga

Gitte Caous, GR
Magnus Haggren, Boråsregionen
Anna Lärk Fyrbodol
Kristofer Svensson, Skaraborg

Erik Lindskog, VästKom
Johanna Hansson, VästKom - sekreterare
Karl Fors, VästKom – föredragande
Anneli Bjerde, VästKom – föredragande

Förhinder

Marith Hesse, GR
Anna-Karin Skatt, Skaraborg
Johan Abrahamsson, Skaraborg
Jessica Rodén, Borås Sjuhärad
Liselotte Fröjd, Fyrbodol

Utses att justera

Underskrifter:

Sekreterare

.....
Johanna Hansson, sekreterare VästKom

Ordförande

.....
Axel Josefson

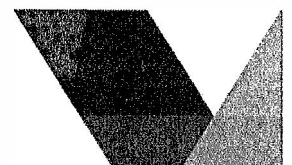
Justerande

.....
Ulf Olsson

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

Box 5073, 402 22 Göteborg
E-post: info@vastkom.se
Org.nr: 858501-2084

Besök: Anders Personsgatan 8, Göteborg
www.vastkom.se



§ 53 Mötet öppnades av Axel Josefson och alla hälsades välkomna.

Till justeringsperson valdes Ulf Olsson

§ 54 Lägesrapport från Direktör

Föredragande: Erik Lindskog

Presentation: §54_Direktörsrapport Styrelsen 20221206 sida 2

Beslut: Styrelsen noterar informationen

§ 55 Uppföljning VästKom ekonomi

Föredragande: Erik Lindskog

Presentation: §54_Direktörsrapport Styrelsen 20221206 sida 3

Beslut: Styrelsen noterar informationen

§ 56 Beredning inför kommande BHU

Föredragande: Samtliga deltagande

Presentation: Se särskild kallelse

Beslut: Styrelsen noterar informationen

§ 57 Lägesrapport FVM/Millennium

Föredragande: Karl Fors

Presentation: §54_Direktörsrapport Styrelsen 20221206 sida 5

Beslut: Styrelsen noterar informationen

§ 58 Lägesrapport Välfärdsutveckling

Föredragande: Anneli Bjerde

Presentation: §54_Direktörsrapport Styrelsen 20221206 sida 7-9

Beslut: Styrelsen noterar informationen

§ 59 Besluts punkt – Förlängning överenskommelse in- och utskrivning

Föredragande: Anneli Bjerde

Underlag: §59_Presentation Överenskommelse in- och utskrivning

§59_Underlag Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

§59_TU Förlängning av ökning och utskrivning 221206 2

Beslut: Styrelsen ställer sig bakom förlängning av överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård till och med 2024-12-31. Styrelsen rekommenderar kommunalförbunden att rekommendera kommunerna att ta egna beslut om förlängning.

§ 60 Besök av ny föreslagen revisor

Maria Strandberg medverkade via länk för att presentera sig och gav möjlighet till styrelsen att ställa frågor.

§ 61 Besluts punkt Ny revisor till VästKom

Föredragande: Erik Lindskog

Underlag: §61_TU Ny revisor till VästKom

Beslut: Styrelsen godkänner förslaget att välja Maria Strandberg 760609-xxxx till auktoriserad revisor på EY efter Hans Gavin.

§ 62 Aktuella frågor från kommunalförbunden

Inga frågor att lyfta.

§ 63 Övriga frågor

Arbetsutskottet 12 januari och Styrelsemötet 31 januari 2023 – ska de genomföras?

Beslut: Vi håller Arbetsutskottet 12 januari digitalt med Valförberedelser och väljer att avboka Styrelsemötet 31 januari.

Föreningsstämma 7 mars 2023 med efterföljande Styrelsemöte

Beslut: Föreningsstämman hålls 7 mars med efterföljande styrelsemöte.

Valberedning inför stämman – tidsplan ute hos kommunerna?

Beslut: Valberedning sköts av de fyra valförrättarna i kommunalförbunden.

§ 64 Mötet avslutas

Tjänsteutlåtande

Göteborg 2022-11-29

Mottagare

Till VästKoms styrelse

Ämne – Förlängning av överenskommelse in-och utskrivning från slutet hälso-och sjukvård

Förslag till beslut

- Styrelsen ställer sig bakom förlängning av överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård till och med 2024-12-31. Styrelsen rekommenderar kommunalförbunden att rekommendera kommunerna att ta egna beslut om förlängning.

Sammanfattning av ärendet

Överenskommelsen förlängs t.o.m. 2024-12-31 och förhållanden kring uppsägning och upphörande av överenskommelsen har anpassats efter riktlinjen för gemensamma styrdokument som upprättas mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen inom hälsa, vård och omsorg. Tidigare hänvisning till utvärdering inför ställningstagande om ny överenskommelse har tagits bort då utvärdering genomfördes 2021.

Tidigare reglering kring stegvis förändrat kommunalt betalningsansvar för enskilda som vårdas inom slutet psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse har tagits bort. Från och med 2020-04-01 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

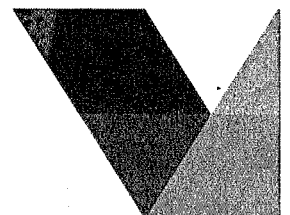
Erik Lindskog
Direktör, VästKom

Anneli Assmundson Bjerde
Enhetschef Valfärdsutveckling, VästKom

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

Box 5073, 402 22 GÖTEBORG
E-post: info@vastkom.se
Org.nr: 858501-2084

Besök: Anders Personsgatan 8 GÖTEBORG
www.vastkom.se





Gällande från och med 2018-09-25 till och med 2020-11-30

Förlängd från 2020-12-01 till och med 2024-12-31

Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Förlängd med mindre justeringar

Överenskommelsen förlängs t.o.m. 2024-12-31 och förhållanden kring uppsägning och upphörande av överenskommelsen har anpassats efter riktlinjen för gemensamma styrdokument som upprättas mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen inom hälsa, vård och omsorg. Tidigare hänvisning till utvärdering inför ställningstagande om ny överenskommelse har tagits bort då utvärdering genomfördes 2021.

Tidigare reglering kring stegvis förändrat kommunalt betalningsansvar för enskilda som vårdas inom slutet psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse har tagits bort. Från och med 2020-04-01 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.



Innehållsförteckning

1. Inledning.....	2
2. Parter.....	2
3. Gemensam målsättning	2
4. Giltighetstid	2
5. Målgrupp	3
6. Parternas ansvar.....	3
7. Kommuners betalningsansvar somatisk vård	3
8. Kommuners betalningsansvar psykiatrisk vård.....	4
9. Utvecklingsåtagande	4
10. Uppföljning	5
11. Ändringar i gemensam riktlinje	5
12. Avvikelser	5
13. Tvist	5



1. Inledning

Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (lag 2017:612) och bygger på Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland gällande från och med 1 april 2017.

Som bilaga till denna överenskommelse finns Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutenvård i Västra Götaland, som beskriver processen och berörda verksamheters ansvar i varje processteg.

2. Parter

Parterna i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

3. Gemensam målsättning

Samverkan vid utskrivning är en ny ansats för att stärka den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning, och stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter. Arbetet ska vara tillitsskapande och utgå ifrån den enskildes behov.

Västra Götalandsregionen och länets kommuner är överens om att enskilda personer som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt. Antalet dagar som enskilda är kvar inom slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklara ska minska, tillsammans med undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar. Parterna är också överens om att det genomsnittsvärde som styr om och när kommunens betalansvar infaller successivt ska sänkas i Västra Götaland.

Västra Götalandsregionen och länets kommuner är överens om målsättningen att betalningsansvaret ska regleras lika för somatisk och psykiatrisk vård.

4. Giltighetstid

Beslut om förlängning från 2020-12-01 till och med 2024-12-31. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har part möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med två år i taget med tolv månaders uppsägningstid.

Överenskommelsen är ett underavtal till hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland vilket innebär att överenskommelsens giltighet är beroende av ett gällande huvudavtal.

Överenskommelsen har av parterna hanterats som gällande till 2022-12-31 varför den retroaktiva avtalstiden från 2020-12-01 ska ses som en formell bekräftelse på vad som, genom parternas agerande, ändå varit gällande dem emellan.



Om någon part säger upp avtalet gäller lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning, om parterna inte kommer överens om något annat.

5. Målgrupp

Personer i alla åldrar som efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården omfattas av denna överenskommelse.

6. Parternas ansvar

Kommunerna och Västra Götalandsregionen har i hälso- och sjukvårdsavtalet enats om en gemensam värdegrund för samverkan som även gäller för samarbetet enligt denna överenskommelse.

Samarbetet ska kännetecknas av att:

- Den enskildes behov, inflytande och självbestämmande alltid är utgångspunkt för hälso- och sjukvården
- Utifrån den enskildes perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande
- Varje medarbetare aktivt bidrar med sin kunskap och kompetens samt samarbetar så att hälso- och sjukvården upplevs som en välfungerande helhet.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för den enskilde. Kommunal verksamhet, slutenvård och landstingsfinansierad öppenvård ska alla bidra till att tiden inom slutenvården efter att en enskild bedömts som utskrivningsklar blir så kort som möjligt.

Om genomsnittsvärdet för en kommun överskrider ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadsdelsnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och alla berörda parter kan ta initiativ till en sådan.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård
- Använder anvisade IT-system och följer gemensamma rutiner
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen

7. Kommuners betalningsansvar somatisk vård

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande



- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar
- Om SIP ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0. (Mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * Fastställt belopp)
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För personer som ligger kvar inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning från dag 8. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, det vill säga från dag 4, per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

Beloppet fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården.

8. Kommuners betalningsansvar psykiatrisk vård

Från och med 2020-04-01 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

Villkoren för att kommunens betalansvar ska inträda är de samma som gäller för somatisk vård.

9. Utvecklingsåtagande

Parterna ska vidareutveckla planeringsprocessen för en säker, trygg och effektiv in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Detta innefattar att:

- Vidareutveckla en digital lösning för utdata för gemensam uppföljning
- Vidareutveckla gemensamt IT-stöd för att stödja in- och utskrivningsprocessen
- Arbeta vidare med vad i dagens remisshantering mellan öppenvård och slutenvård som behöver överföras till gemensamt IT-stöd



- Bevaka att verksamheternas anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ) fortskrider
- Arbeta vidare med hanteringen av hur insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för ska identifieras när betalningsavtalet inte ska övergå till kommunen på grund av uteblivande av dessa insatser.

10. Uppföljning

De delregionala vårdssamverkansgrupperna lämnar rapport årligen till Vårdssamverkan Västra Götaland. Rapporten ska innehålla:

- Följsamhet till överenskommelsen och gemensam riktlinje med förslag till gemensamma förbättringar

11. Ändringar i gemensam riktlinje

Ändringar i *Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland* får hanteras på tjänstemannanivå, så länge dessa ändringar ryms inom denna överenskommelse. Ändringen initieras och godkänns då av Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsdirektör och direktören på VästKom efter förankring i Vårdssamverkan Västra Götaland och sedvanlig förankring i respektive huvudmannaled.

12. Avvikelser

Avvikelser från åtagande enligt denna överenskommelse hanteras i enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017–2020.

13. Tvist

Tvist mellan parternas tolkning av överenskommelsens innebörd ska hanteras i enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017–2020.

Diarienummer: 2023-000049

Datum: 2023-03-02

TJÄNSTESKRIVELSE

Wivi-Anne Wiedemann

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för vårdförvaltningen 2022

Förslag till beslut

Vårdsnämnden noterar rapporteringen av 2022 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Sammanfattning

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen beskriver förvaltningens kvalitetsarbete under föregående kalenderår. I berättelsen beskrivs hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har bedrivits under 2022.

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen PSL 2010:659 senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, där strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten redovisas.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskriver också vilka åtgärder som behöver vidtas 2022 för att en god patientsäkerhet, enligt lag och författningskrav, ska bibehållas.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-02

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för år 2022

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

Ett systematiskt, effektivt och ändamålsenligt arbete med att förbättra kvalitet lägger grunden även för en hållbar ekonomisk utveckling.

Hållbar utveckling – Social dimension

Ett systematiskt, effektivt och ändamålsenligt arbete med att förbättra kvalitet lägger grunden även för en hållbar utveckling.

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Välfärdförvaltningen

Beslutet skickas till:
MAS, Förvaltningschef, verksamhetsutvecklare

Diarienummer: VFN 2023-49

Datum: 2023-02-20

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen år 2022

Innehåll

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen år 2022	1
Inledning	3
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Uppdraget.....	6
Lagar och föreskrifter	7
Vägledande domar	9
Andra huvudmän	9
Utfall.....	10
Interna kontroller.....	10
Kvalitetsmätning – Öppna jämförelser	10
Externa kontroller	12
Avvikelser och klagomål.....	14
Lex Sarah och lex Maria	16
Utförandet	17
Löpande processanalys	17
Patientsäkerhetsarbetet under pandemiåret 2022	17
Hälso- och sjukvårdsavtalet.....	18
Kompetensutveckling och åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring.	18

Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) trädde i kraft 1 januari 2012. Föreskrifterna gäller för hela hälso- och sjukvården, hela socialtjänsten och all verksamhet enligt LSS. Detta för att det finns liktydiga bestämmelser som anger att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Föreskrifterna är gemensamma för Hälso- och sjukvård (HSL), tandvård, socialtjänst (SOL) och verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Även verksamheter som bedrivs enligt lagen om vård av unga (LVU) eller lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) inkluderas. Föreskrifterna ska också tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som ska bedrivas enligt kap. 3 patientsäkerhetslagen (PSL). En verksamhet kan även ha krav på sig eller egna önskemål om att ha ett ledningssystem med andra syften än vad SOSFS 2011:9 kräver, till exempel att uppnå god arbetsmiljö. Det är fullt möjligt att integrera dessa i samma ledningssystem.

Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet¹

- 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 ledningssystemet².

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

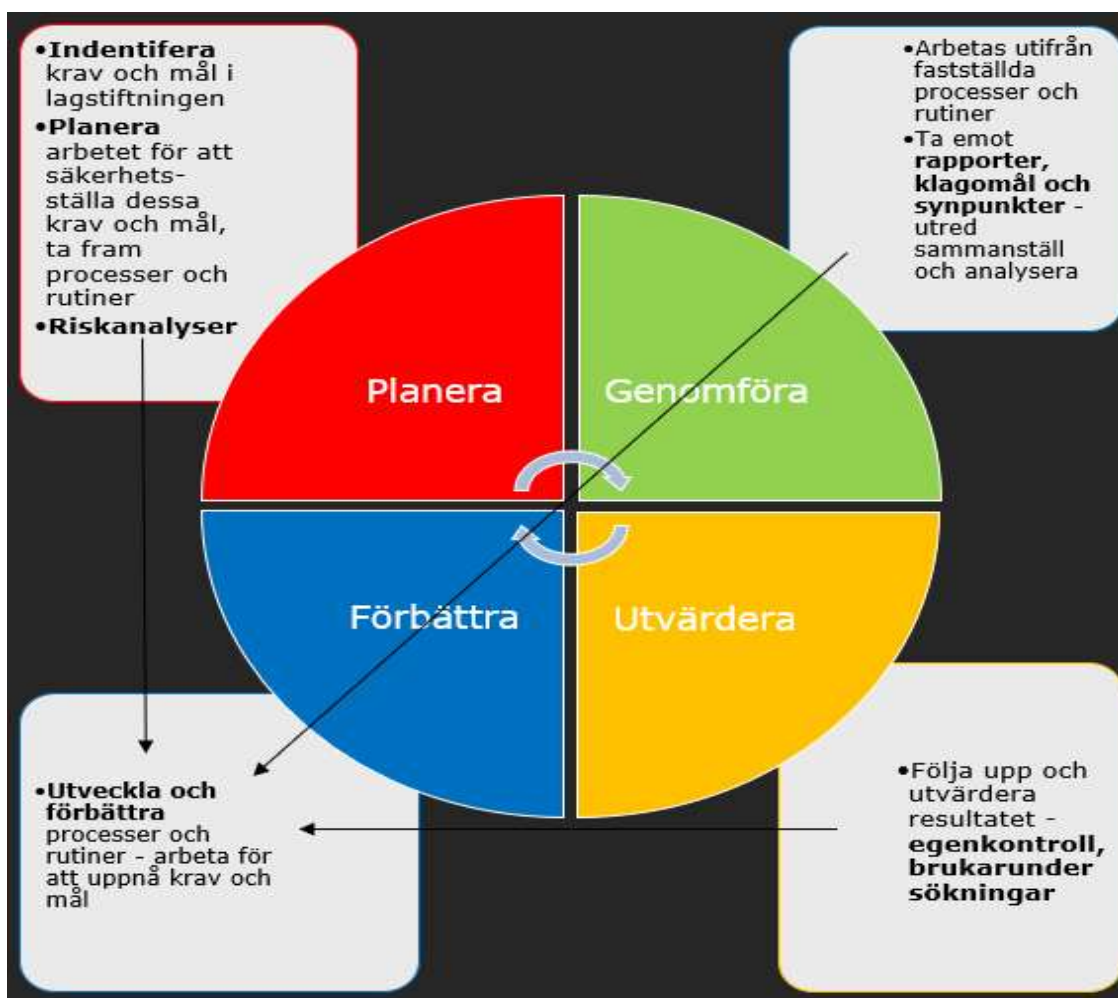
¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen s. 9

² Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen s. 12

- 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 ³

Välfärdsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete kan sammanfattas genom PDCA- hjulet (Plan, Do, Check, Act) som står för att planera, genomföra, utvärdera och förbättra. De inre pilarna visar på ordningen i vilket saker görs och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner och kan komma fram direkt under varje delmoment. Eftersom kvaliteten ständigt utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt⁴



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) 2012 S. 32

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. Vårdförvaltningen upprättar en gemensam berättelse för kvalitet och patientsäkerhet för år 2022. 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 förvaltningen. 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).

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

Vårdgivaren – Vårdsnämnden 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 samt för rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns. Förvaltningschefen är verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

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 läkemedelshantering

Förvaltningschef ansvarar utöver ovanstående även för

- drift, ekonomi, personal och kvalitet- och utvecklingsfrågor inom ramen för styr- och ledningssystem inom förvaltningen.
- 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

Fokusområde för år 2023:

- Att tydliggöra ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Implementera *Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete inom Valfärdsförvaltningen* och höja kunskapsnivån i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda har ett ansvar att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete.

Uppdraget

Valfärdsförvaltningens uppdrag regleras genom lagar och förordningar, genom överenskommelser med andra aktörer och politiska beslut och

prioriteringar på olika nivåer. Förvaltningens arbete grundar sig i en kontinuerlig omvärldsbevakning för att säkerställa att verksamheten anpassas efter de förändrade krav som ställs på verksamheten.

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

Lagar och föreskrifter

Under år 2022 så har ett flertal ändringar gjorts i sociallagarna och föreskrifter som reglerar socialtjänsten.

Meddelandeblad från Socialstyrelsen⁵ är en viktig källa för förvaltningen att ta del av gällande nyheter om juridiska frågor och information om lagstiftning. Under år 2022 publicerades följande meddelande blad för förvaltningen att ta hänsyn till:

- Ändringar i de allmänna råden om kunskaper hos personal som ger stöd till äldre eller personer med funktionsnedsättning
- En fast omsorgskontakt i hemtjänsten
- Nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer
- Nya bestämmelser om barnets bästa när vård enligt LVU upphör – lex lilla hjärtat
- Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen
- Nya föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring
- Nya bestämmelser om personlig assistans i LSS
- Ny lag om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation

Här beskrivs några av de viktiga förändringar som gjorts:

Lex lilla hjärtat

Nya bestämmelser om barnets bästa när vård enligt LVU upphör. Lex lilla hjärtat innebär i stort att vård enligt LVU inte får upphöra förrän omständigheterna har förändrats på ett varaktigt och genomgripande sätt, det är obligatoriskt att följa upp barnets situation när tvångsvården upphör och att drogtest av vårdnadshavare eller förälder inför umgänge vid vård med stöd av 2 § LVU får tas. Lagen innebär förändringar i SoL och LVU.

⁵ Dessa finns att läsa i sin helhet på Socialstyrelsens hemsida [Meddelandeblad - Socialstyrelsen](#)

Socialstyrelsens ändrade föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer

Socialstyrelsens ändrade föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer träder i kraft den 1 november. Viktiga nyheter är bland annat att föreskrifterna om socialnämndens arbete med våldsutövare har utvecklats. Vidare förstärks kraven på socialnämndens bedömning av risken för att utsättas för ytterligare våld. Kraven stärks också på socialnämnden och vårdgivare inom hälso- och sjukvården att fastställa rutiner kring att fråga om våld.

Nya krav på att motverka undernäring

Enligt nya föreskrifter som trädde i kraft den 1 november ska alla som bedriver vård och omsorg av äldre i Sverige förebygga undernäring. I praktiken kan det exempelvis innebära att undernäring kan anmälas som vårdskada enligt lex Maria eller lex Sarah.

Stärkt rätt till personlig assistans

Lagändringen handlar om rätten till personlig assistans för den som behöver egenvård. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att klarlägga betydelsen av begreppet egenvård så att bestämmelserna om personlig assistans kan tillämpas på ett rättssäkert och förutsebart sätt. En definition av egenvård införs i en ny lag.

Det införs också ett nytt grundläggande behov i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som gäller stöd som behövs under större delen av dygnet på grund av medicinskt tillstånd som innebär fara för en persons liv eller en överhängande och allvarlig risk för dennes hälsa. Behov av hjälp som gäller sådant stöd ska vara helt assistansgrundande och det ska inte göras avdrag för så kallad föräldraansvar.

Nya och ändrade författningar som påverkar eller kan komma att påverka välfärdförvaltningen:

– Nya författningar

Lag (2022:1250) om egenvård

Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Förordning (2022:1256) om egenvård

– Ändrade författningar

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Patientdatalag (2008:355)

Patientlag (2014:821)

Förordning (1993:1091) om assistansersättning

Förordning (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

Förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Offentlighets- och sekretessförordning (2009:641)

Patientdataförordning (2008:360)

Socialtjänstförordning (2001:937)

Vägledande domar

Högsta förvaltningsdomstolen har under år 2022 fällt ett avgörande inom förvaltningens ansvarsområde:

HFD Mål: 551-22

En person som är bostadslös och som har speciella svårigheter att ordna bostad på egen hand kan ha rätt till bistånd enligt SoL i form av tillhandahållande eller ombesörjande av bostad. En sådan rätt föreligger dock inte om personen har en god man med uppdrag att bevaka dennes rätt och att sörja för dennes person eftersom detta uppdrag innefattar att söka bostad.

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 Valfärdsförvaltningen 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 kvalité och patientsäkerhet.

Samverkan mellan vårdgivare för invånare i Munkedals kommun med behov av samordnade insatser från hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst sker i den lokala vårdssamverkansgrupp där samtliga aktörer medverkar utifrån inriktningsdokument för vårdssamverkan Fyrbodals.

Svensk sjukvård är inne i en stor omställningsprocess, God och nära vård, där vården flyttas ut från sjukhusen till primärvårdsnivå och hemmen.

Arbetet med omställning till överenskommelsen God och Nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav 2023 har fortgått under året. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. I begreppet primärvård omfattas kommunens hälso- och sjukvård benämnt kommunal primärvård samt den av regionen finansierade primärvården. Svårigheter under 2022 har visat sig vara en begränsad läkartillgång på Närhälsan Munkedal.

Under första delen av 2023 har en arbetsgrupp att startas upp med fokus samverkan inom prioriterade områden. Kommun och region kommer tillsammans som första områden att arbeta fram rutiner för att säkerställa läkemedelsgenomgångar och upprättande av medicinska vårdplaner.

Fokusområde för år 2023

- Anpassa riktlinjer och rutiner efter gällande föreskrifter i takt med att handböcker och vägledningar uppdateras.

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. Ansvar för egenkontrollerna ligger hos respektive chef.

Intern kontroll

Enligt reglementet för intern kontroll 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.

Återrapporteringen av internkontrollområden till nämnden sker i december.

Fokusområde för år 2023

- Att under 2023 systematiskt följa upp resultaten och åtgärderna av intern och egen kontroll.
- Att skapa en sammanhållen plattform för systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsmätning – Öppna jämförelser

Öppna jämförelser, är ett verktyg för att analysera, följa upp och förbättra kvaliteten i socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. 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.

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.

Målsättning inför brukarundersökningen för Individ och familjeomsorg samt funktionshinder år 2022 var att arbeta för att svarsfrekvensen skulle höjas och att samtliga områden deltog vilket förvaltningen lyckats med.

För funktionshinderområdet och Individ- och familjeomsorgen skapades en arbetsgrupp innan brukarundersökningen påbörjades 2022. Syftet var att stötta enheterna i arbetet med att genomföra insamlingen, i att följa upp och analysera resultatet samt att ta fram eventuella förbättringsområden. Gruppen leds av verksamhetsutvecklaren på förvaltningen.

Individ- och familjeomsorgen

Individ och familjeomsorgen har deltagit i Brukarenkäten inom områdena ekonomiskt bistånd, missbruksvård, barn och ungdomsvård ungdomar och vårdnadshavare. Socialsekreterarna gjorde ett bra arbete med att lämna ut enkäter, skicka hem 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 2022 genomfördes brukarundersökning för femte året i rad och avdelningen har gjort ett mycket bra arbete och höjt sin svarsfrekvens väsentligt inom samtliga områden. För första gången var svarsfrekvensen tillräcklig för att kunna utvärdera resultat från enkäter inom samtliga områden. Brukarundersökningen visar på mycket goda resultat inom Barn- och ungdomsvård riktad till ungdomar, medan vårdnadshavare är mindre nöjda i sin helhetssyn på socialtjänsten, möjligheten att få kontakt med socialtjänsten, hur tydlig informationen är och förståelsen som de upplever att de får för sin situation. Missbruksvården och ekonomiskt bistånd visar också på goda resultat.

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

Funktionshinder

Servicebostaden, gruppboendestäder, daglig verksamhet och boendestödet deltog i årets brukarundersökning. För första gången uppgick gruppboendestädernas svarsfrekvens till det underlag som krävs för att analysera resultatet.

Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma uppnår ett högt eller högre resultat för gruppboendestäder och servicebostaden och brukarna känner att personalen bryr sig om dem inom samtliga verksamheter. Årets enkäter visar generellt att det finns behov av utveckling inom området kommunikation, trygghet och att motverka rädsla.

Äldreomsorg

Sammanfattningsvis så sticker Munkedal ut i positiv bemärkelse gällande personal med adekvat utbildning samt sjuksköterskor på plats på särskilt boende för äldre. Gällande sjuksköterskor på plats på särskilt boende för äldre så har Hemsjukvården genomfört en lyckad satsning för att stärka närvaron på boendena. De boendes helhetssyn har förbättrats något mot föregående år. Inom hemtjänst så är det få brukare som besväras av ensamhet medan helhetssynen på hemtjänsten sjunkit något.

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

[Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? -](#)

[Socialstyrelsen](#) Visar att hemtjänsttagare är mycket nöjda eller nöjda med hur hemtjänstpersonalen utför sina arbetsuppgifter, att personalen tar hänsyn till brukarens önskemål om hur hjälpen skall utföras samt att personalen har ett bra bemötande.

Förbättringsområden är att brukarna behöver tydligare information om hur de kan framföra synpunkter eller klagomål samt att hemtjänsttagare besväras av ensamhet. Att hemtjänsttagare besväras av ensamhet är en komplex fråga då ensamhet är en subjektiv upplevelse som inte kan rådats bot på med att endast tillföra nya sociala sammanhang. Ensamheten bottnar mer i avsaknad av betydelsefulla och personliga kontakter.

Fokusområde för år 2023

- Fortsatt arbete i grupp med att följa upp resultatet av åtgärder från brukarundersökningen.
- Att nå ut med information om vart brukare kan vända sig vid synpunkter på insatserna.

Externa kontroller

Arbetsmiljöverket

Under året så har välfärdsförvaltningen inte haft någon tillsyn från Arbetsmiljöverket.

Tillsyn av inspektionen av vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utförde en tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende för äldre i hela landet genom att samla in ett stort antal journaler för granskning. Resultatet för Munkedals kommun utifrån granskning av journaler inom riskområden; Individuell bedömning och kompetens, Kontinuitet och dokumentation, Läkemedel samt Vård i livets slutskede visade en förhöjd risk i förhållande till andra kommuner inom området Läkemedel. Risker avser antalet i journal dokumenterade läkemedelsgenomgångar som årligen utförs av ansvarig läkare. Utifrån att läkemedel förskrivs av läkare och att

läkemedelsgenomgång utförs av läkare har frågan lyfts av kommunen till ansvarig chef på Närhälsan. Då granskningen av journaler gjordes i verksamhetssystemet Magna cura är rutinen kring dokumentationen uppdaterad med byte av verksamhetssystem.

I samverkan kring omställningen till Nära vård har ett gemensamt arbete påbörjats med representanter från hemsjukvården i Munkedals kommun samt läkare från Närhälsan Munkedal med första fokusområde att tillsammans arbeta fram metoder för en bättre fungerande samverkan kring läkemedelsgenomgångar samt upprättande av Framtidsplaner för patienter inom den kommunala primärvården.

IVO kommer även fortsätta sitt arbete utifrån intervjuer med sjuksköterskor samt patienter boende på säbo. Sammanställningen av detta är i skrivande stund inte klar och kommer kommunen tillhanda.

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. Välfärdsförvaltningen 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.

Under 2022 registrerades 55 dödsfall i Munkedals kommun och de områden där vi ser behov av utveckling är bedömning av munhälsa och användning av validerade mätmetoder för att bedöma smärta under sista levnadsveckan. Den lokala arbetsgruppen för palliativvård i Munkedals kommun där sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt omvårdnadspersonal ingår har informerats och kommer jobba med förbättringsförslag.

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 2023. 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 2022 uteblev, 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 hanterats enligt rutin. Framförda synpunkter samt svar finns diarieförda i Ciceron.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) mottog under hösten ett klagomål från en privatperson gällande hälso- och sjukvården på en av kommunens gruppbofasta. Förvaltningen svarade IVO i november 2022, men något besked från IVO gällande ärendet har ännu inte emottagits.

Ett arbete pågår inom förvaltningen 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. Förvaltningen använder systemet DF-respons, för avvikelshantering detta 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 och riskerar att leda till eller leder till en vårdskada. 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 teamträffar. På dessa träffar närvarar arbetsterapeut/fysioterapeut, sjuksköterska, enhetschefer och kontaktman/vård- och omsorgspersonal samt vid särskilda händelser även medicinskt ansvarig sjuksköterska

Fördelning av rapporterade avvikelser efter händelsekategori i verksamhetssystemet	2022	2021	2020
Händelsekategori	Antal	Antal	Antal
Läkemedel	236	265	303
Fall	682	978	853

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. Under 2022 överlämnades totalt 503 886 läkemedelsdoser och 236 avvikelser registrerades.

Antalet fallavvikelser har minskat jämfört med 2021, vilket kan vara effekt av att verksamheterna arbetar aktivt med riskbedömning samt åtgärder utifrån Senior Alert. Arbetet sker regelbundet i samband med teamträffar där samtliga professioner aktivt deltar vilket också kan ses som en framgångsfaktor. Av totalt 682 fall drabbades 11 personer av frakturer under 2022.

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

Under 2022 registrerade Munkedals kommun 28 avvikelser i MedControl gentemot annan vårdgivare. 19 av dessa avvikelser riktades mot NU-sjukvården och 9 gällde Närhälsan Munkedal.

Delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Totalt har 388 personer mottagit delegering för överlämnande av läkemedel samt 173 av dessa har även erhållit delegering för insulininjektion. 3 delegeringsbeslut har återkallats av delegerande sjuksköterska under året.

Fokusområden för år 2023:

- Samverkan med Närhälsan utifrån omställningen God och nära vård.
- Fortsatt arbete med samt utbildning i avvikelshantering SOL och HSL i avvikelssystem DF- respons.
- Fortsatt arbete med teamets betydelse för patientsäkerhet och kvalitet.

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 en risk för/ eller ett missförhållande eller en risk för/eller en vårdskada 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 då inte genererar en anmälan enligt lex Sarah eller lex Maria.

Under 2022 rapporterades ingen lex Maria anmälan till IVO.

Under år 2022 resulterade två utredningar enligt lex Sarah till en anmälan till IVO. IVO beslutade efter att de tagit del av förvaltningens utredningar och vidtagna åtgärder 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 förvaltningen fortsätter med under 2023.

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 samverkansarenorna såsom till exempel lokal samverkansgrupp, Fyrbodals nätverk för respektive profession eller Vårdsamverkan Fyrbodal.

Patientsäkerhetsarbetet under pandemiåret 2022

Pandemin har fortgått under 2022, under årets första månader drabbades flera av Omikron-varianten vilket ledde till hög sjukfrånvaro bland personal samt flera patienter som insjuknade, dock med milda symtom tack vare hög vaccinationsgrad. Nivån av source control höjdes till den högsta, nivå tre, och besök på säbo avråddes utifrån regionala riktlinjer från smittskydds enheten och vårdhygien. Under hösten 2022 gavs ytterligare en dos av covidvaccin, höstdos, till våra patienter samt även för personer boende på säbo ett förstärkt vaccin mot säsongsinfluensa.

Fortsatta utbildningsinsatser i basala hygienrutiner i Västra Götalandsregionen har fortgått regionala riktlinjer har reviderats löpande utifrån pandemiläget. många gånger under året. Munkedals kommun har haft en strikt följsamhet till dessa regionala- och nationella riktlinjer.

Tillgången till skyddsutrustning har varit god.

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

Hälso- och sjukvårdsavtalet

Under 2022 reviderades Hälso- och sjukvårdsavtalet, vilket reglerar respektive vårdgivares ansvar i Västra Götaland. Tidigare avtal löpte ut 2022-12-31 men då inte samtliga parter var eniga i att anta det reviderade förslaget löper det tidigare avtalet vidare tills samstämmighet uppnåtts. Avtalet kräver att samtliga parter måste ställa sig bakom det reviderade förslaget. Arbetet fortsätter 2023.

Kompetensutveckling och åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring

Personal inom förvaltningen har under året fått kompetensutveckling inom en rad olika områden, men särskilt värt att nämna är:

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt fysioterapeuter har tillsammans med enhetschefer under 2022 gått utbildningen *Att leda kvalitetsarbetet som patientansvarig legitimerad personal*. Det är en tvådagarsutbildning med syftet att tydliggöra och definiera legitimerad personals kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i vårdnära teamarbete, samt samarbetet med operativ enhetschef.

Det är en processororienterad utbildning med föreläsning varvat med dialogövningar, casework och tester. Det ingår även erfarenhetsutbyte och handledning. Även enhetschefer har gått denna utbildning med inriktning att säkra det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i den operativa verksamheten genom att stärka första linjens operativa enhetschefers ledningsansvar. Det är en processororienterad utbildning.

Under utbildningen har gemensamma tvärprofessionella team startats upp inom samtliga verksamheter och arbetet med systematiskt kvalitetsarbete fortgår.

Flertalet anställda inom LSS gruppboendestäder, Daglig verksamhet, Serviceboendet och Boendestöd har under hösten gått en breddutbildning i socialpsykiatri. Utbildningen omfattade att förstå beteende, samtalsmetodik och bemötande av personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar, symtomhantering i vardagen och funktionsnedsättning och färdighetsträning. Kompetensutvecklingen är en del i att stärka kvaliteten i verksamheterna och rusta personalen kring det växande arbetet med samsjuklighet och socialpsykiatri.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har under året gått ett utvecklingsprogram för MAS. Programmet innefattar juridik kring uppdraget,

beprövade metoder för kvalitetsledning och kraven på ett effektivt patientsäkerhetsarbete.

Förvaltningens verksamhetsutvecklare avslutade under början av året en översikt kurs i socialrätt som genomfördes av Högskolan väst.

Åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring pågår ständigt inom förvaltningen och verksamheterna uppdateras löpande i enlighet med ett ständigt kvalitetsarbete. För att nämna några specifika aktiviteter så avslutades utbildningen i lex Sarah under våren och så med är samtliga enheter utbildade. I anslutning till detta så önskade Hemsjukvården fördjupad kunskap kring våld i nära relationer, vilket anställda på IFO genomförde i samverkan med verksamhetsutvecklare.

Enhetscheferna har under året fått fylla i Socialstyrelsens checklista för att kartlägga var enheterna befinner sig i det systematiska kvalitetsarbetet. Med avstamp i resultatet utifrån kartläggningen så har en ny *Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbetet inom Välfärdsförvaltningen* arbetats fram. Att implementera riktlinjen och skapa en sammanhållen plattform för det systematiska kvalitetsarbetet blir en viktig del i 2023 års kvalitetsarbete.

Wivi-Anne Wiedemann
Verksamhetsutvecklare
Välfärdsförvaltningen

Elin Råhnägen
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Verksamhetsutvecklare
Välfärdsförvaltningen

Diarienummer: 2022-000128

Datum: 2023-03-06

TJÄNSTESKRIVELSE

Monica Nordqvist
Nämndsekreterare
Administrativa avdelningen

Tillägg och ändring i välfärdsnämndens delegationsordning samt upphävande av förordnande

Förslag till beslut

Välfärdsnämnden beslutar göra tillägg i delegationsordningen i kapitel 6 Ekonomi, nytt nummer 6.1.5 enligt följande;

”Beslut om omdisponering av budgetram under löpande verksamhetsår”.
(ej låsta anslag)

a) inom ansvarsområden och mellan verksamheter. Delegat: avdelningschef

b) mellan ansvarsområden efter samråd med avdelningschefer. Delegat: förvaltningschef.

Välfärdsnämnden beslutar att ta bort delegationspunkten i kapitel 6.2 nr 6.2.5. ”att teckna avtal med externa utförare” enligt 8 kap. 3 § Lagen om Valfrihet (LoV).

Välfärdsnämnden beslutar att ta bort förordnande i kapitel 2 nr 2.83 för Annette Calner och Gustav Lundell.

Sammanfattning

Välfärdsnämnden antog 2023-01-10 § 5 sin delegationsordning som styr vem som har rätt att fatta beslut i olika frågor och i verksamheterna inom respektive lagstiftning. Nu finns behov av att göra tillägg och ändringar.

Kapitel 6.1 Ekonomi

Förvaltningen finner behov av att en ny delegationspunkt läggs in, nr 6.1.5, som ger förvaltningen möjlighet att fatta beslut om omdisponering av budgetram under löpande verksamhetsår. Det ökar möjligheterna till justeringar i samband med underskott i budget.

Kapitel 6.2 Upphandling och inköp

Kommunfullmäktige beslutade 2023-02-27 § 9 att inte längre tillämpa Lagen om Valfrihet i Munkedals kommun. I välfärdsnämndens delegationsordning nr 6.2.5, anges ”Teckna avtal med externa utförare enligt 8 kap. 3 § Lag om

valfrihet”(LoV). Den delegationen tas bort i enlighet med kommunfullmäktiges beslut samt då den inte längre finns med som ansvarsområde i välfärdsnämndens reglemente.

Kapitel 2 Individ och familjeomsorg -förordnande

Socialjourens socialsekreterare i Uddevalla har beviljats förordnande (personligt/namngivet) i nr 2.83 ”Att begära polishandräckning för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av 43 § punkt 2 Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt återkallande av polishandräckning”.

Då två personer i socialjouren, Annette Calner och Gustav Lundell, nu slutat sin anställning skall deras namn tas bort från förordnandet i den punkten i delegationsordningen.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-06

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

I den nya punkten 6.1.5 ges förvaltningen ökade möjligheter att fördela budgeten där behovet är störst, för att komma till rätta med underskott.

Hållbar utveckling – Social dimension

Bedömning inte relevant

Hållbar utveckling – Miljömässig dimension

Bedömning inte relevant

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Välfärdsförvaltningen

Beslutet skickas till:

Nämndsekreterare för redigering, expediering och publicering.

Diarienummer: 2023-000004

Datum: 2023-03-03

TJÄNSTESKRIVELSE

Monica Nordqvist
Nämndsekreterare
Administrativa avdelningen

Redovisning av pågående motioner och medborgarförslag som inte beretts färdigt 2023.

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige godkänner redovisningen av pågående motioner och medborgarförslag som inte beretts färdigt.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige har beslutat att nämnderna två gånger om året ska lämna en redovisning till fullmäktige över de motioner och medborgarförslag som kommit in till fullmäktige, överlämnats till nämnden för beredning och som inte slutligt handlagts av fullmäktige. Redovisningen ska göras på fullmäktiges ordinarie sammanträden i april och november.

Motioner

Välfärdsnämnden har inga obehandlade motioner.

Medborgarförslag

Välfärdsnämnden behandlade 2023-02-16 § 20, svar på medborgarförslag från Doris Meng att anställa en Syn- och hörselkonsulent. Ärendet är överlämnat för beslut i kommunfullmäktige 2023-03-27.

2023-03-03 expedierades kommunfullmäktiges beslut 2023-02-27 § 4 att överlämna medborgarförslag från Gerd Lindström m.fl. om att inrätta en fixartjänst för hjälp i hemmet, till välfärdsnämnden för beredning. Enligt förvaltningens upprättade tidsplan behandlar välfärdsnämnden ärendet 2023-05-17 för vidare befordran till kommunfullmäktige 2023-06-19.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-03

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

Bedömning ej relevant

Hållbar utveckling – Social dimension

Förslagsställaren får svar inom sex månader i enlighet med kommunfullmäktiges beslut.

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Välfärdsförvaltningen

Beslutet skickas till:

Diarienummer: 2023-000048

Datum: 2023-03-03

TJÄNSTESKRIVELSE

Monica Nordqvist
Nämndsekreterare
Administrativa avdelningen

Redovisning av ej verkställda bifallna motioner och medborgarförslag 2022-2023

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige godkänner redovisningen.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige beslutade 2022-11-28 att i samband med redovisning av obesvarade motioner och medborgarförslag i april och november, ska även redovisning ske av de motioner och medborgarförslag som är bifallna av kommunfullmäktige men inte är verkställda.

Välfrädsnämnden har behandlat fyra motioner under tidsperioden 2022-01-01 2023-02-28, varav en är bifallen av kommunfullmäktige. Motionen är från Malin Svedjenäs (V) och Ove Göransson (V) om att Munkedals kommun deltar i Äldreomsorgslyftet. Motionen är verkställd av välfärdsförvaltningen som ansökt om bidrag och använt det i verksamheten på det sätt bidraget är avsett.

Välfrädsnämnden har således inga av kommunfullmäktige bifallna motioner eller medborgarförslag som inte verkställts.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-03

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

Bedömning inte relevant.

Hållbar utveckling – Social dimension

Kommunfullmäktiges beslut är därmed verkställt.

Johanna Eklöf
Förvaltningschef
Välfärdsförvaltningen

Kommunfullmäktiges beslutet skickas till:
Förvaltningschef
Nämndsekreterare

Diarienummer: 2023-000005

Datum: 2023-03-06

TJÄNSTESKRIVELSE

Ulrika Karlsson

Administrativa avdelningen

Anmälan om delegationsbeslut 2023

Förslag till beslut

Välståndsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut under perioden 2023-02-01 – 2023-02-28.

Sammanfattning

Välståndsnämnden beslutade 2023-01-10 § 5, att beslut fattade enligt välståndsnämndens delegationsordning ska anmälas till nämndens nästkommande möte.

Upprättad redovisning visar välståndsnämndens anmälda delegationsbeslut under perioden 2023-02-01 – 2023-02-28.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-06

Särskilda konsekvensbeskrivningar

Hållbar utveckling – Ekonomisk dimension

Inga ekonomiska konsekvenser

Hållbar utveckling – Social dimension

Inga sociala konsekvenser

Hållbar utveckling – Miljömässig dimension

Inga miljömässiga konsekvenser

Johanna Eklöf

Förvaltningschef

Välfärdförvaltningen

Delegationsförteckning

Datum	Dok.Id	Riktning	Avsändare/Mottagare	Beskrivning	Ansvarig	Diarienummer
2023-02-09	4859	I	Välfärdsnämnden	Delegationsbeslut 2023-01-10 § 5 - Beslut i Välfärdsnämndens myndighetsutskott 2023-02-09 §§ 10-25.	Monica Nordqvist	
2023-02-07	4849	I	Välfärdförvaltningen	Delegationsbeslut 2023-01-10 § 5 - Besluta i ärenden om barn och unga för perioden 2023-01-01 -- 2023-01-31.	Marie Koivisto	
2023-02-07	4848	I	Välfärdförvaltningen	Delegationsbeslut 2023-01-10 § 5 - Besluta i ärenden om ekonomiskt bistånd, dödsboanmälan, felaktig utbetalning, förmedlingsmedel för perioden 2023-01-01 -- 2023-12-31.	Marie Koivisto	
2023-02-07	4847	I	Välfärdförvaltningen	Delegationsbeslut 2023-01-10 § 5 - Besluta i ärenden om vuxna, våld i nära relation för perioden 2023-01-01 -- 2023-01-31.	Marie Koivisto	
2023-02-07	4846		Välfärdförvaltningen	Delegationsbeslut 2023-01-10 § 5 - Besluta i ärenden om Familjerätt för perioden 2023-01-01 -- 2023-01-31.	Marie Koivisto	



DELEGATIONSFÖRTECKNING

Datum
2023-03-06

Datum	Dok.Id	Riktning	Avsändare/Mottagare	Beskrivning	Ansvarig	Diarienummer
2023-02-01	4815		Välfärdsförvaltningen	Delegationsbeslut 2023-01-10 § 5 - Besluta om insatser bistånd under perioden 2023-01-01 -- 2023-01-31. Avseende hemtjänst, korttidsboende, trygghetslarm, boendestöd mm.	Magdalena Wilhelmsson	



VÄLFÄRDSFÖRVALTNINGEN

Månadsrapport 2021-2023

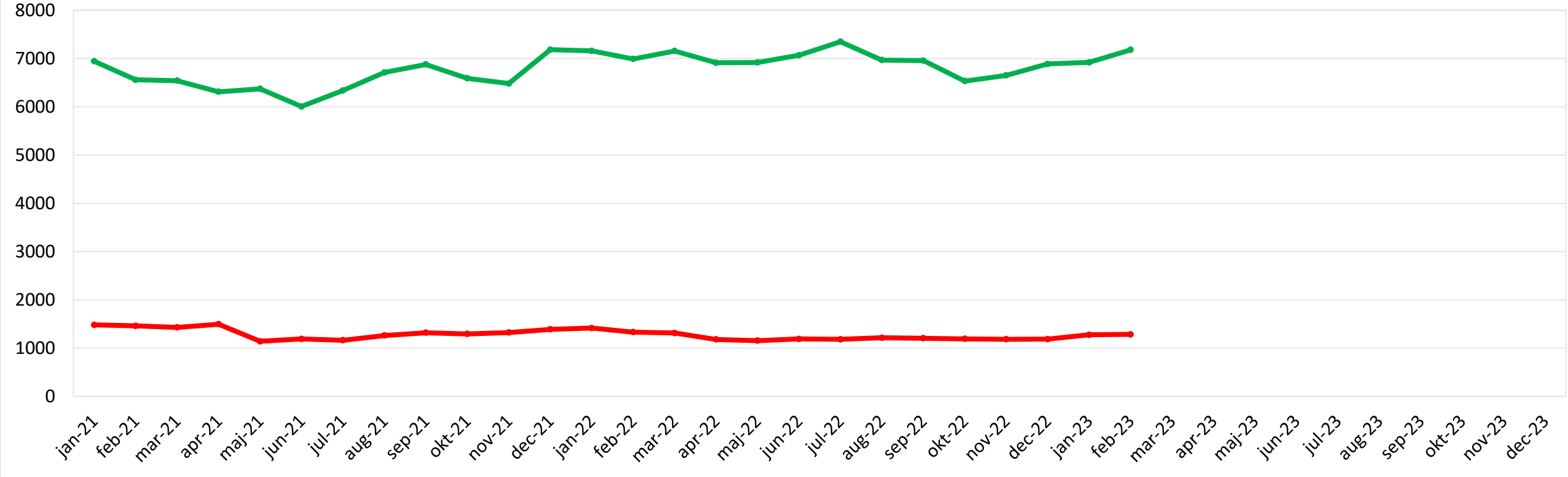
- Vård och Omsorg
- Stöd
- IFO



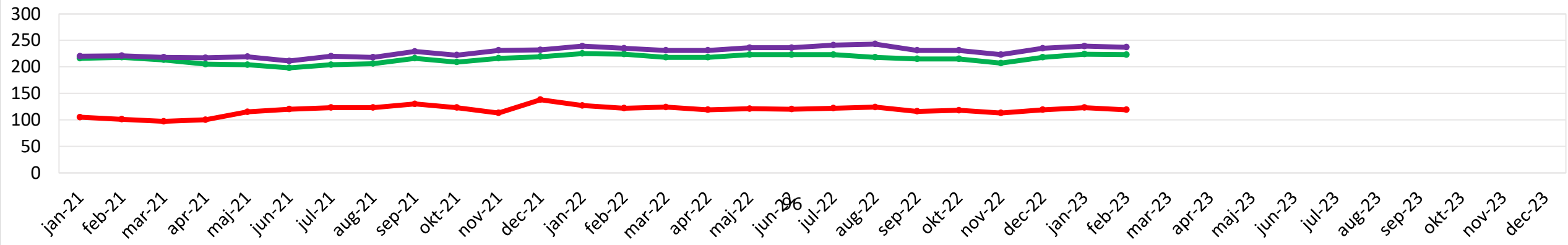
Vård och Omsorg

Hemtjänst

Beviljade timmar SoL Delegerade timmar HSL

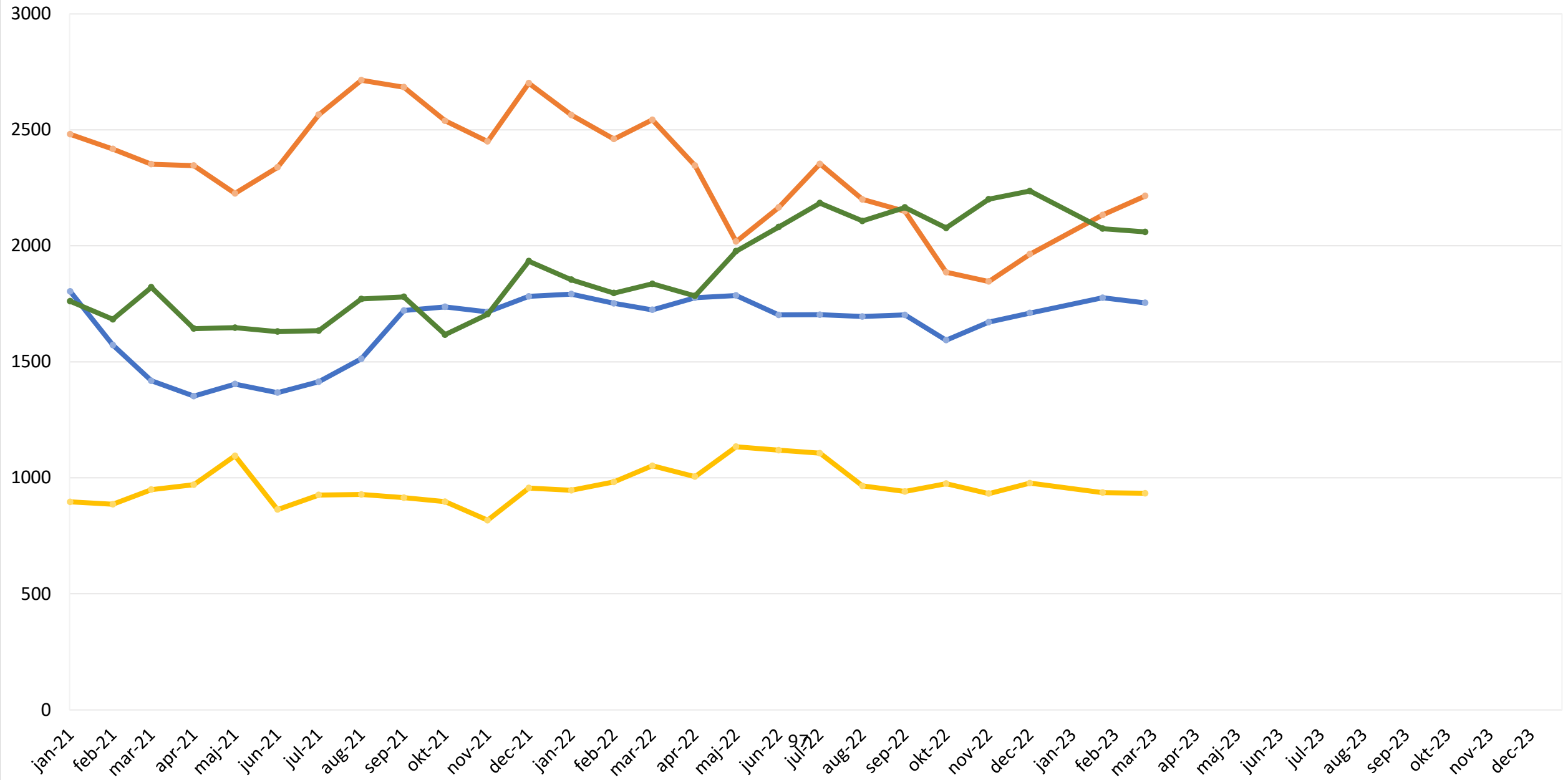


Antal brukare med SoL/hemtjänst insats Antal brukare med HSL insats Antal brukare med både SoL och HSL insats



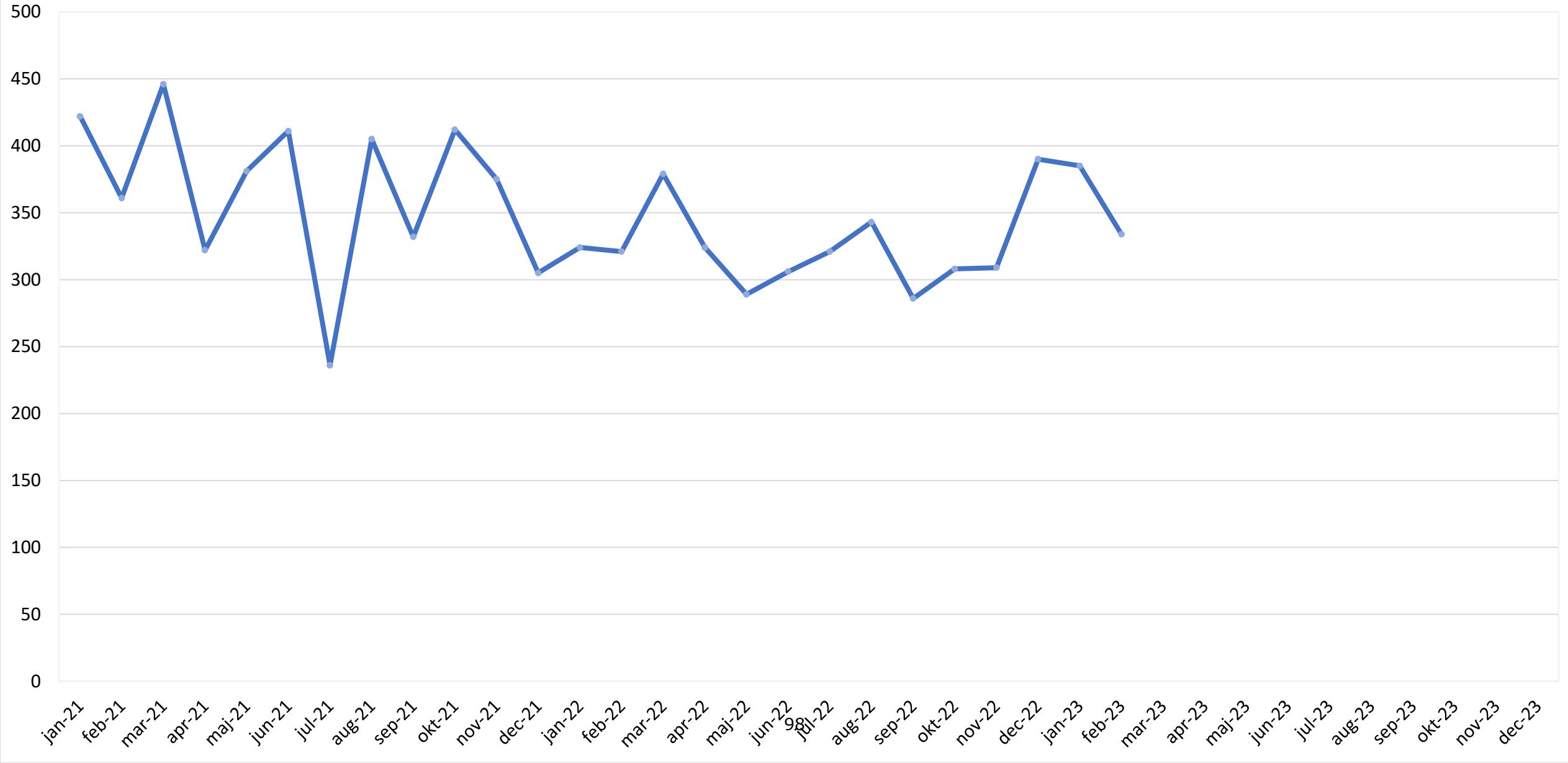
Beviljade hemtjänsttimmar per område

Inre Munkedal Svarteborg Hedekas

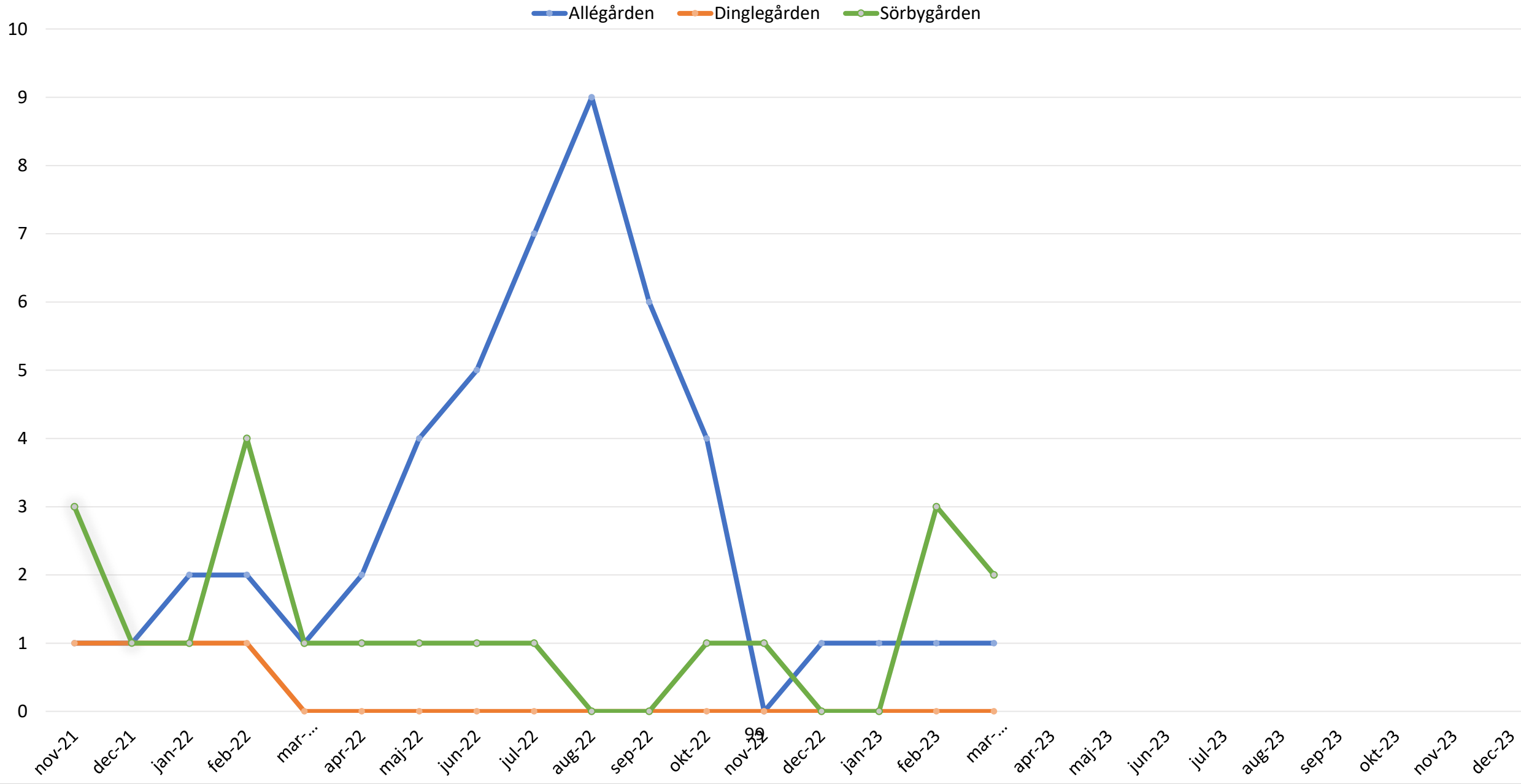


Korttids och växelvård

— Antal vårddygn



Lediga platser SÄBO (den 1:e varje innevarande månad)

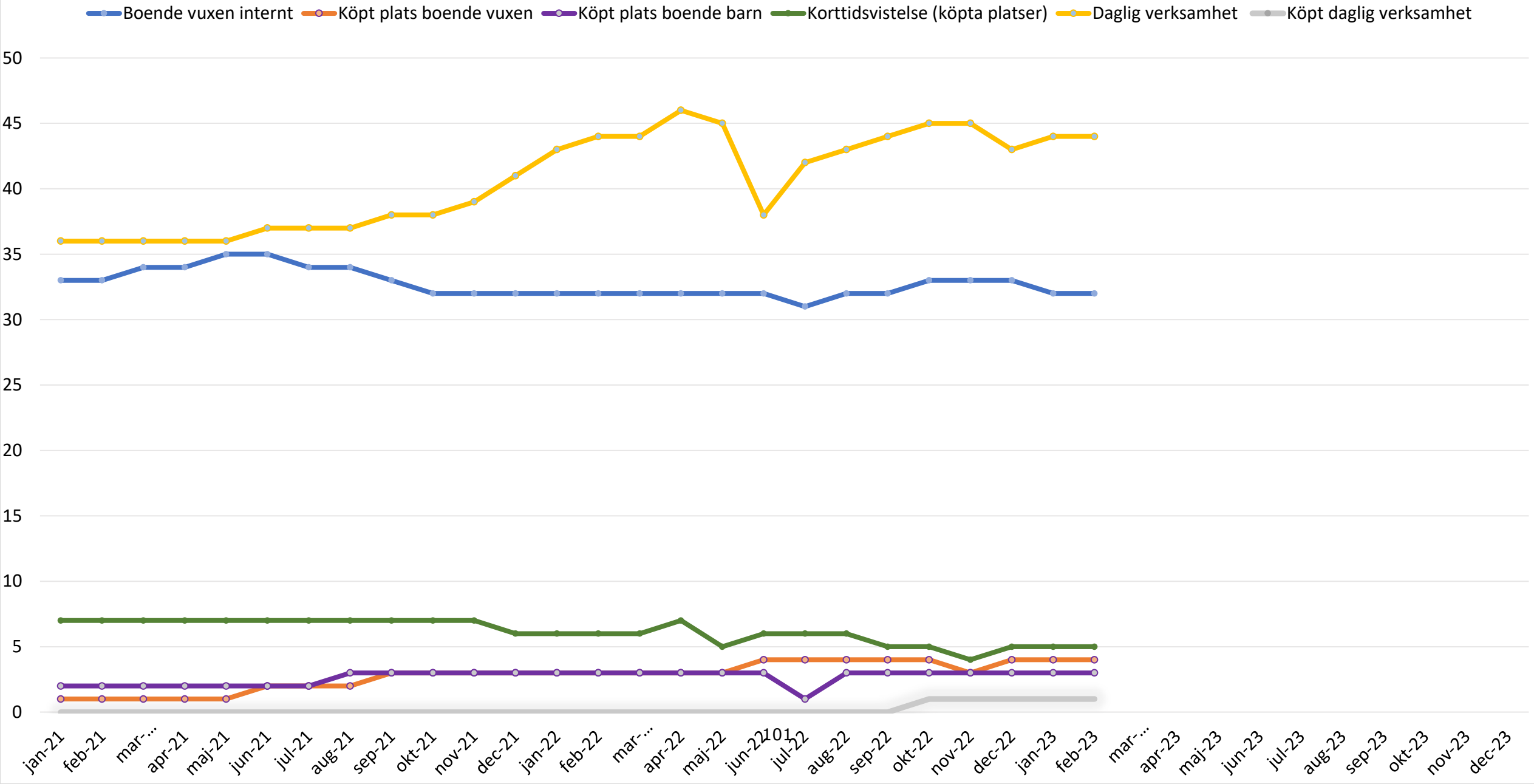




Stöd

LSS

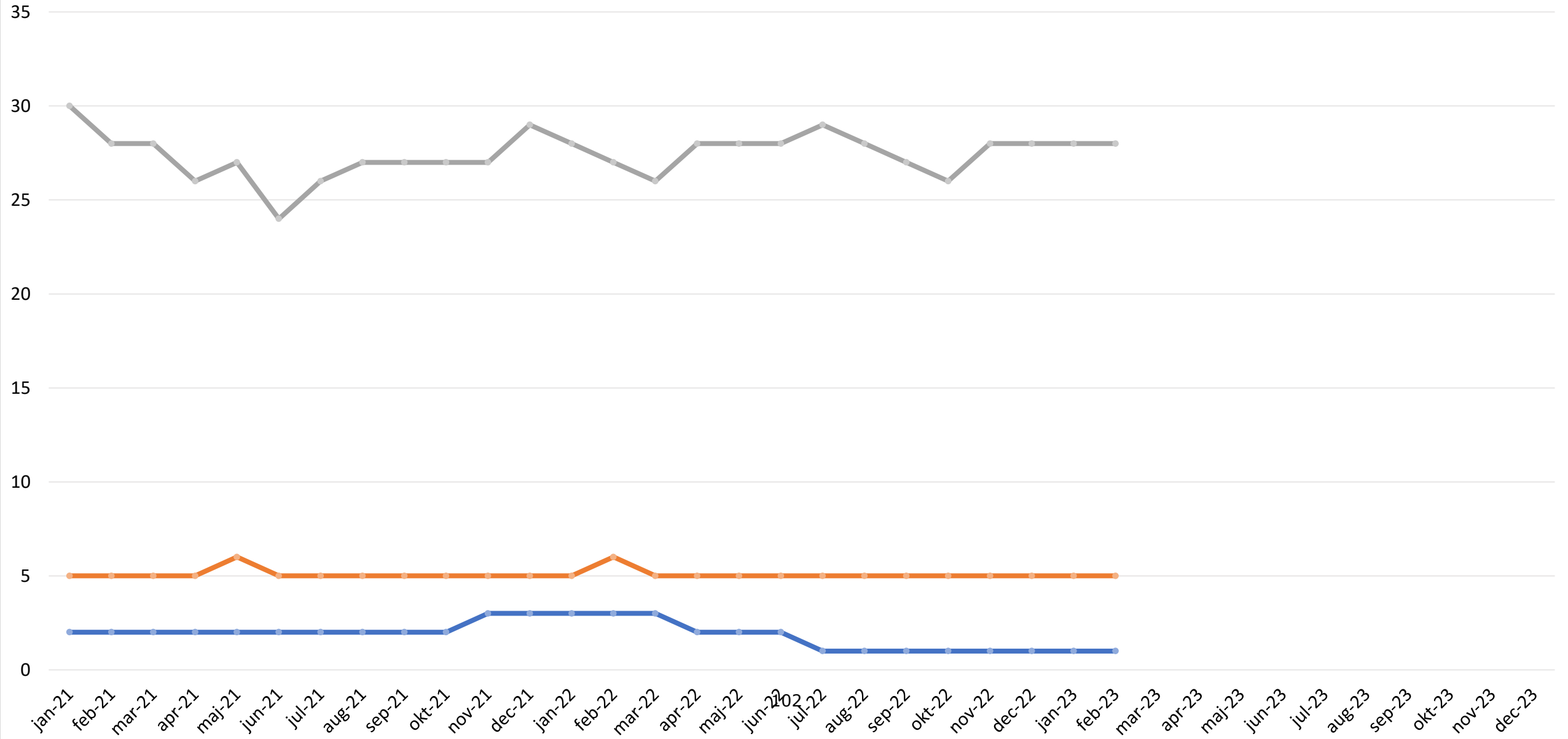
Verkställda beslut



Socialpsykiatrin

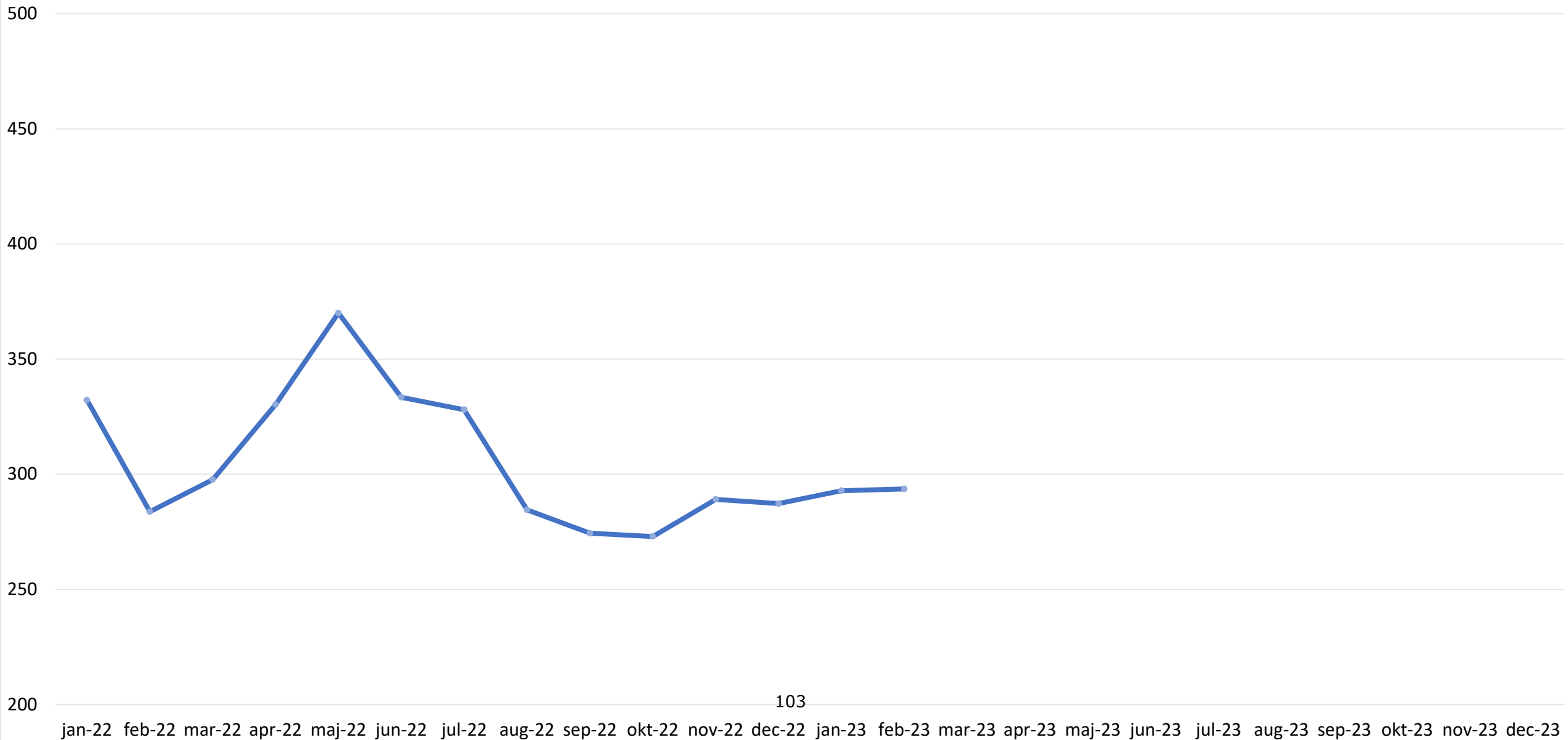
Verkställda beslut

Köpta boende Sysselsättning Boendestöd



Boendestöd

Beviljade timmar 2022 - 2023

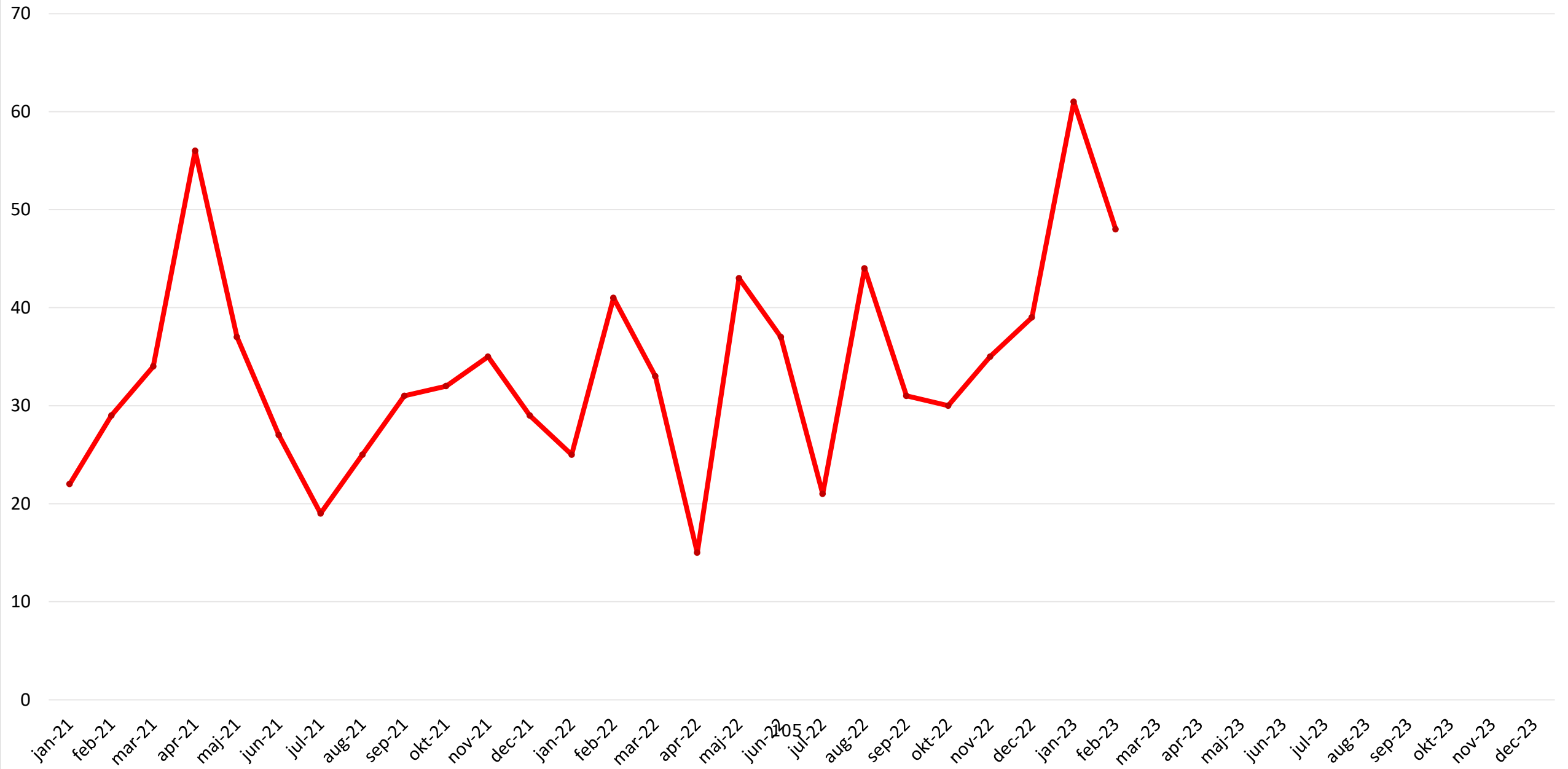




I FO

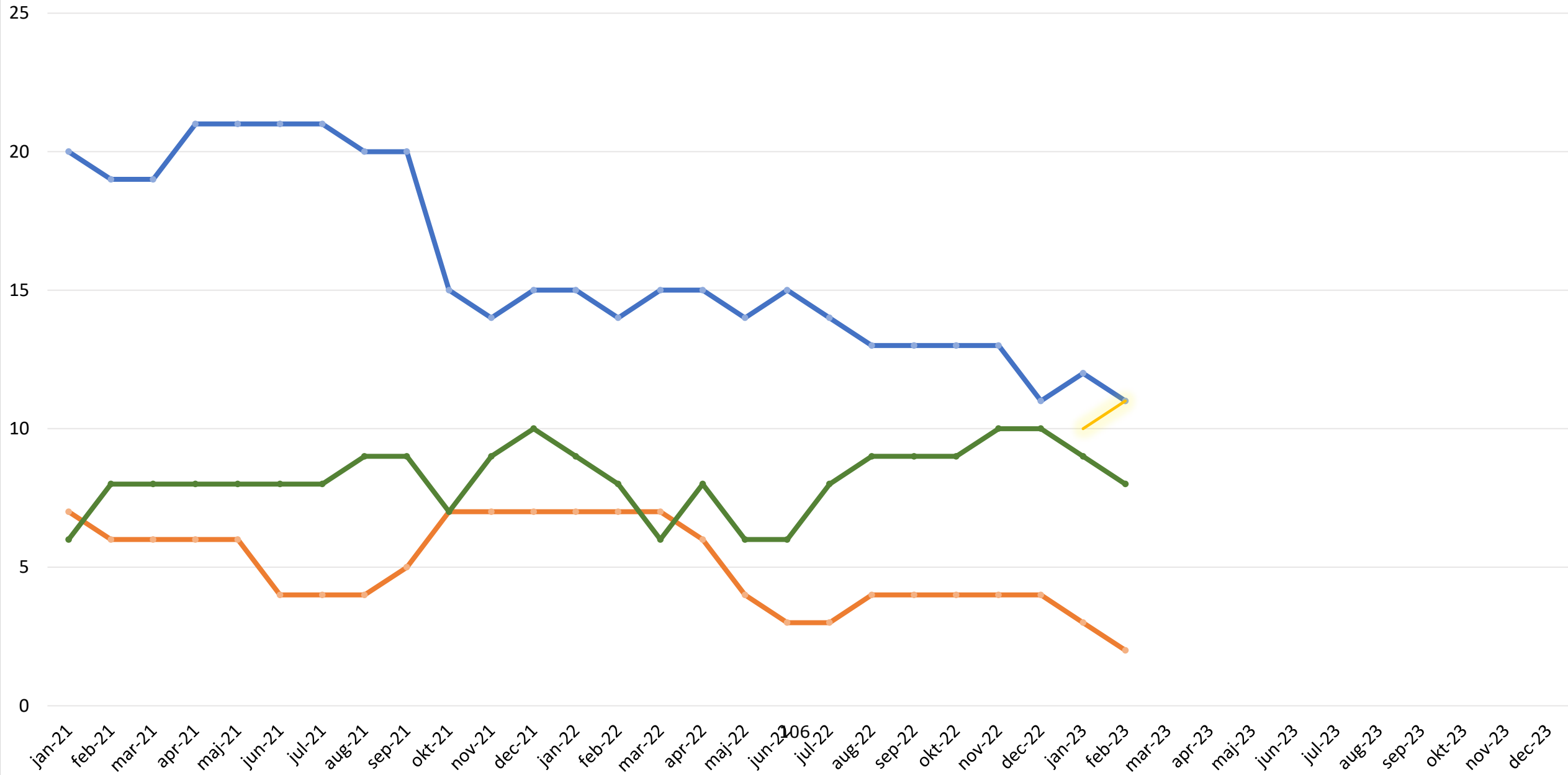
Orosanmälningar Barn och unga

Antal orosanmälningar



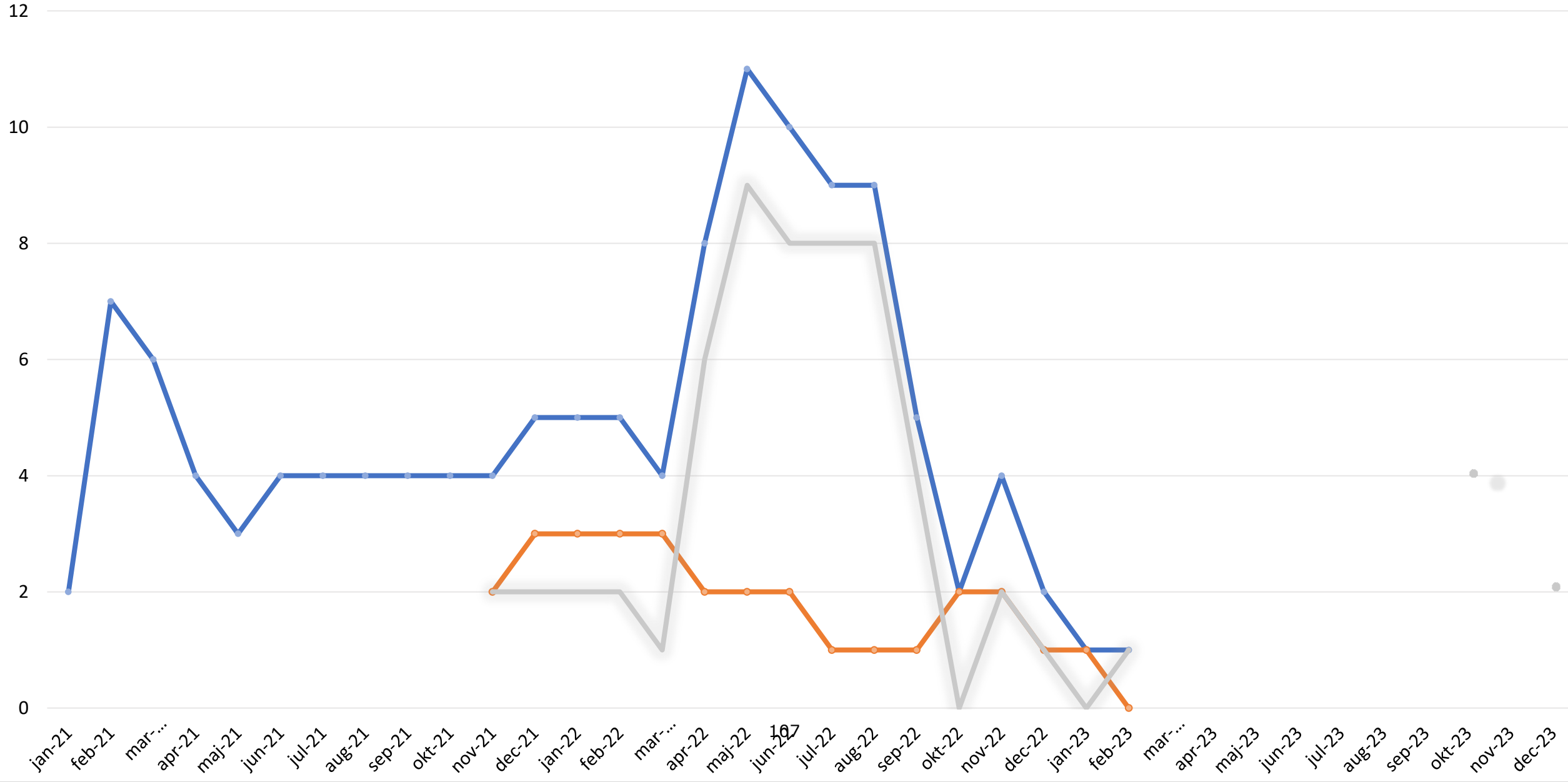
Placeringar Barn och unga

Egna familjehem Köpta familjehem HVB/institution Vårdnadsöverflyttad



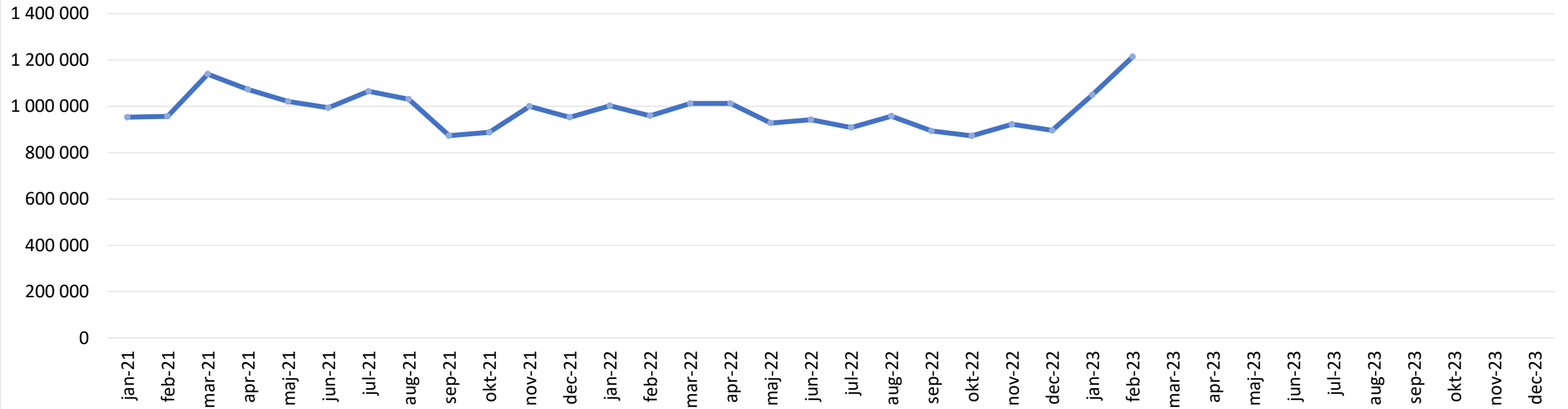
Missbruk/beroende och Våld i nära relationer

Antal köpta platser Varav missbruk/beroende Varav våld i nära relationer

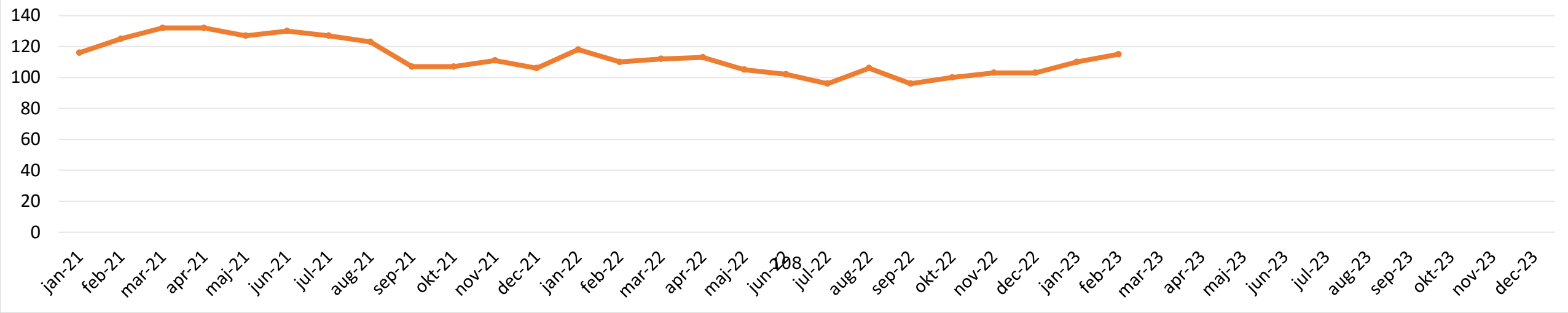


Ekonomiskt bistånd

Summa utbetalt



Antal hushåll





Tack för uppmärksamhet!