



Beslutsinstans: Socialnämnd

Datum och tid: Torsdag 23 februari 2023 Kl. 08:30- ca 12:00
Plats: Furåsen, stora salen. Stigsvägen 2 i Färgelanda

Besök under dagen: Ärende 1 – Kommundirektör deltar och informerar
Ärende 2 – 1:e socialsekreterare deltar och informerar
Ärende 8–9 – Medicinskt ansvarig sjuksköterska deltar och informerar

Val av justerare och justeringsdag
Upprop
Godkännande av föredragningslistan

- Föredragningar**
- 1 **Mötesteknik**
- Beslutsärenden sekretess**
- 2 **Beslut om omgäncesbegränsning enligt 14 § LVU 2023/43**
- Informationsärenden**
- 3 **Ordförande informerar 2023/32**
- 4 **Ekonomiska Månadsrapporter/prognoser 2023 2023/2**
- 5 **Statistik 2023 2023/19**
- 6 **Meddelanden 2023 2023/8**
- 7 **Socialchefens information 2023 2023/9**
- Beslutsärenden**
- 8 **Patientsäkerhetsberättelse 2022 2023/37**
- 9 **Svar till begäran om återredovisning gällande Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Färgelanda kommun. 2022/179**
- 10 **Årsredovisning 2022 2023/4**
- 11 **Ställningstagande avseende inriktning Vårdsamverkan Fyrbodal 2023-2026 2023/31**

Håkan Gusteus
Socialnämndens ordförande

Josefine Blid
Nämndsekreterare

Sektor omsorg totalt, 2023

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Utfall	14 144					
Budget	13 497	13 497	13 497	13 497	13 497	13 497
Avvikelse	-647					

	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Utfall						
Budget	13 497	13 497	13 497	13 497	13 497	13 502
Avvikelse						

Akkumulerad avvikelse -647

Budget 2023 161 969

Väsentliga poster (tkr)

Betaldagar	56	
Covid-19	21	
Extraersättning personal	60	HSV
Förstärkning	181	Säbo och hemtjänst
Konsulter	145	
Summa avvikelse	463	

KOM Hälso,- sjukvård

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Utfall	1 672					
Budget	1 723	1 723	1 723	1 723	1 723	1 723
Avvikelse	51					

	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Utfall						
Budget	1 723	1 723	1 723	1 723	1 723	1 723
Avvikelse						

Akkumulerad avvikelse	51
Budget 2023	20 672

Väsentliga händelser

Hemtjänsten

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Utfall	1 769					
Budget	1 544	1 544	1 544	1 544	1 544	1 544
Avvikelse	-225					

	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Utfall						
Budget	1 544	1 544	1 544	1 544	1 544	1 539
Avvikelse						

Akkumulerad avvikelse	-225
Budget 2023	18 523

Väsentliga händelser

Man har förstärkt på personalsidan i januari med 172 tkr.

Bostadsanpassning

5210/5106 hela verksamhetens konton

Bostadsanpassning	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Utfall	206					
Budget	132	132	132	132	132	132
Avvikelse	-74					

Bostadsanpassning	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Utfall						
Budget	132	132	132	132	132	135
Avvikelse						

Akkumulerad avvikelse -74
Budget 2023 1860

Enheten för stöd och service

	Januari			Februari			Mars		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Boende LSS BoU, 5132 kto 4630	389	335	-54		335			335	
Boende LSS Vuxna, 5135 kto 4630	259	255	-4		255			255	

	April			Maj			Juni		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Boende LSS BoU, 5132 kto 4630		335			335			335	
Boende LSS Vuxna, 5135 kto 4630		255			255			255	

	Juli			Augusti			September		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Boende LSS BoU, 5132 kto 4630		335			335			335	
Boende LSS Vuxna, 5135 kto 4630		255			255			255	

	Oktober			November			December		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Boende LSS BoU, 5132 kto 4630		335			335			341	
Boende LSS Vuxna, 5135 kto 4630		255			255			253	

Ackumulerad avvikelse LSS Barn o Unga -54

Ackumulerad avvikelse LSS Vuxna -4

Placeringar IFO	Januari			Februari			Mars		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Barn och unga, 5540/5570/kto 4630	807	208	-599		208			208	
Vuxna, LVM externt, 5520/kto 4630	76	87	11		87			87	

	April			Maj			Juni		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Barn och unga, 5540/5570/kto 4630		208			208			208	
Vuxna, LVM externt, 5520/kto 4630		87			87			87	

	Juli			Augusti			September		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Barn och unga, 5540/5570/kto 4630		208			208			208	
Vuxna, LVM externt, 5520/kto 4630		87			87			87	

	Oktober			November			December		
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall	Budget	Avvikelse
Barn och unga, 5540/5570/kto 4630		208			208			212	
Vuxna, LVM externt, 5520/kto 4630		87			87			91	

Akkumulerad
avvikelse BoU **-599**

Akkumulerad
avvikelse Vuxna **11**

5* kto 4511

Ekonomiskt						
bistånd	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Utfall	862					
Budget	792	792	792	792	792	792
Avvikelse	-70					

Ekonomiskt						
bistånd	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Utfall						
Budget	792	792	792	792	792	792
Avvikelse						

Akkumulerad
avvikelse **-70**

Verksamhet	Ansvarig för rapportering	Beräkningsgrund	Dec fg år												
			Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Okt	Nov	Dec	
Omsorgs- och utvecklingskontoret															
Betalansvars dagar	EC Bist handl		0	28	23	Prel 38	Prel 65	Prel 55	Prel 44	Prel 13	Prel 12	Prel 28	Prel 39	Prel 1	Prel 2
Äldreomsorg															
Demens antal platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
Demens antal belagda platser (Demensplatser kö)	EC Demens	Exkl korttidsplatser	38+2k	38+4k+1vx	38+5k+1vx	38+5k+1vxl	36+6k+1vxl	37+6k	38+2k	42	43	42+1vxl	40+2 vxl	42+1vxl	41+1k
Somatik antal platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	28	28	28
Somatik antal belagda platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	29	30	30	30	30	30	29	29	30	30	28	28	28
Korttidsplatser kö	EC Bist handl	Exkl korttidsplatser													
Korttid totalt antal platser	EC Somatik	Antal platser	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	8	8	8
Korttid antal belagda platser	EC Somatik	Antal platser	6	6	6	8	8	10	9	7+1vxl	7	9	10	7	9
	EC Somatik	Antal platser													
Beviljade hemtjänsttimmar (ej tot)	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 3:e kol		1997	2 618	2 886	2 535	3 612	4 773	3 529	3 286	3 924	4 032	3 425	4 012
Antal personer som är beviljade hemtjänst	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 2:a kol		226	227	234	224	223	223	223	222	226	229	226	263
Antal personer inskrivna i hemsjukvården	EC Hemsjukv		156	158	160	163	158	157	158	154	153	153	154	159	165
Individ- och familjeomsorgen															
Institution vuxna, antal	EC Ifo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Institution barn och unga, antal	EC Ifo		0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1
Institution barn och unga BUV*, antal	EC Ifo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Externa familjehemsplaceringar barn och unga	EC Ifo		2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3
Externa familjehemsplaceringar barn och unga	EC Ifo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Familjehem i kommunens regi, antal	EC Ifo		14	14	14	15	14	14	12	12	14	15	15	15	15
Familjehem i kommunens regi BUV, antal	EC Ifo		4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3
Närstående placeringar, antal	EC Ifo		4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
Uslusslägenhet i kommunens regi, antal	EC Ifo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal hushåll	EC Ifo		104	72	78	82	94	85	98	94	86	73	83	83	100
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess		14	14	14	14	14	14	13	13	12	12	12	12	12
Antal placeringar externt**	EC ESS		7	4	4	4	4	5	5	3	5	5	5	5	5

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

**) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Verksamhet	Ansvarig för rapportering	Beräkningsgrund	Dec fg år													
			Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Okt	Nov	Dec		
Omsorgs- och utvecklingskontoret																
Betalansvars dagar	EC Bist handl		prel 2	prel 6												
Äldreomsorg																
Demens antal platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
Demens antal belagda platser (Demensplatser kö)	EC Demens	Exkl korttidsplatser	41+1k	41+1k+1vx												
	EC bisthandl	Exkl korttidsplatser														
Somatik antal platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Somatik antal belagda platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	28	27												
Korttidsplatser kö	EC Bist handl	Exkl korttidsplatser														
Korttid totalt antal platser	EC Somatik	Antal platser	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	EC Somatik	Antal platser														
Korttid antal belagda platser	EC Somatik	Antal platser	9	15												
	EC Somatik	Antal platser														
Beviljade hemtjänsttimmar (ej tot)	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 3:e kol	4 012	2905												
Antal personer som är beviljade hemtjänst	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 2:a kol	263	230												
Antal personer inskrivna i hemsjukvården	EC Hemsjukv		165	165												
Individ- och familjeomsorgen																
Institution vuxna, antal	EC Ifo		0	0												
Institution barn och unga, antal	EC Ifo		1	1												
Institution barn och unga BUV*, antal	EC Ifo		1	1												
Externa familjehemsplaceringar barn och unga	EC Ifo		3	3												
Externa familjehemsplaceringar barn och unga	EC Ifo		0	0												
Familjehem i kommunens regi, antal	EC Ifo		15	15												
Familjehem i kommunens regi BUV, antal	EC Ifo		3	3												
Närstående placeringar, antal	EC Ifo		4	4												
Uslusslägenhet i kommunens regi, antal	EC Ifo		0	0												
Antal hushåll	EC Ifo		100	143												
Enheten för stöd och service																
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess		12	12												
Antal placeringar externt**	EC ESS		5	6												

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

**) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Delgivning

Utskriftsdatum: 2023-02-16

Utskriven av: Josefine Blid

Diarieenhet:	Socialnämnden
Riktning:	Alla
Datum:	2023-01-18 - 2023-02-16
Notering:	Meddelande SN

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	
2023.99	I	Enkätresultat om kommuners handlingsplaner 2022	Johan Lundh
2023-02-07			Omsorgskontoret
SN 2023/8		Meddelanden 2023	
2023.100	I	Enkätresultat om regioners handlingsplaner 2022	Johan Lundh
2023-02-07			Omsorgskontoret
SN 2023/8		Meddelanden 2023	
2023.101	U	Beslut KS 2023-02-01 Antagande av mål och riktlinjer för minoritetspolitiska arbete	Josefine Blid
2023-02-01			Omsorgskontoret
SN 2022/166		Remiss - mål och riktlinjer för minoritetspolitiska arbete	

Enkät om regioners handlingsplaner för patientsäkerhet

Resultatredovisning

Februari 2023



Om resultatredovisningen

- Den här redovisningen innehåller regionernas svar
- Samtliga 21 regioner svarade på enkäten
- Syftet är att snabbt återkoppla resultaten till regioner och kommuner
- Socialstyrelsen kommer i det fortsatta arbetet att analysera resultaten vidare, exempelvis genom kvalitativ analys av fritextsvar
- Nytt för i år är förslag på diskussionsfrågor sist i dokumentet

**Socialstyrelsen
vill tacka alla
som bidragit till
informations-
insamlingen!**

Bakgrund och syfte med enkäten om regioners handlingsplaner för patientsäkerhet

- Bakgrund**
- Socialstyrelsen ansvarar för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – *Agera för säker vård*. I uppdraget ingår att följa upp effekten av den nationella handlingsplanen
- Syfte**
- Att genom årlig uppföljning få en bild av om regioner arbetar med egna regionala handlingsplaner för patientsäkerhet, om regioner arbetar med *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i regioner* samt av hur regioner arbetar med patientsäkerhetsberättelsen
 - Ge underlag för det fortsatta nationella arbetet att stödja regionernas systematiska patientsäkerhetsarbete
- Länkar**
- [Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård](#)
 - [Verktyg för stärkt patientsäkerhet i regioner](#)
 - [Mall för patientsäkerhetsberättelse](#)



Redovisning av resultat



Sammanfattning av enkätens resultat

- Samtliga regioner svarade på enkäten. 18 regioner har behandlat den nationella handlingsplanen vid möte i regionledningen
- 17 av regionerna har en handlingsplan vilket är en ökning med 6 regioner sedan föregående mätning i december 2021. 3 regioner har beslut om att ta fram en handlingsplan och en region har motsvarande innehåll som en handlingsplan integrerat i sitt ledningssystem
- Beslutet om att ta fram en handlingsplan har fattats på politisk nivå i 55 procent och på högsta tjänstemannanivå i 40 procent av regionerna
- Regionernas handlingsplaner utgår i stor utsträckning från den nationella handlingsplanen, exempelvis avseende innehåll och struktur
- Den nationella handlingsplanen uppges av flera regioner bidra positivt till det systematiska patientsäkerhetsarbetet och till att regionerna säkerställer att vårdgivarna arbetar inom handlingsplanens fem fokusområden. Samtidigt påpekas att den nationella handlingsplanens effekt ännu inte går att utvärdera fullt ut
- Tre av fem regioner använder *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete*. Regionerna har använt verktyget för analys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (85 procent), att identifiera aktiviteter för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet (85 procent), att prioritera aktiviteter (77 procent) och för att ta fram en regional handlingsplan för patientsäkerhet (62 procent)
- Regionerna uppger att de använder patientsäkerhetsberättelsen i mindre utsträckning för att beskriva uppföljning av åtgärder i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Patientsäkerhetsberättelsen används enligt regionerna oftast för att informera beslutsfattare och förvaltningsledning, och i mindre utsträckning verksamheter, medarbetare och allmänhet, om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet
- Regionerna samarbetar i liten utsträckning med kommunerna i arbetet med handlingsplaner och med verktyget

Återkommande enkätundersökning

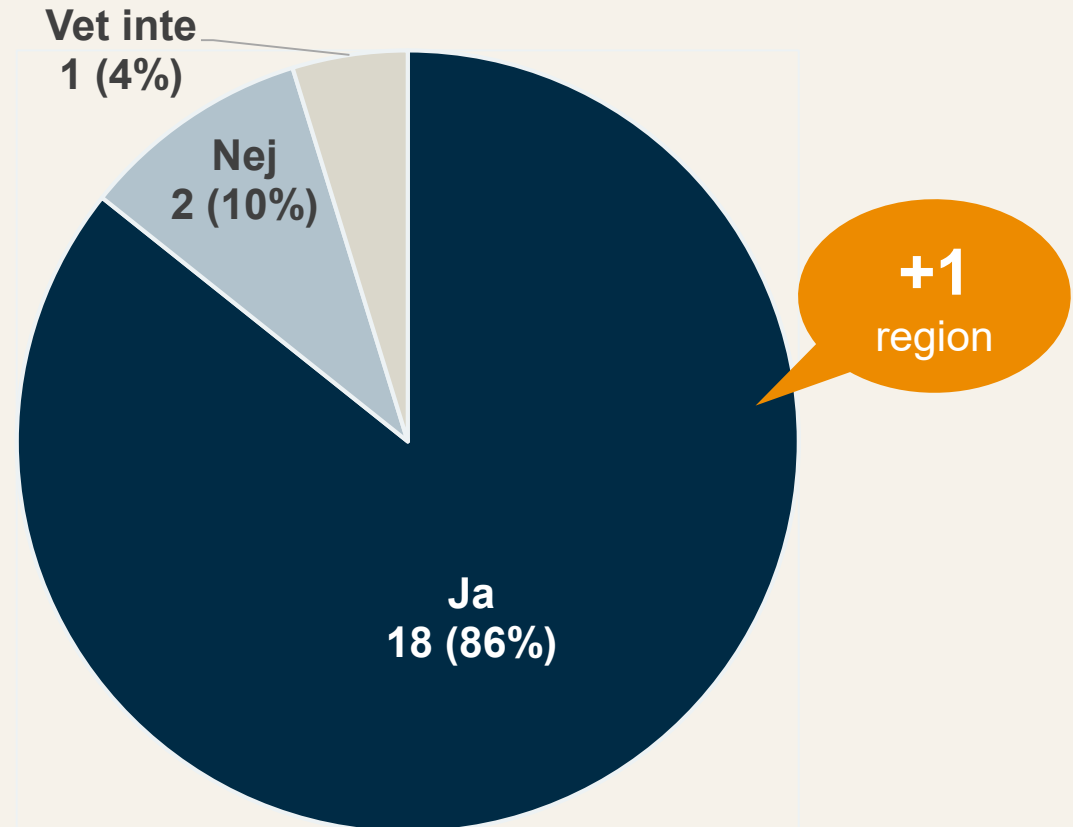
- Socialstyrelsen följer årligen utvecklingen av regioners arbete med egna handlingsplaner för ökad patientsäkerhet
- I denna resultatredovisning redovisas för vissa frågor **förändringen sedan föregående mätning**
- Håll utkik efter de orangea pratbubblorna



18 av regionerna har behandlat den nationella handlingsplanen vid möte i regionledningen

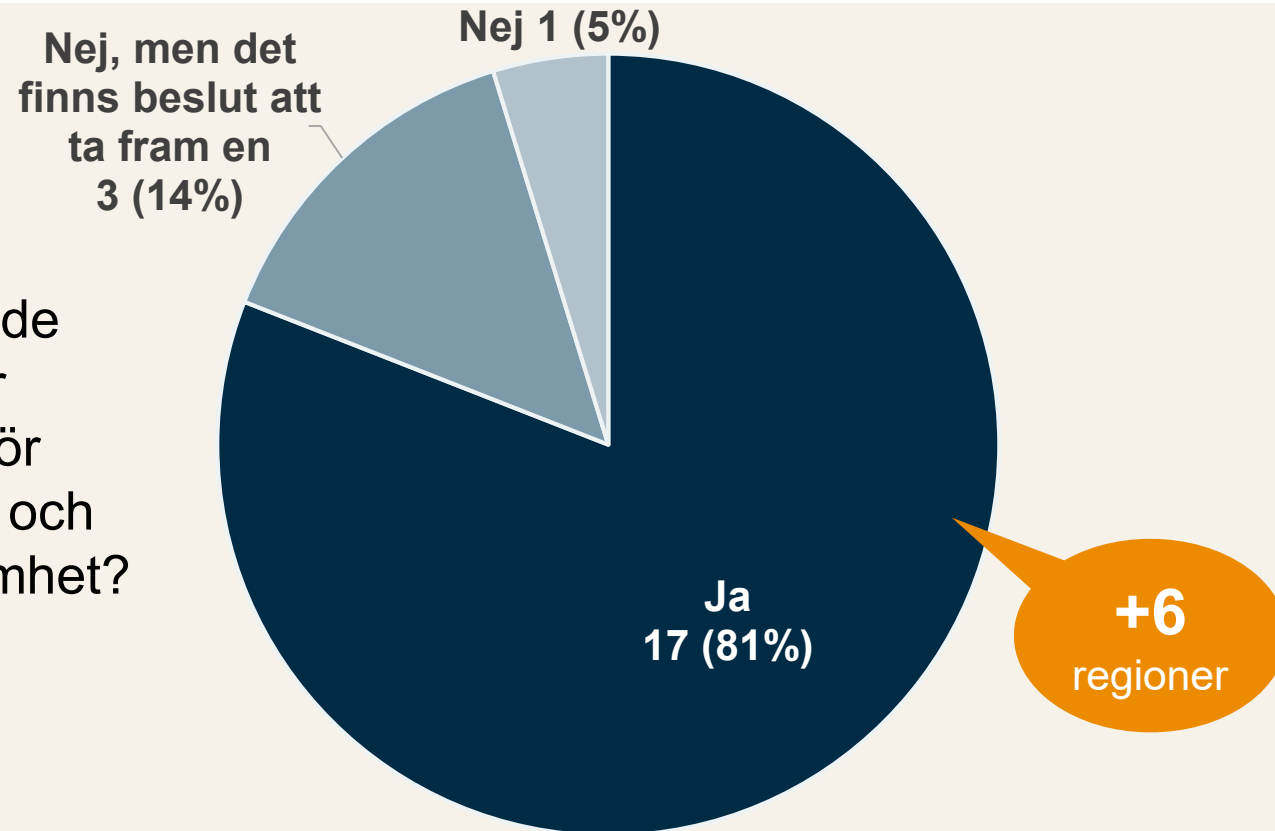
Har den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet behandlats vid möte i regionledningen?

n = 21 regioner



17 regioner har en handlingsplan för patientsäkerhet och ytterligare 3 har beslut att ta fram en

Finns det en regionövergripande handlingsplan för patientsäkerhet för regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet?



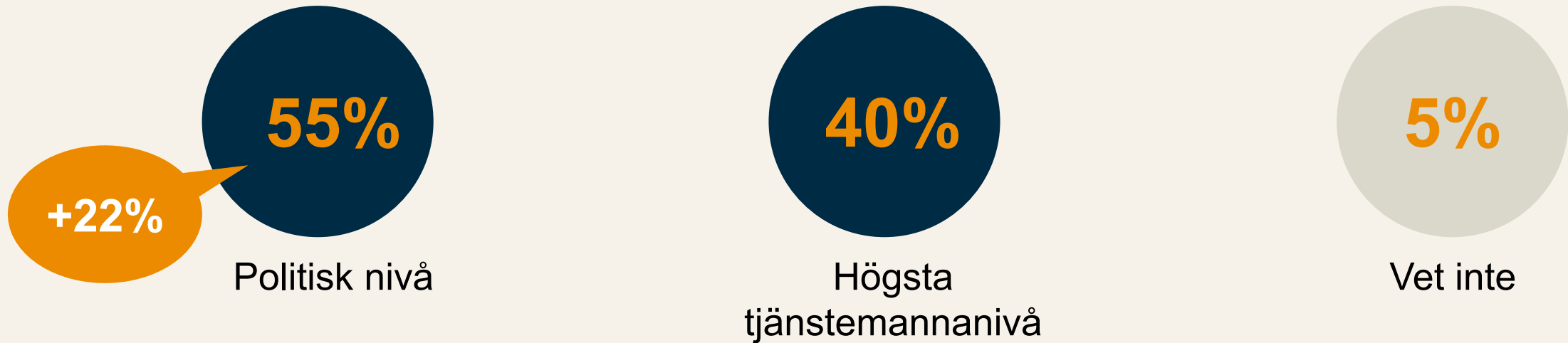
n = 21 regioner

Kommentar för den region som svarat Nej:

Regionen har ingen separat handlingsplan för patientsäkerhet. I regionens övergripande system för ledning och styrning är aktiviteter, mål och resultat för patientsäkerhet integrerade

I fler än hälften av regionerna som har, eller har beslut om att ta fram, en handlingsplan fattades beslutet på politisk nivå

På vilken nivå har beslutet om handlingsplanen fattats?

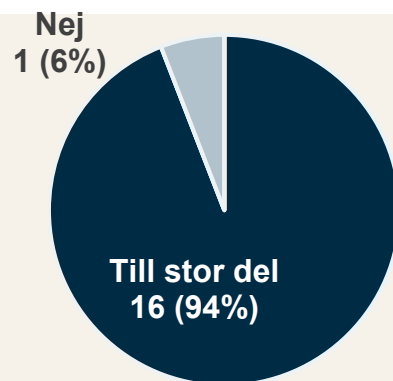


n = 20 regioner

Regionernas arbete med handlingsplaner för patientsäkerhet

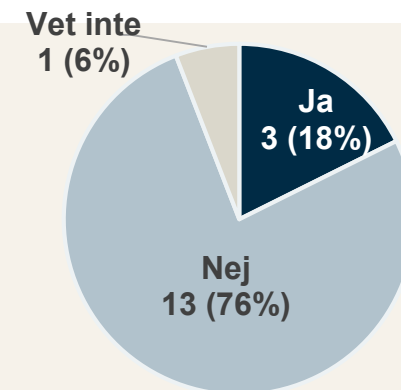
17
Regioner med en handlingsplan

Har regionens handlingsplan tagits fram med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?



Alla

Har regionen samarbetat med en eller flera kommuner i framtagandet av handlingsplanen?



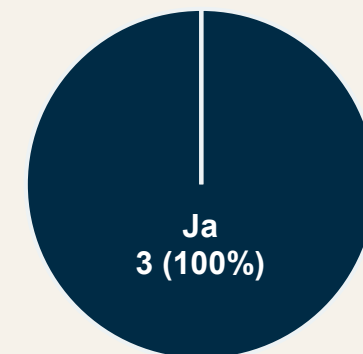
3
Regioner med beslut att ta fram en handlingsplan

Pågår arbete i regionen med att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhet?



Ja

Tas denna handlingsplan fram med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?



1
Region som inte har en separat handlingsplan*

Har regionen något annat styrdokument för patientsäkerhet som motsvarar innehållet i en handlingsplan?



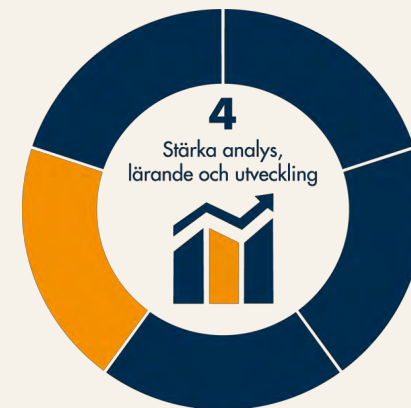
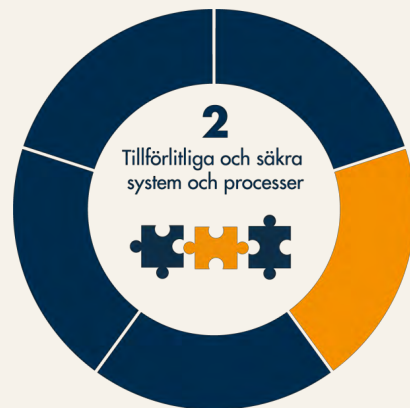
Ja

Har detta styrdokument tagits fram med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?



* Regionen har ingen separat handlingsplan för patientsäkerhet. I regionens övergripande system för ledning och styrning är aktiviteter, mål och resultat för patientsäkerhet integrerade.

Den nationella handlingsplanen har bidragit till att regionerna säkerställer att vårdgivarna arbetar inom de 5 fokusområdena



Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen regionen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 1

- | | <i>Andel Ja*</i> |
|---|------------------|
| • Följer upp och utreder händelser, identifiera bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder? | 62% |
| • Använder sig av adekvata metoder för identifiering och mätning av vårdskador eller risk? | 57% |
| • Utbildar i mät- och utredningsmetoder? | 48% |
| • Efterfrågar och i vården använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter? | 71% |
| • Minimerar negativa följd effekter genom att stödja patienter och personal som varit inblandade i händelser? | 52% |

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen regionen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 2

	<i>Andel Ja*</i>
• Uppfyller kraven om ledningssystem och bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete?	67%
• Kontinuerligt utvecklar, anpassar och tillämpar system, processer och rutiner?	71%
• Involverar patienter och närstående i planering och utformning av processer?	52%
• Verkar för en god tillgänglighet och kontinuitet?	48%
• Är organiserade för samverkan och en sammanhållen vård?	57%
• Använder adekvata metoder och verktyg för att identifiera och hantera situationer som kan hota patientsäkerheten?	71%
• Inför respektive fasar ut metoder, utrustning och rutiner på ett säkert sätt?	38%
• I sin egenkontroll följer tillförlitlighet i processer och system, och följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner?	71%

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen regionen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 3

- Har en god säkerhetskultur som genomsyrar alla delar av vården **81%**
- Har en hög riskmedvetenhet, och förmåga att hantera risker och agerar på alla organisatoriska nivåer **71%**
- Följer upp och dagligen säkerställer patientsäkerheten på alla nivåer **62%**
- Säkerställer yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer **81%**
- Verkar för en god arbetsmiljö och tillämpar en säker bemanning och schemaläggning **57%**
- Skapar möjlighet för patienter och närstående att aktivt kunna bidra i patientsäkerhetsarbetet **62%**

*Andel Ja**

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen regionen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 4

- | | <i>Andel Ja*</i> |
|--|------------------|
| • Har kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer? | 52% |
| • Kontinuerligt använder verktyg och gemensamt utvecklade metoder för att analysera data, trender och mönster? | 67% |
| • Använder information från flera olika källor för att analysera och lära av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa? | 67% |
| • Återkopplar resultat och följer upp åtgärder i ett systematiskt arbete för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen? | 76% |
| • Involverar patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning? | 52% |

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen regionen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 5

- | | <i>Andel Ja*</i> |
|---|------------------|
| • Har strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet? | 81% |
| • Identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt? | 57% |
| • Stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling? | 52% |
| • Bedriver en aktiv omvärldsbevakning? | 67% |
| • Analyserar risker och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranserna av läkemedel och material? | 57% |
| • Bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete? | 62% |
| • Beaktar långsiktiga konsekvenser för patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbeslut? | 62% |

Den nationella handlingsplanen uppges av flera regioner bidra positivt till det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Exempel på fritextsvar i enkäten

” Generellt är den nationella handlingsplanen ett värdefullt verktyg i regionens patientsäkerhetsarbete. Den fyller en stor funktion för att tydliggöra viktiga områden inom patientsäkerhetsarbetet, bra att hänvisa till och utgå ifrån i det lokala patientsäkerhetsarbetet. Bra att den tydliggör ett bredare perspektiv inom patientsäkerhetsområdet, så att t.ex. både ledningens engagemang, patienters delaktighet och kopplingen till arbetsmiljöområdet framgår. ”

” Regionen välkomnar arbetet kring Nationella handlingsplanen och vi använder dess material flitigt i vårt interna arbete mot chefer och medarbetare i vårt patientsäkerhetsarbete ”

” Arbetet och underlaget i form av nationella handlingsplanen ser vi positivt på och har stora förväntningar kring att kunna hjälpa oss i dessa frågeställningar. ”

Samtidigt påpekas att den nationella handlingsplanens effekt ännu inte går att utvärdera fullt ut

Exempel på fritextsvar i enkäten

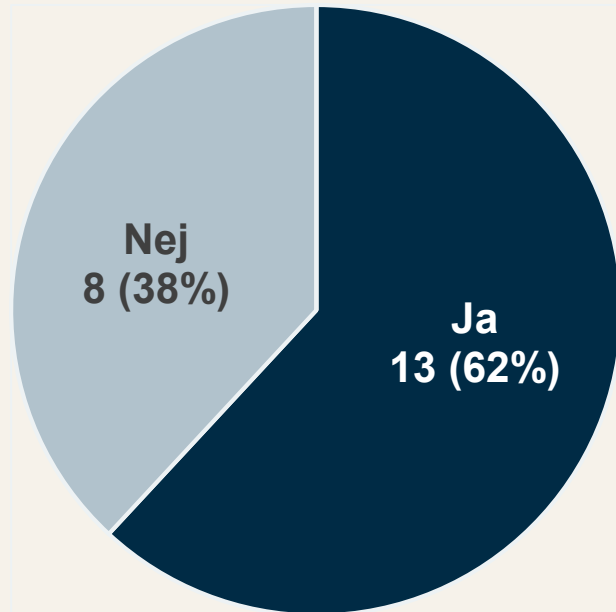
” *Regionen ser dock att flertalet av de frågeställningar som enkäten lyfter inte går att besvara förrän vi har kommit längre i den regionala handlingsplanen* ”

” *Frågan kommer för tidigt i arbetet. Behov först av att ta fram en regional handlingsplan som ligger till underlag för arbetet av ovanstående frågor - därför besvaras frågan med vet ej - vi måste få en chans först att utvärdera när vi gjort vår regionala handlingsplan* ”

” *Det är svårt att kunna svara på alla påståenden då den regionala planen är förhållandevis ny och ännu inte har följts upp till fullo* ”

Tre av fem regioner använder *Verktøy for styrkt patientsäkerhetsarbete*

Använder/har regionen använt *Verktøy for styrkt patientsäkerhetsarbete* i regioner?



n = 21 regioner

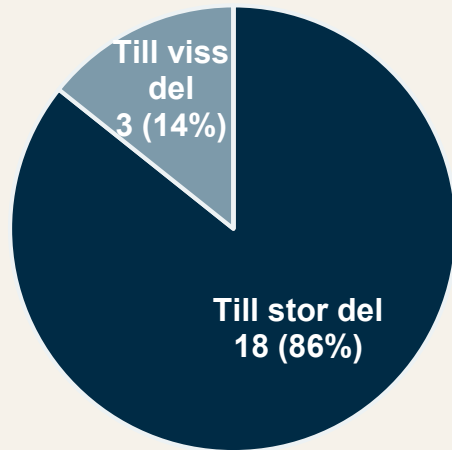
Hur använder/har regionen använt verktøyet?

Ja →

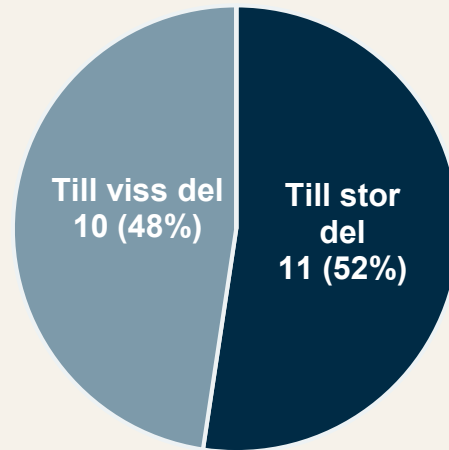
	Andel Ja
För analys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet	85%
För att identifiera aktiviteter för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet	85%
För att prioritera aktiviteter	77%
För att ta fram en regional handlingsplan för patientsäkerhet	62%
Har regionen samarbetat med en eller flera kommuner i arbetet med verktøyet?	8%

Regionerna använder patientsäkerhetsberättelsen i minst utsträckning för att beskriva uppföljning av åtgärder

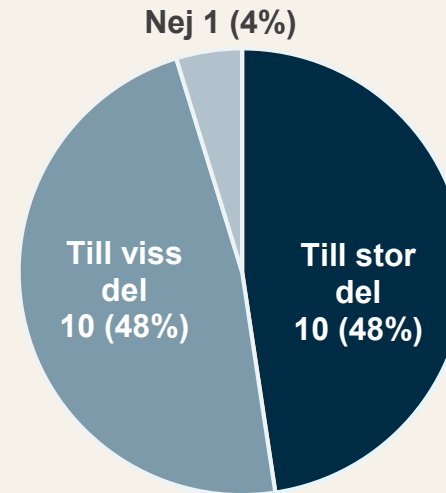
Används regionens patientsäkerhetsberättelse för...



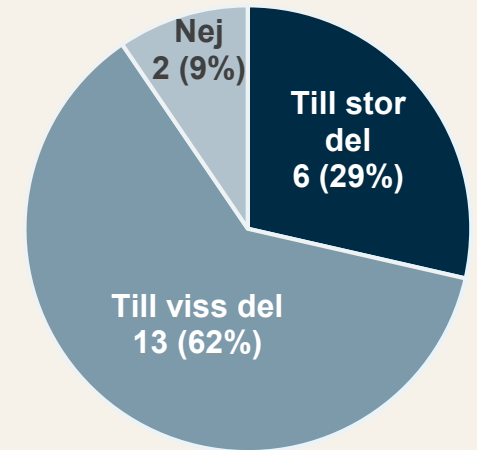
...att beskriva **resultat** inom identifierade områden?



...att beskriva **analys** av resultat?



...beskrivning av **åtgärder**?

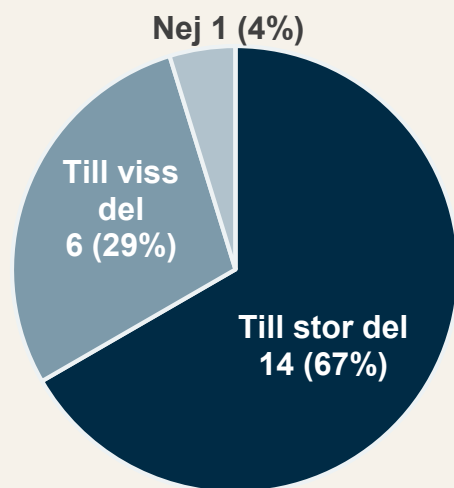


...**uppföljning** av vidtagna åtgärder?

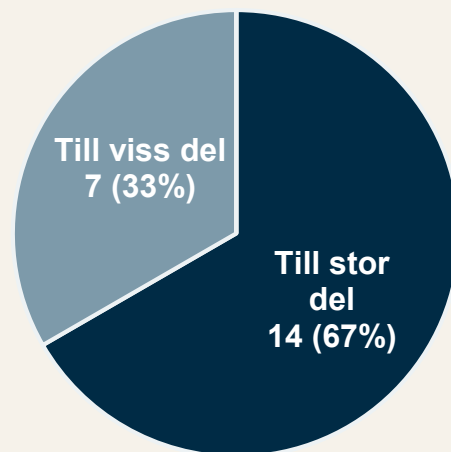
n = 21 regioner

Patientsäkerhetsberättelsen används enligt regionerna oftast för att informera beslutsfattare och förvaltningsledning

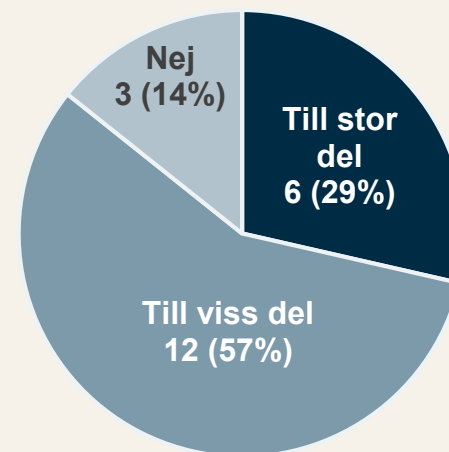
Används regionens patientsäkerhetsberättelse för...



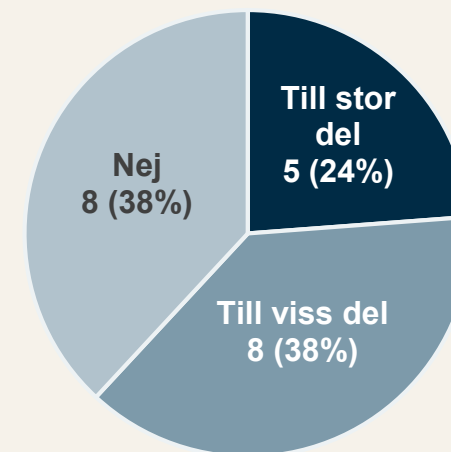
...att informera om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet till **beslutsfattare**?



...att informera om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet till **förvaltningsledningen**?



...spridning av resultat och lärdomar till **verksamheter och medarbetare**?



...att informera **allmänheten** om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet?

n = 21 regioner

Klicka [här](#) för en
läsversion av
enkäten

Vid frågor om undersökningen skriv till
patientsakerhet@socialstyrelsen.se

Läs mer och ta del av tidigare uppföljningar på
Samlat stöd för patientsäkerhet:
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Förslag på frågor som kan användas vid diskussion om enkätresultaten

- Hur använder vår region
 - den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?
 - verktyget för stärkt patientsäkerhetsarbete?
 - patientsäkerhetsberättelsen (och vilka får del av och använder den)?
- Vad skulle behövas för att stärka förutsättningarna för patientsäkerhetsarbetet i vår region?

Ha gärna regionens egna svar på enkäten som utgångspunkt i diskussionen

Genomförande av enkäten

- Enkäten skickades till samtliga regioner i landet, till registrator med vidarebefordran till hälso- och sjukvårdsdirektören
- Motsvarande enkät skickades samtidigt till samtliga kommuner
- Svarstiden var 2022-11-24 t.o.m. 2023-01-10
- Resultatet från enkäten kommer att bland annat redovisas i en delrapport till regeringen och delges SKR och NSG patientsäkerhet inom ramen för samverkan kring handlingsplanen

Enkät om kommuners handlingsplaner för patientsäkerhet

Resultatredovisning

Februari 2023



Om resultatredovisningen

- Den här redovisningen innehåller kommunernas svar
- 242 kommuner svarade på enkäten (12 fler än 2021)
- Syftet är att snabbt återkoppla resultaten till kommuner och regioner
- Socialstyrelsen kommer i det fortsatta arbetet att analysera resultaten vidare, exempelvis genom kvalitativ analys av fritextsvar
- Nytt för i år är förslag på diskussionsfrågor sist i dokumentet

**Socialstyrelsen
vill tacka alla
som bidragit till
informations-
insamlingen!**

Bakgrund och syfte med enkäten om kommuners handlingsplaner för patientsäkerhet

Bakgrund • Socialstyrelsen ansvarar för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – *Agera för säker vård*. I uppdraget ingår att följa upp effekten av den nationella handlingsplanen

Syfte • Att genom årlig uppföljning få en bild av om kommuner arbetar med egna kommunala handlingsplaner för patientsäkerhet, om kommuner arbetar med *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete* samt av hur kommuner arbetar med patientsäkerhetsberättelsen

• Ge underlag för det fortsatta nationella arbetet att stödja kommunernas systematiska patientsäkerhetsarbete

Länkar • [Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård](#)

• [Verktyg för stärkt patientsäkerhet i kommuner](#)

• [Mall för patientsäkerhetsberättelse](#)



Redovisning av resultat



Sammanfattning av enkätens resultat

- 242 kommuner svarade på enkäten. 53 procent kommunerna har behandlat den nationella handlingsplanen vid möte i förvaltningsledningen
- Hälften (51 procent) av kommunerna har (18 procent), eller har beslut om ta fram (33 procent) en handlingsplan. Det är en ökning jämfört med föregående uppföljning december 2021 då den totala andelen var 37 procent
- Beslutet om att ta fram en handlingsplan har fattats på politisk nivå i 31 procent och på högsta tjänstemannanivå i 64 procent av kommunerna
- Totalt 122 kommuner arbetar med att ta fram en handlingsplan och nästan alla utgår från den nationella handlingsplanen
- 49 procent av kommunerna har inte någon handlingsplan. 35 procent av dessa har ett annat styrdokument som motsvarar en handlingsplan
- Den nationella handlingsplanen uppges av flera kommuner bidra positivt till det systematiska patientsäkerhetsarbetet och till att kommunerna säkerställer att vårdgivarna arbetar inom handlingsplanens fem fokusområden. Samtidigt påpekas att den nationella handlingsplanens effekt ännu inte går att utvärdera fullt ut eftersom många kommuner inte kommit så långt i sitt lokala arbete
- Tre av fem kommuner använder *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete*. Kommunerna har använt verktyget för analys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (90 procent), att identifiera aktiviteter för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet (92 procent), att prioritera aktiviteter (89 procent) och för att ta fram en kommunal handlingsplan för patientsäkerhet (85 procent)
- Många kommuner (över 55 procent) uppger att de använder patientsäkerhetsberättelsen i stor utsträckning för att beskriva samtliga steg i det systematiska patientsäkerhetsarbetet (resultat, analys, åtgärder och uppföljning)
- Patientsäkerhetsberättelsen används enligt kommunerna oftast för att informera beslutsfattare och förvaltningsledning, och i mindre utsträckning verksamheter, medarbetare och allmänhet, om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet
- Kommunerna samarbetar i liten utsträckning med regionen i arbetet med handlingsplaner och med verktyget

Återkommande enkätundersökning

- Socialstyrelsen följer årligen utvecklingen av kommunernas arbete med egna handlingsplaner för ökad patientsäkerhet
- I denna resultatredovisning redovisas för vissa frågor **förändringen sedan föregående mätning**
- Håll utkik efter de orangea pratbubblorna

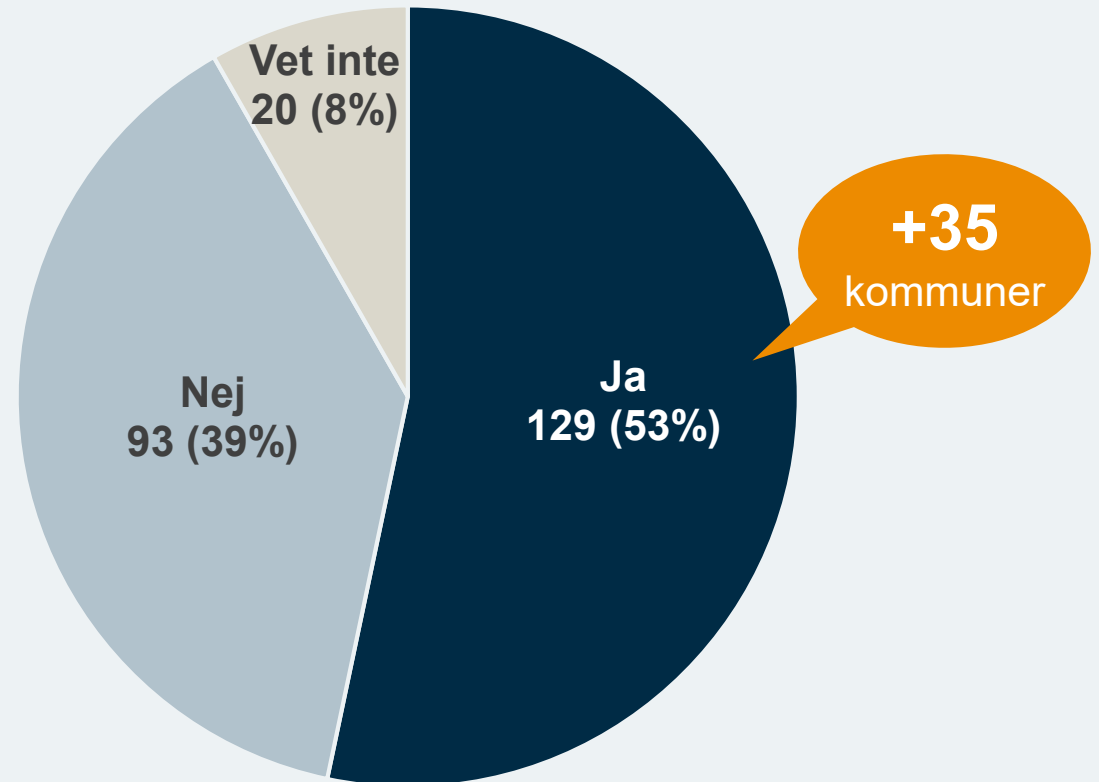


+1

53 procent kommunerna har behandlat den nationella handlingsplanen vid möte i förvaltningsledningen

Har den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet behandlats vid möte i förvaltningsledningen?

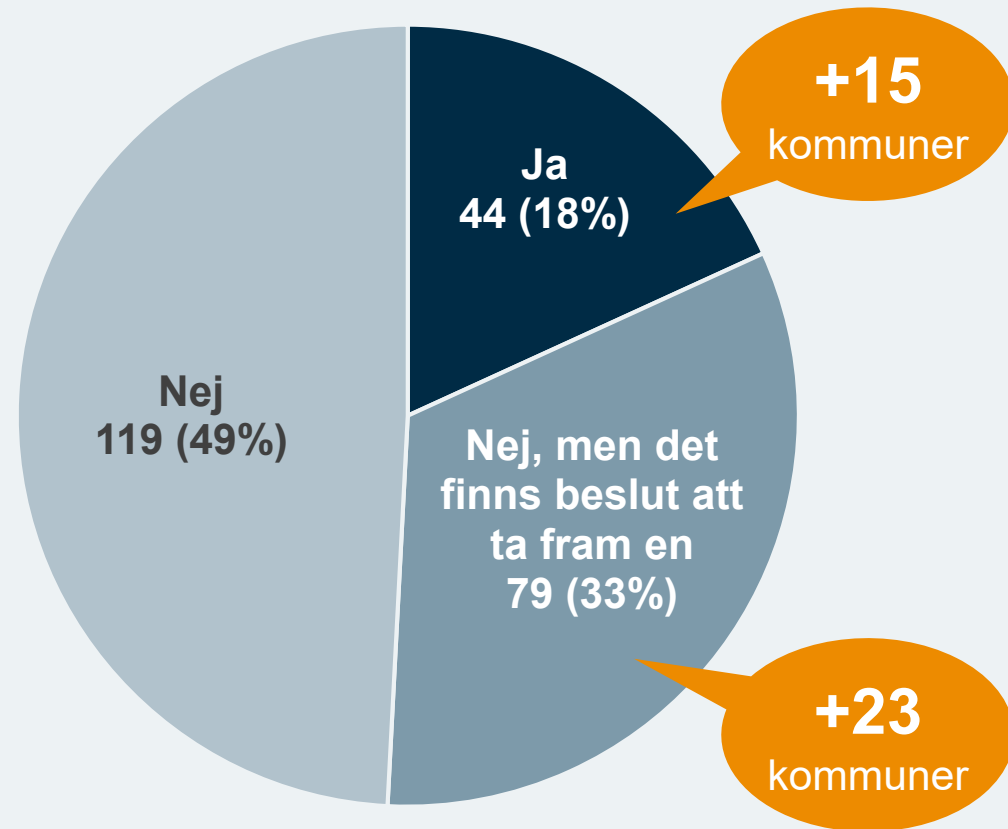
n = 242 kommuner



Hälften av kommunerna har, eller har beslut om ta fram en handlingsplan

Finns det en kommunövergripande handlingsplan för patientsäkerhet för kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet?

n = 242 kommuner

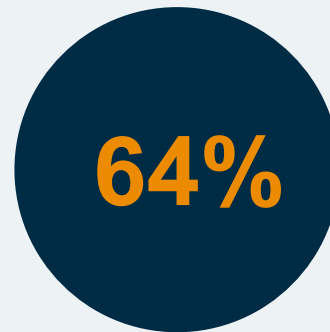


I knappt en tredjedel av kommunerna som har, eller har beslut om att ta fram, en handlingsplan fattades beslutet på politisk nivå

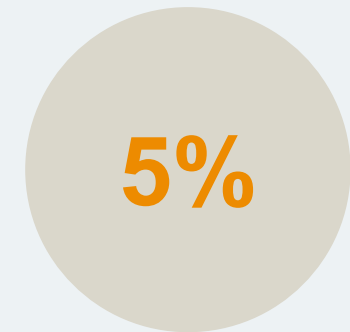
På vilken nivå har beslutet om handlingsplanen fattats?



Politisk nivå



Högsta
tjänstemannanivå

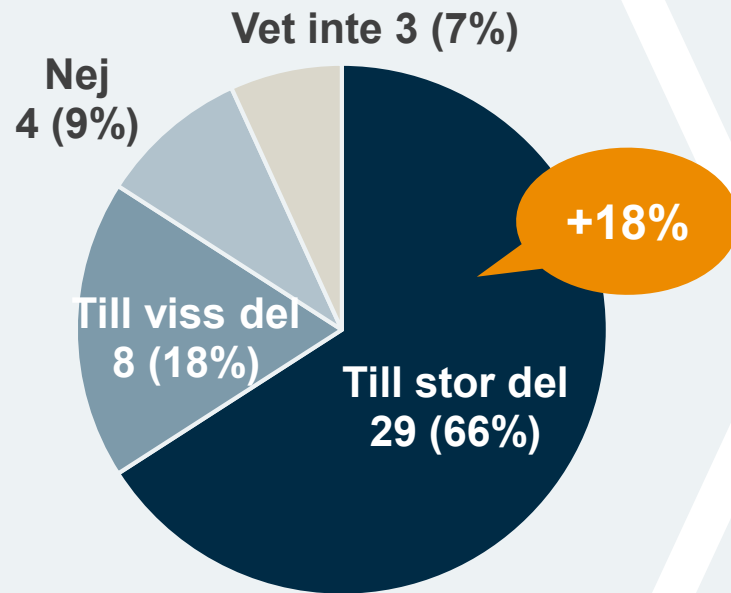


Vet inte

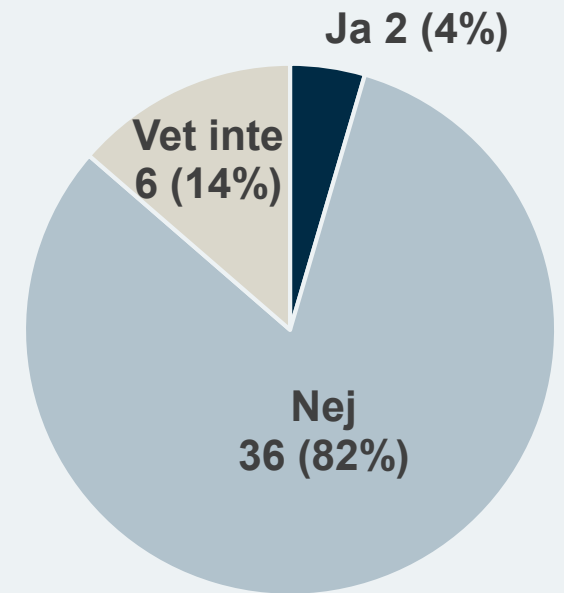
n = 123 kommuner

I två av tre kommuner utgår den lokala handlingsplanen till stor del från den nationella handlingsplanen

Har kommunens handlingsplan tagits fram med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?



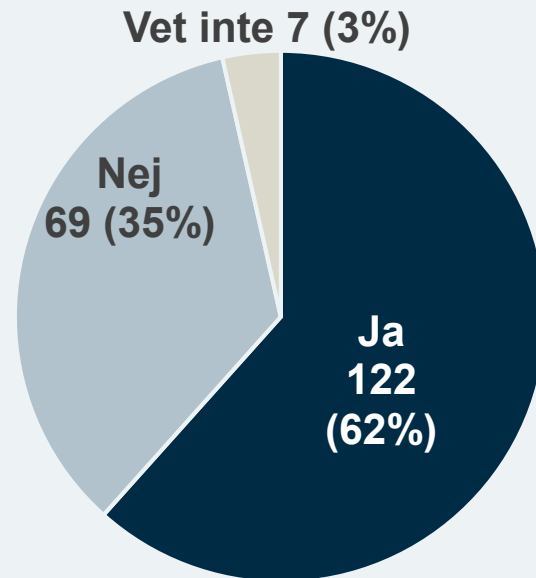
Har kommunen samarbetat med regionen i framtagandet av handlingsplanen?



n = 44 kommuner som har en handlingsplan

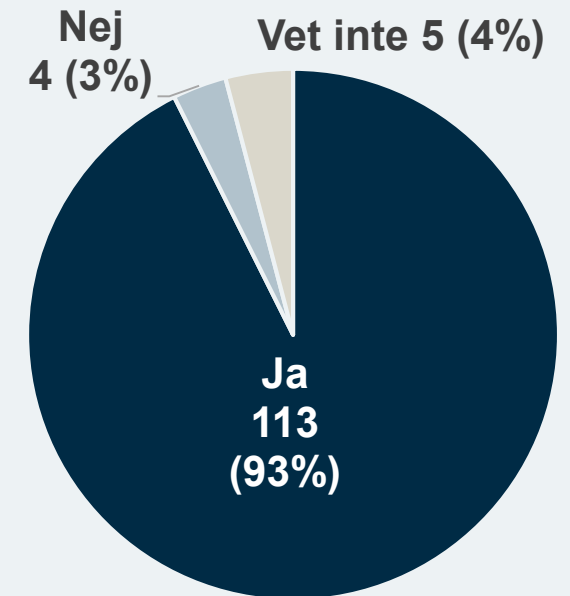
Totalt 122 kommuner arbetar med att ta fram en handlingsplan – nästan alla utgår från den nationella handlingsplanen

Pågår arbete i kommunen med att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhet?



n = 198 kommuner som inte har en handlingsplan

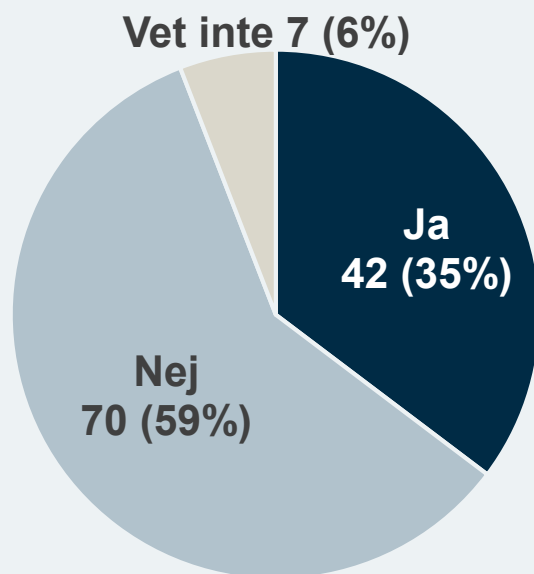
Tas denna handlingsplan fram med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?



n = 122 kommuner som arbetar med en handlingsplan

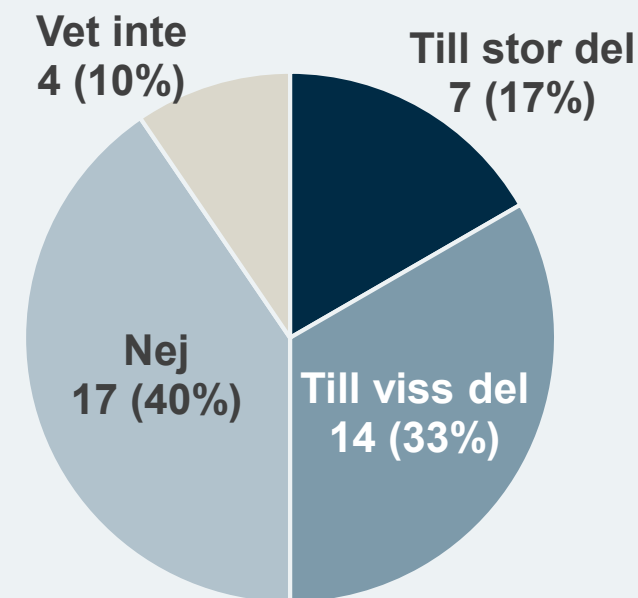
En tredjedel av kommunerna som inte har en handlingsplan har ett annat styrdokument för patientsäkerhet

Har kommunen något annat styrdokument för patientsäkerhet som motsvarar innehållet i en handlingsplan?



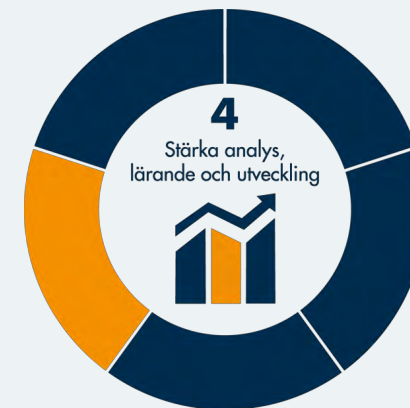
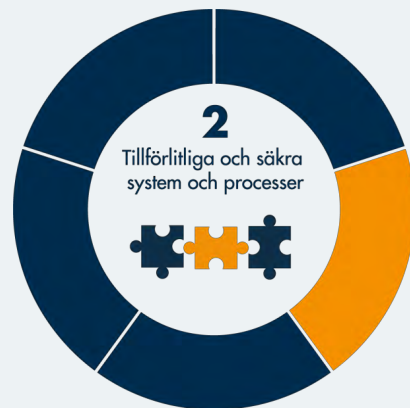
n = 119 kommuner som inte har en handlingsplan och inte har beslut om att fram en

Har detta styrdokument tagits fram med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet



n = 42 kommuner som har ett annat styrdokument

Den nationella handlingsplanen har bidragit till att kommunerna säkerställer att vårdgivarna arbetar inom de 5 fokusområdena



Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen kommunen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 1

- | | <i>Andel Ja</i> |
|---|-----------------|
| • Följer upp och utreder händelser, identifiera bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder? | 66% |
| • Använder sig av adekvata metoder för identifiering och mätning av vårdskador eller risk? | 65% |
| • Utbildar i mät- och utredningsmetoder? | 43% |
| • Efterfrågar och i vården använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter? | 63% |
| • Minimerar negativa följd effekter genom att stödja patienter och personal som varit inblandade i händelser? | 60% |

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen kommunen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 2

- | | <i>Andel Ja</i> |
|---|-----------------|
| • Uppfyller kraven om ledningssystem och bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete? | 63% |
| • Kontinuerligt utvecklar, anpassar och tillämpar system, processer och rutiner? | 64% |
| • Involverar patienter och närstående i planering och utformning av processer? | 37% |
| • Verkar för en god tillgänglighet och kontinuitet? | 59% |
| • Är organiserade för samverkan och en sammanhållen vård? | 61% |
| • Använder adekvata metoder och verktyg för att identifiera och hantera situationer som kan hota patientsäkerheten? | 65% |
| • Inför respektive fasar ut metoder, utrustning och rutiner på ett säkert sätt? | 45% |
| • I sin egenkontroll följer tillförlitlighet i processer och system, och följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner? | 64% |

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen kommunen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 3

- | | <i>Andel Ja</i> |
|--|-----------------|
| • Har en god säkerhetskultur som genomsyrar alla delar av vården | 61% |
| • Har en hög riskmedvetenhet, och förmåga att hantera risker och agerar på alla organisatoriska nivåer | 56% |
| • Följer upp och dagligen säkerställer patientsäkerheten på alla nivåer | 50% |
| • Säkerställer yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer | 56% |
| • Verkar för en god arbetsmiljö och tillämpar en säker bemanning och schemaläggning | 50% |
| • Skapar möjlighet för patienter och närstående att aktivt kunna bidra i patientsäkerhetsarbetet | 44% |

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen kommunen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 4

- | | <i>Andel Ja</i> |
|--|-----------------|
| • Har kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer? | 52% |
| • Kontinuerligt använder verktyg och gemensamt utvecklade metoder för att analysera data, trender och mönster? | 51% |
| • Använder information från flera olika källor för att analysera och lära av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa? | 53% |
| • Återkopplar resultat och följer upp åtgärder i ett systematiskt arbete för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen? | 62% |
| • Involverar patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning? | 37% |

Har den nationella handlingsplanen påverkat i vilken utsträckning huvudmannen kommunen säkerställer att vårdgivarna...



Fokusområde 5

- | | <i>Andel Ja</i> |
|---|-----------------|
| • Har strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet? | 62% |
| • Identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt? | 59% |
| • Stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling? | 42% |
| • Bedriver en aktiv omvärldsbevakning? | 57% |
| • Analyserar risker och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranserna av läkemedel och material? | 57% |
| • Bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete? | 54% |
| • Beaktar långsiktiga konsekvenser för patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbeslut? | 55% |

Den nationella handlingsplanen uppges av flera kommuner bidra positivt till det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Exempel på fritextsvar i enkäten

” Nationella handlingsplanen har gjort att det öppnats nya möjligheter för att arbeta långsiktigt med patientsäkerhetsområdet och att kommunernas roll i det hela är stor och viktig ”

” Vi har arbetat med ett systematiskt kvalitetsarbete även innan den nationella handlingsplanen men fick ett mer strukturerat arbetssätt efter att vi började att jobba med en handlingsplan ”

” Det finns ett pågående arbete att införa Analysverktyget på alla nivåer, att säkerställa patientsäkerheten med egenkontroller i årshjulet, att processer och rutiner implementeras och följs upp, att få patientsäkerheten som prioriterat område på dagsagendan. Det pågår arbete att införliva den Nationella handlingsplanen i alla led i kommunen samt få till stånd en egen handlingsplan med långsiktiga mål ”

” Handlingsplanen har påverkat såtillvida att kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård håller på att revideras med utgångspunkt från den Nationella handlingsplanens struktur och innehåll ”

Samtidigt påpekas att den nationella handlingsplanens effekt ännu inte går att utvärdera fullt ut

Exempel på fritextsvar i enkäten

” Vi är i inledningsarbetet med handlingsplanen och ska nu ta steget från nulägesanalysen. Handlingsplanen har därför inte ännu påverkat något av vårt patientsäkerhetsarbete, däremot ser vi att under 2023 kommer vi att få effekt ”

” Svårt att dra slutsatser, vi har endast arbetat en kort tid med detta verktyg ”

” Det blir ju ett negativt utfall på enkätsvaren utifrån att vi inte hunnit börja med alla delar ”

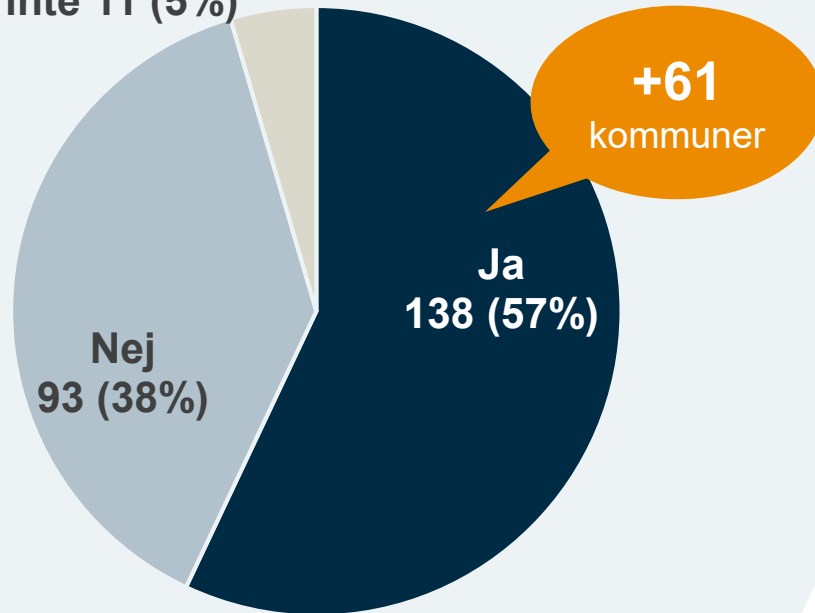
” Verksamheten är inte klar med handlingsplanen så därför kan vi inte säga att den påverkat ”

” Vi har nyligen börjat arbeta med analysverktyget så alla delar är inte på plats ”

Tre av fem kommuner använder *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete*

Använder/har regionen använt *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete* i kommuner?

Vet inte 11 (5%)



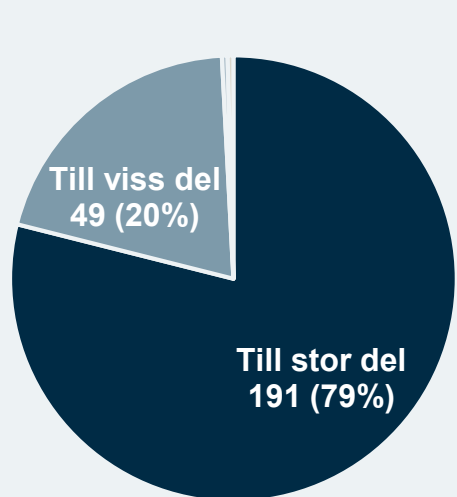
n = 242 kommuner

Hur använder/har kommunen använt verktyget?

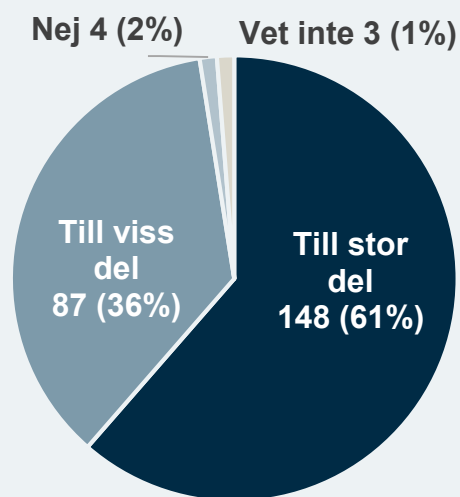
	Andel Ja
För analys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet	90%
För att identifiera aktiviteter för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet	92%
För att prioritera aktiviteter	89%
För att ta fram en kommunal handlingsplan för patientsäkerhet	85%
Har kommunen samarbetat med regionen i arbetet med verktyget?	4%

Många kommuner använder patientsäkerhetsberättelsen för att beskriva samtliga steg i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

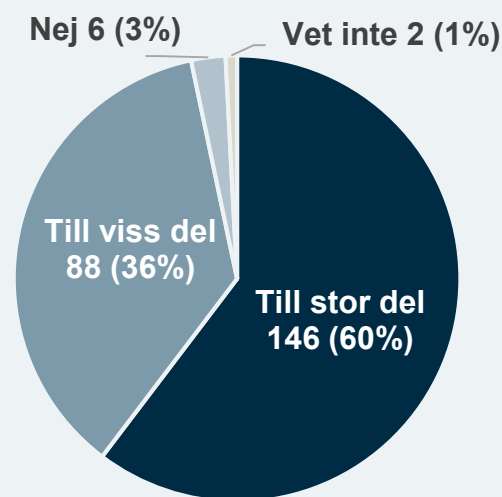
Används kommunens patientsäkerhetsberättelse för...



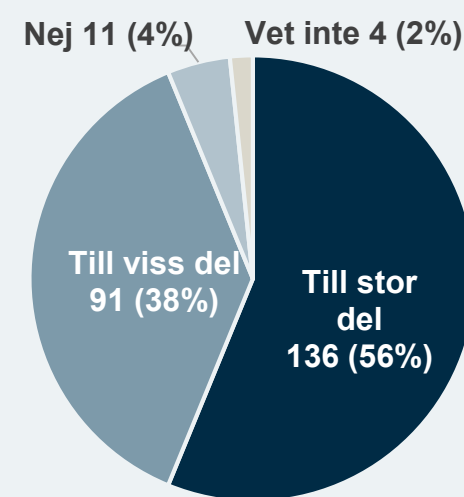
...att beskriva **resultat** inom identifierade områden?



...att beskriva **analys** av resultat?



...beskrivning av **åtgärder**?

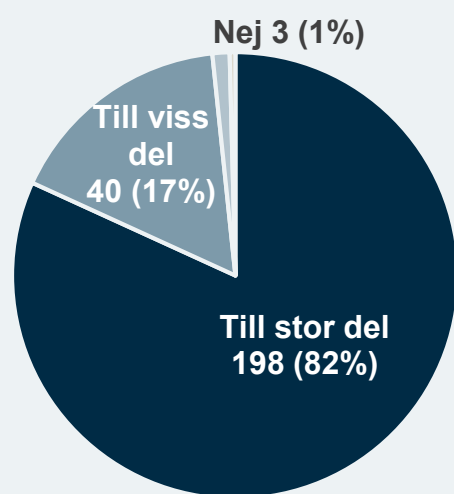


...**uppföljning** av vidtagna åtgärder?

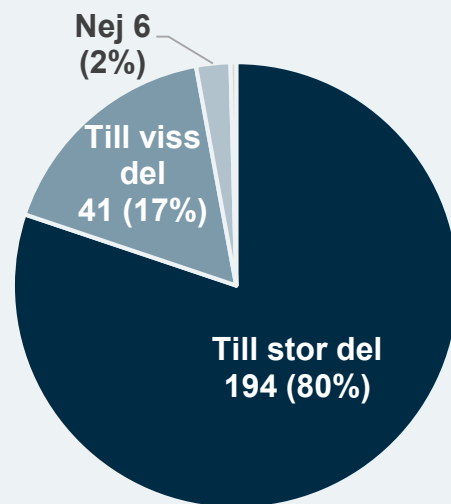
n = 242 kommuner

Patientsäkerhetsberättelsen används enligt kommunerna oftast för att informera beslutsfattare och förvaltningsledning

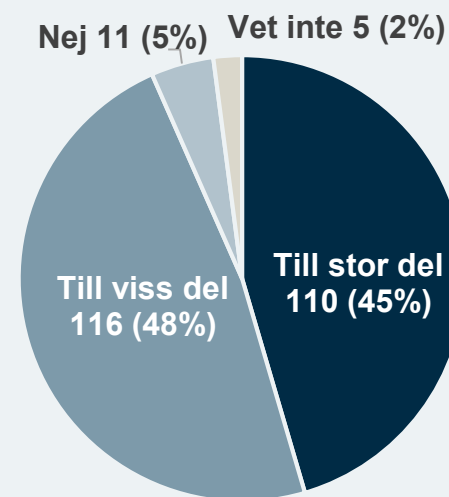
Används kommunens patientsäkerhetsberättelse för...



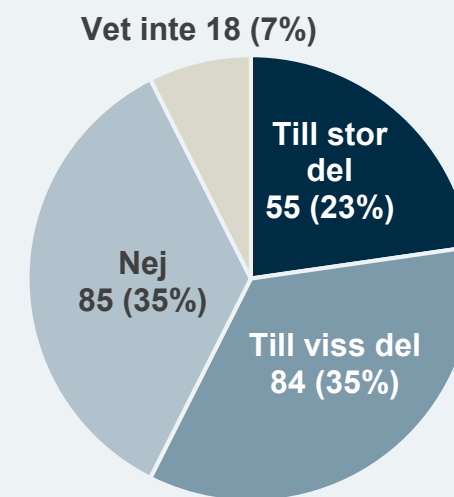
...att informera om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet till **beslutsfattare**?



...att informera om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet till **förvaltningsledningen**?



...spridning av resultat och lärdomar till **verksamheter och medarbetare**?



...att informera **allmänheten** om hur säker vården är och om patientsäkerhetsarbetet?

n = 242 kommuner

Klicka [här](#) för en
läsversion av
enkäten

Vid frågor om undersökningen skriv till
patientsakerhet@socialstyrelsen.se

Läs mer och ta del av tidigare uppföljningar på
Samlat stöd för patientsäkerhet:
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Förslag på frågor som kan användas vid diskussion om enkätresultaten

- Hur använder vår kommun
 - den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?
 - verktyget för stärkt patientsäkerhetsarbete?
 - patientsäkerhetsberättelsen (och vilka får del av och använder den)?
- Vad skulle behövas för att stärka förutsättningarna för patientsäkerhetsarbetet i vår kommun?

Ha gärna kommunens egna svar på enkäten som utgångspunkt i diskussionen

Genomförande av enkäten

- Enkäten skickades till samtliga kommuner i landet, till registrator med vidarebefordran till socialchefen
- Motsvarande enkät skickades samtidigt till samtliga regioner
- Svarstiden var 2022-11-24 t.o.m. 2023-01-10
- Resultatet från enkäten kommer att bland annat redovisas i en delrapport till regeringen och delges SKR och NSG patientsäkerhet inom ramen för samverkan kring handlingsplanen



Styrelse/nämnd kod § K

Dnr 2022/166

Antagande av mål och riktlinjer för minoritetspolitiska arbete

Styrelse/nämnds beslut

Kommunstyrelsen antar ”Riktlinjer och mål för Färgelanda kommuns minoritetspolitiska arbete” enligt förvaltningens förslag daterat 2022-09-29.

Ärendets beredning

Kommunstyrelsens beslöt 2022-10-19 (§ 201) att remittera förslag till riktlinjer för kommunens minoritetspolitiska arbete till socialnämnden och utbildningsnämnden för inhämtande av synpunkter. Socialnämnden har vid sitt sammanträde 2022-11-30 (§ 100) ställt sig bakom kommunstyrelsens förslag och uttalat att nämnden inte har något att tillägga. Utbildningsnämnden har vid sitt sammanträde 2022-11-29 (§ 115) uttalat att nämnden inte har något att erinra mot förslaget.

Sammanfattning av ärendet

Enligt lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk ska varje kommun ha mål och riktlinjer för det minoritetspolitiska arbetet. Färgelanda kommun har idag inga riktlinjer och mål på området. Genom föreliggande förslag uppfyller kommunen lagens krav och beskriver bland annat hur information ska tillhandahållas, vilka rättigheter de nationella minoriteterna har samt hur kommunen ska skydda och främja de nationella minoriteternas möjlighet att behålla sitt språk och sin kultur.

Ärendebeskrivning

Den 1 januari 2019 trädde ändringar i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk i kraft. Ändringarna förstärker rättigheterna för urfolket samerna och de övriga nationella minoriteterna judar, romer, sverigefinnar och tornedalingar. Lagen ska ge skydd mot diskriminering och utsatthet, öka minoriteternas delaktighet och inflytande i frågor som berör dem samt att stödja de nationella minoritetsspråken så att de hålls levande genom att ge möjligheter att utveckla sitt modersmål och utveckla en egen kulturell identitet. För kommuner, landsting och regioner utanför förvaltningsområdena innebär det bland annat utökad informationsskyldighet och skyldighet att anta mål och riktlinjer för minoritetspolitiskt arbetet. Färgelanda kommun har idag inga riktlinjer och mål på området.

Minoritetslagen innebär att alla fem nationella minoriteterna har rättigheter. Alla förvaltningsmyndigheter ska främja de nationella minoriteternas möjligheter att behålla och utveckla sin kultur. De nationella minoritetsspråken ska skyddas och främjas. För att minoriteternas rättigheter ska förstärkas i



Färgelanda kommun har mål- och riktlinjer för kommunens minoritetspolitiska arbete tagits fram. Dessa beskriver:

- hur information ska tillhandahållas,
- vilka rättigheter de nationella minoriteterna har,
- hur kommunen ska skydda och främja de nationella minoriteternas möjlighet att behålla sitt språk och sin kultur.
- att kommunen i den mån det är möjligt ska tillgodose ett önskemål från enskild medborgare att kommunicera på ett nationellt minoritetsspråk.

Innan ett beslut fattas som rör de nationella minoriteterna ska respektive nämnd om möjligt samråda med representanter från den grupp eller de grupper som berörs.

Målet med ändringar i lagen (2009:724) är att skydda och främja de fem minoriteternas rättigheter. Genom att införa riktlinjerna för Färgelanda kommuns minoritetspolitiska arbete kommer kommunen att sträva efter att de som tillhör en av de fem nationella minoriteterna ges möjligheter att kunna tillägna sig, bruka och utveckla sitt modersmål och sin kulturella identitet samt kunna överföra sitt modersmål och sin kultur till kommande generationer. De nationella minoritetsspråken, som utgör en del av det svenska kulturarvet, ska kunna bevaras och utvecklas som levande språk i Sverige.

Hur lagen efterföljs av kommunerna följs upp på nationell nivå. Lagen ska implementeras i nämndernas ordinarie.

Beslutsunderlag

Förslag till Riktlinjer och mål för Färgelanda kommuns minoritetspolitiska arbete, 2022-09-29,

Socialnämndens beslut 2022-11-30, § 100,

Utbildningsnämndens beslut 2022-11-29, § 115,

Kommunstyrelsens beslut 2022-10-19, § 201.

Sändlista

Socialnämnden

Utbildningsnämnden

Kommunledningsgruppen



Omsorgskontoret
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Anna Johansson

Tjänsteskrivelse
2023-02-03
2023/37

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelsen 2022

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar anta ”Patientsäkerhetsberättelse 2022” och hålla den tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Sammanfattning av ärendet

AS har i sektorns kvalitetsledningssystem STRATSYS, sammanställt Patientsäkerhetsberättelse 2022 för Färgelanda kommun, Sektor Omsorg.

Enligt 3 Kap. §10 i Patientsäkerhetslagen är Vårdgivaren (kommunen som juridisk person) skyldig att senast den 1/3 varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken ska framgå;

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. Vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Färgelanda kommuns patientsäkerhetsberättelser finns sedan 2011 tillgängliga på kommunens hemsida.

Ärendebeskrivning

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft 1 januari 2011. Syftet är att främja patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården genom att tydliggöra vårdgivarens ansvar. Säkrare vård ska leda till färre vårdskador och därmed öka patientsäkerheten. Vårdgivaren ska arbeta förebyggande genom systematiskt patientsäkerhetsarbete, beskriva fördelningen av det organisatoriska ansvaret samt årligen upprätta patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren får ett större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på en god.

Enligt patientsäkerhetslagen ska en vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete och sammanställa detta i en



patientsäkerhetsberättelse. I ärendet redovisas patientsäkerhetsberättelse för år 2022.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse – Patientsäkerhetsberättelse, daterad 2022-02-13 dnr 2023/37.

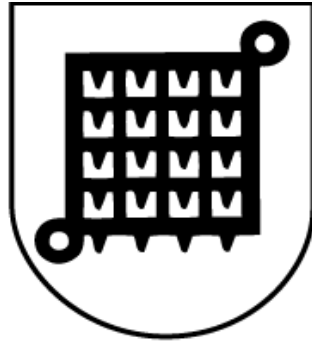
Patientsäkerhetsberättelse i bilaga

Sändlista:

Socialchef/ verksamhetschef hälso-och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

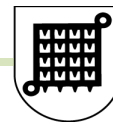
Johan Lundh
Socialchef



Patientsäkerhetsberättelse

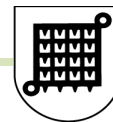
Socialnämnden

2022



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	6
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
Struktur för uppföljning/utvärdering	9
Uppföljning genom egenkontroll	11
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Risikanalys	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
Klagomål och synpunkter	19
Sammanställning och analys	20
Samverkan med patienter och närstående	22
Resultat	23
Övergripande mål och strategier från föregående år	31
Övergripande mål och strategier för kommande år	32



Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Patientsäkerhetsarbetet har även under 2022 präglats av Corona-pandemin. Arbetet har fokuserat på att minska risken för spridning av Covid-19 med en mängd olika åtgärder.

- Månadsvis avstämning med smittskydd och vårdhygien
- Månadsvis avstämning med MAS-nätverket
- Veckovis avstämning med Vårdsamverkan Fyrbodal
- Hygienombudsmöten har genomförts digitalt 2-3 gånger/ halvår beroende på hur smittläget sett ut.
- Avstämningsmöten med uppdaterad lägesbild för enhetschefer har genomförts med olika intervall för att stämma av smittläget, personalomsättning.

Digitalisering och utbildningsinsatser

Digitala möten har ökat på flera områden, exempel på digitala möten är våra teamträffar, till viss del Arbetsplatsträffar, möjlighet att koppla upp sig digitalt har även funnits på MAS/ MAR- möten och till viss del rond.

Digital sårvård via avtalsleverantör Onemed har implementerats under Q4, där utbildning, support och hjälp med omläggingsmaterial ges av företaget vid varje omläggning. Möjlighet till digitala nätverksträffar med kollegor och sårexperter genomförs 1 gång/ månad för att kvalitets höja kunskapen kring omläggning av sår.

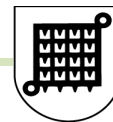
Digital delegation i verksamhetssystemet APPA har införts, detta innebär att medarbetaren som mottar sin delegation signerar digitalt och handlingen lagras i verksamhetssystemet.

Dokumentation

2020 implementerades nytt verksamhetssystem Life Care, detta har breddinförts under 2021 och 2022. Utvecklingen i arbetet med systemet kommer även fortlöpa under kommande år.

Läkemedelshantering

2022 genomfördes kvalitetsgranskning av farmaceut utifrån vårt avtal med Apoteket AB. Kvalitetsgranskningen visade vissa förbättringsområden där respektive sjuksköterska/ område har fått arbeta med förslag på åtgärder. Detta arbete kommer även fortgå under Q1 2023 med anledning av den omstrukturering som görs i sektor omsorg gällande äldreomsorgen.



Vårdhygien västra götalandregionen- Vårdhygien har kallat till två olika utbildningar för samtliga hygienombud och chefer under 2022. Utbildningarna har riktat sig mot covid-19 men även andra smittsamma sjukdomar som vi behöver arbeta preventivt med för att minska risken för vårdrelaterade infektioner.

Utbildning för nya hygienombud- Vårdhygien har under Q3 och Q4 bjudit in ny personal som skall arbeta som hygienombud i kommunal vård och omsorg till utbildning. Utbildningen skedde digitalt var av sista träffen va fysik. Sammanlagt var utbildningen på 5 tillfällen och 4 nya hygienombud utbildades.

Behandlingsriktlinjer utifrån samverkande sjukvård- Samtlig ny personal som anställs som legitimerad personal inom kommunal hemsjukvård erbjuds utbildning av behandlingsriktlinjer. Utbildningen sker fyra gånger per år. Samtlig personal som anställts före Q4 har gått utbildningen, resterande planeras att få gå under Q1 2023.

HLR instruktörs utbildning-

Under Q4 utbildades 12 personal inom sektor omsorg till instruktörer för utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR). Under 2023 kommer implementering av nytt arbetsätt med upprättande av återkommande årshjul bredd införas sås samtliga inom sektorn får en uppdaterad utbildning.

Utbildning till specialistundersköterska i palliativ vård- En undersköterska har via yrkeshögskolan i Vänersborg påbörjat studier till specialistundersköterska i palliativ vård. Utbildningen fortlöper under Q1 och Q2 2023.

Utbildning allmän sjuksköterska- En undersköterska som läst 5 av 6 terminer på sjuksköterskeprogrammet på Högskolanväst upptog sina studier under Q4, Studierna kommer pågå under Q1 och Q2 då c-uppsats skall skrivas, därefter konverteras tjänsten över från undersköterska till en sjukskötersketjänst, efter att yrkes legitimation inkommit.

Delegeringsutbildningar för läkemedel och övriga Hälso- och sjukvårdsinsatser- Har genomförts för så väll fast personal som timvikarier. Utbildningen består av två delar var av den ena innefattar utbildning och skriftligt test och den andra delen praktiskt genomförande av den delegerade insatsen tillsammans med ansvarig sjuksköterska.

inkontinenombud- Utbildning till inkontinensombud gällande förskrivning, utprovning av inkontinensmaterial och inkontinensutredning genomfördes under Q4. Uppföljning och vidare arbete sker under 2023.

Utbildning i socialdokumentation- Utbildning har genomförts via vuxenskolan i Färgelanda tillsammans med Färgelanda kommun för att ge undersköterskor en uppdaterad utbildning i Social dokumentation. Utbildningen startade Q3 och pågick även under Q4. Utbildningen kommer fortlöpa under 2023 tills dess att samtliga fått utbildningen genomförd.

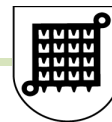
Utbildning i diabetes- Samtlig personal inom äldreomsorgen blev via enhetschefer erbjudna digital utbildning kring hur man hanterar patienter med högt blodsocker.

Utbildning och information kring omstrukturering för god och nära vård- Samtliga inom ledningsgruppen har vid flera tillfällen under året fått information om processen kring omställning av god och nära vård via Fyrbodals utvecklingsledare Lidija Beljic. Detta arbetet fortsätter att pågå även under nästkommande år. '

Enhetschefens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete - Utbildning för samtliga i ledningsgrupp anställda innan Q2 2022. Utbildningen fokuserade på att leda sin enhet systematiskt med hjälp av kvalitets och patientsäkerhetstänk.

SKR:S Forskningsfrukostar- Första fredagen varje månad bjuder Nära vård SKR in till en digital frukostföreläsning om aktuell forskning inom Nära vård-området, följt av en kort reflektions- och frågestund. Samtliga sjuksköterskor som varit i tjänst har medverkat.





Övergripande mål och strategier

Anvisning

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med omställningen till god och nära vård. Där personcentrerat arbetssätt ligger i fokus. Samt att arbeta preventivt för att förebygga.

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen.
- Mobil närsjukvård, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.
- Palliativa teamet- Vården utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativt omhändertagande. Palliativa enheten i NU-sjukvården innefattar en vårdavdelning och ett mobilt arbetsteam som gör hembesök i kommunerna.
- Kunskapsbaserad vård -Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet. De kvalitets register som används lägger grunden för att kunna arbeta förebyggande och upptäcka eventuella risker.
- God och säker läkemedelsbehandling -Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska om möjligt undvikas. Detta arbete bedrivs tillsammans med patientansvarig läkare som har huvudansvaret för att rätt läkemedel ordineras.

Digitala signeringslistor breddinfördes 2019 och används av samtlig personal som har en delegation.

Loggbara läkemedelsskåp finns på:

Håvestensgården

Gläntan

Lillågården

Under Q4 2022 köptes nya loggbara skåp in för att kunna monteras på enhet Rosen under Q1 2023.

Trygg och säker vårdövergång -Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta sker idag via rapporteringssystem Samsa där samtliga parter som är involverade i patienten efter samtycke har tillgång att tadel av information.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Förutom linjeorganisationen kan det vara bra att även beskriva högsta ledningens stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet t. ex vårdhygien, smittskydd, Strama, Patientnämnden, patientsäkerhetsenhet eller motsvarande.

Socialnämnden ansvarar för att;

- Den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- Det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- Rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- Rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- Behovet av läkarkontakt tillgodoses
- Att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- Rutiner finns för säker läkemedelshantering
- Anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- Kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

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

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- Jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- Medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien västra Götalands regionen - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- Utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- Erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- Skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten



- Erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård

Patientnämnden

- Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Anvisning

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analyserar och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Ledningen för äldreomsorgen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via regelbundna avstämningar på verksamhetsmöten. Frågor som kräver involvering av verksamhetschef för hälso- och sjukvården eller Socialchef lyfts vidare till ledningsgruppsmöte där beslut om eventuell förändring fattas.

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar regelbundet 1 gång/ månad för mas-nätverket. Informationen tas sedan med till kommunens ledning där information ges till respektive enhetschef som sedan ansvarar för att föra informationen vidare ut i verksamheterna.

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning, samt vid arbete med avvikelser. Avvikelse där risk för vårdskada föreligger eller där vårdskada har inträffats utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska som sammansätter en arbetsgrupp med berörda personer. Efter utredning skickas avvikelserna till IVO och nämnden informeras om utredning, konsekvenser samt insatta åtgärder på lång och kort sikt.

Trycksår, fall, undernäring och blåsdysfunktion följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. Detta genomförs av patientansvarig sjuksköterska tillsammans med den undersköterska som är kontakt för respektive patient. Skattningarna görs 1 gång/ halvår eller vid förändrat hälsotillstånd som kräver att ny skattning görs.

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom- Skattningarna görs på samtliga patienter som har fått en demenssjukdom och har en vårdkontakt med kommunen. Antingen i ordinärt boende via hemtjänsten, eller via inflyttning på särskilt boende. Skattningen genomförs 1 gång/ halvår eller vid förändrat beteende. Syftet med skattningen är att kvalitetssäkra vården för personer med kognitiv sjukdom och att öka deras välbefinnande och livskvalité, genom att minska Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Utvärdering sker via:



Verksamhetsutvecklingsmöten äldreomsorgen: där socialchef/verksamhetschef, enhetschef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska medverkar.

Ledningsgruppsmöten sektor omsorg: Där deltar socialchef/verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, IFO-chef, LSS/ socialpsykiatri- chef , enhetschef för respektive område inom äldreomsorgen, samt ekonom.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs årligen för Nämnd, Ledningsgrupp och personal som arbetar inom hälso-och sjukvård.



Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

SOSFS 2011: 9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Beskriv vilka källor som ni har använt i er egenkontroll för ökad patientsäkerhet, omfattning och frekvens samt vad analysen kom fram till.

Beskriv gärna hur resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten.

Exempel på källor som ni kan ha följt upp och analyserat:

PPM-VRI

PPM-BHK

Infektionsverktyget

Strukturerad journalgranskning

PPM-trycksår

Antibiotikaförskrivning

Patientkultutmätning

Senior alert

Avvikelse rapporter

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Journalgranskning av samtlig personal som dokumenterar enligt SOL eller HSL.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) utifrån

fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av interna avvikelser på enhetsnivå med hjälp av Lifecare.

Månadsvis uppföljning av externa avvikelser på enhetsnivå med hjälp av medcontrol.

Nationell punktprevalensmätning av trycksårsfrekvens enligt Senior Alert.

Registrering av avlidna i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Riskbedömning av patienter med kognitivnedsättning med hjälp av BPSD-(Beteende mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, nationellt kvalitets register)

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av VG-Regionen.



Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen av patientbundna läkemedel. Utförs av leg. farmaceut

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner utifrån Sveriges kommuner och regioners checklista.

Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar

Loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)

Loggkontroll i NPÖ (nationell patientöversikt)

Loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Lifecare. Loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Lifecare.



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

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till era mål och strategier. Text nya arbetsätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- All leg. Personal arbetar med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder)
- All leg. personal arbetar med IFC-kodning (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheter har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.

Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockor för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta bredvid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- Två mobila liftar finns där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lift är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Utifrån att 2021 resultat på nattfastan var utan anmärkning uteblev mätningen under 2022 för att åter följas upp 2023.

Palliativ vård

- En struktur finns som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.



- Statistik följs regelbundet från palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. farmaceut.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som utför delegerade insatser.
- Loggbara läkemedelsskåp finns på samtliga särskilda boenden, förutom avdelningen Rosen på Solgården. Dessa skåp köptes in under Q4 och kommer monteras upp under Q1 2023.
- Digital signering av läkemedel i hela kommunen via verksamhetssystem APPVA.

SIP

- Ett arbetssätt utifrån lagstiftning (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården).
- SIP genomförs av områdesansvarig sjuksköterska tillsammans med eventuell berörd personal på särskilt boende, hemtjänst. Vårdcentralen där patienten är listad ansvarar för att sammankalla berörda personer efter samtycke med den enskilde.

Avstämningsmöten efter sjukhusvård

- Avstämningar sker kontinuerligt efter att en patient vårdats på sjukhuset tillsammans med patienten.
- Dagliga avstämningar sker inom kommunen tillsammans med sjuksköterska, rehabpersonal, biståndsbedömare inom kommunen samt sjuksköterska och rehabpersonal inom primärvården för att kunna tillgodose alla behov innan hemgång sker.

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Implementering av nytt arbetssätt gällande sårvård har genomförts under Q4 2022. Utbildning har genomförts tillsammans med Färgelanda vårdcentralers läkare. Det nya arbetssättet är kopplat till avtalsleverantören Onemed och deras företag Onewound. Projektet kommer att generera i snabbare sårsläkning, uppdatering via APP med fotografier, möjlighet till specialisthjälp vid komplicerad sårsläkning, nätverksträffar med multiprofessionella sår team. Utvärdering kommer att ske under Q2 2023.

Nätverk

- Palliativ vård- I nätverk för palliativ vård finns två sjuksköterskor representerade, nätverket har fysiska möten två gånger per år.
- vårdhygien- Kommunen har i nätverk för vårdhygien 1-2 representanter per vårdenhet/ arbetsgrupp. Nätverket träffas 1-2 gånger/ termin och sammankallas av regionen.
- Samverkande sjukvård- I nätverk för samverkande sjukvård ingår 2 sjuksköterskor från hemsjukvården. Samverkande sjukvård kallar sina representanter på utbildning ca 2 gånger/ år. Däremellan genomför nätverket utbildningsinsatser för ny personal som skall åka på samverkansuppdrag.
- Rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum, dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samarbetsfrågor gällande rehabfrågor. På mötet deltar en fysioterapeut och en arbetsterapeut.
- Socialchefsnätverk/ verksamhetschef hälso-och sjukvård- Kommunens socialchef deltar på socialchefsmöten månadsvis.
- MAS-nätverk- Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska deltar på MAS- möten med fyrbodals övriga MAS:ar. Mötena sker månadsvis.
- Enhetschef Hälso-och sjukvård och rehab - Kommunens enhetschef för sjuksköterskor och rehab deltar på enhetschefs nätverk för sjuksköterskor respektive rehab personal.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

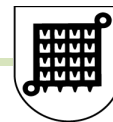
- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering. Under pandemin har dessa möten skett digitalt men under Q3 2022 påbörjades arbete för att Gruppmötena övervägande skulle ske fysiskt.
- MAS-möten med legitimerad personal 1 gång/ månad.
- Arbetsplatsträffar 1 / månad för legitimerad personal
- Verksamhetsutvecklingsmöte 1 gång / månad för legitimerad personal.
- Samverkansmöten tillsammans med Närhälsan Färgelanda 2 gånger/ månad
- Möte med lokala IT-enheten 1 gång/ månad
- Redovisning för nämnd efter behov och kallelse av nämnd sekreterare
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Vårdsamverkan

Vårdsamverkan Fyrbodal är en arena för samverkan mellan hälso- och sjukvården i frågor som rör vård, stöd, omsorg och skola. De lokala samverkansgrupperna utgör grunden för den vårdsamverkan som sker lokalt, och gruppen är sammansatta av representanter från olika verksamheter inom kommun och region med lokalt ansvar för frågor som rör vård, stöd, omsorg och skola. Nätverket träffas 4 gånger/ år och ordförande ansvarar för sammankallning av gruppen.

Samverkansform utanför nätverk:

- Avtal med regionen för upphandling av nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
- Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
- Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygienskoterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
- Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
- Samverkan med vård och omsorgsutbildningen för att ta fram utbildningsinsatser för undersköterskor, språktest samt utbildningsinsats för nya timvikarier som saknar utbildning.
- Samarbete med samverkande sjukvård
- Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården psykiatri



Risikanalys

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv er rutin för riskanalyser dvs. hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Beskriv gärna inom vilka områden som riskanalyser har genomförts samt omfattning.

Risikanalys kring patientsäkerhet genomförs utifrån socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk & händelseanalys. Genomförda riskanalyser som berör specifik individ dokumenteras i respektive journal. Riskanalyser som berör verksamhet dokumenteras i kvalitets och ledningssystemet stratsys där även aktuell handlingsplan samt kvalitetskontroller läggs in utifrån uppkommen situation.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna och /eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterade risker och händelser.

Avvikelser internt och externt:

Samtliga anställda inom kommunen skall ha kännedom om vad som är en avvikelse utifrån

Hälso -och sjukvård och utifrån socialtjänstlagen samt kunna upprätta en avvikelse i verksamhetssystemet.

Ansvarig Enhetschef ansvarar för att hantera samtliga avvikelser som inte klassas som allvarlig vårdskada/risk för vårdskada eller risk för missförhållande/ missförhållande. Dessa avvikelser hanteras av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

När avvikelse inkommit på respektive enhet skall enhetschef kontakta berörd legitimerad personal som behöver ta del av avvikelsen och inkomma med information för att avvikelsen skall kunna utredas.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och presentera en handlingsplan för vanligt förekommande avvikelser.

De avvikelser som dominerar är fallrapporter samt given men osignerat läkemedel.

Lex Sarah och Lex Maria

I enhetschefens årshjul ingår att vid första arbetsplats träffen gå igenom vilken rapporteringsskyldighet personalen har utifrån LEX. Maria och LEX. Sarah.

Vid misstanke om att en Lex. Maria / Lex Sarah uppkommit skall medarbetaren skyndsamt kontakta närmsta chef samt sjuksköterska i tjänst för att se till att missförhållande upphör eller att risk för vårdskada / vårdskada tas hand om av sjuksköterska i tjänst.

Därefter skall avvikelse upprättas i rätt avvikelssystem, vid interna händelser Lifecare, vid externa händelser Medcontrol.

Vid interna avvikelser utreder medicinskt ansvarig sjuksköterska samtliga avvikelser som eventuellt är en Lex.Maria. När intern utredning är genomförd skickas utredningen vidare till IVO för ställningstagande om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om komplettering i ärendet behövs. Därefter redovisas händelsen för berörda verksamheter där ansvarig chef tillsammans med MAS tar fram handlingsplan för att händelsen inte skall uppstå igen. Samtligt material presenteras därefter på nämnden för kännedom.



Vid interna avvikelser som berör Lex. Sarah har medicinskt ansvarig sjuksköterska på delegation av nämnden att bedöma om missförhållande hade kunnat ske samt om missförhållande skett. Vid misstanke om detta tas kontakt med socialchef samt nämndens ordförande för delgivning av information. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att göra en internutredning för att sedan presentera på nämndsmöte, därefter tar nämnden beslut om avvikelserna skall skickas vidare till IVO. Utifrån intern utredning samt eventuellt IVO:s återkoppling gör berörd enhetschef en handlingsplan tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Handlingsplanen presenteras för nämnden.

Samtliga handlingsplaner som berör hela verksamheten läggs in i stratsys tillsammans med återkommande kvalitetskontroller.

Vid handlingsplaner som berör enskild individ görs dokumentationen i verksamhetssystemet Lifecare där även eventuella uppföljningar planeras in och dokumenteras.



Klagomål och synpunkter

Anvisning

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter analyseras och hur resultaten återkopplas till verksamheten.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns på Färgelanda kommuns hemsida

Synpunkter och klagomål kan mottas både skriftligt och muntligt. Men även anonymt, dock är det viktigt att personen som lämnar synpunkter eller klagomål anonymt får information om att återkoppling inte kan ske i detta fallet.

Blankett för klagomålshantering finns i kommunens växel, på kommunens hemsida, samt ute på enheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärenden som berör större delar av verksamheten tas upp på APT och vid behov på ledningsgrupp och / eller verksamhetsutvecklingsmöten om de berör flera enheter eller hela sektorn. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete samt arbete med handlingsplaner för att händelsen inte skall uppstå igen tillsammans med kvalitetskontroller.

Under 2022 12 ärenden inkommit till sektor omsorg, det är 6 mindre än föregående år. Av dessa 12 ärenden är det 4 stycken som gäller hälso-och sjukvården. Ärendena är hanterade enligt ovanstående rutin.



Sammanställning och analys

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av klagomål och synpunkter.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Tips! Gör en samlad analys av Lex Maria, ärenden från IVO, Patientnämnden och Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser (NITHA).

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Inga ärenden har skickats till IVO från kommunen.

IVO har under 2022 genomfört en nationell granskning utifrån journalgranskning, intervjuer med patienter, sjuksköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialchef samt ordförande i socialnämnden.

Utifrån denna intervju kommer man under Q1 2023 få en rapport gällande eventuella brister. Där kommunen ansvarar för att inkomma med eventuella åtgärder tillsammans med handlingsplan vid eventuellt uppkomna brister.

Intern avvikelserapportering-

Arbetet med upprättande av avvikelser fungerar enligt rutin, dock har svårigheter uppstått när det gäller att hantera avvikelserna inom rimligt tid på grund av personalbrist i såväl arbetsgrupp för legitimerad personal som enhetschefer. Fortsatt arbete gällande hantering av avvikelser kommer fortlöpa under 2023.

Utifrån inkomna avvikelser finns det inga avvikelser som varit i den allvarlighetsgrad att anmälan till IVO utifrån gällande rutin behövs göras.

Majoriteten av inkomna avvikelser berör fall, i stor utsträckning finns fallförebyggande åtgärder insatta men trots detta förekommer fall hos patienter, detta relateras ofta till sjukdomsbild då fall inte alltid går att undvika utifrån grundsjukdom.

Inga avvikelser har inkommit på medicintekniska produkter, dock har en avvikelse upprättats till Apoteket AB gällande en apodospåse som var felpackad ifrån leverantören.

Externa avvikelser

Under 2022 har 75 avvikelser uppmärksammats och hanterats i det externa avvikelssystemet. Av dessa 75 är det 5 stycken som inkommit från annan huvudman till Färgelanda kommun. Dessa avvikelser berör bristande kommunikation i gemensamt överrapporteringssystem Samsa, avbokning av transport till korttiden med kortvarsel till sjukhuset samt ej fungerande fax in till hemsjukvården i Färgelanda.

Övriga avvikelser är upprättade av kommunen.

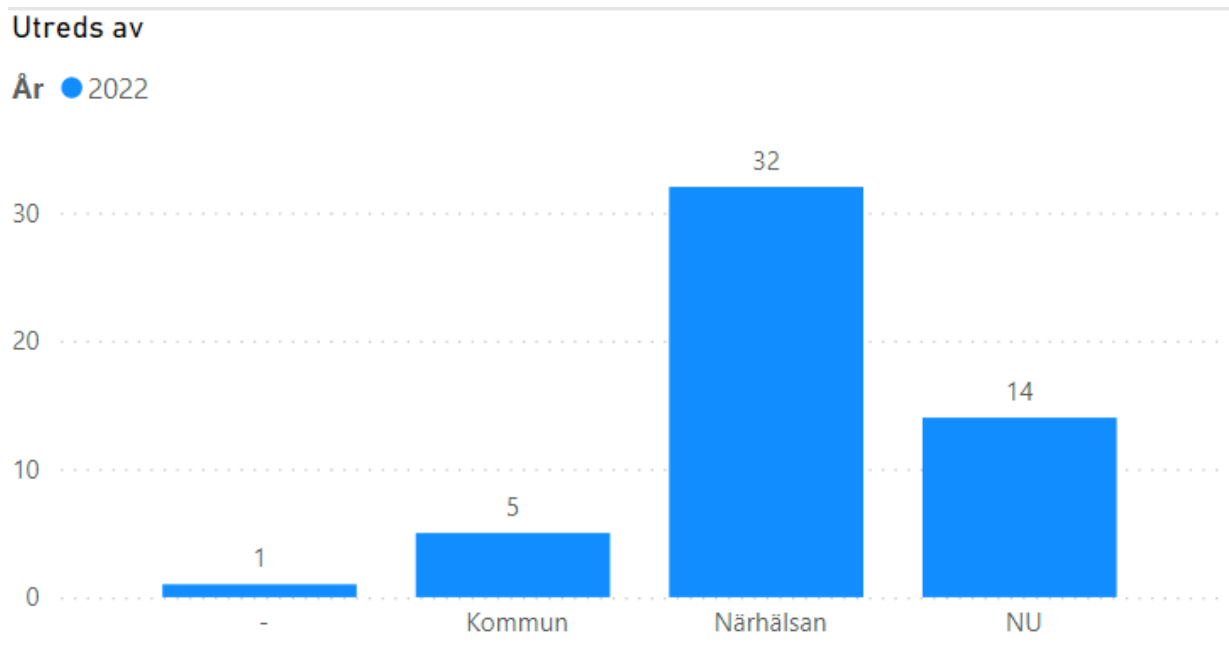
14 Avvikelser är upprättade av sjuksköterska i kommunen och riktar sig till olika avdelningar på NU-sjukvården. Den sammanvägda bedömningen av dessa avvikelser handlar om bristande informationsöverföring vid hemgång, avsaknad av nödvändiga läkemedel för 5 dygn samt att läkemedelslistan ej stämt.

32 avvikelser är upprättade av sjuksköterska i kommunen och riktar sig till Närhälsan, här handlar



avvikelseerna om ej återkoppling vid akuta åkommor enligt rutin, bristande läkemedelsordinationer, bristande ansvar hos läkare vid palliativvård.

Då samtliga avvikelser ej är hanterade av berörd part saknas även handlingsplan för vanligt återkommande avvikelser.



Statistik hämtas från: Avvikelsehantering - Public_VardsamverkanVG



Samverkan med patienter och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

Vårdtagare med hjälp av kommunal hälso- och sjukvård får under året upprepade erbjudande om riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion samt förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist,

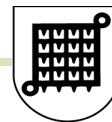
Under våren 2022 har folktandvården startat sitt arbete med uppsökande verksamhet efter att endast utfört besök utifrån akuta situationer under den svåraste delen av corona pandemin. Folktandvården har även digitaliserat sitt bedömningsverktyg för att förenkla processen.

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Detta genomförs vid inskrivningssamtalet informationen delges efter inhämtat samtycke mellan olika personalgrupper som arbetar runt individen och är behov av att få informationen.

Läkemedelsgranskning har under 2022 åter tagits upp efter att man under pandemin endast genomfört dessa till viss del eller inte alls utifrån läkarnas bedömning.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande . Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga. Under 2022 har även arbetet med uppsökande verksamhet startats upp efter att under pandemin legat på is för att minska risk för smitta och/ eller smittspridning.



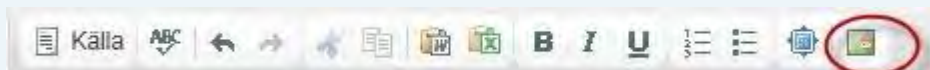
Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Anvisning

Nedan rubriker är upplagda i rapportmallen. Behöver de justeras görs detta av en superadministratör i rapportmallen.

För att klistra in bilder från ex Senior Alert klicka på ikonen I nfoga Bild och ladda upp på bläddra. JPEG format rekommenderas.



Läkemedel och äldre

Att bli äldre kan innebära att man får sjukdomar eller besvär som måste behandlas med läkemedel. Samtidigt påverkar åldrandet kroppens sätt att ta hand om läkemedel och man kan lättare få biverkningar. Man kan också få problem med att sköta sin medicinering, till exempel på grund av glömska eller svårigheter att svälja tabletter.

I delegationsutbildningen får samtlig personal som får en läkemedelsdelegering utbildning i symtom på biverkningar, hur man kan underlätta för personer som har svårt att svälja läkemedlet samt när man skall kontakta sjuksköterska för att informera att läkemedlet inte är givet.

Vi kan även se vid observation av läkemedelslistor att konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Detta utifrån socialstyrelsens dokument " olämpliga läkemedel för äldre"

Ett långsiktigt förebyggande arbete med omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra för att minska användning av olämpliga läkemedel till äldre med demenssjukdom vilket är ett arbetssätt som är implementerat och breddinfört i verksamheten, men som måste hållas vid liv då utbildningen är knuten till personal.

Under 2021 genomfördes sparsamt med kontroller på äldre och läkemedel, vilket skall genomföras av läkare vid årlig läkemedelsgenomgång på vårdcentralen.

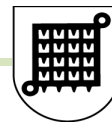
Under 2022 har fokus legat på komma i fas med detta detta, då arbetet inte blev helt klart kommer de gemensamma arbetet att fortsätta under 2023. Planering finns även att under nästkommande år genomgå socialstyrelsens digitala utbildningar kring äldre och läkemedel för att höja kompetensen hos så väl legitimerad personal som bas-personal.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SABO som återupptagits under 2022 då det under 2021 var knutet till respektive individ med anledning av covid-19.

Det fallpreventiva arbetet är en viktig del i de förebyggande arbetet för den äldre då fall är en stor risk för vårdskada. Här är det viktigt att få med läkemedelshandlingen då olämpliga läkemedel för äldre kan bidra till en högre falltendens. Det är även viktigt att personal som ger läkemedel håller sig till de läkemedelstider som finns då risk för fall ökar om man exempelvis ger en lugnande tablett, sömntablett eller insomningstablett vid fel tillfälle eller för tidigt på dygnet.

För att uppmärksamma eventuella risker och sätta in fallförebyggande åtgärder används kvalitetsregistret Senior Alert. Under 2022 genomfördes 134 riskbedömningar var av 114 av dessa hade risk för fall. Detta motsvarar 85% av alla genomföra riskbedömningar. Av dessa 114 patienter hade 110 personer en bakomliggande orsak till att fallrisken, samtliga fick en åtgärdsplan för att fall förebygga. Dock genomfördes bara åtgärden i 81% av fallen.



Palliativt arbete

Livskvalitet i livets slut. När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete.

Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom.

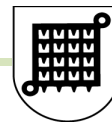
Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.



Utifrån ovanstående spindeldiagram syns de punkter som mäts nationellt när det gäller palliativvård. Dokumenterat brytpunktssamtal genomförs av behandlande läkare medans Munhälsobedömningar och smärtskattning oftast sker av baspersonalen med stöd av legitimerad sjuksköterska. Utbildningsinsatser i munhälsa och smärtskattning kommer genomföras under 2023 för att nå upp till nationella mål.

Riskbedömningar:

Senior Alert genomför inte bara riskbedömningar utifrån fall, utan även risk för trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens. Kommunen ligger innanför målvärlden när det kommer till Trycksår, munhälsa, fall och undernäring. Men behöver jobba mer aktivt för att åtgärdsplanerna följs upp utifrån uppmärksammade risker.

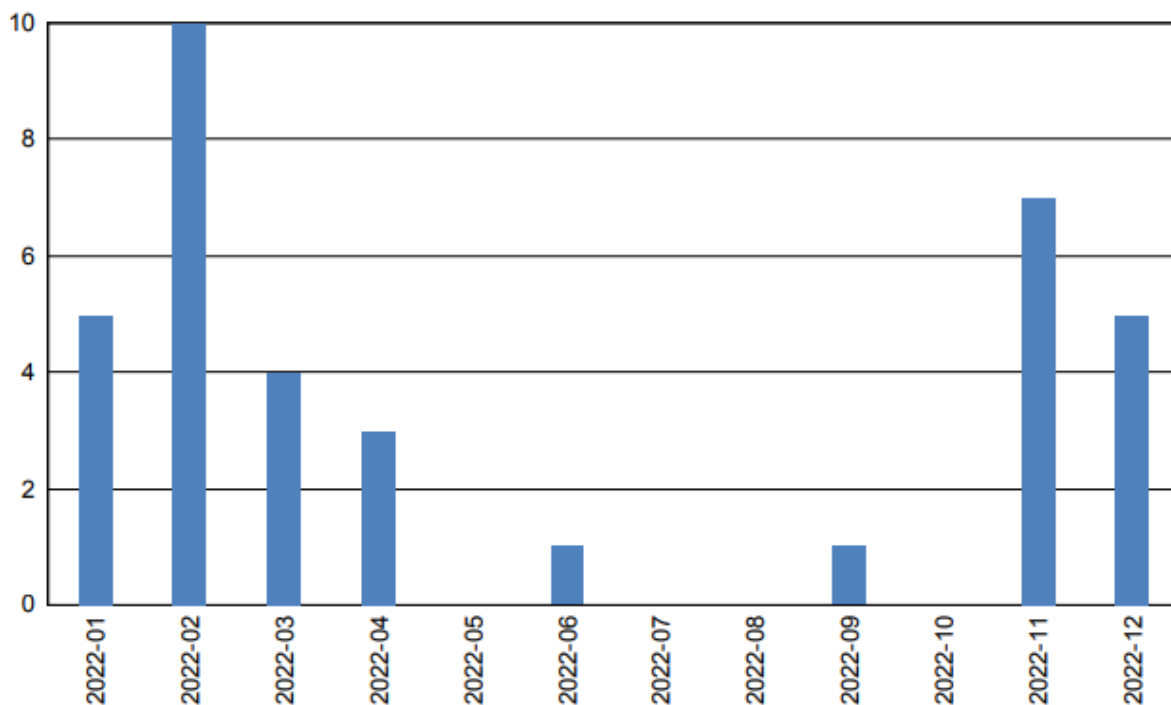


Trycksår	25% ↗ 33 av 134	94% ↓ 31 av 33	82% ↓ 27 av 33	79% ↑ 23 av 29
Undernäring	52% ↗ 70 av 134	94% ↓ 66 av 70	96% ↓ 67 av 70	82% ↑ 53 av 65
Fall	85% ↓ 114 av 134	96% ↓ 110 av 114	96% ↓ 109 av 114	81% ↑ 91 av 112
Munhälsa	46% ↗ 61 av 133	92% ↑ 56 av 61	93% ↓ 57 av 61	76% ↑ 44 av 58

När vi kommer till riskbedömning utifrån blåsdysfunktion behöver omtag göras nästkommande år då denna del hamnat efter under 2022.

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Under 2022 har skattningar gjorts regelbundet under samtliga månader förutom Maj, Juli och Augusti. Jämfört med västra götlandsregionen ligger Färgelanda jämt med övriga kommuner när det kommer till aktuella skattningar 2022.

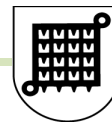


Antal skattningar/ månad.

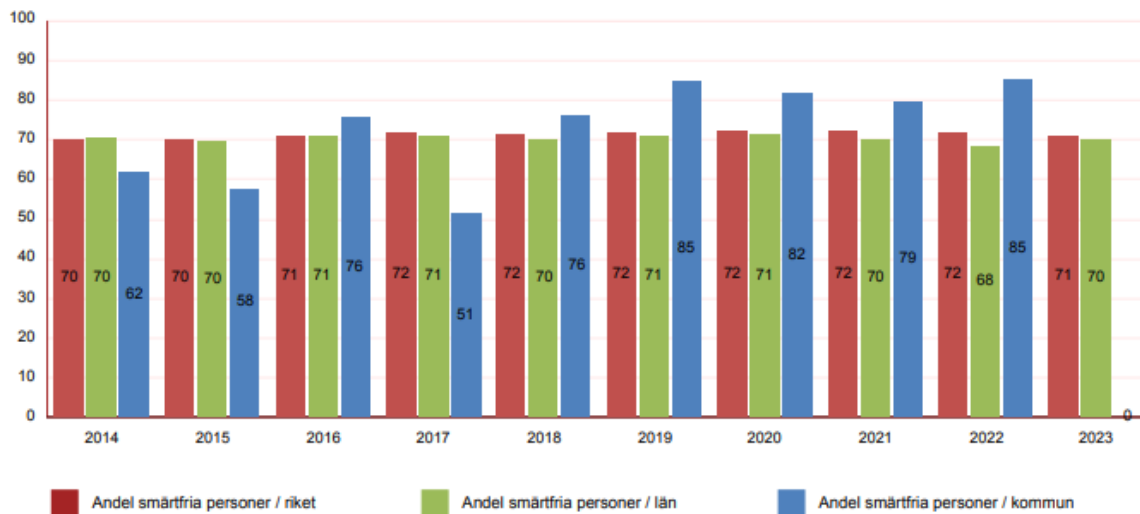
Under 2022 fanns 8 utbildade sjuksköterskor samt 37 utbildade undersköterskor i kvalitetsregistret. Omtag kring utbildning kommer göras under 2023 då även omstrukturering av äldreomsorgen sker.

Skattningen kollar på flera olika symtom, där bland smärta. Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem.

Stapeldiagrammet nedan påvisar att vi under implementeringen av systemet 2014 hade större andel smärta hos dementa, än vad vi har under senaste åren. Mätningen 2022 ligger Färgelanda över både



region och riket gällande smärtfria patienter.



Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

[Skulle då kunna läggas in som fast text i avsnittet]

Informationssäkerhet LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Risk- och behörighetsanalys	År		Godkänd

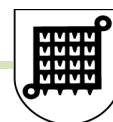
Risk och behörighetsanalys genomförs av systemadministratör för verksamhetssystemet.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation - Arkivering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Journalgranskning	År		Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.

Journalgranskning har genomförts regelbundet under året. Ingen avvikelse har hittats gällande obehöriga ägare inne i systemet. Dock uppmärksammandes brist i socialdokumentation hos undersköterskor, vilket resulterade i utbildning för personalen utifrån:

Vad är socialdokumentation?



vad skall dokumenteras?

Vad är en social avvikelse?

utbildningen genomfördes av vårdlärare på vuxenutbildningen i Färgelanda.

LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll LifeCare	Kvartal		

Loggkontroll har genomförts kvartalsvis utan anmärkning.

APPVA - system för digital signering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll	Månad	MAS bedömer om otillbörlig hantering/läsning har skett och vidtar vb åtgärder.	Automatisk loggning utförs månadsvis på slumpvis utvald personal av appva. Inga överträdelser funna.

Lokala och nationella kvalitetsgranskningar

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Socialstyrelsens Äldreundersökning	År	Resultatet följs upp av äldreomsorgscheferna som vb. vidtar åtgärder.	

Resultatet är sammanställt och följs upp på verksamhetsmöten.

Efter genomgången resultat vidtas åtgärder på de punkter där kommunen behöver stärka sitt resultat.

Läkemedelshantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av en apotekare och MAS får kommentarer om vad som ev. behöver förbättras.	
■ Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. Uppföljning sker vid nästa granskning.	
■ Kontroll av följsamhet till rutinen för städning av patientbundna läkemedelsskåp	Halvår	MAS samlar in signeringslistorna för städning av läkemedelsskåp 2ggr/år för att granska följsamhet till rutinen.	
■ Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser	År	Utifrån resultat kan åtgärder bli aktuella, ev i samverkan med ansvarig läkare.	
■ Lista till apoteket med behöriga medarbetare att hämta ut läkemedel på apotek	Halvår	Listan som finns hos apoteket skall alltid vara aktuell med namn endast på medarbetare med behöriga att hämta ut läkemedel till vårdtagare på apotek.	

Kvalitetskontroll i KAF- Kommunalt akutförråd gällande läkemedel har genomförts 2023, kommunen hade inga anmärkningar.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enl. gällande föreskrifter - Farmaceut har gjort en oberoende granskning av kommunens läkemedelshantering. Punkter som kom fram efter granskningen:

- Dokumentera avläst temperatur samt max/min-temperatur på kylskåp med läkemedel.
- Notera alltid personnummer vid uttag från akutförrådet/basförrådet.
- Påminn personal om att kontrollräkna narkotiska läkemedel.
- Säkerställ att läkemedelslista och signeringslistor är uppdaterade mot varandra.



- Säkerställ att förskrivande läkare lägger in ordinationer under rätt rubrik i Läkemedelslista Dos.

Vidtagna åtgärder på ovanstående punkter är gjorda och ny granskning kommer ske 2023.

Kontroll av följsamhet till rutinen för städning av patientbundna läkemedelsskåp

Följsamheten att städa patientbundna skåp har förbättrats sedan egenkontroll sattes in. Dock behövs ytterligare förbättring och kvalitetskontrollen kommer att vara pågående även under 2023.

Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser Genomfördes inte 2022.

Lista till apoteket med behöriga medarbetare att hämta ut läkemedel på apotek

Uppdateras av MAS senast 2022-12-19, listan kommer uppdateras vid behov under kommande år.

Avvikelsehantering, Vårdskada, Lex Sarah

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Omhändertagande av avvikelserapporter i Magna Cura	Halvår	Legitimerad personal, enhetschefer och MAS skall läsa, vb kommentera och alltid kvittera alla avvikelser. Avvikelseerna skall användas som underlag för förbättringsarbete.	
■ Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT till MAS där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	

Kvalitetskontrollerna är genomförda utan vidare synpunkter.

Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	
■ Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	
■ "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	

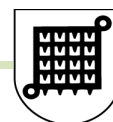
Mätning av nattfasta- Utifrån goda resultat 2021 har ingen mätning av nattfasta genomförts under 2022. Stickprovsmätning kommer att ske under första kvartalet 2023, resultatet kommer sedan ligga till grund för bedömning om vidare mätningar skall genomföras 2023.

PPM trycksår, fall -

Nationell mätning är gjord med hjälp av senior alert. Resultatet påvisar att 93 personer är registrerade. Av dessa 93 personer har 24% risk för trycksår. Dock har 56% inte fått en uppdaterad riskbedömning. Resultaten påvisar att förbättringsarbete bedöms nödvändigt och kommer planeras in som kvalitetsmål 2023.

VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
--------------	--------------	-----------------------------	-----------



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ BHK - mätning av basal hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	
● Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	God följsamhet till de basala hygienrutinerna kan noteras i första kvartalet. Samtliga enheter har deltagit. Ny skattning sker nästkommande kvartal.
■ Inventering av madrasser	År	Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.	
● Vårdhygienisk egenkontroll	År	Enhetschef ansvarar för att identifierade förbättringsområden åtgärdas utifrån handlingsplan.	

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kunskapstest	År	Kvaliteten på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	

BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	
■ Symtomlindrande demensläkemedel	År	Jämförelse av andel med demensläkemedel i kommunen, regionen och riket.	

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Resultat i Palliativregistret	År	Socialstyrelsen har tagit fram kvalitetsindikatorer med målvärden för palliativ vård vilka mäts via registrering i Svenska Palliativregistret.	

SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	De flesta läser och dokumenterar bra. Några dokumenterar mycket sparsamt. Inga överträdelser funna. Resultat överlämnas till enhetschef i pappersform.

MTP-medicintekniska produkter - Sjuksköterskeenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
--------------	--------------	-----------------------------	-----------



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Uppföljning av avvikelser i Lifecare	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	
■ Medarbetare med rätt att förskriva medicintekniska produkter	År	MAS/MAR kontrollerar årligen att uppgifter om vilka medarbetare som har rätt att förskriva medicintekniska produkter är uppdaterad.	

Inga incidenter har rapporterats kring medicintekniska produkter under 2021.

NPÖ - Sammanhållen journalföring

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll NPÖ	Kvartal		

Vårdgivarregistret och Omsorgsregistret hos IVO

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Årlig kontroll av uppgifter i Vårdgivar- och Omsorgsregistren	År		

Dokumenthanteringsplan - Arkivering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Revidering/Uppdatering av dokumenthanteringsplan	År	Arkivansvarig alt. verksamhetsutvecklare dokumenterar resultat och ev. utförda åtgärder vid uppföljning i Stratsys.	

Öppna jämförelser Socialstyrelsen

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Öppnajämförelser Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	År	Resultat tas upp i ledningsgrupp. Åtgärder hanteras av enhetschef inom resp. verksamhet alt MAS/MAR.	
● Öppna jämförelser enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård riktad till verksamheterna	År	Resultat tas upp på ledningsgrupp/äldreomsorgsgrupp.	



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Fortsatt arbete i omställningen till god och nära vård
- Implementera SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Projekt Framtidens Vårdinformationsmiljö, nytt vårdinformationssystem, leds av Västkom i samverkan med Västar Götalandsregionen. Preliminär driftstart i vår kommun hösten 2024. Kommunen har medarbetare som deltar i arbetet med design under våren 2022. Löpande information ges till legitimerad personal av projektledare och förmedlas vid MAS/MAR-möten.
- Utvärdering läkemedelsrobot.



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i omställningen till god och nära vård
- Fortsätta implementeringen av SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Riskbedömningar och uppföljningar sker var 6/ månad eller vid behov i Senior Alert.
- Fortsatt arbete med digitalt sårprojekt
- Regelbundna åtgärdskontroller efter IVO:s granskning
- Basal hygienrutin skattning
- Halt-mätning (Nationell mätning gällande vårdrelaterade infektion och antibiotikaanvändning)
- Stickprov av mätning av nattfasta

Hej,

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende för äldre (SÄBO). Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på SÄBO.

I juni presenterade IVO det nationella resultatet av tillsynen för Sveriges kommuner. I augusti publicerades också en [delrapport av det nationella resultatet](#). I den här presentationen ges en sammanställning av de risker som framkommit för er kommun utifrån journalgranskning och enkätresultat.

Sammanställningen berör tillsynsområdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede.

Varje område har färgmarkerats baserat på en sammanvägd riskbedömning. Riskbedömningen är relativ, alltså baserad på hur er kommuns resultat jämfört med andra kommuner. Riskbedömningen baseras främst på den journalgranskning som IVO har genomfört (80%), men också på svaren från den enkät som skickats ut till sjuksköterskor i kommunen (20%). Om er kommun saknar svar, eller har färre än tre svar, från sjuksköterskeenkäten så baseras riskbedömningen endast på journalgranskningen.

IVO kommer att tillhandahålla en fördjupad version av detta underlag, med en redovisning av resultatet för de specifika nyckeltal som ligger till grund för bedömningen inom respektive tillsynsområde, i samband med den inspektion som kommer genomföras i er kommun.

Beskrivning av aktuella tillsynsområden

Individuell bedömning och kompetens

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar av patienters hälsotillstånd, på SÄBO, görs av den personal som har lägst kompetensnivå. Faktorer som bland annat påverkar är sjuksköterskans ansvarsområde samt tillgången till läkare.

Kontinuitet och dokumentation

IVO konstaterar att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Faktorer som bland annat påverkar risken är antalet sjuksköterskor som dokumenterat i patientens journal samt avsaknad av vårdplan för patientens vård och behandling.

Läkemedel

IVO konstaterar att det finns brister i läkemedelshantering för patienter på SÄBO. Faktorer som bland annat påverkar risken är förekomsten av läkemedel som bör undvikas för äldre och avsaknad av läkemedelsgenomgångar. Avsaknad av tillräckliga förutsättningar att genomföra delegerade uppgifter såsom iordningställande av dosett och subkutana injektioner.

Vård i livets slutskede

IVO konstaterar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede. Faktorer som bland annat påverkar är brist på dokumenterade brytpunktssamtal samt avsaknad av planering av vården i livets slutskede.

Riskbedömning för Färgelanda



Tillsynsområde	Sammanvägning
Individuell bedömning och kompetens	
Kontinuitet och dokumentation	
Läkemedel	
Vård i livets slutskede	
Sammanvägd bedömning	



Varje tillsynsområde har riskbedömts och resultatet illustreras med ljus till mörk färgnyans. Stark färg indikerar hög risk i förhållande till andra kommuner.



Box 53148, 400 15 Göteborg
Telefon 010-788 50 00 • registrator.sydvast@ivo.se
www.ivo.se • Org.nr 202100-6537

kommun@fargelanda.se
Socialnämnden,
Färgelanda kommun

Meddelande om inspektion och begäran om uppgift i pågående tillsyn av särskilt boende för äldre

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom hälso- och sjukvården enligt 7 kap. 1 och 3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. I det uppdraget ingår bl.a. att utöva tillsyn av medicinsk vård och behandling för äldre på särskilt boende (SÄBO).

Det övergripande syftet med tillsynen är att äldre ska få en god och säker vård. I tillsynen kontrolleras också att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I det ingår bland annat att vårdgivarna ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. (5 kap. 1 och 4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 3 kap. 1 - 3 §§ PSL)

Som en del i tillsynen har IVO granskat och genomfört dataanalyser av journaler från SÄBO i Sveriges kommuner. IVO har även granskat och analyserat svar på enkäter som besvarats av patienter/närstående, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor samt verksamhetsföreträdare. Därutöver har IVO kännedom om tidigare tillsyner, inkomna tips, upplysningar, klagomålsärenden och anmälningar enligt lex Maria.

Under juni 2022 har IVO vid digitala informationsmöten redovisat vad tillsynen hittills visat på nationell nivå och publicerat en delrapport om identifierade utvecklingsområden. <https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2022/ivo-presenterar-delresultat-av-granskning-av-sarskilda-boenden-for-aldre/>

Tillsyn av kommunal hälso- och sjukvård

I den fortsatta tillsynen kommer IVO att genomföra inspektioner i Sveriges samtliga kommuner. Vid inspektionen kommer IVO att främst granska följande områden beträffande patientsäkerhet; dokumentation och kontinuitet, äldre och läkemedel, vård i livets slutskede samt individuell bedömning av vårdbehov och personalens kompetens.

IVO kommer att intervjua patienter och sjuksköterskor samt ha dialogmöte med ledningen. Vid möte med ledningen kommer IVO att föra dialog om vad som framkommit i tillsynen i er kommun. Se bifogat dokument.

Genomförande

För att underlätta genomförandet av inspektionen ber IVO att ni utser en kontaktperson samt lämnar kontaktuppgifter till denna (se begäran nedan). IVO kommer att kontakta utsedd person för att planera inspektionen mer i detalj. Inspektionen kommer att genomföras på följande sätt:

- Intervjuer med 2-6 patienter som bor på kommunens SÄBO.
- Gruppintervju med sjuksköterskor som arbetar med hälso- och sjukvårdsinsatser på kommunens SÄBO.
- Dialog med ansvarig ledning för hälso- och sjukvården; nämndens ordförande, socialchef eller motsvarande befattning, verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

IVO planerar att genomföra inspektionen under vecka **46** i er kommun.

Begäran

För att kunna planera tillsynen begär IVO uppgift om namn och kontaktuppgifter (e-post och telefonnummer) på kontaktperson. Denna uppgift vill IVO ha in via e-post registrator.sydvast@ivo.se eller anneli.bylund@ivo.se senast den **17 oktober 2022**.

OBS! Vid kontakt med IVO ange dnr 3.5.1-37608/2022

Vid eventuella frågor kontakta inspektören:
på telefon 010-788 50 00 eller via e-post anneli.bylund@ivo.se.

För Inspektionen för vård och omsorg
Anneli Bylund
Inspektör

Bilaga: Redovisning kommun

Regionala tillsynsavdelningen Sydväst

Anneli Bylund

Anneli.Bylund@ivo.se

Färgelanda kommun

458 80 Färgelanda

Möjlighet att lämna synpunkter på handlingar inför beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en pågående tillsyn av er verksamhet med dnr 3.5.1-37608/2022. Innan en myndighet fattar beslut i ett ärende ska den, om det inte är uppenbart obehövt, underrätta den som är part om allt material av betydelse för beslutet.

Parten ska också ges tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet. Detta framgår av 25 § förvaltningslagen (2017:900), FL.

IVO skickar därför det material som ni tidigare inte fått ta del av och som är av betydelse för kommande beslut till er som ansvarig vårdgivare. Handlingar som ni sänt in eller överlämnat till IVO utgår vi från att ni har, varför dessa inte sänds för kommunikering.

Vill ni lämna synpunkter ska de ha kommit in till IVO **senast den 9 december 2022**. Hänvisa till **diarienumret (Dnr)** längst upp till höger.

IVO kan fatta beslut i ärendet även om ni inte lämnar några synpunkter.

Har ni frågor?

Välkommen att kontakta oss på telefon: 010-788 50 00.

Ange alltid IVO:s diarienummer vid kontakt med IVO.

Anneli Bylund
Inspektör

Bilagor :

- Intervju med patient
- Intervju med sjuksköterska
- Ledningsprotokoll
- Kommunkort detaljerad

Delrapport - urval

I vilken kommun/stadsdel bor patienten?
Färgelanda kommun

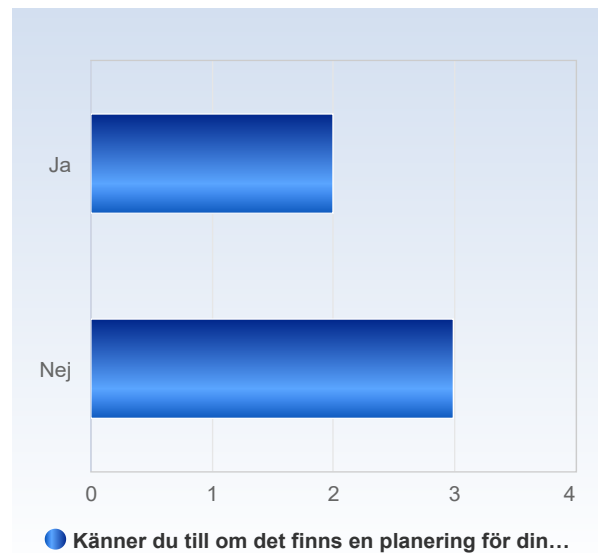


Patientintervju SÄBO-tillsynen

Antal svar: 5

Känner du till om det finns en planering för din vård och behandling?

Känner du till om det finns en planering för din vård och behandling?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	2	40,0%
Nej	3	60,0%
Summa	5	100,0%



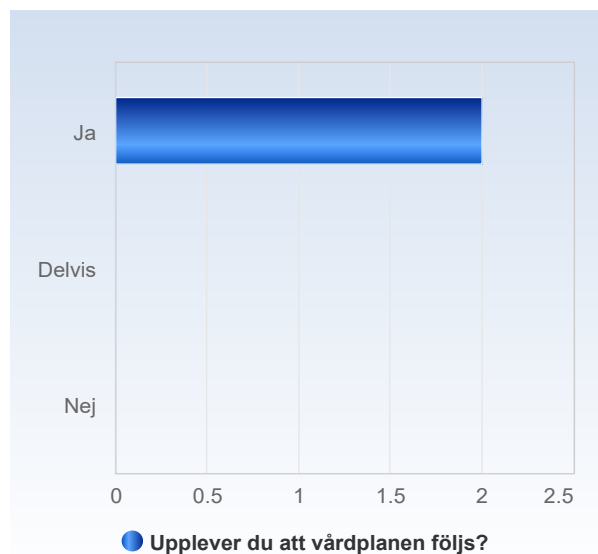
Har du varit delaktig i planeringen av din vård?

Har du varit delaktig i planeringen av din vård?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	0	0,0%
Nej	2	100,0%
Summa	2	100,0%



Upplever du att vårdplanen följs?

Upplever du att vårdplanen följs?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	2	100,0%
Delvis	0	0,0%
Nej	0	0,0%
Summa	2	100,0%



Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet dokumentation.

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet dokumentation.

Det kan ha skett när jag flyttade in, jag kommer inte ihåg.

Den intervjuade uppger att hen får genomgå provtagning enligt ett visst schema på grund av sin medicinering.

Jag behöver ingen plan, har bara hjälp med stödstrumpor och bäddning.

Den intervjuade har träffat VC-läkaren en gång. Man kontrollerar också hens vikt och blodtryck. Personal på sjukhuset har rapporterat till VC-läkaren.



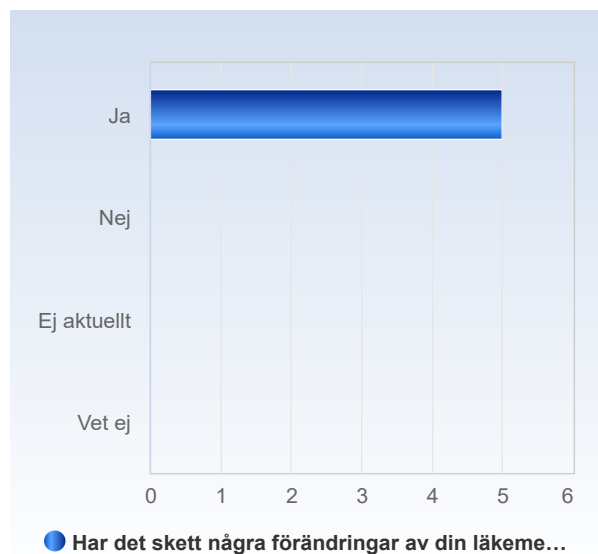
Har du och din läkare diskuterat din läkemedelsbehandling det senaste året?

Har du och din läkare diskuterat din läkemedelsbehandling det senaste året?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	2	40,0%
Nej	3	60,0%
Ej aktuellt	0	0,0%
Vet ej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



Har det skett några förändringar av din läkemedelsbehandling det senaste året?

Har det skett några förändringar av din läkemedelsbehandling det senaste året?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	5	100,0%
Nej	0	0,0%
Ej aktuellt	0	0,0%
Vet ej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



Har någon följt upp hur du mår efter förändringarna?

Har någon följt upp hur du mår efter förändringarna?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	3	60,0%
Nej	1	20,0%
Vet ej	1	20,0%
Summa	5	100,0%



Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet läkemedelshantering.

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet läkemedelshantering.

Hade 7 tabletter förut, nu är det bara 6. Personal frågar varje dag hur jag mår.

Den intervjuade uppger att kontaktpersonen alltid frågar hur hon mår, och om det är något särskilt.

Ja, de följer upp hur jag mår, nu har jag fått prova ett plåster med smärtstillande i.

De följer upp mitt dåliga blodtryck. Rehab är också inkopplade, jag tränar fem dagar i veckan.

Den intervjuade uppger att sjuksköterskan på ett boende där hen tidigare bott brukade prata om medicinerna och följa upp. Den intervjuade har inte bott så länge på detta boendet.

Får du hjälp av vård- och omsorgspersonalen när du inte mår bra?

Får du hjälp av vård- och omsorgspersonalen när du inte mår bra?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja, alltid	3	60,0%
Oftast	2	40,0%
Ibland	0	0,0%
Sällan	0	0,0%
Nej, aldrig	0	0,0%
Vet ej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



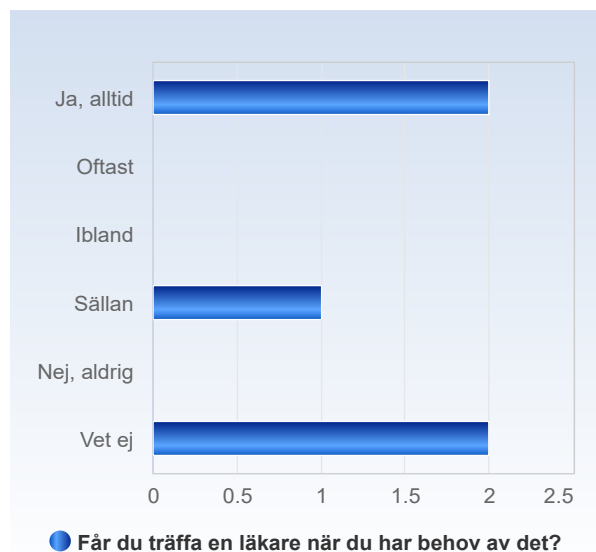
Får du träffa en sjuksköterska när du inte mår bra?

Får du träffa en sjuksköterska när du inte mår bra?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja, alltid	4	80,0%
Oftast	0	0,0%
Ibland	0	0,0%
Sällan	0	0,0%
Nej, aldrig	0	0,0%
Vet ej	1	20,0%
Summa	5	100,0%



Får du träffa en läkare när du har behov av det?

Får du träffa en läkare när du har behov av det?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja, alltid	2	40,0%
Oftast	0	0,0%
Ibland	0	0,0%
Sällan	1	20,0%
Nej, aldrig	0	0,0%
Vet ej	2	40,0%
Summa	5	100,0%



Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet individuell bedömning.

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet individuell bedömning.

Har aldrig begärt läkare. Är frisk och är ute och går varje dag.

Den intervjuade uppger att läkarna säger att de ska komma, men de kommer inte. Det har hänt att den intervjuade stuttit och väntat på ett besök av läkare som inte blivit av.

Ibland kan jag få vänta en stund innan personalen kommer. Läkaren kommer om jag säger till sköterskan.

Den intervjuade uppger att omvårdnaden är rätt så bra på boendet. Hen upplever att hen får hjälp när det behövs. Uppger sig inte ha haft behov av att träffa sjuksköterska så ofta, men de har kommit när det behövs.



Hur upplever du att kontinuiteten är när det gäller följande personalgrupper på ditt boende?

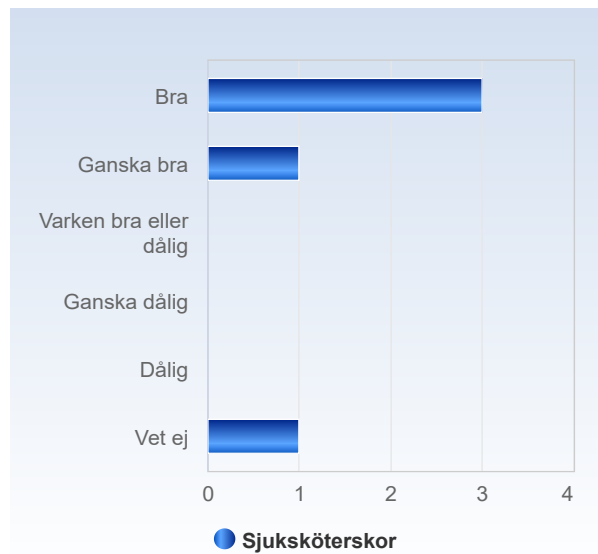
Vård- och omsorgspersonal

Vård- och omsorgspersonal	Antal svar	Fördelning (%)
Bra	3	60,0%
Ganska bra	2	40,0%
Varken bra eller dålig	0	0,0%
Ganska dålig	0	0,0%
Dålig	0	0,0%
Vet ej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



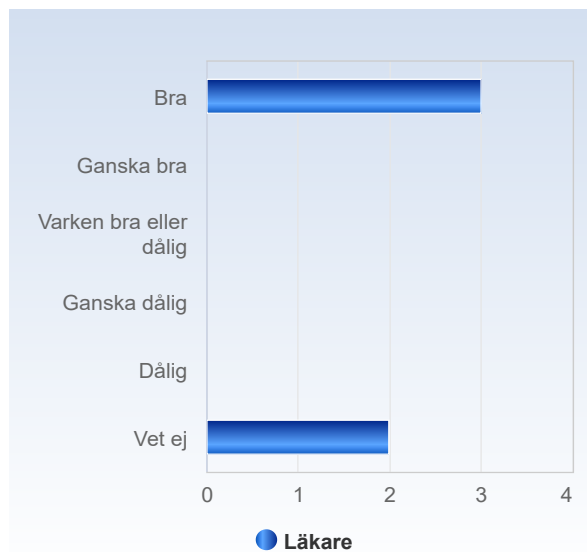
Sjuksköterskor

Sjuksköterskor	Antal svar	Fördelning (%)
Bra	3	60,0%
Ganska bra	1	20,0%
Varken bra eller dålig	0	0,0%
Ganska dålig	0	0,0%
Dålig	0	0,0%
Vet ej	1	20,0%
Summa	5	100,0%



Läkare

Läkare	Antal svar	Fördelning (%)
Bra	3	60,0%
Ganska bra	0	0,0%
Varken bra eller dålig	0	0,0%
Ganska dålig	0	0,0%
Dålig	0	0,0%
Vet ej	2	40,0%
Summa	5	100,0%



Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet kontinuitet.

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet kontinuitet.

Jag känner den personalen som är här, även de på natten.

Den intervjuade uppger att hen har bott här i några år. Bra kontinuitet bland vård- och omsorgspersonalen, vikarier ibland, men de flesta är bra. De sjuksköterskor som är nya presenterar sig med sina namn, enligt den intervjuade, hen uppger att hen känner de flesta. Den intervjuade uppger att det är samma läkare som rondar på boendet.

Sköterskan kommer alltid och jag har samma läkare som när jag bodde hemma.

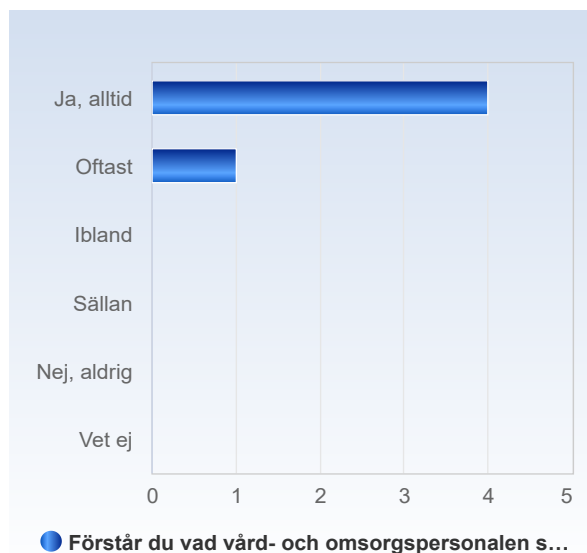
Många är nya på sommaren, annars känner jag alla på min avdelning och avdelningen under. De jobbar också på denna avdelningen.

Läkaren känner jag sen innan, det är samma som jag gick till när jag bodde hemma.

Den intervjuade tror att de byter läkare ganska ofta på vårdcentralen.

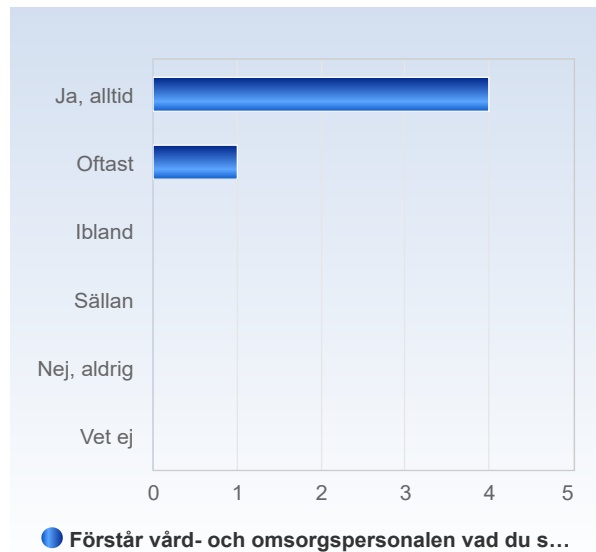
Förstår du vad vård- och omsorgspersonalen säger?

Förstår du vad vård- och omsorgspersonalen säger?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja, alltid	4	80,0%
Oftast	1	20,0%
Ibland	0	0,0%
Sällan	0	0,0%
Nej, aldrig	0	0,0%
Vet ej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



Förstår vård- och omsorgspersonalen vad du säger?

Förstår vård- och omsorgspersonalen vad du säger?	Antal svar	Fördelning (%)
Ja, alltid	4	80,0%
Oftast	1	20,0%
Ibland	0	0,0%
Sällan	0	0,0%
Nej, aldrig	0	0,0%
Vet ej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet kompetens i svenska språket hos vård- och omsorgspersonalen.

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet kompetens i svenska språket hos vård- och omsorgspersonalen.

De som jobbar här är svenskar.

Den intervjuade uppger att det någon enstaka gång kan vara svårt att förstå någon, men att hen då lyssnar extra noga. Hen talar tydligt med personalen och det har hänt att hen har fått upprepa saker ibland.

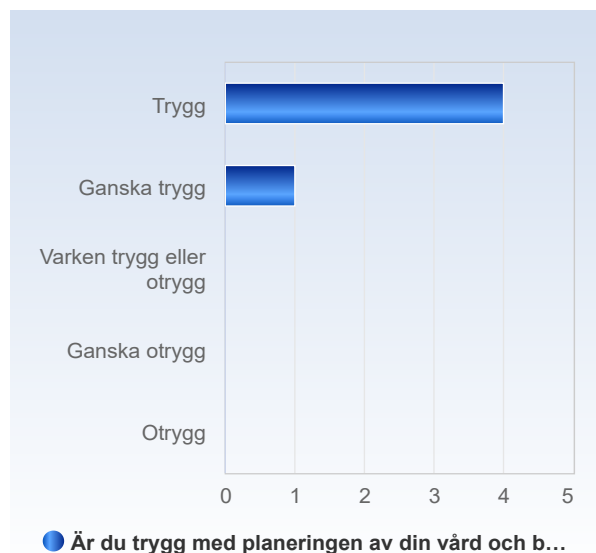
Jag har blivit hes och kan inte prata så högt, jag viskar, dessutom har jag sus i örat så jag får fråga Va? flera gånger.

Den intervjuade uppger att nya vikarier kan be att hen berättar vad de ska hjälpa hen med.

Om du utgår från din totala känsla:

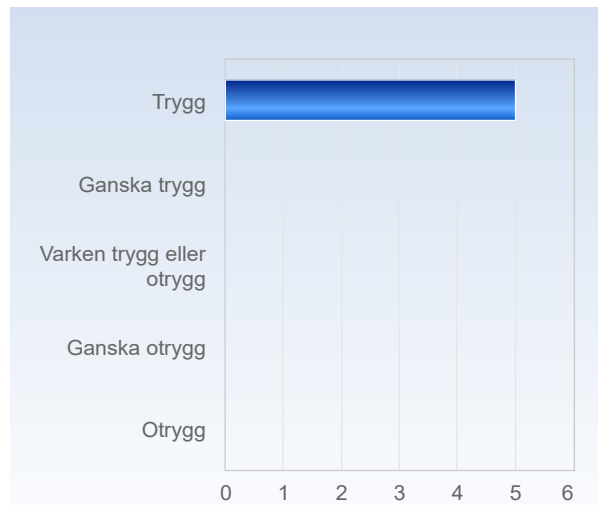
Är du trygg med planeringen av din vård och behandling?

Är du trygg med planeringen av din vård och behandling?	Antal svar	Fördelning (%)
Trygg	4	80,0%
Ganska trygg	1	20,0%
Varken trygg eller otrygg	0	0,0%
Ganska otrygg	0	0,0%
Otrygg	0	0,0%
Summa	5	100,0%



Är du trygg med att du får rätt läkemedel vid rätt tillfälle?

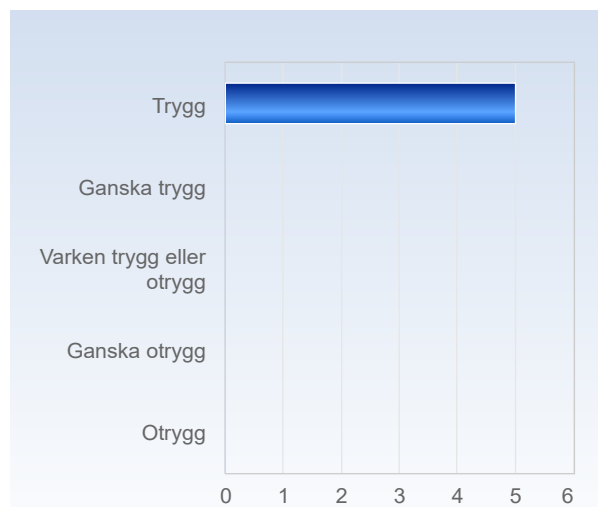
Är du trygg med att du får rätt läkemedel vid rätt tillfälle?	Antal svar	Fördelning (%)
Trygg	5	100,0%
Ganska trygg	0	0,0%
Varken trygg eller otrygg	0	0,0%
Ganska otrygg	0	0,0%
Otrygg	0	0,0%
Summa	5	100,0%



● Är du trygg med att du får rätt läkemedel vid rä...

Är du trygg med den personal som tar hand om dig?

Är du trygg med den personal som tar hand om dig?	Antal svar	Fördelning (%)
Trygg	5	100,0%
Ganska trygg	0	0,0%
Varken trygg eller otrygg	0	0,0%
Ganska otrygg	0	0,0%
Otrygg	0	0,0%
Summa	5	100,0%



● Är du trygg med den personal som tar hand o...

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet trygghet.

Här har du möjlighet att skriva en kommentar från patienten kopplat till frågeområdet trygghet.

Känner mig trygg, här är det bara de ordinarie som ger medicin, jag har apodosrulle.

Den intervjuade känner sig trygg, hen uppger att hen själv kontrollerar sin medicin. Har aldrig känt sig så trygg som nu.

Allt är bra här.

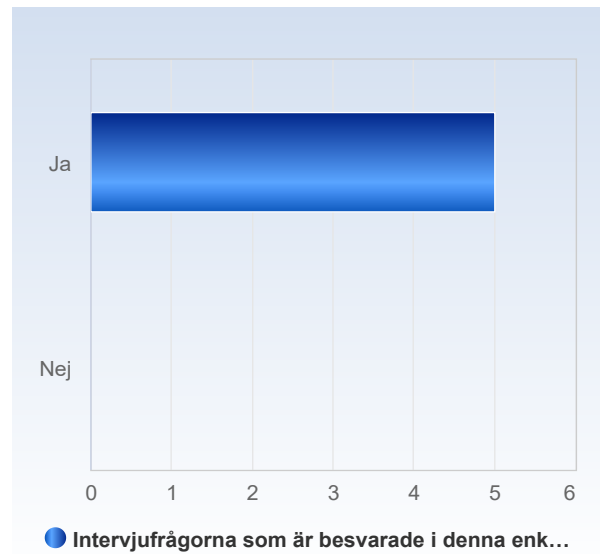
Det är bara bra personal som jobbar här.

Den intervjuade uppger hen inte känner sig särskilt orolig för någonting. Tränar varannan dag.



Intervjufrågorna som är besvarade i denna enkät är faktagranskade på plats när intervjun genomfördes.

Intervjufrågorna som är besvarade i denna enkät är faktagranskade på plats när intervjun genomfördes.	Antal svar	Fördelning (%)
Ja	5	100,0%
Nej	0	0,0%
Summa	5	100,0%



Fyll i namn på inspektören som genomförde och faktagranskade intervjun.

Fyll i namn på inspektören som genomförde och faktagranskade intervjun.
Helene Helm
Anneli Bylund
Helene Helm
Helene Helm
Anneli Bylund



Inledning

Det övergripande syftet med tillsynen är att äldre ska få en god och säker vård. I tillsynen kontrolleras därför om det finns förutsättningar för att ge en patientsäker vård för personer som bor på SÄBO. Tillsynen genomförs i Sveriges kommuner och Stockholms stadsdelar.

De uppgifter som framkommer under intervjun kommer att sammanställas och kommuniceras med de som är ansvariga för den kommunala hälso-och sjukvården i kommunerna/Stockholms stadsdelar. Informationen kommer att utgöra ett underlag för IVO:s beslut.

Övergripande frågor

1. I vilken kommun/stadsdel är sjuksköterskorna verksamma i?

Färgelanda kommun



2. Ange diarienummer som sjuksköterskeintervjun tillhör

3.5.1-37608/2022

3. Ange antalet sjuksköterskor som deltar i intervjun.

3



4. Skriv ner namnen på de som intervjuas.

Linda Karlsson, Lisa Wendel, Sara Gustavsson.

Kontinuitet och dokumentation

Kontinuitet

5. Hur upplever ni att kontinuiteten är när det gäller vård- och omsorgspersonalen på kommunens SÄBO?

- Bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Dålig
- Vet ej

Kommentar

Vi har en god kontinuitet på äldreboendena.

6. Hur upplever ni att kontinuiteten är när det gäller sjuksköterskor på kommunens SÄBO i er kommun?

	Bra	Ganska bra	Varken bra eller dålig	Ganska dålig	Dålig	Vet ej
Dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kväll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Natt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar

Stabil personalgrupp under lång tid på natten, övrig tid hög omsättning på sjuksköterskor, det skedde strax före pandemin, och det pågår nu också.

7. Hur upplever ni att kontinuiteten är när det gäller läkare *dagtid vardagar*?

- Bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Dålig
- Vet ej

Kommentar

Ofta samma läkare som rondar. Olika äldreboende har olika läkare. Läkarna ansvarar för ett äldreboende var. Vi känner till alla läkarna.

Kontinuitet och dokumentation

Dokumentation

8. Har sjuksköterskor i er kommun tillgång till de journaler ni har behov av?

- Ja, alla sjuksköterskor
- Ja, de flesta
- Ja, några
- Nej, inga sjuksköterskor
- Vet ej

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att de inte kan se omvårdnadspersonalens sociala dokumentation. Usk kan skicka ett vårdmeddelande/begäran till sjuksköterskan i journalsystemet. Vårdcentrals journal, slutenvårdsjournal kommer sjuksköterskan åt via NPÖ. Ibland inte dokumenterat via NPÖ. Då ringer sjuksköterskan till sjukhus och frågar.

9. Finns det en strukturerad dokumentation dvs. vårdplan för de patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser?

(Så att det lätt går att följa patientens vård, behandling, planering och uppföljning.)

- Ja för alla patienter
- Ja för de flesta
- Ja för några
- Nej för inga patienter

Kommentar

Kallas vårdprocesser, finns i den kommunala hälso och sjukvårdsjournalen.

10. Finns dessa vårdplaner i patientens kommunala hälso- och sjukvårdsjournal?

- Ja, alla vårdplaner
- Ja, majoriteten av vårdplanerna
- Ja, vissa vårdplaner
- Nej

Kommentar

11. Finns det förutsättningar att följa upp effekten av planerade och insatta åtgärder för patienterna?

- Ja för alla patienter
- Ja för de flesta
- Ja för några
- Nej för inga patienter

Kommentar

Förutsättningar finns i journalsystemet, men kanske inte tillräckligt med personal för utförandet. Ibland får sjuksköterskan flytta fram insatser på grund av tidsbrist.

12. Har vård- och omsorgspersonalen i er kommun tillgång till de vårdplaner de har behov av?

- Ja, all vård- och omsorgspersonal
- Ja, de flesta
- Ja, några
- Nej, ingen vård- och omsorgspersonal

Kommentar

Undersköterskan ser om vi ber den utföra en åtgärd. Vi skriver en vårdbegäran som de läser. Undersköterskan signerar när de utfört uppdraget och skriver en kort utvärdering, som vi kan läsa. Det kräver att alla har fått ett inlogg till systemet av enhetschefen.

13. Finns det ett dokumentationsstöd i journalsystemet, som standardiserade/fastställda sökord eller standardtexter?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar

KVÅ och ICF och frastexter kan vi lägga in. Det gör sjuksköterskorna när de har tid.

14. Anser ni att innehållet i dokumentationen är tillräcklig för att uppnå patientsäker vård när personalkontinuiteten avseende sjuksköterskorna är dålig?

- Ja
- Nej

Kommentar

Journalsystemet är ej överskådligt. Varje anteckning ska in under en egenåtgärds kod, det blir svårt att följa ett vårdförlopp Ex-. Kontakt jour är en åtgärds kod, sjuksköterskorna skulle vilja koppla flera åtgärds koder till ett förlopp.

Patientens anamnes syns inte, eftersom sjuksköterskorna inte får lägga in medicinska diagnoser ställda av läkare. Det kan vara svårt att se patienternas grundsjukdomar. Vi kan skriva att doktorn satt en viss diagnos. Det är svårt att kunna läsa sig till vad patientens grundsjukdom är. Mycket löpande text att läsa igenom, det är lättast att gå in i NPÖ.

Räcker att byta geografiskt arbetsområde- sjuksköterskorna känner då inte till patienten. Det kan då vara svårt att få tillräcklig information från patientens journal. I kalendern står såromläggning ex. men svårt att hitta uppgifter om patientens grundproblem ex minnessvikt.

Individuell bedömning och kompetens

Förutsättningar

15. Finns det möjlighet för sjuksköterskorna i er kommun att besöka patienten och bedöma hens hälso- och sjukdomstillstånd när ni anser att det finns behov av det?

	Ja, för alla sjuksköterskor	Ja, för de flesta	Ja, för några	Nej, för inga sjuksköterskor	Kan ej besvaras
Dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kväll	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Natt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helg	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar

På natten finns det möjlighet. På dagen får sjuksköterskorna prioritera om, de hinner inte alltid med sitt arbete. De kan saknas bil eller vara ensam personal. Kan vara ensam sjuksköterska på 50 patienter, kan stå upptagen och då får de vänta tills sjuksköterskan får tid, eller när någon annan sjuksköterska kan vara behjälplig. Vi är 4 sjuksköterskor varje dag på 180 patienter, när de egentligen ska vara 8 sjuksköterskor. Undersköterska kan jobba i par med sjuksköterskan, då ansvarar sjuksköterskan för alla medicinska bedömningar. Undersköterskan ersätter då en sjuksköterska, detta gäller främst kväll och helg- detta är på grund av sjuksköterskebrist. Vi har flera nya sjuksköterskor i organisationen.

Individuell bedömning och kompetens

Kompetens vård- och omsorgspersonal

16. Har vård- och omsorgspersonalen i er kommun tillräckligt med kompetens att uppmärksamma om patientens hälso- och sjukdomstillstånd förändras?

- Ja, all vård- och omsorgspersonal
- Ja, de flesta
- Ja, några
- Nej, ingen vård- och omsorgspersonal

Kommentar

Inte alla men det flesta.

17. Kontaktar vård- och omsorgspersonalen i er kommun sjuksköterskan när det finns behov?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Ringer ibland om det inte behövs, och ibland väntar lite omvårdnadspersonalen för länge med att ringa. Kan vara personbundet från vård och omsorgspersonalen.

18. Har vård- och omsorgspersonalen i er kommun tillräckliga kunskaper i det svenska språket?

- Ja, all vård- och omsorgspersonal
- Ja, de flesta
- Ja, några
- Nej, ingen vård- och omsorgspersonal

Kommentar

Alla har inte grundläggande språkkunskaper. Sjuksköterskorna kan göra sig förstådda, bättre på boendena än i hemtjänsten. Ibland får sjuksköterskorna förklara flera gånger. Personalen kan inte alltid läsa läkemedelslistan. Sjuksköterskan frågar om patienten har någon vid behovsmedicin och får till svar- Ja kl 20.00.

Individuell bedömning och kompetens

Tillgång till högre medicinsk kompetens, dvs läkare

19. Har sjuksköterskorna i er kommun tillgång till läkare när ni anser att det finns behov av det?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Oftast, men när sjuksköterskan ringer om ett hembesök, kan det dröja till eftermiddagen. Läkarna kommer sällan ut på hembesök utöver rondtid. De kommer inte till alla äldreboende. Det är skillnad mellan äldreboendena, de äldreboendet som ligger närmast vårdcentralen kommer de oftare på akuta hembesök. Vi har en rutin som säger att vi kan faxa till vårdcentralen och de ska svara inom en timme- de gör de inte. När vi ringer akut, då får vi oftast prata med doktorn. Läk jour-kan sjuksköterskorna få ringa igen. Lätt att få tag på juren. Har aldrig fått ett läk besök vid jourtid om de inte ska konstatera dödsfall. sjuksköterskorna efterfrågar inte hembesök av juren eftersom de vet att de inte åker ut. sjuksköterskorna litar på sig själva och sin kompetens men om de känner sig osäkra så kräver de en bedömning av läkare, leder oftast till att patienten skickas in. De intervjuade beskriver ett exempel: en palliativ pat- skicka förfrågan på en fredag till vårdcentralen, fick till svar att du får vänta till nästa rond. Patienten fick andningsuppehåll- sjuksköterskan skrev avvikelse- det kommer ett svar direkt från chefen att det kommer en läkaren på eftermiddagen. De intervjuade uppger att det är synd att de ska behöva skriva en avvikelse för att läkaren ska komma till patienten. Sjuksköterskorna får ofta kontakt med läkaren på telefon men i regel inga hembesök utöver rondtid.

20. Är den totala läkartiden tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov?

Ja

Nej

Kommentar

Sjuksköterskan uppger att patienterna ska ha ett läkarbesök en gång om året. Många patienter frågar efter läkaren. Läkaren kan flytta fram besök på rondan. Då blir sjuksköterskan ansvarig för att meddela att det blev inget denna besök veckan heller. Kan ibland hänvisa till ordinarie läkare som ev är tillbaka om 3 veckor. Sjuksköterskan kan då be anhöriga kontakta läkaren själva.

Läkemedel

Delegering

21. Har sjuksköterskorna i er kommun förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Det har blivit bättre- har deigationsutbildningar 6 gånger om året. Sjuksköterskorna har personlig kännedom om de de delegerar till. Undersköterskorna gör en Webb utb först- , sen får de ett kompendium, som sjuksköterskan går igenom, sen gör det ett test på plats. Vi bedömer därefter om vi kan delegera till personen i fråga.Sjuksköterskan kan säga nej till att delegera, ex beroende på språket eller den sociala kompetensen. Vård och omsorgspersonalen kan behöva mer tid i vården innan sjuksköterskan delegerar. Enhetschefen kan blir irriterade om de inte alla får deligation. enhetschefer och sjuksköterskor Satt i många möten inför sommaren då sjuksköterskan skulle få tillbaka en del delegerade hälso och sjukvårdsuppgifter, då de inte kunde delegera till sommarvikarierna. Sjuksköterskorna uppger att de aldrig deligerar dosettdelning till vård och omsorgspersonal. De delegerar subkutana injektioner endast blodförtunnande och insulin.

22. Utför vård- och omsorgspersonal delegerade insatser på ett patientsäkert sätt?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskan ställer sig frågan om omvårdnadspersonalen läst läkemedelslistan? Omvårdnadspersonalen signerar i appva appen och läser bara i signeringsverktyget.

Ett ex: en patient fick utsatt medicin från apodosrullen men skulle tas från originalförpackning enligt läkemedelslistan, 3 månader gick det innan personal upptäckte detta. Läkemedelslistan läses ej av omvårdnadspersonalen. Läkemedelslistan finns på patientens rum i medicinskåpet.

23. Har sjuksköterskorna i er kommun förutsättningar att ge stöd och handledning till den vård- och omsorgspersonal som fått delegeringar?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att när de har delegerat har de tid att handleda och stötta personalen.

Läkemedel

Läkemedel- genomgång och information

24. Medverkar sjuksköterskorna i er kommun till att det genomförs läkemedelsgenomgångar för de patienter som har behov av det?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att de får styra upp, de hade en väntelista på vårdcentralen men det har man tagit bort numera är det överlagt på sjuksköterskorna som får säga till läkarna när det är dags för läkemedelsgenomgång.

25. Får sjuksköterskorna i er kommun tillräckligt med information från läkare när det sker en förändring av patientens läkemedelsbehandling?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskorna får oftast kännedom via ronden eftersom de flesta förändringarna sker då. Det händer att ordinationen görs i pacsal- det är vanskligt, vi ser inte det. Efter sjukhusbesök kan informationen brista och patientens läkemedelslistor stämmer inte. Det brister ofta i informationen från slutenvården vid utskrivningar eller övergång från slutenvården. Sjuksköterskan kan få lägga mycket tid på att efterforska gjorda läkemedelsförändringar.

26. När det sker en förändring i patientens läkemedelsbehandling, informerar sjuksköterskorna i er kommun vård- och omsorgspersonalen vad de ska vara observanta på avseende patientens hälsotillstånd?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskan skickar ut meddelande om läkemedelsförändring, men sjuksköterskan skriver inte alltid ut biverkningarna. Sjuksköterskan ber omvpersonal att de ska vara observant och följer själva upp läkemedelsförändringen. Sjuksköterskan lämnar ut nya läkemedelslistor. Överrapporteringen fungerar inte alltid det kan vara personbundet enligt ssk- uppföljning efter en vecka funkar inte heller alltid. Åtgärden flyttas inte fram automatiskt i journal systemet, kan ligga kvar på en dag som en osignerad åtgärd. Osignerade åtgärder ligger kvar i systemet och kan bli åtgärdade senare än det var planerat.

Vård i livets slutskede

27. Har sjuksköterskorna i er kommun ett arbetssätt där ni skapar förutsättningar för patient och/eller närstående att förstå att vården övergått till vård i livets slutskede?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att de har bra rutiner och förutsättningar. ett skriftligt material lämnas till den det gäller eller anhöriga.

28. Erbjuds alla patienter och/eller närstående brytpunktssamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede?

- Ja, alla patienter och/eller närstående
- Ja, de flesta
- Ja, några
- Nej, inga patienter och/eller närstående

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att de försöker få läkaren att prata med närstående. Läkaren frågar sjuksköterskorna om vad patienten eller anhöriga anser om ex om hlr. Sjuksköterskan får tillbaka frågan av läkaren, sjuksköterskan tar diskussionen/informationen med anhöriga. Sjuksköterskorna anger som exempel att de har fått en läkare att ringa upp en anhörig vid ett tillfälle, då den anhörige krävde det.

29. Framgår det i journalen när patientens vård har övergått till vård i livets slutskede?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att de är duktiga på palliativ vård och det finns en vårdplan för detta. Patienter på säbo kan ibland vara inskrivna i palliativa teamet.

30. Förekommer det att läkare i er kommun ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård övergått i detta skede?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Trygghetsordination sätts ibland in innan vården övergått till vård i livets slutskede, och kan ibland ligga kvar en längre period. Förväntat dödsfall (intyg) gäller bara 2 veckor, sjuksköterskorna får konstatera ett dödsfall. Olika läkare gör olika och det kan skilja sig mellan boendena.

31. Händer det att sjuksköterskorna i er kommun påbörjar läkemedelsbehandling för vård i livets slutskede utan kontakt med läkare?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att efter patienten fått trygghetsordinationer så kan de göra det och det förekommer.

32. Har sjuksköterskorna i er kommun förutsättningar att arbeta enligt gällande lagrum, föreskrifter och nationella riktlinjer om vård i livets slutskede?

- Ja, alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nej, aldrig

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att det prioriterar vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna är noga med vak om patienten önskat det och tar in personal på kväll och helg. Sjuksköterskorna uppger att de fått diskussioner med ec i efterhand angående kostnader när de tar in omvårdnadspersonal kväll o helg för vak. Sjuksköterskorna får ändå gehör för sin bedömning av behov av vak. "Vi har en bra palliativ vård och prioriterar palliativ vård." Sjuksköterna uppger att närstående med den vård som ges i livets slutskede.

Sjuksköterskornas förutsättningar att arbeta patientsäkert

33. Vilken är er samlade bild av sjuksköterskornas förutsättningar att arbeta patientsäkert, utifrån från de frågeområden som berörts i intervjun?

- Bra förutsättningar
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Dåliga förutsättningar

Kommentar

Sjuksköterskorna uppger att:

De är halverad sjuksköterskebemanning och har varit reducerad personalstyrka länge. Sjuksköterskorna har mycket ansvar. Journalsystem och dokumentation i Lifecare tar mycket tid. Att introducera nya kollegor tar på krafterna, och många av de nya slutar inom kort på grund av arbetsmiljön. Sjuksköterskorna har varit i en jobbig arbetsmiljösituation sedan länge, sist de var fulltaliga var 2018. Sjuksköterskorna uppger att de måste få folk att stanna i våran organisation vi får inga eller få sökande till tjänsterna. Enligt sjuksköterskorna är ledningen är medveten om problemet, men sjuksköterskorna får till svar att det inte finns några pengar. Sjuksköterskorna får också höra från ledningen att de har få patienter per sjuksköterska men det är inte det med tanke på att sjuksköterskorna är underbemannade och får täcka för varandra vid korttids och långtidsfrånvaro samt föräldraledighet, vilket innebär att de inte har den tid för de patienter som de är omvårdnadsansvariga för.

Avslutande del

34. Intervjufrågorna som är besvarade i denna enkät är faktagranskade på plats när intervjun genomfördes.

Ja

Nej

35. Fyll i namnen på inspektörerna som genomförde och faktagranskade intervjun.

Anneli Bylund och Helene Helm



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh

Tjänsteskrivelse
2023-02-03
2022/179

Socialnämnden

Svar till begäran om återredovisning gällande Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Färgelanda kommun.

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar avge följande svar på den kritik som IVO (inspektionen för vård och omsorg) har uppmärksammat vid tillsynen av medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre i Färgelanda kommun, enligt beslut med dnr 3.5.1-37608/2022-8.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts på socialnämndens presidie 2023-02-15.

Sammanfattning av ärendet

IVO har riktat en granskning mot samtliga särskilda boenden i landet. Tillsynen sker mot bakgrund av IVO:s egna iakttagelser och rapporteringen om att äldre på särskilda boenden bland annat inte har fått tillgång till rätt medicinsk behandling under Corona pandemin. Syftet med tillsynen har varit att förbättra vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på särskilt boende. Tillsynen i Färgelanda kommun genomfördes den 16-17/11 2022. Under tillsynen har enkäter skickats ut till legitimerad personal, intervjuer har genomförts med legitimerad personal och äldre på särskilt boende. Journalgranskningar av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler har genomförts och en avstämning har genomförts med MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), verksamhetschef för den kommunala hemsjukvården och ordförande i socialnämnden.

Ärendebeskrivning

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

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

IVO (inspektionen för vård och omsorg) konstaterar följande brister:



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

Svaren på IVO s, kritik (att se som förbättringsområden) redovisas i beslut med begäran om återredovisning gällande tillsynen av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden (SÄBO) som drivs av socialnämnden i Färgelanda kommun med dnr 3.5.1-37608/2022-8.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse, daterad 2023-02-03 dnr 2022/179

Beslut med begäran om återredovisning gällande tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av socialnämnden i Färgelanda kommun dnr 3.5.1-37608/2022-8

Sändlista:

Kommunstyrelsen fk.

Johan Lundh
Socialchef

Hej,

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende för äldre (SÄBO). Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på SÄBO.

I juni presenterade IVO det nationella resultatet av tillsynen för Sveriges kommuner. I augusti publicerades också en [delrapport av det nationella resultatet](#). I den här presentationen ges en sammanställning av de risker som framkommit för er kommun utifrån journalgranskning och enkätresultat.

Sammanställningen berör tillsynsområdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede.

Varje område har färgmarkerats baserat på en sammanvägd riskbedömning. Riskbedömningen är relativ, alltså baserad på hur er kommuns resultat jämfört med andra kommuner. Riskbedömningen baseras främst på den journalgranskning som IVO har genomfört (80%), men också på svaren från den enkät som skickats ut till sjuksköterskor i kommunen (20%). Om er kommun saknar svar, eller har färre än tre svar, från sjuksköterskeenkäten så baseras riskbedömningen endast på journalgranskningen.

IVO kommer att tillhandahålla en fördjupad version av detta underlag, med en redovisning av resultatet för de specifika nyckeltal som ligger till grund för bedömningen inom respektive tillsynsområde, i samband med den inspektion som kommer genomföras i er kommun.

Beskrivning av aktuella tillsynsområden

Individuell bedömning och kompetens

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar av patienters hälsotillstånd, på SÄBO, görs av den personal som har lägst kompetensnivå. Faktorer som bland annat påverkar är sjuksköterskans ansvarsområde samt tillgången till läkare.

Kontinuitet och dokumentation

IVO konstaterar att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Faktorer som bland annat påverkar risken är antalet sjuksköterskor som dokumenterat i patientens journal samt avsaknad av vårdplan för patientens vård och behandling.

Läkemedel

IVO konstaterar att det finns brister i läkemedelshantering för patienter på SÄBO. Faktorer som bland annat påverkar risken är förekomsten av läkemedel som bör undvikas för äldre och avsaknad av läkemedelsgenomgångar. Avsaknad av tillräckliga förutsättningar att genomföra delegerade uppgifter såsom iordningställande av dosett och subkutana injektioner.

Vård i livets slutskede

IVO konstaterar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede. Faktorer som bland annat påverkar är brist på dokumenterade brytpunktssamtal samt avsaknad av planering av vården i livets slutskede.

Riskbedömning för Färgelanda



Tillsynsområde	Sammanvägning
Individuell bedömning och kompetens	
Kontinuitet och dokumentation	
Läkemedel	
Vård i livets slutskede	
Sammanvägd bedömning	



Varje tillsynsområde har riskbedömts och resultatet illustreras med ljus till mörk färgnyans. Stark färg indikerar hög risk i förhållande till andra kommuner. På efterkommande sidor ser du de nyckeltal som ligger till grund för den sammanvägda bedömningen.

Individuell bedömning och kompetens

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	5%	32%	34%
I sjuksköteskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	-	53%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	-	47%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	60%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	87%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	63%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

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

- På nationell nivå anser endast fyra procent av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO att all personal på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.
- På nationell nivå upplever 73 procent av de närstående att alla i personalen inte förstår vad de säger.

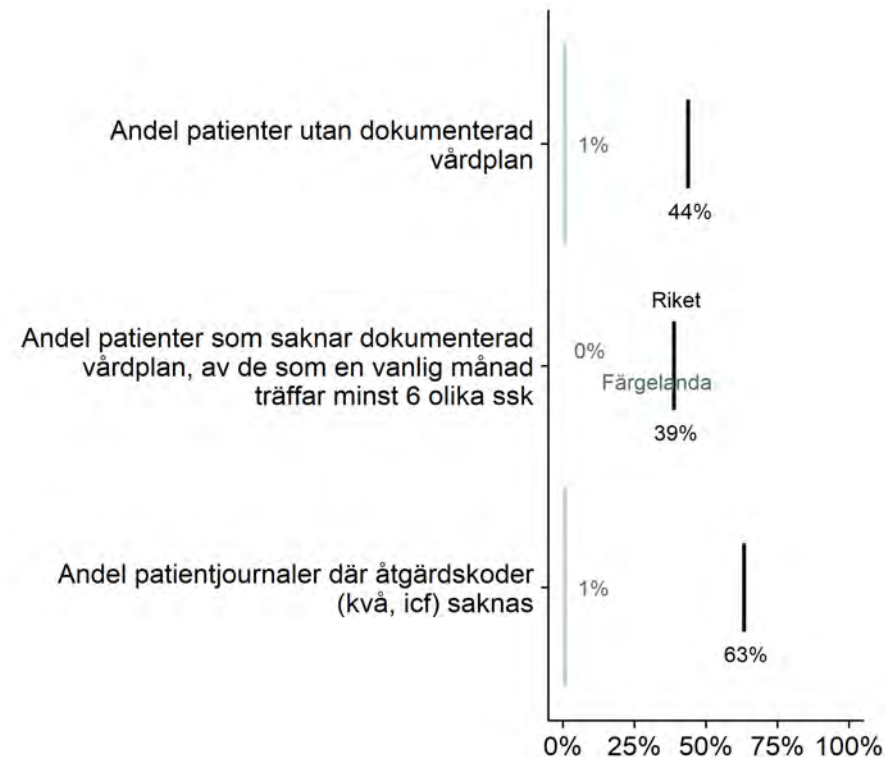


Kontinuitet och dokumentation

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	1%	38%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	0%	32%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	1%	67%	63%
I sjuksköteskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	66%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	-	29%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

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

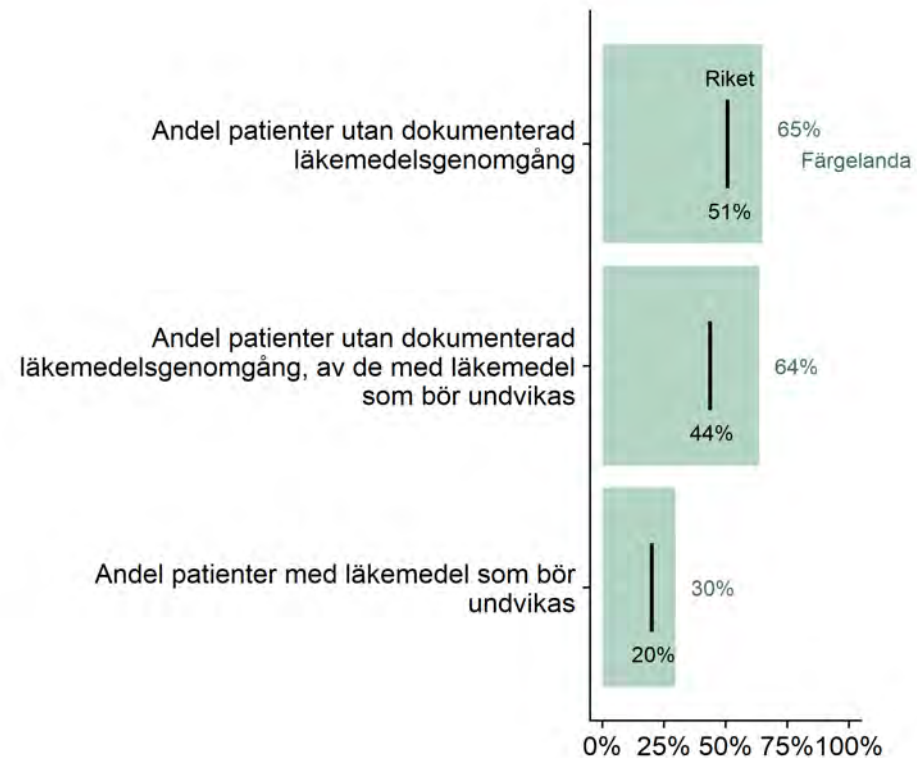


Läkemedel

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	65%	60%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	64%	53%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	30%	19%	20%
I sjuksköteskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	56%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	-	33%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	-	29%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	-	16%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

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



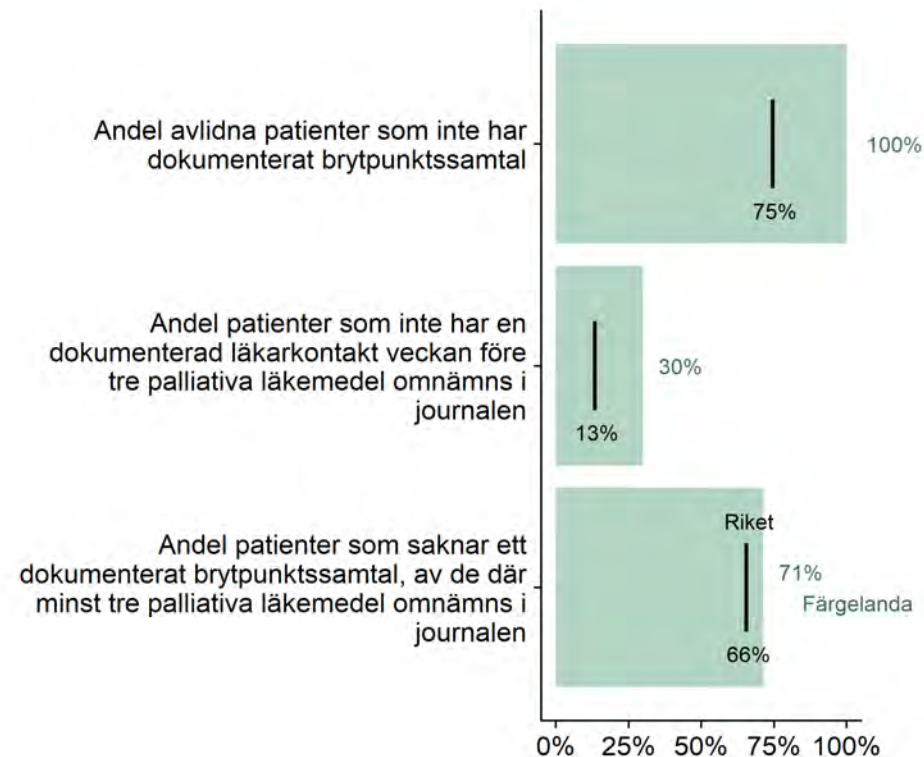
Vård i livets slutskede

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	100%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	30%	14%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	71%	68%	66%
I sjuksköteskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	-	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	-	6%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

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

- På nationell nivå uppger 66 procent av vård- och omsorgspersonalen att vården inte alltid planeras så att patienten inte behöver avlida ensam om hen inte vill det.
- På nationell nivå uppger 61 procent av de närstående att de inte har haft samtal om vård inför livets slutskede.
- På nationell nivå svarar 42 procent av de närstående att de känner sig otrygga med den medicinska insatsen i livets slutskede och 41 procent känner sig otrygga med omvårdnaden i livets slutskede.



Kommunenkäten

Skattningsfråga	Färgelanda
Har vård- och omsorgspersonalen i er kommun tillräcklig kompetens för att ta hand om hälsotillståndet för personer som bor på särskilt boende för äldre?	Oftast
Har vård- och omsorgspersonalen i er kommun tillräcklig kompetens för att utföra läkemedelshantering som delegeras till dem?	Oftast
Har vård- och omsorgspersonalen i er kommun tillräckliga kunskaper i det svenska språket för att göra sig förstådda och kunna förstå?	Ja, de flesta
Har sjuksköterskorna i er kommun förutsättningar att ge god och säker vård till personer som bor på särskilt boende för äldre?	Oftast
Är tillgången till läkare tillräcklig för att ge god och säker vård till personer som bor på särskilt boende för äldre?	Sällan
Fungerar samverkan mellan kommunen och regionen för att uppnå god och nära vård?	Oftast
Har ni ett personalstrategiskt arbete med inriktning på kompetens för att möta patienters ökade vårdbehov?	Nej, vi har inte påbörjat, men vi har planer på att påbörja ett sådant arbete inom kort
Har det personalstrategiska arbetet med inriktning på kompetens haft genomslag i verksamheten?	-

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



Box 53148, 400 15 Göteborg
Telefon 010-788 50 00 • registrator@ivo.se
www.ivo.se • Org.nr 202100-6537

Protokoll fört vid dialogmöte med ledning vid Färgelanda kommun avseende pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på SÄBO

Datum: 20221117

Huvudman eller vårdgivare: Färgelanda kommun

Representanter för huvudman eller vårdgivare:

Socialnämndens ordförande: Håkan Gusteus

Socialchef samt verksamhetschef vård och omsorg: Johan Lundh

Medicinskt ansvarig sjuksköterska: Anna Johansson

Närvarande från Inspektionen för vård och omsorg:

Anneli Bylund och Helene Helm

Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare konstaterat att lägsta nivån nationellt är för låg avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO. Syftet till denna nationella tillsyn är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Inledning

IVO beskriver de tillsynsområden som presenteras i det nationella resultatet och som ingår i tillsynen. IVO kan i det nationella resultatet konstatera brister i följsamhet till regler inom individuell bedömning och kompetens, kontinuitet och dokumentation, läkemedel samt vård i livets slutskede. IVO presenterar kommunens resultat utifrån nämnda områden. IVO hänvisar till metodavsnittet i rapporten avseende metod och analys.

IVO informerar om att faktagranskning av mötesprotokollet sker löpande under mötet.

Individuell bedömning och kompetens

IVO har konstaterat i den nationella tillsynen att många avgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. Enkätresultaten visar att vård- och omsorgspersonalen ofta har låg kompetens i svenska språket, att sjuksköterskan inte alltid har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats samt att tillgången till läkare ofta är otillräcklig. IVO bedömer att detta utgör allvarliga patientsäkerhetsrisker.

För att ge god vård är det viktigt att personal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera och signalera när patientens hälsotillstånd förändras.

Vid intervju med ledningen framkom följande:

IVO informerar om vad som framkommit i journalgranskningen samt i intervjuer med sjuksköterskor och med patienter.

Individuell bedömning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) uppger att de upplever en försämring i att få läkare att komma ut på hembesök till patienterna på de olika äldreboendena i kommunen. Under pandemin var det mycket digitala verktyg som användes i samverkan och det har fortsatt med de digitala verktygen som arbetssätt. Utanför rondtid är det mycket svårt, nästintill omöjligt, att få ut läkaren, det sker digitala ronder. När andra aktörer såsom exempelvis Palliativa teamet och Mobilt närvårdsteam är involverade i patienten så kommer de ut till patienten och gör hembesök. Enlig MAS driver man nu i kommunen frågan att rondan ska ske tillsammans med patienten på plats hos patienten eller på vårdcentralen, och inte digitalt genom att läkare och sjuksköterska rondar utan patienten. Enligt MAS har man möte varannan vecka med vårdcentralen och tar då upp olika frågor bland annat om detta med hembesök av läkare för patienter på SÄBO. Enligt MAS ser man att möjligheten till en medicinsk bedömning inte är tillräcklig enbart genom digital rond.

Socialchefen bekräftar bilden som medicinskt ansvarig sjuksköterska ger, och uppger att de ändrade arbetssätt som uppkom under pandemin har kvarstått, och socialchefen ser att samverkan behöver bli bättre. Kommunen och primärvården har ett lokalt vårdssamverkansmöte inplanerat i närtid (25/11), där bland annat vikten av hembesök av läkare för patienter på SÄBO, samt hur man kommer vidare i vårdkedjan när patienter skrivs ut till kommunen från slutenvården, kommer att diskuteras. Socialchefen uppger att de har diskuterat frågorna kring hembesök på flera tidigare samverkansmöten men man har ännu inte märkt någon förändring. Socialchefen uppger att han kan se hur det ska vara, eller borde vara med läkarmedverkan på SÄBO, och hur kommun och region måste samverka och ha en dialog tillsammans utifrån gällande avtal. Han uppger vidare att kommunen inte i detalj kan bestämma över hur vårdcentralens chef använder sina läkare eller vilket arbetssätt de har. Läkartillgången beskrivs som otillräcklig och de instrument som kommunen har som påtryckningsmedel utöver samverkansmöten med regionen fyra

gångar per år, är avvikelshanteringssystemet. Om det finns behov av att läkare gör hembesök, och detta inte sker, så ska en avvikelse skrivas. Nästa steg för socialchefen är att gå vidare högre upp i den regionala organisationen om socialchefen inte får gehör för frågan om läkartillgången för SÄBO på samverkansmöten.

Kompetens

MAS uppger att det inom kommunen finns en god kontinuitet bland omvårdnadspersonalen och endast en fast anställd personal i kommunen som inte är utbildad undersköterska. Kommunen erbjuder undersköterskeutbildning till all fast anställd personal. MAS upplever generellt inte att det finns stora problem med bristande kunskaper i svenska språket hos vård- och omsorgspersonalen, det kan vara någon enstaka person eller inför sommaren när vikarier anställs. MAS beskriver vidare hur kommunen har ett gott samarbete med vuxenutbildningen, Komvux, som inför somrarna med snabbt varsel både kan utbilda personal i vårdsvenska och vara behjälpliga med att göra språktest. Komvux har också en utbildning i grundläggande omvårdnad som de blivande vikarierna kan gå. MAS uppger att ledningen arbetar kontinuerligt med att stärka upp kompetensen för kommunens personal, och hur de utvärderar sommaren varje år för att se hur de kan planera olika utbildningsinsatser inför nästa år. Utbildningsinsatserna sker både fysiskt på plats och digitalt.

Socialchefen uppger att kommunen även har löpande utbildningar såsom diabetesutbildning och utbildning i palliativ vård för omvårdnadspersonalen. Även de olika ombuden bland vård- och omsorgspersonalen, exempelvis hygienombud, går på regelbundna möten och har samverkansträffar sinsemellan. Samarbetet med Komvux är mycket bra och uppskattat, de kan hjälpa till med utbildningar med kort varsel om kommunen ser ett ökat behov av det.

Kontinuitet och dokumentation

IVO har konstaterat i den nationella tillsynen att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Bristande efterlevnad till regler om vårdplan ökar risken ytterligare. Kvaliteten på dokumentationen i kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen är för låg för att upprätthålla patientsäkerhet och möjliggöra nationella kvalitetsuppföljningar.

Vid intervju med ledningen framkom följande:

IVO informerar om vad som framkommit i journalgranskningen och de genomförda intervjuerna med patienter och sjuksköterskor.

Dokumentation

Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att all vård- och omsorgspersonal har genomgått en dokumentationsutbildning i social dokumentation nu under hösten. Kommunen har sedan ungefär ett år ett nytt journalsystem, Lifecare, som enligt MAS inte var helt färdigutvecklat när det köptes in, hälso- och sjukvårdsdelen är

fortfarande under utbyggnad. MAS har påtalat de brister som de ser till systemleverantören och lämnar kontinuerligt beskrivningar till leverantören om vad de ser och vill ha för förbättringar i systemet, bland annat så finns det ingen flik om patientens anamnes i journalsystemet, vilket även framhölls vid intervjun med sjuksköterskorna. Det finns inte alltid möjlighet för sjuksköterskor att se patienters grundsjukdomar, vilket kan vara ett problem när kontinuiteten är dålig på sjuksköterskesidan. Regelbundna möten med systemleverantören sker enligt MAS på kommunens initiativ. Leverantören kan inte leverera förändringar i systemet så snabbt som kommunen vill ha dem. MAS uppger också att hon ingår i ett nätverk med andra MASAR och där är det flera som använder sig av samma journalsystem. I nätverket har de gått ihop gemensamt för att kunna utöva påtryckningar på systemleverantören om de förändringar i journalsystemet som de ser behov av.

Socialchefen uppger att kommunen gjort ett omtag när det gäller dokumentationen och avsatt mer resurser, bland annat i form av en nyanställd HSL-samordnare, som kan vara ett stöd i arbetet i det nya journalsystemet. De satsar på både en ökad struktur och en tydligare organisation.

Kontinuitet

MAS och socialchefen bekräftar det som sjuksköterskorna beskriver att kontinuiteten är ganska dålig på sjuksköterskesidan. MAS uppger att grundbemanningen för sjuksköterskor inte är täckt på planerat schema. De har nyligen anställt sjuksköterskor som inom kort är på väg in i organisationen, samtidigt som de har bemanningssjuksköterskor i tjänst som arbetar för att täcka upp behovet. Planeringen är också att bemanningssjuksköterskorna ska vara kvar en tid när de nya sjuksköterskorna tillträtt sina tjänster, så att de nya kan få genomgå en bra introduktion genom att bli introducerade av de ordinarie sjuksköterskorna. MAS uppger vidare att HSL-samordnaren som kommunen anställt skall kunna avlasta sjuksköterskorna med bland annat telefonuppgifter, samordningsuppgifter etc. så att varje sjuksköterskas uppdrag blir mer renodlat. MAS och socialchefen kan se att sjuksköterskorna gör saker som någon annan funktion skulle kunna ta över för att avlasta dem. MAS beskriver också att en planering finns för att hon ska avsätta tid för att tillsammans med varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska gå igenom patienternas journaler för att kunna strukturera upp i journalsystemet och för att kunna ge sjuksköterskorna ett stöd i dokumentationen.

Socialchefen bekräftar att personalsituationen på sjuksköterskesidan är kraftigt ansträngd, och att de annonserar kontinuerligt efter nya sjuksköterskor. De är fullt medvetna om personalsituationen och uppger att de bemannar med de lämpliga sköterskor som de anställer. Arbetsmiljön spelar in, man har satsat på insatser för att gå igenom dokumentationen och planerar för fler insatser (HSL- samordnaren avlastar) för att förbättra sjuksköterskornas arbetsmiljö. Det finns även medel avsatta i budgeten för 2023 för att kunna öka bemanningen, men problemet är att det inte finns sjuksköterskor att anställa.

Läkemedel

IVO konstaterar i den nationella tillsynen att det finns stora brister i hanteringen av läkemedel för patienter på SÄBO. Sammantaget är IVO:s bedömning att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som delegeras arbetsuppgiften att ge läkemedel, vilket leder till patientsäkerhetsrisker. Allvaret understryks av bristande språkkunskaper. Av resultaten framkommer också att sjuksköterskor inte har möjlighet att ge stöd samt känner sig tvungna att delegera för att patienterna ska få sina läkemedel. Av de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna framgår att risken för eller förekomsten av olämplig läkemedelsanvändning är uppenbar.

Granskningen visar att regler kring läkemedelsgenomgång inte följs. IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med primärvården medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas.

På SÄBO bor multisjuka äldre, särskilt känsliga för läkemedel. En stor del av läkemedelshanteringen på SÄBO delegeras till icke legitimerad personal, varav många saknar adekvat utbildning. Detta ökar kraven på rutiner, tydlighet i kommunikation och informationsöverföring.

Vid intervju med ledningen framkom följande:

IVO informerar om vad som framkommit i journalgranskningen och i intervjuer med sjuksköterskor och patienter.

MAS uppger att den höga andelen patienter utan läkemedelsgenomgångar som journalgranskningen visar, kan bero på pandemin, då läkaren varken gjorde läkemedelsgångar eller planerade hembesök. Sjuksköterskorna arbetar nu aktivt med att stöta på läkaren och förbereda läkemedelsgenomgångar. Tillsammans med vård- och omsorgspersonalen förbereder de underlaget Phase-20 för att underlätta läkemedelsgenomgången, trots detta så blir det inte alltid av. Socialchefen uppger att detta är ytterligare ett område som nu kommer att lyftas i samverkan med regionen.

Angående läkemedel som bör undvikas uppger MAS att sjuksköterskorna, främst på demensavdelning, har tagit upp med läkarna att det kan finnas andra läkemedel eller omvårdnadsåtgärder att sätta in vid förändrat tillstånd. men att läkarna ofta inte har tillräcklig kunskap om vad. Tillgången på geriatriska i primärvården för patienter på SÄBO är dålig.

Socialnämndens ordförande framför att det borde vara rimligt att det är ansvarig läkares kompetensområde att ordinera läkemedel som är lämpliga för patienterna på SÄBO.

MAS uppger vidare att man i verksamheten har problem med informationsöverföring från jourläkarna, som inte dokumenterar i samma journalsystem. De kan meddela muntliga ordinationer på kvällar och helg och det utgör alltid enligt MAS en stor risk med att överföra en ordination muntligt. Inte

heller vårdcentralen får någon kopia av anteckning eller ordination från jourläkare. MAS arbetar tillsammans med andra MASAR i nätverket, för att få en lösning på detta problem..

Sjuksköterskorna fyller också i en enkät efter varje kontakt med jourläkare, för att visa vilken information de fått och för att verksamhetschefen ska kunna visa detta underlag vid nästa möte med beredskapsjouren.

Socialchefen uppger att delegering av vård- och omsorgspersonal inte är ett verktyg för att lösa personalproblem. Sjuksköterskorna har en rutin för att dra in delegeringar och ta tillbaka delegerade uppgifter om de anser att de behövs, och de har ett tydligt stöd från ledningen i delegeringsfrågor. MAS avlastar för närvarande sjuksköterskorna genom att hålla i delegeringsutbildningar.

MAS beskriver att beroende på vad som ledde till att en undersköterska inte fick delegation eller att en delegering drogs in, så finns olika verktyg och strategier för vård- och omsorgspersonalen som sjuksköterskan kan använda för att personen ska kunna få, eller återfå en delegation. Det kan exempelvis röra sig om att läsa på mer om ett visst område eller att kunna gå med en kollega under en tid och se hur den gör.

Vård i livets slutskede

IVO konstaterar i den nationella tillsynen att det finns allvarliga brister kopplat till vård i livets slutskede. Granskningen visar att det förekommer att det saknas dokumenterat brytpunktssamtal, närstående känner sig otrygga och att det saknas en planering så att patienten inte behöver avlida i ensamhet. För att uppnå god och säker vård ska patienten alltid ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Patientens önskan behöver vara känt av personalen därför behöver samtalet dokumenteras.

Vidare känner sig närstående otrygga med den medicinska vården och omvårdnaden vilket IVO delvis anser skulle kunna vara en effekt av att brytpunktssamtal inte genomförs eller att brytpunktssamtalens innebörd inte är kända för vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO där patienten bor.

Vid intervju med ledningen framkom följande:

IVO informerar om vad som framkommit i journalgranskningen och vid intervjun med sjuksköterskorna.

MAS uppger att det stora problemet som ledningen ser det, är att få läkaren att göra hembesök i samband med att patienter blir försämrade och palliativa. MAS uppger vidare att läkarna inte heller alltid har tillräcklig kunskap om vad ett brytpunktssamtal innebär, och vad deras ansvar och uppdrag är när det gäller ett sådant samtal. Läkaren ska leda brytpunktssamtalet och MAS understryker att det behöver ske i nära anslutning till att sjuksköterskan meddelat om att en patients tillstånd har försämrats, det vill säga inte när patienten hunnit bli terminal och är i livets absoluta slutskede. Det har hänt att sjuksköterskan fått till svar av läkare att

vi kan ta det på nästkommande rond, då har det också förekommit att patienter har gått bort innan det planerade rondbesöket hunnit ske, en sådan situation beskrevs även av sjuksköterskorna i intervjun. Läkaren ska också involvera den enskilde så att vården och omvårdnaden blir på ett sådant sätt som den enskilde patienten önskar. Patienterna ska kunna vara med och önska hur de vill ha det den sista tiden. MAS betonar att det är viktigt att även omvårdnadspersonalen ska ha en möjlighet att känna till hur patienten vill ha det och vilka åtgärder som ska utföras. Läkaren överlåter ofta brytpunktsamtalen till sjuksköterskan. Sjuksköterskan får ta samtalet med patienten och/eller närstående och det väcker frågor hos sjuksköterskorna om vilka uppdrag som ingår i deras yrkesroll.

MAS beskriver att det också förekommer att läkare har besvärligt med svenska språket och inte vet hur de ska uttrycka sig i dessa frågor. Det kan vara så att de inte alltid förstår vad patienten, närstående och sjuksköterskorna säger.

MAS beskriver vidare hur de har kompetenshöjande utbildningar kring palliativ vård, bland annat så går några sjuksköterskor på utbildning som palliativa teamet anordnar, varje termin. Vård i livets slutskede är en särskild vårdplan. De synpunkter som MAS fått till sig av anhöriga är att de generellt är nöjda med vården i livets slut.

MAS beskriver att det är svårt att få läkaren att göra hembesök. Det förekommer att trygghetsordinationer kan ordinerats för att det ska finnas möjlighet att ge till patienten vid ytterligare försämring.

Socialchefen uppger att ingen i organisationen ifrågasätter om sjuksköterskan bedömer att det behövs förstärkning i arbetsgruppen när det är oroligt på en avdelning eller vid vak hos en patient i livets slutskede. Vidare konstaterar socialchefen att de har lojala undersköterskor och sjuksköterskor som vänder ut och in på sig för att patienten ska få det så bra som möjligt.

Förutsättningar

IVO informerar om att de intervjuade sjuksköterskorna beskrivit att deras samlade förutsättningar att arbeta patientsäkert utifrån de olika oråden som intervjun omfattat var ganska dåliga. IVO informerar om att de faktorer som sjuksköterskorna angav som betydande var: "tidskrävande dokumentation, underbemannade sedan 2018, de lägger mycket tid och kraft på att introducera nya sjuksköterskor som sedan slutar, inga eller få sökande till tjänster, behov av att få sjuksköterskor att stanna i organisationen". Sjuksköterskorna uppgav även att ledningen var medveten om detta, och att de får till svar att det inte finns några pengar. Socialchefen skriver ner informationen under mötet. Socialchefen uppger att det som ledningen kan bli bättre på är att informera om vad de faktiskt gör, för att underlätta för de olika yrkesgrupperna i verksamheten, både till politikerna i ansvarig nämnd, samt de olika yrkesgrupperna, bland annat genom olika mätetal. Socialchefen uppger att de har många mätetal i sina kvalitetssystem såsom BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom), Senior Alert, Palliativa registret och Stratsys verksamhetsstöd.

Socialchefen uppger också att de ser ett behov av att informera om vem som ska göra vad så det blir tydliga och renodlade uppdrag . Socialchefen uppger att det är samverkan med, och kring patienten som är det viktigaste.

Socialnämndens ordförande uppger att det är bekymmersamma uppgifter som framkommer och vill så snart som möjligt kunna ta del av IVO:s kommunkort med statistiksiffror från journalgranskningen, både för att kunna visa vidare i nämnden och använda som underlag i samverkan med övriga aktörer.

IVO informerar om att allt underlag kommer att kommuniceras till kommunen.

Protokollet är uppläst och godkänt.

Anteckningar är förda av Helene Helm Justeras av Anneli Bylund

Socialnämnden
Färgelanda Kommun
Allhemsvägen 5
458 80 Färgelanda

Vårdgivare och huvudman

Färgelanda kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Färgelanda kommun (nämnden).

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:

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

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.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 15 mars 2023**.

Om bristerna inte avhjälpas 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 sin bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Färgelanda kommun.

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Färgelanda i vissa fall inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och det förekommer att personal inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Tillgången till läkare är ofta otillräcklig. Det framkommer även att sjuksköterskorna ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen avser vård och omsorgspersonalens otillräckliga kunskaper i det svenska språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstås särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering att ge läkemedel till patienter. IVO vill dock påtala att det är den enskilda arbetsgivaren som måste ställa krav vid rekrytering utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens.

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ofta är otillräcklig. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att

enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO vill dock påtala 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. Ledningen har uppgett att man lyfter frågan om läkarmedverkan på SÄBO i samverkan med regionen utan att uppnå önskvärt resultat. Ledningen har vidare uppgett att man nu hanterar bristande tillgång till läkarkonsultation genom att upprätta avvikelser. IVO ser att kommunen behöver vidta ytterligare åtgärder i samverkan med regionen för att säkerställa att patienterna på SÄBO kan få en bedömning av läkare när det har behov av det.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	5%	32%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	-	53%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	-	47%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	60%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	87%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	63%	63%

* = 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

De intervjuade sjuksköterskorna uppger att de inte alltid hinner med sitt arbete på dagtid och att det förekommer att patienterna får vänta. Sjuksköterskor har inte alltid möjlighet att besöka patienterna under dagtid, när de anser att det finns behov av det.

Sjuksköterskorna uppger att de är underbemannade. Det förekommer på kvällar och helger att en undersköterska arbetar i par med en sjuksköterska, då det inte finns tillräckligt många sjuksköterskor anställda i organisationen. Sjuksköterskan ansvarar då för alla medicinska bedömningar under arbetspasset. Det finns även många nyanställda sjuksköterskor i organisationen.

Sjuksköterskorna uppger att de flesta vård- och omsorgspersonal har tillräcklig kompetens för att uppmärksamma om patienters hälsotillstånd försämras, men inte alla. Det kan visa sig i att personalen i vissa fall kontaktar sjuksköterska när det inte hade behövts eller att man väntar lite för länge med att kontakta sjuksköterska. All personal har inte heller grundläggande språkkunskaper i svenska. Sjuksköterskorna kan göra sig förstådda, men de kan få förklara flera gånger. De beskriver exempel på att personalen inte alltid kan läsa läkemedelslistan.

Sjuksköterskorna beskriver att de oftast har tillgång till läkare per telefon när de anser att behov finns, men den totala läkartiden är inte tillräcklig för patienterna på SÄBO. Motiveringen är att vårdcentralens läkare sällan gör hembesök utöver rondtid, det skiljer sig åt mellan olika SÄBO. Det finns större benägenhet att göra akuta hembesök om boendet ligger nära vårdcentralen. Vidare finns en rutin för att sjuksköterskorna kan kontakta vårdcentralen via fax, den fungerar inte då sjuksköterskorna ofta inte får svar inom angiven tid. Det har förekommit att läkare hänvisat till nästa rond när sjuksköterskorna efterfrågat ett besök hos en palliativ patient. När patienten försämrades ytterligare lämnade sjuksköterskorna in en avvikelse, då kom besked från vårdcentralen att en läkare skulle komma på eftermiddagen samma dag. Jourtid kan sjuksköterskorna få kontakt med läkare per telefon, men de kommer inte ut på hembesök förutom för att konstatera dödsfall. Om sjuksköterskorna kräver en bedömning av läkare på jourtid så leder det oftast till att patienten skickas in till sjukhus.

Patienter

De intervjuade patienterna uppger att de alltid eller oftast får hjälp av vård- och omsorgspersonalen och att de får träffa en sjuksköterska när de inte mår bra. Någon beskriver att omvårdnaden är rätt så bra här på boendet.

Patienterna har svarat att de alltid eller oftast förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger, och att de blir förstådda av vård- och omsorgspersonalen. Någon beskriver att det kan hända att man får tala tydligt och att man får upprepa saker ibland. När det gäller om patienterna får träffa en läkare om de har behov av det så varierar svaren mellan alltid, vet

inte och sällan. Någon beskriver en väntan på ett planerat besök av läkare, som inte blev av, eftersom läkaren inte kom.

Ledning

Ledningen beskriver att man kontinuerligt arbetar med kompetensutveckling av sin personal. Kommunen har en hög andel utbildade undersköterskor på SÄBO i den fast anställda vård- och omsorgspersonalen (alla utom en). Kommunen erbjuder undersköterskeutbildning till all ordinarie personal. Enligt ledningen är det främst på somrarna som kunskaperna i svenska språket kan brista hos personalen, då vikarier anställs. Ledningen beskriver att kommunen har ett bra samarbete med Vuxenutbildningen som med kort varsel bistår med språktester och grundläggande utbildning i omvårdnad och vårdsvenska. Ledningen uppger att man arbetar med utbildningsinsatser som kan ske både fysiskt och digitalt. Exempelvis inom områden som diabetes och palliativ vård. Vård- och omsorgspersonalen har olika ombud, tex. hygienombud, dessa ombud går på regelbundna samverkansträffar. Efter varje sommar gör kommunen en utvärdering i syfte att se vilka utbildningsinsatser som behöver planeras inför kommande år.

Representanter för ledningen uppger att de är medvetena om att den totala läkartiden inte är tillräcklig för patienterna på SÄBO. Ledningen beskriver att de digitala arbetssätt för läkarsamverkan som användes under pandemin har fortsatt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska beskriver att kommunen driver frågan om att läkarrond ska ske tillsammans med patienten, på plats hos patienten eller på vårdcentralen. Varannan vecka har kommunen möte med vårdcentralen och frågan om hembesök för patienterna på SÄBO tas upp i detta forum. Kommun och primärvård har ett lokalt vårdssamverkansmöte inplanerat i närtid (november 2022), där frågan om hembesök av läkare för patienter på SÄBO kommer att diskuteras. Frågan om hembesök har diskuterats på flera tidigare samverkansmöten men man har enligt ledningen ännu inte märkt någon förändring. Ledningen beskriver att de instrument som kommunen har som påtryckningsmedel utöver samverkansmöten med regionen fyra gånger per år, är avvikelshanteringssystemet. Om det finns behov av att läkare gör hembesök på SÄBO, och detta inte sker, så ska enligt ledningen en avvikelse upprättas. Ledningen ser ett behov av att lyfta frågan om läkartillgång högre upp i den regionala organisationen.

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 § 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.

Till stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och erfarenhet finns Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

-kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg om hälso- och sjukvård.

-förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.

-förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.

-förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

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. Regionen 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.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det saknas tillräcklig kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.

IVO:s granskning visar att dokumentationen i Färgelanda kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det till viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk. Vid inspektionen framkom att patienterna på kommunens SÄBO har vårdplaner, vilket resultatet av IVO:s journalgranskning har visat. Det framkom vidare att det finns andra brister i dokumentationens kvalitet som kan utgöra en patientsäkerhetsrisk då väsentliga uppgifter om patienten inte alltid återfinns i dokumentationen.

IVO konstaterar att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister som påverkar patienter i hög grad eller måttlig grad. 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 att utföra en god och säker vård.

Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid har tillräcklig information vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras. Kommunen behöver därför vidta åtgärder för att i samråd med regionen se till att sjuksköterskorna får kännedom om all relevant patientinformation oavsett på vilket sätt detta sker.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuitet bland sjuksköterskor, vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	1%	38%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	0%	32%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	1%	67%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	66%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	-	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 intervjun framkom att sjuksköterskorna inte har tillgång till vård- och omsorgspersonalens sociala dokumentation. Vid övergångar från slutenvård kan det förekomma att informationen brister genom att patienters läkemedelslistor inte stämmer. Sjuksköterskorna har tillgång till patientjournaler från primärvård och slutenvård via nationell patientöversikt (NPÖ).

Vård- och omsorgspersonalen har tillgång till vårdplaner när de ska utföra åtgärder, under förutsättning att de fått ett inlogg till systemet av enhetschefen. Personalen kan skriva en utvärdering av insatsen som sjuksköterskan läser. Vård- och omsorgspersonalen kan även skicka ett vårdmeddelande till sjuksköterskan i journalsystemet. Sjuksköterskorna skriver vårdplaner, som benämns vårdprocesser i journalsystemet, för alla patienter. Sjuksköterskorna anser ändå att innehållet i dokumentationen inte är tillräckligt för att uppnå en patientsäker vård när personalkontinuiteten bland sjuksköterskorna är dålig. De intervjuade beskriver vidare att journalsystemet inte är överskådligt, väsentliga uppgifter som exempelvis patienternas anamnes kan inte dokumenteras, och dessa uppgifter saknar sjuksköterskorna när de byter område och träffar patienter som de inte är omvårdnadsansvariga för och därmed inte har lika god kännedom om.

Sjuksköterskorna uppger att det är bra kontinuitet bland vård och omsorgspersonalen på SÄBO. När det gäller kontinuiteten för kommunens sjuksköterskor så framför man att den är bra på natten, men övriga tider på dygnet är den ganska dålig. Sedan före pandemin har omsättningen bland sjuksköterskor i kommunen alltför högt varit hög. Läkarkontinuiteten beskrivs som att det är ofta samma läkare som rondar, läkarna ansvarar för ett SÄBO var.

Patienter

Majoriteten av de intervjuade patienterna känner inte till om det finns någon planering för deras vård och behandling. De som känner till att det finns en planering uppger att de inte varit delaktiga i den. Patienterna har svarat att de tycker att kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor är bra eller ganska bra, någon har svarat att man inte vet. När det gäller kontinuiteten för läkare varierar svaren mellan bra och vet ej. Någon beskriver vid intervjun att det är bra kontinuitet bland vård- och omsorgspersonalen men att det är vikarier som arbetar ibland. Vidare att framkom att de sjuksköterskor som är nya presenterar sig med sina namn och att patienten känner de flesta av dem.

Ledning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att det upphandlade dokumentationssystemet inte fullt ut lever upp till de krav som kommunen har. Kommunen har tagit initiativ till regelbundna möten med systemleverantören för att kunna få tillstånd de förändringar som man ser behov av, bland annat gällande möjlighet att dokumentera patientens anamnes.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ingår också i ett nätverk med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i andra näraliggande kommuner där man använder samma journalsystem. Tillsammans trycker de på systemleverantören om de förändringar de ser behov av. Vidare framkommer att det finns problem med informationsöverföring från jourläkarna, som inte dokumenterar i samma journalsystem. Sjuksköterskorna fyller i en enkät efter varje kontakt med jourläkare, för att visa vilken information de fått. Verksamhetschefen visar sedan detta underlag vid möten med beredskapsjouren som ett underlag för att kunna åstadkomma en förbättring vid informationsöverföring.

Ledningen uppger att kommunen gjort ett omtag när det gäller dokumentationen och avsatt resurser, bland annat i form av en nyanställd hälso- och sjukvårdssamordnare, som kan vara ett stöd i arbetet i det nya journalsystemet. Kommunen satsar på både en ökad struktur och en tydligare organisation.

Ledningen uppger att man har kännedom om brister i kontinuiteten när det gäller sjuksköterskor. Grundbemanningen är inte täckt och man använder bemanningssjuksköterskor. Man har anställt sjuksköterskor som är på väg in i organisationen och bemanningssköterskorna ska vara kvar och stötta upp när de nya sjuksköterskorna introduceras av den ordinarie personalen. Hälso- och sjukvårdssamordnaren kommer att avlasta sjuksköterskorna med samordningsuppgifter så att de ska kunna arbeta mer renodlat. Det finns en medvetenhet hos ledningen om att personalsituationen för sjuksköterskorna är kraftigt ansträngd och man annonserar kontinuerligt efter nya sjuksköterskor. Ledningen är medveten om att arbetsmiljön spelar in och man har också satsat på att medicinskt ansvarig sjuksköterska ska stötta sjuksköterskorna i att strukturera i journaldokumentationen. Planering finns för ytterligare avlastning genom hälso- och sjukvårdssamordnaren. Enligt ledningen finns även medel avsatta i budgeten för 2023 för att kunna öka bemanningen, men som ledningen ser det så är problemet bristande tillgång på sjuksköterskor att anställa.

Tillämpliga bestämmelser

Bristande dokumentation

Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

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).

Bristande personalkontinuitet

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.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Färgelanda kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

Delegering

IVO anser att det i vissa fall saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Detta utgör enligt IVO en brist. Vid inspektionen framkom bland annat ett arbetssätt som innebär att givna läkemedel signeras i en app och att patientens läkemedelslista inte finns tillgänglig i appen. Läkemedelsavvikelse har inträffat då vård- och omsorgspersonalen inte har läst ordinationen i patientens läkemedelslista, som förvaras i patientens lägenhet.

Arbetsuppgifter får bara delegeras om den som ska fullgöra uppgiften klarar av den. Den som delegerar en arbetsuppgift ska klargöra för mottagaren vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra uppgiften samt bevaka så att den delegerade uppgiften fullgörs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård.

Det förekommer att sjuksköterskor i verksamheten kan känna vissa krav på sig att delegera vård- och omsorgspersonal, exempelvis inför sommaren.

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 patienter på SÄBO inte får läkemedel som bör undvikas.

IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar genomfördes i låg grad under pandemin, men att de nu genomförs i högre grad. 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.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	65%	60%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	64%	53%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	30%	19%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	-	56%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	-	33%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	-	29%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	-	16%	17%

* = 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

Sjuksköterskorna beskriver att de nyligen har infört ett nytt förbättrat arbetssätt med delegeringar. Sjuksköterskorna anser att arbetssättet fungerar bra. De har förutsättningar att ge stöd och handledning till den delegerade personalen. Det förekommer att sjuksköterskorna avstår från att delegera exempelvis på grund av brister i språkkunskaper eller social kompetens. Sjuksköterskan kan även bedöma att en personal behöver mer erfarenhet av vårdarbetet innan delegering kan bli aktuellt. Det förekommer att enhetschefer på SÄBO har synpunkter om inte all personal får delegation, speciellt inför somrarna. Om personal inte är delegeringsbar så påverkas sjuksköterskornas arbetssituation, då de får tillbaka uppgifter som normalt delegeras till vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskorna ser en risk i att vård- och omsorgspersonalen inte läser läkemedelslistan, det framförs utifrån detta att personalen inte alltid utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt. Personalen läser i signeringsverktyget i en app, men inte alltid på läkemedelslistan som finns hos patienten, (där patientens samtliga läkemedel för ett visst klockslag står angivna). Sjuksköterskorna uppger att det finns avvikelser gällande läkemedelshantering.

Sjuksköterskorna uppger att de medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs, det fanns tidigare en väntelista för läkemedelsgenomgångar på vårdcentralen, men numera är det sjuksköterskorna som håller reda på när det är dags för läkemedelsgenomgång och meddelar läkarna. Sjuksköterskorna får oftast information av läkare vid förändrade ordinationer i patienternas läkemedelsbehandling, eftersom de flesta förändringar sker i samband med rond.

Patienter

Majoriteten av patienterna svarar att de inte har diskuterat sin läkemedelsbehandling med sin läkare under det senaste året. Samtliga intervjuade har svarat att det har skett förändringar av deras läkemedelsbehandling under det senaste året. När det gäller uppföljning av gjorda förändringar så svarar majoriteten av patienterna att det har följts upp, någon att det inte har gjorts det, eller att man ej vet om uppföljning skett. Patienterna uppger vidare att de känner sig trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Ledningen uppger att delegering av vård- och omsorgspersonal inte är ett verktyg för att lösa personalproblem. Sjuksköterskorna har en rutin för att dra in delegeringar och ta tillbaka delegerade uppgifter om de anser att de behövs och de har ett tydligt stöd från ledningen i delegeringsfrågor. Medicinskt ansvarig sjuksköterska avlastar för närvarande sjuksköterskorna på grund av deras arbetssituation genom att hålla i delegeringsutbildningar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska beskriver att beroende på vad som ledde till att en vård- och omsorgspersonal inte fick delegation eller

att en delegering drogs in, så finns också olika utbildningsinsatser, verktyg och strategier som sjuksköterskorna kan använda för att personen ska kunna få, eller återfå en delegation.

Ledningen har delvis kännedom om de redovisade bristerna avseende läkemedelsgenomgångar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att den höga andelen patienter utan läkemedelsgenomgångar som journalgranskningen visar kan bero på pandemin då läkaren varken gjorde läkemedelsgångar eller planerade hembesök. Sjuksköterskorna arbetar aktivt med att stöta på läkaren och förbereda läkemedelsgenomgångar med aktuellt underlag, men trots detta så blir de inte alltid av.

Läkemedelsgenomgångar är ett område som kommunen nu kommer att lyfta i samverkan med regionen. Angående läkemedel som bör undvikas uppger medicinskt ansvarig sjuksköterska att sjuksköterskorna har tagit upp med läkarna att det kan finnas andra läkemedel eller åtgärder att sätta in vid förändrat tillstånd men att läkarna ofta inte har tillräcklig kunskap om vad. Medicinskt ansvarig sjuksköterska framför behovet av geriatriker i primärvården för patienter på SÄBO.

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.

Delegering

Enligt 6 kap. 3 § PSL får delegering av arbetsuppgifter ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård och den som delegerar ansvarar för att den som får delegationen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bl.a. att den som delegerar en uppgift ska klargöra för den som tar emot den vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

Läkemedelsgenomgång

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).

Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras och brytpunktssamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Färgelanda kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ genomförts när vården övergår i livets slutskede. 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.

IVO konstaterar att det förekommer att sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling vid livets slutskede utan att först informera och på nytt ta kontakt med läkare för ett nytt ställningstagande. IVO menar att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall.

Det är vanligt förekommande att sjuksköterskan ansvarar för brytpunktssamtalen i någon form utan att en läkare är närvarande, samt att samtalen inte dokumenteras i patienternas kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten alltid ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Patienten och i förekommande fall närstående ska 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. brytpunktssamtal 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 brytpunktssamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktssamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara inte har dokumenterats i den kommunala hälso- och

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

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 grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Färgelanda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	100%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	30%	14%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	71%	68%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	-	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	-	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

De intervjuade uppger att sjuksköterskorna i kommunen har bra rutiner och förutsättningar för att patienter och närstående ska förstå att vården övergått till vård i livets slutskede. De har ett skriftligt material som ges till patient och närstående. De använder en vårdprocess vid palliativ vård vilken dokumenteras i patientens kommunala hälso- och sjukvårdsjournal.

Sjuksköterskorna berättar att det förekommer att läkemedelsbehandling vid livets slutskede sätts in av läkare innan vården har övergått till vård i livets slutskede. Ordinationerna kan ibland ligga kvar en längre tid. Olika läkare gör olika och det kan skilja sig mellan olika SÄBO. Det är sällan att sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling för vård i livets slut utan förnyad kontakt med läkare, men det förekommer.

Inga patienter erbjuds brytpunktssamtal med läkare. Sjuksköterskorna uppger att de försöker att få läkarna att prata med närstående. Det arbetssätt som sjuksköterskorna beskriver, är att de får tillbaka frågan av läkaren om vad patienten och närstående önskar, och får sedan sköta diskussion och information med anhöriga. Sjuksköterskorna beskriver som exempel att läkare har ringt en anhörig först då den anhörige uttryckligen krävde det.

De intervjuade uppger att sjuksköterskorna i kommunen prioriterar palliativ vård. De uppger att de generellt får gehör för sina bedömningar gällande behov av vak i livets slutskede och att de har befogenhet att sätta in extra personal på jourtid.

Ledning

Ledningen har delvis kännedom om bristerna avseende brytpunktssamtal. Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att ett stort problem som ledningen ser det, är att få läkarna att göra hembesök i samband med att patienters tillstånd försämras. Vidare att läkarna inte heller alltid har tillräcklig kunskap om vad ett brytpunktssamtal innebär och vad deras ansvar och uppdrag är när det gäller ett sådant samtal. Det förekommer att läkare har besvärligt med svenska språket och inte vet hur de ska uttrycka sig i dessa frågor. Läkaren ska leda brytpunktssamtalet och medicinskt ansvarig sjuksköterska understryker att det behöver ske i nära anslutning till att sjuksköterskan meddelat om att en patients tillstånd börjar försämrats, det vill säga inte när patienten hunnit bli terminal och är i livets absoluta slutskede.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att det är svårt att få läkaren att göra hembesök och att det förekommer att läkemedelsbehandling vid livets slutskede kan ordinerats för att det ska finnas en möjlighet att ge läkemedel till patienten vid ytterligare förväntad försämring.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska betonar vikten av att brytpunktssamtal genomförs och att ansvarig läkare ska involvera den enskilde så att vården och omvårdnaden blir på ett sådant sätt som den patienten önskar. Vidare framförs vikten av att omvårdnadspersonalen ska ha en möjlighet att känna till hur patienten vill ha det och vilka åtgärder som ska utföras.

Ledningen uppger att läkaren ofta överlåter brytpunktssamtalen till sjuksköterskan och att det väcker frågor hos sjuksköterskorna om vilka uppdrag som ingår i deras yrkesroll.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska beskriver man i kommunen kontinuerligt har kompetenshöjande utbildningar kring palliativ vård, bland annat så går några sjuksköterskor, varje termin, utbildning som palliativa teamet anordnar. Vård i livets slutskede är en särskild vårdplan i dokumentationssystemet.

Ledningen uppger att ingen i organisationen ifrågasätter om sjuksköterskan bedömer att det behövs förstärkning i arbetsgruppen när det är oroligt på en avdelning eller vid vak hos en patient i livets slutskede.

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 samt när och

på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt 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.

I propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anges att vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen.

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 till 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.

Underlag

- Sammanställning av patientintervjuer
- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Protokoll dialog kommunledning
- Detaljerat kommunkort

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Karin Nyqvist. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Helene Helm och Jenny Morsäter deltagit. Inspektören Anneli Bylund har varit föredragande.

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



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: Färgelanda
Kommun**

**IVO:s diarienummer i beslutet nr 3.5.1-
37608/2022-8**

Vårdgivarens/kommunens diarienummer SN 2023.2

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

Personal som arbetar inom särskilt boende och har en fast anställning inom kommunen har en undersköterskeutbildning eller har senaste året blivit erbjuden att utbilda sig.

För att personal som arbetar närmast patienten skall få en bredare kunskap om patienten har samtliga fast anställda genomgått utbildning som genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med legitimerad sjuksköterska. Utbildningen har givit kunskap om vanliga läkemedel, läkemedelsbiverkningar, vanliga omvårdnadsproblem samt vanligt förekommande sjukdomar bland äldre samt dess symtom.

Personalen har även fått uppdatering i rapporteringsstödet SBAR för att kunna genomföra rapportering till legitimerad sjuksköterska utifrån validerat rapporteringsstöd.

Fler sjuksköterskor har rekryterats och andelen patienter som en sjuksköterska ansvarar för har minskat.

Omorganisation i verksamheten har genomförts för att sjuksköterska skall finnas mer tillgänglig ute på sitt ansvarsområde, detta för att kunna stödja och stötta personalen i det dagliga omvårdnadsarbetet, samt lättare kunna genomföra medicinska bedömningar vid behov.

Veckovisa tematräffar på respektive enhet på SÄBO kommer att struktureras upp där fokus kommer ligga på den enskilde samt arbete med validerade kvalitetsregister för att kunna arbeta på ett effektivt och preventivt sätt.

Samordnare för hemsjukvården är anställd för att underlätta i planeringsarbetet för enhetschef och legitimerad personal.

Kvalité och utvecklingssjuksköterska kommer att anställas under våren 2023 för att stödja nyanställdpersonal, vidareutveckla verksamhetssystem samt arbeta aktivt i omställningen till god och nära vård.

Kommunen har tagit fram arbetsplats på respektive område där läkaren kan finnas på plats fysiskt när ronder genomförs. Detta gör det även möjligt för den enskilde, anhörig samt kontaktperson att vara med och ta del av den information som sägs kring patienten.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Utbildning till fast anställd personal 2022-09-01 → pågående

Rekrytering av personal, från 2022-09-01 har 4 nya tjänster tillsatts. Rekrytering sker löpande.

Omorganisation av hemsjukvården genomfördes 2023-01-27

Omtag av användning av validerade kvalitetsinstrument sker löpande under hela 2023. Arbetet kommer ske på samtliga enheter och egenkontroller för uppföljning finns inplanerade kvartalsvis.

Samordnare påbörjar sin tjänst → Mars 2023

Kvalitets och utvecklingssjuksköterska → Januari 2023

Läkarplatser på kommunala boenden för att genomföra fysiska ronder → Januari 2023

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

Samtliga vidtagna åtgärder kommer att följas upp på ledningsnivå kvartalsvis under hela 2023.

Åtgärderna ses som kvalitetsarbete och kommer bli en del av patientsäkerhetsberättelsen 2023 där en slutbedömning av vidtagna åtgärder presenteras för socialnämnden.

Förslag på fortsatt kvalitetsarbete kommer därefter planeras in i årshjulet 2024.

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

Planering kommer fortlöpande att pågå kring kompetensutveckling för samtlig personal inom sektoromsorg.

HLR-instruktörer har utbildats och planering för utbildningar sker under 2023.

Diskussion pågår tillsammans med komvux för att stärka kompetens kring sommarvikarier.

Omtag kring ombudsroller gällande hygien, inkontinens, hjälpmedel och kvalitetsregister pågår och kommer arbetas med under hela 2023.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se text under planerade åtgärder.

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

2023-02-01 lyfts problematiken kring kompetensbrist relaterat till att personal har otillräcklig kunskap i svenska språket.

Frågan lyfts till ledningsgruppsmöte 2023-02-16 för vidare diskussion om åtgärd samt eventuellt beslut.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Vidtagna åtgärder planeras genomföras under våren 2023.

Förslag på åtgärd som kommer lyftas innefattar språktest för samtliga som anställs inom sektoromsorg.

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

Kontakt med Komvux kommer tas efter beslut på ledningsgrupp då Komvux har erbjudit hjälp med språktest.

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

Samtliga personer som anställs inom sektoromsorg skall vid anställningen genomföra ett språktest skriftligt och muntligt.

Språktestet genomförs av utbildad personal på vuxenutbildningen i Färgelanda kommun och ett godkänt test kommer vara ett krav för att anställning skall kunna ges.

För de personer som inte uppnår ett godkänt språktest men som har en genomförd formell utbildning kan utbildning i medicinsksvenska ges via vuxenutbildningen.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Om beslut om detta tas på ledningsgrupp kommer arbetet att starta under våren 2023.

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

Efter att granskning genomförts har sektoromsorg bytt verksamhetssystem från Magna Cura till Life Care HSL och SOL.

Utifrån att Socialstyrelsen skickat ut meddelandeblad gällande att från och med 1 januari 2023 träder ny lag i kraft gällande sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kommer arbete kring att öppna upp journal mellan HSL och SOL starta i samarbete med leverantör av verksamhetssystemet.

Life Care HSL är ett relativt nytt verksamhetssystem där leverantören ständigt jobbar med utvecklingsarbete.

Utifrån det nya journalsystemet finns krav på att varje patient måste ha vårdplaner för att dokumentation skall kunna ske. Detta resulterar i att samtliga inskrivna patienter på SÄBO har vårdplaner.

Omsorgspersonal har under hösten/ vintern 2022 fått utbildning i socialdokumentation i samverkan med Komvux. Utbildningen kommer fortlöpa under 2023 för att all omsorgspersonal inom äldreomsorgen.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Uppdatering av utbildningar i det nya verksamhetssystemet sker löpande tillsammans med kvalitetsansvarig sjuksköterska och Tieto (leverantören).

Arbete gällande ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kommer ske under 2023 i verksamheten med upprättande av ny samtyckesblankett.

Utvärdering av utbildning i socialdokumentation sker efter varje avslutad utbildning.

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

Planerade åtgärder kommer att följas upp löpande under 2023.

Journalgranskningar kommer fortlöpande i både HSL och SOL dokumentation tillsammans med enhetschef på respektive SÄBO. Möjlighet till att genomföra granskning av journaler tillsammans med Närhälsan ses över.

Utvärdering av åtgärder kommer att redovisas fortlöpande under årets gång på ledningsnivå.

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

Se dokumentation ovan.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se dokumentation ovan.

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

Ny rekrytering av sjuksköterskor har genomförts och områdesansvariga sjuksköterskor är utsedda för att förbättra kontinuiteten på särskilda boenden.

Tematräffar är återupptagna efter pandemin och ny rutin för tematräffarna väntas klar under våren 2023.

Vårdcentralen har utsett ansvariga läkare för områdena och återupptagit fysiska ronder. Detta för att ökat samarbete med vårdpersonal och för att underlätta patientbesök samt att ronderna på detta vis blir mer personcentrerat.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Full bemanning av sjukskötersketjänster förväntas vara genomförd under våren 2023.

Tematräffar är återupptagna från januari och struktureras upp med ny rutin under våren 2023.

Fysiska ronder med läkare har påbörjats i januari 2023.

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

Uppföljning sker i slutet av 2023 och redovisas i patientsäkerhetsberättelse.

Åtgärderna kommer även att följas upp på samverkansmöten tillsammans med Närhälsan.

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

Se ovan dokumentation.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan dokumentation.

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

Delegationsutbildning har genomförts för all fastanställd personal och kommer genomföras för all nyanställd personal regelbundet under 2023.

Teoretisk delegationsutbildning kommer årligen att ges till samtlig personal.

Fyrbodals MAS-nätverk kommer att arbeta tillsammans med att ta fram stöd för uppföljning av delegationer. Detta kommer att ske under 2023.

Beslut om att införa språktest samt språkstöd för samtlig personal som anställs kommer tas upp på ledningsgruppsmöte i februari 2023. Fattas beslutet kommer detta att ske tillsammans med Komvux.

Avvikelse gällande läkemedel kommer att lyftas på äldreomsorgens verksamhetsmöten en gång per månad för att tillsammans arbeta förebyggande för att säkra läkemedelshanteringen. Detta kommer starta från februari 2023.

Arbete med verksamhetsleverantören gällande sökord för läkemedelsgenomgångar och Brytpunktssamtal har tagits upp och är pågående. Leverantören har kommenterat att läkemedelsgenomgång är en medicinsk åtgärd och som dom ännu inte har tagit in i en omvårdnadsjournal.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Se dokumentation ovan.

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

Se dokumentation ovan.

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

Se dokumentation ovan.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se dokumentation ovan.

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

Dialog har förts med vårdcentralschef på vårdcentralen för att få till brytpunktssamtal när patienten går in i ett palliativt skede. Arbetet kommer att fortlöpa under 2023 för att involvera läkarna i deras ansvar.

Ny rutin för tematräffar kommer att arbetas fram under våren 2023 där information kring palliativvård skall kunna ges till personal som arbetar närmast patienten.

Rutin för att ringa in extra personal vid exempelvis terminalvård finns, men kommer åter lyftas med enhetschefer på äldreomsorgens verksamhetsmöte februari. I rutinen framkommer det tydligt att ordinarie personal sköter vården kring den terminala patienten och extrapersonal sköter övrigt arbete på enheten.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Se ovan dokumentation.

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

Vidtagna åtgärder följs upp på verksamhetsmöte äldreomsorgen tillsammans med enhetschefer för respektive SÄBO under årets gång.

Frågor som berör läkarmedverkan kommer att lyftas på samverkansmöten med Närhälsan löpande under 2023.

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

Utbildning sker av undersköterska till specialistundersköterska i palliativvård. Utbildningen blir klar i maj 2023.

Arbetsbeskrivning kommer att tas fram kring hur personen skall kunna vara stödjande vid teamarbeten och erbjuda utbildning i palliativvård samt fungera som konsult i specifika patientärenden.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan dokumentation.

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

Se tidigare redovisning angående leverantör av verksamhetssystem och sökord för brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgång.

De samtal som genomförs dokumenteras men sökord saknas för att lätt kunna hitta uppgiften.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Samtal förs tillsammans med Tieto med förbättringsförslag.

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

Osäkert om och när Tieto kan tillmötesgå önskemålen.

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

Se ovan dokumentation

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan dokumentation.

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

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

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

Datum för inrapportering



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh

Tjänsteskrivelse
2023-02-10
2023/4

Socialnämnden

Årsredovisning 2022

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att för sin del godkänna förslaget till årsredovisning för 2022 och överlämna detsamma till kommunstyrelsen.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts på socialnämndens presidie 2023-02-15

Sammanfattning av ärendet

Enligt kommunallagen ska Socialnämnden upprätta en årsredovisning som sedan överlämnas till kommunstyrelsen för granskning.

Sammantaget redovisar sektor omsorg ett underskott mot budget vid årsredovisningen med – 6 759 tkr.

Merparten av underskottet är att härröra till händelser utöver det normala, som inte varit budgeterade, som har varit högre än budgeterade, där det inte heller har funnits någon buffert för oförutsedda händelser och utgifter.

Ärendebeskrivning

Nedan beskrivna kostnader har varit väsentliga och haft negativt genomslag på sektorns resultat. Merparten av dessa kostnader har det saknats budget för.

Kostnader för betaldagar till Regionen på grund av platsbrist på korttidsenheten och ökade personalkostnader för förstärkning.

Ersättning till personal enligt semesteravtal som bytt och tagit extrapass. Sommarbonusar till sommarvikarier för att få semestervikarier att söka jobb i hemtjänsten och på särskilda boenden i Färgelanda kommun.

Bemanningssjuksköterskor till hemsjukvården då det har varit stora svårigheter att rekrytera legitimerad personal under hela året.

Ökade personalkostnader att härröra till pandemin Covid -19.



Ökade kostnader för handikaphjälpmedel utöver budgeterade medel.

I övrigt kostnadsökningar för livsmedel, förbrukningsmaterial/sjukvårdsartiklar i vårdnära arbete, drivmedel, reparation och service av bilar utöver budgeterade medel.

Kraftiga volymökningar i hemtjänsten under 2022 jämfört med 2020. Antalet personer har ökat från 200 personer 2020 till 229 personer 2022. Antalet beslutade timmar efter ansökan, utredning och beslut av biståndshandläggare har ökat från ca 34 214 timmar 2020 (2851/månad) till 40 269 timmar 2022 (3385/månad). En ökning med motsvarande 6 055 timmar på årsbasis/ ca 500 timmar/månad. Ej inräknat dubbelbemanning och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Utifrån nuvarande beslutade behov saknar hemtjänsten 4,0 årsarbetare. Ej inräknat dubbelbemanning då det finns behov av detta och för att utföra delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse, daterad 2023-02-10 dnr 2023/4.
Årsredovisning 2022 sektor omsorg

Sändlista:

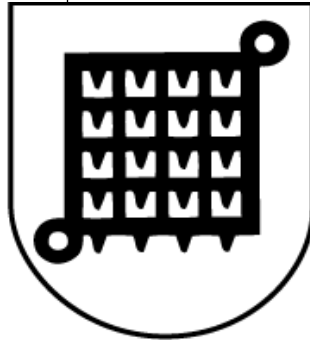
Kommunstyrelsen

Johan Lundh
Socialchef

Årsredovisning

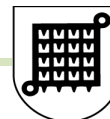


2022



Årsredovisning 2022

Socialnämnden



Innehållsförteckning

Nämnderna	3
<i>Verksamhetsbeskrivning</i>	3
<i>Händelser av väsentlig betydelse</i>	3
<i>Resultaträkning</i>	4
<i>Utfall per verksamhetsområde</i>	4
<i>Analys av utfall per verksamhetsområde</i>	4
<i>Volym- och nyckeltal</i>	5
<i>Investeringsredovisning</i>	6
<i>Förväntad utveckling</i>	6
<i>Slutsats</i>	7



Nämnderna

Verksamhetsbeskrivning

Sektor omsorg ska bidra till att främja kommuninvånarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Sektor omsorg har tre huvudsakliga lagstiftningar att förhålla sig till, Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Verksamheten bygger på frivillighetens grund men under vissa omständigheter kan vård och behandlingsinsatser ske med tvång.

Verksamheten planeras och styrs av sektorns ledningsgrupp som består av socialchef och enhetschefer inom äldreomsorgen, på individ- och familjeomsorgen, i enheten för stöd och service, på omsorgs- och utvecklingskontoret och av en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Verksamheten består av följande delar:

Nämndsverksamheten, omsorgs- och utvecklingskontoret, äldreomsorgen, individ- och familjeomsorgen och enheten för stöd och service.

Händelser av väsentlig betydelse

Kostnader för betaldagar till Regionen ca 1 800 tkr på grund av platsbrist på korttidsenheten.

Ökade personalkostnader/förstärkning på grund av platsbristen ca 622 tkr.

Ersättning till personal enligt semesteravtal som bytt och tagit extrapass. Sommarbonusar till sommarvikarier för att få semestervikarier att söka jobb i hemtjänsten och på särskilda boenden i Färgelanda kommun, 732 tkr.

Bemanningsjuksköterskor till hemsjukvården då det har varit stora svårigheter att rekrytera legitimerad personal under hela året, 1 774 tkr.

Ökade personalkostnader att härröra till pandemin Covid -19, 904 tkr.

Ökade kostnader för handikapphjälpmedel utöver budgeterade medel, 717 tkr.

I övrigt kostnadsökningar för livsmedel, förbrukningsmaterial/sjukvårdsartiklar i vårdnära arbete, drivmedel, reparation och service av bilar utöver budgeterade medel, 1 247 tkr.

Kraftiga volymökningar i hemtjänsten under 2022 jämfört med 2020. Antalet personer har ökat från 200 personer 2020 till 229 personer 2022.

Antalet beslutade timmar efter ansökan, utredning och beslut av biståndshandläggare har ökat från ca 34 214 timmar 2020 (2 851 timmar/månad) till 40 269 timmar 2022 (3385 timmar/månad). En ökning med motsvarande 6 055 timmar på årsbasis/ ca 500 timmar/månad. Ej inräknat dubbelbemanning och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Utifrån nuvarande beslutade behov saknar hemtjänsten 4,0 årsarbetare. Ej inräknat dubbelbemanning då det finns behov av detta och för att utföra delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Ovanstående kostnader har varit väsentliga och haft ett negativt genomslag på sektorns resultat. Merparten av dessa kostnader har det saknats budget för.



Resultaträkning

Belopp i tkr	Utfall 2021	Utfall 2022	Budget 2022	Avvikelse mot budget
Intäkter	23 396	21 667	23 413	-1 746
Kommunbidrag	142 300	148 861	148 861	0
Summa intäkter	165 696	170 528	172 274	-1 746
Personalkostnader	-110 905	-116 433	-118 838	2 405
Övriga kostnader	-57 818	-60 821	-53 416	-7 405
Kapitalkostnader	-26	-33	-20	-13
Summa kostnader	-168 749	-177 287	-172 274	-5 013
Periodens resultat	-3 053	-6 759	0	-6 759

Utfall per verksamhetsområde

Verksamhetsområde. Belopp i tkr	Utfall 2021	Utfall 2022	Budget 2022	Avvikelse mot budget
Nämndsverksamhet	491	533	680	148
Omsorgs- och utvecklingskontor	7 931	17 943	14 337	-3 606
Äldreomsorg	79 164	60 967	58 411	-2 556
Individ- och familjeomsorg	32 932	34 963	34 928	-35
Enheten för stöd och service	24 835	23 331	22 977	-354
Kommunal hälso- och sjukvård	0	17 883	17 527	-356
Totalt	145 353	155 620	148 861	-6 759

F g år redovisades utfallet från Hälso - sjukvård under äldreomsorgen med 18 125 tkr. Avrundning heltal lagd på SN.

Analys av utfall per verksamhetsområde

Sammantaget redovisar sektor omsorg ett underskott mot budget vid årsredovisningen med - 6 759 tkr.

Nämndsverksamheten

Redovisar ett mindre överskott mot budget med 148 tkr.

Omsorgs- och utvecklingskontoret

Redovisar ett underskott mot budget med - 3 606 tkr.

Underskottet består av betaldagar till regionen tillsammans med konstaterade kundförluster för åren 2020 och 2021, sistnämnda belastar sektorns budget med 782 tkr. Under året har medel från statsbidraget för God och säker vård fördelats ut till verksamheter utifrån en fördelningsnyckel, vilket minskar intäkterna hos sektorchef och samtidigt minskar underskotten ute i verksamheterna. Totalt uppgick detta statsbidrag till 3 073 tkr.

Äldreomsorgen

Redovisar ett underskott mot budget med - 2 556 tkr.

Underskotten på *särskilda boenden* består av ökad sjukfrånvaro vilket har inneburit ökade kostnader gällande timvikarier samt övertidsersättning till ordinarie personal. Överbeläggning på



korttidsheten har inneburit att vikarier har satts in under helger för att säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljökraven. Förlorade hyresintäkter då särskilda boendeplatser har använts till korttidsplatser och växelvis boende. Låga nyckeltal på särskilda boenden och full beläggning av platserna har inneburit att full bemanning har krävts. Lediga tjänstgöringspass har varit tvungna att ersättas.

Hemtjänsten har alltså varit en verksamhet som har varit hårt ansatt under året som gått. Fordonsflottan har varit bristfällig vilket genererat återställnings- och reparationskostnader för att kunna ha fungerande bilar. Därtill har omvärldsläget påverkat då drivmedelspriserna rusat mycket på kort tid samtidigt som priset på förbrukningsmaterial varit högt. Detta i kombination med en volymökning slår igenom på resultatet negativt.

I tillägg till ovanstående har man under 2022 kunnat nyttja statsbidrag från medel för god och säker vård. Totalt har man intäktsfört 2 123 tkr. Utan detta statsbidrag hade avvikelsen för året varit negativ med cirka -3 200 tkr för hemtjänsten.

Individ- och familjeomsorgen

Redovisar ett mindre underskott mot budget med - 35 tkr.

Försörjningsstödet ligger i balans under hela året. Externa placeringar av barn och unga har ökat 2022 jämfört med 2021 på hem för vård och boende alternativt via Statens institutionsstyrelse. Detta har gjort att kostnaderna har varit högre än man räknade med inför 2022.

Enheten för stöd och service

Redovisar ett underskott mot budget med - 354 tkr.

Underskottet består av minskade intäkter med anledning av att personliga assistansärenden har övergått i privat regi.

Kommunal hälso- och sjukvård och rehabilitering

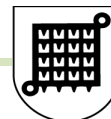
Redovisar ett underskott mot budget med - 356 tkr.

Underskottet består av ökade kostnader för externa bemanningsföretag då det inte har gått att rekrytera personal. Under året har två olika statsbidrag kunnat nyttjas om totalt 1 200 tkr, om så inte hade varit fallet skulle verksamheten redovisat ett underskott mot budget med - 1 556 tkr.

Volym- och nyckeltal

Volym- och nyckeltalsredovisning

Verksamhet	2 019	2 020	2 021	Utfall 2022
Betal dagar Regionen	0	0	0	194
Äldreomsorg				
Antal platser särskilt boende, vid bokslutsdatum	72	72	74	74
Belagda platser särskilt boende, vid bokslutsdatum	69	65	67	74
Nyttjandegrad särskilt boende, vid bokslutsdatum	96 %	90 %	91 %	100 %
Nettokostnad per plats särskilt boende, tkr/plats	545	597	567	560
Antal korttidsplatser			5	5
Antal hemtjänsttimmar, vid bokslutsdatum	38 163	40 818	*ingen uppgift	40 629
Antal personer med beviljad hemtjänst, genomsnitt under året	198	200	*ingen uppgift	229



Verksamhet	2 019	2 020	2 021	Utfall 2022
Antal inskrivna i hemsjukvården, vid bokslutsdatum	184	166	156	165
Individ och familjeomsorg	2 019	2 020	2 021	Utfall 2022
Institutionsvård, barn och unga, tkr	3 413	2 066	2 156	2 661
Familjehem, barn och unga, tkr	2 609	2 451	517	1 293
Institutionsvård, vuxna missbrukare, tkr	2 558	5 184	896	750
Ekonomiskt bistånd, tkr	11 697	13 017	9 287	9 418
Enhet för stöd och service				
Antal vuxna med boendebeslut egen regi, genomsnitt	16	16	15	14
Nettokostnad per plats, tkr/plats	399	370	402	458
Antal placeringar externt**, genomsnitt	5	7	7	5
Nettokostnad per extern plats, tkr/plats	419	1 105	1 255	1 312

* Statistik gällande hemtjänst 2021 saknas med anledning av övergång till nytt verksamhetssystem.

Investeringsredovisning

Storlek på grundram, tkr

Tabell över investeringar inom grundram

Investering	Verksamhetsområde	Status	Ack utfall, tkr	Budget, tkr
Framtidens vårdinformationsmiljö	Overgripande	Pågående	1 615	3 180
Nyckelfri Hemtjänst	Hemtjänsten	Pågående	214	600
Liftar Solgården	Särskilt boende	Klar	42	42
Inventarier Hemtjänstens nya lokaler	Hemtjänsten	Pågående	124	238
Totalt			1 995	4 060

Förväntad utveckling

En fortsatt stor oro för att betaldagarna till Regionen fortsätter.

Under våren öppnas det upp 10 korttidsplatser vilket sannolikt kommer att sänka kostnaderna för betaldagar till Regionen.

De boende på Rosen flyttas med personal till Håvesten 5. Enhet fem öppnas vilket innebär en större verksamhet där samarbete mellan enheterna kommer underlättas.

På Solgården blir det enbart somatiskt boende på båda avdelningarna när detta är klart. Nyckeltalen blir i och med detta lägre, nya scheman är framtaget men det är tveksamt om det ur arbetsmiljösynpunkt kommer att vara hållbart om alla platser är belagda.

Utöver ovanstående förväntas kommunen fortsatt ha platsbrist i särskilda boenden. En förstudie med sikte på framtidens behov har genomförts i samarbete med Norem, vilken tillsammans med den demografiska utvecklingen visar på betydliga utmaningar för kommunen och de platser som behöver finnas med sikte på år 2030. Prognosen pekar mot att kommunen kommer behöva ca 123 platser inklusive 10 korttidsplatser. 2023, efter omstruktureringen förväntas behovet av särskilda boendepplatser uppgå till 96 platser, tillgängliga platser 2023 är 88. Hur vi möter upp detta ökande



behov är föremål för diskussion och behöver föregås av politiska beslut.

Hemtjänsten är nästa stora utmaning.

Verksamheten spås stå inför utmaningar även 2023 då såväl historik som behov talar för en fortsatt volymökning. Till 2023 har man fått något högre budgetanslag än för 2022 vilket förhoppningsvis kan leda till stabilare grundbemanning. Nyanställningar har skett vilket under 2023 bedöms minska kostnaderna för overtidsersättningar. Det finns dock fortsatt vakanta turer vilket påverkar osäkerheten framåt gällande personal.

Utifrån beslutade hemtjänsttimmar saknas i dagsläget, inför 2023, 4,0 årsarbetare, ej inräknat delegerade hälso- och sjukvårdsuppdrag och dubbelbemanning.

Nya fordon är upphandlade och kommer under 2023 levereras till verksamheten. Detta spås inte leda till lägre kostnader, men desto mindre stillestånd och problematik med fordon som inte fungerar.

Därutöver pågår arbetet med installation av nyckelfritt låssystem vilket sannolikt är resursbesparande.

Nytt arbetstidsavtal för Kommunals medlemmar from 1/10 2023 som kommer att innebära bland annat 11 timmars dygnsvila.

Slutsats

Slutsats och åtgärdsplan

Påbörjat en omstrukturering av äldreomsorgen.

Upphandlat en ny fordonsflotta för att minska kostnaderna för service, underhåll och reparationer.

Påbörjat en dialog med vårdcentralen om vem som gör vad utifrån upprättade hälso- och sjukvårdsavtal med underavtal och andra avtalade beslutade samverkansdokument mellan kommunen och Regionen.

Intensifiera, öka avtalssamverkan med 4 D kommunerna.

Bemanning utifrån beläggning (när behöver timanställda ersätta ordinarie eller inte vid frånvaro utifrån antal belagda platser).



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh

Tjänsteskrivelse
2023-02-03
2023/31

Kommunstyrelsen

Vårdsamverkan Fyrbodal 2023-2026

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar föreslå kommunstyrelsen ställa sig bakom nytt inriktningsdokument för vårdsamverkan Fyrbodal under perioden 2023-2026.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts på socialnämndens presidie 2023-02-15

Sammanfattning av ärendet

Den pågående omställningen till nära vård, som bland annat manifesteras i kommunernas och Västra Götalandsregionens gemensamma färdplan, förändrar kraven på och förutsättningarna för samverkan i Västra Götaland.

I mars 2022 tog Delregionalt politiskt samråd för Vårdsamverkan Fyrbodal initiativ till ett uppdrag för att ta fram en ny uppdragshandling för samrådet. Två processledare tillsattes och vid delrapporteringen i maj gavs dessa ett fortsatt uppdrag att ta fram ett samlat dokument för mål och inriktning. I september 2022 enades parterna om att mål och inriktning ska utgå från Färdplan nära vård.

Syftet med inriktningsdokumentet är att skapa en tydlig struktur för vår gemensamma samverkansarena Vårdsamverkan Fyrbodal.

Inriktningsdokumentet gäller för perioden 2023–2026.

Utöver inriktningsdokumentet ingår parterna ett avtal. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet senast tolv månader innan avtalstiden löper ut, förlängs det med två år i taget. Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av Delregionalt politiskt samråd.

Ärendebeskrivning

Grunden för respektive huvudmans uppdrag regleras i lagar, författningar, avtal, överenskommelser och politiska beslut. Vårdsamverkan Fyrbodal ska fungera som en gemensam arena för samverkan mellan berörda huvudmän i frågor som berör båda parter. Samverkan ska även bidra till att resurser



används på ett optimalt sätt, och skapa förutsättningar för att individen ska uppleva insatserna som en helhet utan gränser. Västra Götalandsregionen och kommunerna har var för sig och tillsammans ansvar för hela befolkningen. Samverkansarbetet ska säkra och leda till att gemensamt ansvar tas för invånarna på regional, delregional och lokal nivå.

Vårdsamverkan Fyrbodal omfattas av

- Västra Götalandsregionens verksamheter för tandvård, primärvård, specialistvård och habilitering.
- Kommunal primärvård, socialtjänst, förskola, skola och elevhälsa i deltagande kommuner.

Medverkar gör också norra delregionala nämnden, med ansvar för folkhälsa, kommun och vårdsamverkan i Västra Götalandsregionen, samt Fyrbodals kommunalförbund som samordnar kommunerna.

Syftet med omställningen till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. Utifrån omställningen har en övergripande strategi för Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg tagits fram. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Samtliga parter i Vårdsamverkan Fyrbodal har fastställt Färdplan - Länsgemensam strategi för god och nära vård.

Vårdsamverkan Fyrbodal ska - stödja omställningen till en god och nära vård, - främja hälsan hos befolkningen, - utveckla vård och omsorg tillsammans utifrån den enskildes behov, - bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Målbilden i färdplanen och för Vårdsamverkan Fyrbodal ska ge vägledning för hur samverkan ska utformas för att ge dess invånare förutsättningar för ett bra liv oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Vårdsamverkans arbete i Fyrbodal ska bidra till att dess invånare får ökade förutsättningar till en vård som - utgår från individuella förutsättningar och behov, - bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv, - bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Prioriterade målgrupper för Vårdsamverkan Fyrbodal är de invånare som har behov av insatser och samordning från både kommunen och Västra Götalandsregionen, oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Barnkonventionen ska särskilt beaktas.

Vårdsamverkan i Fyrbodal sker på politisk nivå samt förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna



gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. I styrning och struktur ingår arbete med förtydligande och ansvarsfördelning utifrån ändrad lagstiftning, överenskommelser, strategier och rekommendationer som påverkar huvudmännen.

Delregionalt politiskt samråd ska ange syfte, målbild och målgrupp för Vårdsamverkan Fyrbodalen för arbetet de närmaste åren.

Styrgruppen ansvarar för att ta fram en genomförandeplan utifrån den politiska viljeinriktningen, dvs syfte, målbild och målgrupp enligt ovan.

De lokala samverkansgrupperna har ett stort ansvar för samverkan på lokal nivå. Handlingsplaner/ åtgärdsplaner, utvärdering och avvikelseanalys är exempel på arbetssätt för att komma till rätta med brister i vårdsamverkan. Framgångsfaktorer i samverkansarbetet är fungerande implementering, spridning och delaktighet, vilket i första hand sker i respektive linjeorganisation.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse, daterad 2023-02-03 dnr 2023/31

Mötesanteckningar delregionalt politiskt samråd, Fyrbodalen 2022-11-23

Inriktningsdokument vårdsamverkan Fyrbodalen, daterad 2022-11-17

Sändlista:

Kommunstyrelsen

Johan Lundh
Socialchef

Dagordning

Delregionalt politiskt samråd, Fyrbodals 2022-11-23

Kommun:

Lena Hult (S), Trollhättan, vice ordförande i samrådet

Catharina Bråkenhielm (S), Orust

Michael Sternemar (L), Sotenäs

Stefan Skoglund (S), Uddevalla

Region:

Linda Jansson (M), norra hälso-och sjukvårdsnämnden, **ordförande i samrådet**

Annica Erlandsson (S), norra hälso-och sjukvårdsnämnden

Peter Heie (C), Styrelsen för NU-sjukvården

Jim Aleberg (S), Styrelsen för Närhälsan

Angelica Lundgren Bielinski (M), Styrelsen för Folk tandvården

Ulrika Söderlund, ansvarig tjänsteperson norra hälso-och sjukvårdsnämnden

Ben Norman, **nämndsamordnare norra hälso- och sjukvårdsnämnden**

Line Legén, Lysekils kommun

Ellinor Ekensskär, enhetschef Uddevalla kommun

Henric Bergqvist, enhetschef Trollhättans stad

Ingela Martinsson, Regionhälsan

Vårdsamverkan Fyrbodals

Karin Hallberg, ordförande i Styrgruppen

Carola Murås, kanslichef

Helen Svensson, utvecklingsledare

Datum 2022-11-23

Tid: kl. 13.30-15.30

Plats. Lokal Bohuslän, Vänerparken 15, Vänersborg alt Teams

- 1. Välkommen och upprop**
- 2. Dagordningen godkänns och anmälan övriga frågor**
Dagordningen godkänns
- 3. Föregående mötesanteckningar**
Föregående mötesanteckningar godkänns.



4. **Avrapportering av uppstartsprocess Mini-Maria Norra rapport av pågående arbete med framtidfokus.** Kl. 13.40-14.00

Ellinor Ekensskär, Henric Bergqvist och Ingela Martinsson (se bifogad presentation).

Mini-Maria är en samverkan mellan kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR) för att stärka stödet till ungdomar och unga vuxna med skadligt bruk- och beroende samt deras närstående. Verksamheten riktar sig till ungdomar till och med 21 år och finansieras 50 % av kommun och 50 % av VGR.

Arbetsgruppen består av de tre föredragande samt ytterligare representanter från kommunalförbundet och VGR. De har träffats en gång i veckan sedan mars men har möten varannan vecka nu. Teamet är mitt i rekrytering och ska hålla intervjuer de närmaste veckorna. Förhoppningen är att personal är på plats i början i april då verksamheten ska dra i gång. Tanken är att medarbetare är på plats 8 april och ungdomarna ett par veckor senare. Lokalanpassning och ombyggnation pågår redan.

En risk- och konsekvensanalys ska göras den 13 december. En huvudmottagning finns i Uddevalla och i Trollhättan, lokalen i Uddevalla är redo och lokalen i Trollhättan är på gång. Teamet jobbar med att hitta lokal i Vänersborg, Lysekil och Sotenäs. Teamet har kontakt med andra Mini-Maria enheter i andra delar av Västra Götaland. Det är ett stort antal sökande till tjänsterna som ligger ute vilket är positivt.

I Strömstad, Tanum och Henån är verksamheten i ungdomsmottagningarnas lokaler. De lokalerna behöver göras i ordning för att kunna genomföra övervakad provtagning.

Ställningstagande: *Det delregionala politiska samrådet noterar informationen.*

5. **Uppdrag kring framtida organisation för Vårdsamverkan Fyrbodol.**

Ulrika Söderlund och Line Legén (se bifogad presentation).

Ett nytt inriktningsdokument är framtaget där alla parter ska fatta beslut. Inriktningsdokumentet bygger på det dokument som Södra Älvsborgs Vårdsamverkan använder sig av. Samtliga kommuner i Fyrbodol kommer att ha möjlighet att delta på mötena vilket kan underlätta att komma framåt i frågorna.

Dialog om den nya politiska organisationen inom VGR kommer att ge andra förutsättningar. Den delregionala nämnden har varken mandat eller finansiering. Denna fråga är avstämmd inom regionen, de nya delregionala nämnderna kommer ansvara för samverkan med kommunerna och för vårdsamverkan, och de övriga vårdsamverkansarenorna har liknande dokument.

Det här är plattformen blir än viktigare framöver då det är där kommunerna har möjlighet att möta utförarna. Där kan de lyfta de frågor kring samverkan som inte fungerar.



Vårdsamverkan Fyrbodalen

Ställningstagande: *Det delregionala politiska samrådet ställer sig bakom framtaget inriktningsdokument och rekommenderar parterna att fatta beslut.*

6. Information från styrgruppen

Karin Hallberg

Styrgruppen har utvecklat sitt samarbete med kansliet. En ny representant från Regionhälsan finns med i styrgruppen. Ett större fokus på frågor kring barn och unga finns, en plan ska tas fram hur styrgruppen och kansliet kan göra ännu mer för barn med psykisk ohälsa med de medel som finns.

Styrgruppen har även arbetat med frågor kring remissversionen för adhd/autism, gemensam översyn ihop med NU-sjukvården kring liggande transporter mellan kommunala adresser där avtal saknas, verksamhetsplan 2023, planering av strategidag, SAMSA-körkort samt Mini-Maria.

Ställningstagande: *Det delregionala politiska samrådet noterar informationen.*

7. Förslag på uppdrag till Vårdsamverkan Fyrbodalen från norra hälso-och sjukvårdsnämnden

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden lyfter förslag på två uppdrag att samverka kring inom ramen för delregional vårdssamverkan.

"...ett uppdrag till Vårdsamverkan Fyrbodalen, i syfte att ta fram en plan för implementering av närsjukvårdsteam."

"... ett uppdrag till Vårdsamverkan Fyrbodalen att, i samverkan med Koncernstab digitalisering, samordna och möjliggöra digitaliseringsprocesser inom norra hälso- och sjukvårdsnämndens område."

Dialog kring vårdssamverkans uppdrag skulle vara kring digitaliseringsprocesserna.

Kommunerna vill gärna samverka i de här frågorna, det är viktigt att tekniken fungerar och det blir svårt om det är olika i varje kommun.

Ställningstagande: *Det delregionala politiska samrådet ger styrgruppen i uppdrag att återkomma med plan för omhändertagande av föreslagna uppdrag.*

8. Laget runt

Tandvårdsstyrelsen informerar om att TAIK-projektet inte längre är ett projekt från och med årsskiftet. Styrelsen har beslutat att sätta konceptet och finansiera det med eget kapital under 2023. Kommuner som vill ingå i TAIK kan höra av sig till tandvårdsstyrelsen. Målet är att alla kommuner ska ha tandhygienister i kommunen för att jobba med munhälsan på boenden.

Närhälsan informerar om beslut från i fredags om en överenskommelse med norra hälso- och sjukvårdsnämnden gällande jourcentralernas öppettider.



Vårdsamverkan Fyrbodalen

Örsted kommun lyfter att de har bara en vårdcentral och dålig responstid på ambulansen, de har skrivit till regionen flera gånger men inte fått något svar. Nämnden har en pågående dialog med NU-sjukvården angående ambulansverksamhet och om räddningsverksamheten ska flyttas mer centralt.

9. Mötestider 2023

Styrgruppen tar fram ett förslag och skickar till samrådet.

10. Övriga frågor



INRIKTNINGS DOKUMENT VÅRDSAMVERKAN FYRBODAL

För samverkan mellan kommunerna inom Fyrbodalen
och Västra Götalandsregionen 2023-2026

Politiskt antaget under 2022

Kommunerna	Västra Götalandsregionen
Bengtstors kommunstyrelse Dnr:	Norra hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr:
Dals-Eds kommunstyrelse Dnr:	Styrelsen för NU-sjukvården Dnr:
Färgelandas kommunstyrelse Dnr:	Styrelsen för Regionhälsan Dnr:
Lysekils kommunstyrelse Dnr:	Styrelsen för Habilitering & Hälsa Dnr:
Lilla Edets kommunstyrelse Dnr:	Styrelsen för Närhälsan Dnr:
Melleruds kommunstyrelse Dnr:	Tandvårdsstyrelsen Dnr:
Munkedals kommunstyrelse Dnr:	
Orusts kommunstyrelse Dnr:	
Sotenäs kommunstyrelse Dnr:	
Strömstads kommunstyrelse Dnr:	
Tanums kommunstyrelse Dnr:	
Trollhättans kommunstyrelse Dnr:	
Uddevalla kommunstyrelse Dnr:	
Vänersborgs kommunstyrelse Dnr:	
Åmåls kommunstyrelse Dnr:	
Fyrbodals kommunalförbund, Direktionen Dnr:	

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Huvudmannansvar i vårdsamverkan.....	3
Vårdsamverkan i Fyrbodals omfattas av.....	3
3. Politisk viljeinriktning.....	4
En god och nära vård.....	4
Syfte med vårdsamverkan i Fyrbodals.....	4
Målbild för vårdsamverkan i Fyrbodals.....	4
Målgrupper.....	4
4. Styrning och struktur för samverkan.....	5
Närvårdsområde.....	5
Lokal samverkansgrupp.....	5
Lokal utvecklingsgrupp.....	5
Delregional utvecklingsgrupp.....	5
Styrgrupp.....	6
Arbetsutskott (AU).....	6
Delregionalt politiskt samråd Fyrbodals (DPSF).....	6
Presidium.....	7
Spridningsdag.....	7
Vårdsamverkans kansli.....	7
5. Ekonomi.....	8
6. Avvikelsehantering.....	8
7. Uppföljning.....	8

1. Inledning

Den pågående omställningen till nära vård, som bland annat manifesteras i kommunernas och Västra Götalandsregionens gemensamma färdplan, förändrar kraven på och förutsättningarna för samverkan i Västra Götaland. För delregioner som likt Fyrbodals har varierande förutsättningar i form av bland annat landsbygd, skärgård och större städer, krävs differentierade samverkansformer. Samverkan ska ske på den mest medborgarnära och samtidigt effektiva nivån, oftast i lokala samverkansgrupper inom den geografiska kommunnivån.

I mars 2022 tog Delregionalt politiskt samråd för Vårdsamverkan Fyrbodals initiativ till ett uppdrag för att ta fram en ny uppdragshandling för samrådet. Två processledare tillsattes och vid delrapporteringen i maj gavs dessa ett fortsatt uppdrag att ta fram ett samlat dokument för mål och inriktning. I september 2022 enades parterna om att mål och inriktning ska utgå från Färdplan nära vård.

Syftet med inriktningsdokumentet är att skapa en tydlig struktur för vår gemensamma samverkansarena **Vårdsamverkan Fyrbodals**. Vårdsamverkan ska generera mervärde för befolkningen, och underlätta ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen. Frågor som rör samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen omhändertas inom Vårdsamverkan, medan interna frågor inom kommunen/kommunerna eller mellan vårdgivare inom regionen hanteras i andra konstellationer. Ansvarsfördelning mellan och inom respektive huvudmans ansvarsområde ska vara tydlig.

Inriktningsdokumentet gäller för perioden 2023–2026. Utöver inriktningsdokumentet ingår parterna ett avtal. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet senast tolv månader innan avtalstiden löper ut, förlängs det med två år i taget. Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av Delregionalt politiskt samråd.

2. Huvudmannaansvar i Vårdsamverkan

Grunden för respektive huvudmans uppdrag regleras i lagar, författningar, avtal, överenskommelser och politiska beslut. Vårdsamverkan Fyrbodals ska fungera som en gemensam arena för samverkan mellan berörda huvudmän i frågor som berör båda parter. Samverkan ska även bidra till att resurser används på ett optimalt sätt, och skapa förutsättningar för att individen ska uppleva insatserna som en helhet utan gränser.

Västra Götalandsregionen och kommunerna har var för sig och tillsammans ansvar för hela befolkningen. Samverkansarbetet ska säkra och leda till att gemensamt ansvar tas för invånarna på regional, delregional och lokal nivå.

Vårdsamverkan Fyrbodals omfattas av

- Västra Götalandsregionens verksamheter för tandvård, primärvård¹, specialistvård och habilitering
- Kommunal primärvård, socialtjänst, förskola, skola och elevhälsa i deltagande kommuner

¹ Vårdval vårdcentral privat och offentlig, vårdval rehab privat och offentlig samt beställd primärvård.

Medverkar gör också norra delregionala nämnden, med ansvar för folkhälsa, kommun- och vårdsamverkan i Västra Götalandsregionen, samt Fyrbodals kommunalförbund som samordnar kommunerna.

3. Politisk viljeinriktning

Delregionalt politiskt samråd i Fyrbodals har i processen för framtagande av inriktningsdokumentet ställt sig bakom att Vårdsamverkan Fyrbodals arbete ska utgå från samma syfte och målbild, och prioritera samma målgrupper, som angivits i Färdplan Nära vård.

En god och nära vård

Syftet med omställningen till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Utifrån omställningen har en övergripande strategi för Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg tagits fram. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Samtliga parter i Vårdsamverkan Fyrbodals har fastställt *Färdplan - Länsgemensam strategi för god och nära vård*.

Syfte med Vårdsamverkan Fyrbodals

Syftet med Vårdsamverkan Fyrbodals är att

- stödja omställningen till en god och nära vård,
- främja hälsan hos befolkningen,
- utveckla vård och omsorg tillsammans utifrån den enskildes behov,
- bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Målbild för Vårdsamverkan Fyrbodals

Målbilden i färdplanen och för Vårdsamverkan Fyrbodals ska ge vägledning för hur samverkan ska utformas för att ge dess invånare förutsättningar för ett bra liv oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Vårdsamverkans arbete i Fyrbodals ska bidra till att dess invånare får ökade förutsättningar till en vård som

- utgår från individuella förutsättningar och behov,
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv,
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Målgrupper

Prioriterade målgrupper för Vårdsamverkan Fyrbodals är de invånare som har behov av insatser och samordning från både kommunen och Västra Götalandsregionen, oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Barnkonventionen ska särskilt beaktas.

4. Styrning och struktur för samverkan

Vårdsamverkan i Fyrbodals sker på politisk nivå samt förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. I styrning och struktur ingår arbete med förtydligande och ansvarsfördelning utifrån ändrad lagstiftning, överenskommelser, strategier och rekommendationer som påverkar huvudmännen.

Delregionalt politiskt samråd ska ange syfte, målbild och målgrupp för Vårdsamverkan Fyrbodals för arbetet de närmaste åren. Styrgruppen ansvarar för att ta fram en genomförandeplan utifrån den politiska viljeinriktningen, dvs syfte, målbild och målgrupp enligt ovan.

De lokala samverkansgrupperna har ett stort ansvar för samverkan på lokal nivå. Handlingsplaner/ åtgärdsplaner, utvärdering och avvikelseanalys är exempel på arbetsätt för att komma till rätta med brister i vårdsamverkan. Framgångsfaktorer i samverkansarbetet är fungerande implementering, spridning och delaktighet, vilket i första hand sker i respektive linjeorganisation.

Närvårdsområde

Närvårdsområdena utgör grunden för vårdsamverkansarbetet. Samverkan ska ske på lednings- och verksamhetsnivå. Varje kommun utgör ett närvårdsområde, med en lokal samverkansgrupp.

Lokal samverkansgrupp

Arbetet i den lokala samverkansgruppen ska ske utifrån ett förbättringsorienterat förhållningssätt och bör utgå från exempelvis läns-gemensamt beslutade styrdokument, avvikelser, patientberättelser och goda exempel. Samverkansgruppen består av representanter från båda huvudmännen med berörda verksamheter, vilka ska ha mandat att fatta beslut och föra tillbaka frågor till respektive organisation för åtgärd. Antalet personer i samverkansgruppen kan variera och sammansättningen utöver ovanstående bestäms lokalt – exempelvis är folkhälsa, tandvård, rehab och skola viktiga parter i det lokala arbetet. Kommunen ansvarar för ordförandeskapet och kallar till möten. Protokoll ska föras och mailas till Vårdsamverkans kansli för publicering på hemsidan.

Dialog kring förändringar i form av arbetsätt, lagstiftning eller andra förutsättningar som påverkar samarbetet bör ske kontinuerligt. Frågor som inte kan lösas på lokal nivå lyfts till Vårdsamverkans kansli, som bedömer var frågan kan/bör hanteras. Lokala ledningsgrupper, över kommungränserna, kan gå samman och skapa gemensamma lokala utvecklingsgrupper.

Lokal utvecklingsgrupp

Utvecklingsgrupper på lokal nivå kan startas och avslutas av den lokala samverkansgruppen. Frågeställning och tidsram ska vara beskrivet i en uppdragshandling. De lokala utvecklingsgrupperna arbetar med förbättringsfrågor och rapporterar till den lokala samverkansgruppen.

Delregional utvecklingsgrupp

Delregionala utvecklingsgrupper ska bildas då frågan inte kan eller bör omhändertas i de lokala samverkansgrupperna, eller för att belysa särskilda områden, målgrupper eller processer. Utvecklingsgrupper kan variera i storlek och sammansättning beroende på uppdrag. Båda huvudmännen med berörda verksamheter ska dock vara representerade i samtliga utvecklingsgrupper. Uppdrag kan ges av Delregionalt politiskt samråd eller styrgruppen, och uppdrag ska vara tydliga och tidsbestämda.

I uppdraget ingår löpande återrapportering till styrgruppen samt vid behov Delregionalt politiskt samråd och att ta fram förslag till plan för resultatstridning, eventuell implementering och uppföljning. Styrgruppen och respektive huvudman ansvarar för vidare hantering av resultatet. Utvecklingsgruppens minnesanteckningar mailas till Vårdsamverkans kansli för publicering på hemsidan.

Styrgrupp

Styrgruppen arbetar på uppdrag av Delregionalt politiskt samråd, och ansvarar för den operativa samverkan på den delregionala nivån. Styrgruppen hanterar också de ärenden som anmälts och beretts av Vårdsamverkans kansli², samt fattar beslut i dessa.

Styrgruppen ansvarar för framtagande av en genomförandeplan utifrån politisk viljeinriktning, samt att följa upp och återrapportera genomförda uppdrag och avvikelser årligen till Delregionalt politiskt samråd. Styrgruppen ska vid behov starta delregionala utvecklingsgrupper och besluta om specifika tidsbestämda uppdrag. Styrgruppen och respektive huvudman ansvarar för hantering av resultat och implementering i respektive linjeorganisation.

I styrgruppen ingår representant för NU-sjukvården, Habilitering & Hälsa, Vårdcentral privat, Vårdcentral offentlig, Rehab privat, Rehab offentlig, Regionhälsan samt representant från varje kommun. Tandvården adjungeras till styrgruppen. Fyrbodals kommunalförbund och Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen har en representant vardera, men har ingen rösträtt.

En av representanterna för Vårdsamverkans kansli är sekreterare, och protokollen publiceras på hemsidan.

Styrgruppen utser ordförande och vice ordförande för två år i taget. Ordförandeskapet och vice ordförandeskapet alternerar mellan kommunerna och de verksamheter som finansieras av Västra Götalandsregionen.

Ordförandens uppgift är att leda styrgruppens möten och vara med i beredning inför mötet, samt vara föredragande vid Delregionalt politiskt samråd.

Arbetsutskott (AU)

Arbetsutskottet består av styrgruppens ordförande och vice ordförande samt ytterligare en från varje huvudman från styrgruppen som representerar socialtjänst, skola, regionalt finansierad primärvård samt specialistvård. Arbetsutskottet bereder och planerar inför kommande styrgruppsmöte.

Vårdsamverkans kansli sammankallar arbetsutskottet och är sekreterare.

Delregionalt politiskt samråd Fyrbodals (DPSF)

Delregionalt politiskt samråd tar fram syfte, målbild och målgrupp för samverkan. Parternas representanter har ansvar för att den politiska viljeinriktningen blir känd och får genomslag i huvudmännens uppdrag. Delregionalt politiskt samråd fastställer den av styrgruppen framtagna genomförandeplanen, och ger uppdrag till styrgruppen och Vårdsamverkans kansli. Återrapportering, uppföljning och dialog kring genomförandeplan, uppdrag och avvikelseanalys ska ske i Delregionalt politiskt samråd. Delregionalt politiskt samråd träffas fyra gånger per år.

² Se stycke om Vårdsamverkans kansli.

I Delregionalt politiskt samråd ingår:

- Samtliga kommuner i Fyrbodals nätverk för socialnämndsrepresentanter eller utsedd ersättare samt möjlighet att adjungera deltagare från det politiska nätverket för utbildningsnämnder
- Ordförande och andre vice ordförande i norra delregionala nämnden eller utsedd ersättare
- Presidiet för styrelsen för Regionhälsan
- Presidiet för styrelsen för Närhälsan
- Presidiet för styrelsen för NU-sjukvården
- Presidiet för styrelsen för Habilitering & Hälsa
- Presidiet för tandvårdsstyrelsen

Fyrbodals nätverk för socialnämndsrepresentanter samt norra delregionala nämnden har möjlighet att ta med en tjänsteperson.

Delregionalt politiskt samråd utser ordförande och vice ordförande för två år i taget.

Ordförandeskapet och vice ordförandeskapet alternerar mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Huvudregeln är att vice ordförande efter två år blir ordförande och en ny vice ordförande utses.

Delregionalt politiskt samråd utser ordförande och vice ordförande för en period på två år; i övrigt följer samrådsorganet den ordinarie mandatperioden. Delregionalt politiskt samråd sammanträder cirka fyra gånger per år.

Representanten för Vårdsamverkans kansli är sekreterare, och protokollen publiceras på hemsidan.

Presidium

Presidiet består av ordförande och vice ordförande i Delregionalt politiskt samråd, och bereder ärenden till Delregionalt politiskt samråd. Som tjänstepersonsstöd i beredningen deltar ordförande i styrgruppen, en representant från Vårdsamverkans kansli samt tjänsteperson från Fyrbodals kommunalförbund och norra delregionala nämnden. Representanten från Vårdsamverkans kansli är sekreterare.

Spridningsdag

En gång per år kallas Delregionalt politiskt samråd och styrgruppen till en spridningsdag, då det gångna årets uppdrag, uppföljning, avvikelser och resultat inom Vårdsamverkan Fyrbodals presenteras och diskuteras. Inbjudan skickas även till chefer och övriga intresserade. Vårdsamverkans kansli ansvarar för all organisation och administration kring spridningsdagen.

Vårdsamverkans kansli

Vårdsamverkans kansli ansvarar för att koordinera, omvärldsbevaka och stödja nätverk, utvecklingsgrupper och lokala samverkansgrupper. De ska också följa upp genomfört arbete, bereda ärenden och återrapportera till berörd part. Kansliet ska sammanställa resultatet av vårdsamverkan utifrån den beslutade politiska viljeinriktningen och styrgruppens genomförandeplan.

Kansliet ska även sammanställa rapporter från olika lokala samverkansgrupper, nätverk och utvecklingsgrupper. Kansliet har ansvar för att övergripande strategiska samverkansfrågor mellan vårdgivarna bevakas, bereds, utvärderas och följs upp. Kansliet har även ansvar för att koordinera, följa upp, utveckla och bereda frågor för inriktningsbeslut i gemensamma strategiska samverkansfrågor.

Vid Vårdsamverkans kansli arbetar samordnare och processledare, på uppdrag av Delregionalt politiskt samråd. Kansliet har möjlighet att anställa tillfälliga processledare. Vårdsamverkans kansli ska ha ett opartiskt förhållningssätt gentemot huvudmännen.

5. Ekonomi

Vårdsamverkan är en del i varje huvudmans uppdrag och finansieras inom ramen för detta ansvar. Vårdsamverkansparterna svarar för kostnaderna för Vårdsamverkans kansli.

Västra Götalandsregionen betalar 50 procent och kommunerna 50 procent av kostnaderna, baserat på befolkningstäthet den 1 juli föregående år. Utöver den fasta finansieringen kan olika former av projektmedel komma att sökas för att finansiera gemensamma utvecklingsprojekt inom ramen för Vårdsamverkan Fyrbodals.

6. Avvikelsehantering

De avvikelser som sker i vårdsamverkan ska rapporteras enligt rutin, Avvikelsehantering i samverkan, och gäller för samtliga ingående verksamheter i Vårdsamverkan Västra Götaland. Avvikelsehantering har en viktig roll när det kommer till att upptäcka brister i samverkan mellan huvudmännen så att dessa kan åtgärdas, processer kan förbättras och därmed leda till bättre sammanhållna vård för våra invånare.

I enlighet med aktuell rutin ska analys ske och användas för systematiskt förbättringsarbete och kunskapsutveckling. Tillsammans med insamlade data från de lokala samverkansgrupperna och pågående utvecklingsgrupper har Vårdsamverkans kansli ett uppdrag att sammanställa och analysera underlaget för att skapa förutsättningar att utveckla vårdsamverkan i hela Fyrbodals.

Kansliet ansvarar för sammanställning, analys och återrapportering till både Delregionalt politiskt samråd och styrgruppen, samt årlig rapport till Vårdsamverkan Västra Götaland.

7. Uppföljning

Delregionalt politiskt samråd ansvarar för uppföljningen av allt arbete som görs inom ramen för Vårdsamverkan Fyrbodals. Uppföljningen ska genomföras årligen, med utgångspunkt i den av Delregionalt politiskt samråds antagna genomförandeplan.