



Plats och tid	Herrljunga kommun, Nossan (A-salen), kommunhuset kl. 13.15-15.20		
Beslutande	Eva Larsson (C), ordförande Anette Rundström (S), vice ordförande Kitty Andersson (S) Carina Fredriksen (S) Anette Aleryd (L) Jan Knudsen (KV) Kerstin Setterberg (KD) Thorbjörn Holgersson (C) Alexander Strömborg (SD) Magnus Lennartsson (M) Harry Nilsson (S), tjug. ers. för <i>Vakant (KV)</i>		
Övriga deltagare	Sandra Säljö, socialchef Linn Marinder, controller §§ 31-40 Jennie Turunen, verksamhetschef §§ 31-40 Susanne Johnsen, verksamhetschef §§ 31-40 Heléne Backman-Carlsson, SAS/kvalitetssamordnare §§ 31-35 Ulf Wedin, projektledare § 40 Linnea Nilsson, nämndsamordnare Inger Gustavsson (L), ej tjänstgörande ersättare §§ 31-40 Lars Lorentzon (S), ej tjänstgörande ersättare §§ 31-34, 38-40 Berith Källerklint, MAS/MAR/kvalitetssamordnare §§ 31-35		
Utses att justera	Thorbjörn Holgersson (C)		
Justeringens plats och tid	Kommunhuset, Herrljunga, 2022-03-29, omedelbar justering		
Under- skrifter	Sekreterare	Linnea Nilsson	Paragrafer 31-40, 42-43
	Ordförande	Eva Larsson	
	Justerande	Thorbjörn Holgersson	

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Socialnämnden		
Sammanträdesdatum	2022-03-29		
Datum för anslags uppsättande	2022-03-29	Datum för anslags nedtagande	2022-04-20
Förvaringsplats för protokoll	Socialförvaltningen, kommunhuset, Herrljunga		

Underskrift



Innehållsförteckning

§ 31 Godkännande av dagordningen	3
§ 32 Socialförvaltningen informerar	4
§ 33 Patientsäkerhetsberättelse 2021	5
§ 34 Kvalitetsberättelse 2021	6
§ 35 Redovisning av statsbidrag 2021	7
§ 36 Månadsuppföljning per 2022-02-28 för socialnämnden.....	8
§ 37 Svar på medborgarförslag om hemtjänsten i Herrljunga kommun	10
§ 38 Svar på motion om gratis fixartjänst.....	11
§ 39 Återrapport från kontaktpolitiker	12
§ 40 Redovisning av förstudie av Hemgårdens lokalanvändning.....	13
§ 42 Meddelanden	15
§ 43 Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2022-02-01–2022-03-28	16



SN § 31

Godkännande av dagordningen

Sammanfattning

Enligt 4 kap. 20 § kommunallagen får varje ledamot i en nämnd väcka ärenden i nämnden

Ingen av de närvarande ledamöterna anmäler något extra ärende och den utskickade dagordningen godkänns.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 32

Socialförvaltningen informerar

Sammanfattning

Sandra Säljö, socialchef, informerar nämnden om följande:

- Kriget i Ukraina har ännu inte påverkat socialförvaltningen i någon större utsträckning. En inventering av boendeplatser för flyktingar har genomförts med säkerhetschef och fastighetschef, där bedömningen blev att 100 platser för flyktingar kan erbjudas på Gäsenegården, vilket har anmälts till Migrationsverket. Kommunen har ännu inte fått besked om dessa platser kommer att utnyttjas, men följer utvecklingen noga.
- Inom verksamheten vård och omsorg har vissa förändringar skett i chefsledet. Inom hälso- och sjukvård har kommunen en ny enhetschef, Sara Styrod. En biträdande enhetschef kommer att börja sin tjänst snart. Bonette Marstorp har haft samma tjänst tidigare men har nu blivit enhetschef på Hemgården demens. På Hemgården somatik börjar enhetschefen Johanna Lövgren i april. I augusti kommer alla chefer vara på plats, då en ny enhetschef till korttid och bemanning börjar sin tjänst.
- För närvarande ligger en annons ute till enhetschef för barn och familj på individ- och familjeomsorgen, detta då nuvarande enhetschef går i pension.

Helene Backman-Carlsson, SAS/kvalitetssamordnare, informerar nämnden om följande:

- En Lex Sarah-utredning är påbörjad som är baserad på två avvikelser. Det berör brister i dokumentation gällande verkställighet inom LSS, personlig assistans. Åtgärder har satts in i ärendena och en genomlysning pågår.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 33

DNR SN 36/2022 730

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Sammanfattning

I patientsäkerhetslagen framgår det att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska bland annat upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse, vars syfte är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara så detaljerad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens olika delar fortgår.

Likt föregående år har större delen av patientsäkerhetsarbetet främst berört covid-19-pandemin. Det har till största del innefattat utbildningsinsatser inom basala hygienrutiner, vilket innebär att annat arbete fått en lägre prioritet. Kommande år finns många mål att inrikta sig på i patientsäkerhetsarbetet för att uppnå en god och säker vård.

Under året har samverkan skett med andra vårdgivare, dels avseende pandemin, dels avseende utveckling av arbetet med SIP (samordnad individuell plan). Vidare har det förekommit frekvent läkemedelssvinn under året. Efter ett grundligt arbete av flera personalkategorier samt en översyn av rutinerna för läkemedelshantering på enheterna har svinnet upphört.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-10
Patientsäkerhetsberättelse 2021

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelse 2021 och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Patientsäkerhetsberättelse 2021 godkänns och läggs till handlingarna (bilaga 1, SN § 33/2022-03-29).



SN § 34

DNR SN 20/2022 7700

Kvalitetsberättelse 2021

Sammanfattning

Varje år dokumenteras arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten i en kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen beskriver hur arbetet med utveckling av verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Likt 2020 har år 2021 präglats av covid-19-pandemin, vilket lett till att verksamheten behövt prioritera andra uppgifter lägre. Under året har ett fortsatt kvalitetsarbete pågått, bland annat genom uppdatering av dokument till handboken, kvalitetsmöten, brukarundersökningar och egenkontroller. Rapporteringar av avvikelser har oftast förekommit i dialogen på kvalitetsmöten. I ett fortsatt arbete behöver fokus även vara på förebyggande arbete genom analyser. Dokumentation av systematiskt förbättringsarbete har skett i större utsträckning än tidigare år, till exempel genom risk- och konsekvensanalyser vid förändringar samt utredningar vid synpunkter och klagomål.

Ett fortsatt förbättringsarbete behövs för att säkra en god omsorg i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Detta arbete bedöms handla om vidare analyser av resultat och orsaker, bättre dokumentation, en översyn av det administrativa arbetet och en fortsatt uppdatering av riktlinjer och rutiner i handboken. Olika resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2022.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-11
Kvalitetsberättelse 2021

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner kvalitetsberättelsen för 2021 och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Kvalitetsberättelsen för 2021 godkänns och läggs till handlingarna (bilaga 1, SN § 34/2022-03-29).

För kännedom till: Revisionen



SN § 35

DNR SN 133/2021 7706

Redovisning av statsbidrag 2021

Sammanfattning

Regeringen tilldelar bland annat kommuner statsbidrag till vissa riktade områden. Det generella syftet med statsbidragen är att erbjuda stöd som ger förutsättningar till satsningar och utveckling inom områden. Medlen gäller för innevarande år och de flesta medel ska efter årets slut redovisas till respektive myndighet, avseende vad som är genomfört och till vilka kostnader. Om medel inte har använts ska dessa återbetalas i de flesta fall. De flesta statsbidrag inom socialförvaltningens område handläggs av Socialstyrelsen som utlyser dessa på uppdrag av regeringen. Några statsbidrag söks i samverkan med Boråsregionen och ett via Kammarkollegiet.

En stor del av statsbidragen 2021 var riktade till äldreomsorgen. Den totala summan för 2021 års beviljade medel är ca 11,8 mkr. Av dessa ska förvaltningen återbetala motsvarande 2,159 mkr avseende statsbidraget Äldreomsorgslyftet. Anledningen till att statsbidraget inte kunnat nyttjas fullt ut beror på vissa kriterier som har legat till grund för utbildningarna som inte kunnat uppnås, främst gällande brister i behörighet.

Samtliga övriga statsbidrag har nyttjats generellt enligt planerade aktiviteter inom olika områden. Om inga negativa beslut kommer från myndigheterna efter återredovisningarna så ska inga andra statsbidrag återbetalas.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-11

Redovisning av statsbidrag 2021 daterad 2022-03-11

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner redovisningen av statsbidrag 2021.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Redovisningen av statsbidrag 2021 godkänns.



SN § 36

DNR SN 9/2022 7706

Månadsuppföljning per 2022-02-28 för socialnämnden

Sammanfattning

Prognosen per den siste februari visar ett underskott på 2 000 tkr, för socialnämnden för helår 2022. 3 100 tkr avser de flyktingmedel avseende 2017 års nyanlända som förs till resultatet 2022. Övriga verksamheter visar en negativ prognos på 5 100 tkr.

Enhet	Budget 2022	Prognos 2022	Avvikelse helår	Förändring prognos
Nämnd	559	559	0	0
Förvaltningsledning	15 846	15 846	0	0
IFO	36 386	32 436	3 950	3 950
IFO övergripande	311	311	0	0
IFO vuxen o bistånd *	19 360	15 410	3 950	3 950
IFO BoF	16 715	16 715	0	0
Vård och omsorg	127 889	128 339	-450	-450
Vård och omsorg gem	6 999	7 449	-450	-450
Korttid och bemanning	11 893	11 893	0	0
Hagen säbo	16 977	16 977	0	0
Hemgården demens	10 144	10 144	0	0
Hälso- och sjukvård	23 194	23 194	0	0
Hemgården omvårdnad	15 995	15 995	0	0
Hemtjänst	7 135	42 687		
Socialt stöd	44 407	49 907	-5 500	-5 500
Socialt stöd gem	2 841	2 841	0	0
Funktionshinder 1	15 140	15 740	-600	-600
Funktionshinder 2	9 441	14 341	-4900	-4900
Stöd och resurs	9 410	9 410	0	0
Sysselsättning	7 575	7 575	0	0
Totalsumma	225 086	227 086	-2 000	-2 000

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-10

Månadsrapport per 2022-02-28 för socialnämnden daterad 2022-03-04

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner månadsuppföljningen.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.



Fortsättning SN § 36

Socialnämndens beslut

1. Månadsuppföljningen godkänns.



SN § 37

DNR SN 97/2021 733

Svar på medborgarförslag om hemtjänsten i Herrljunga kommun

Sammanfattning

Ett medborgarförslag inkom 2021-05-19 från Birgitta Larsson. Förslagsställaren föreslog att kommunen delas upp i mindre hemtjänstområden med fast personal samt att tillitsbaserad styrning av hemtjänsten införs, där vårdtagarens behov är utgångspunkten och tiden anpassas därefter. Kommunfullmäktige överlämnade ärendet till socialnämnden för beredning (KF § 81/2021-05-24).

Socialförvaltningen har nu berett medborgarförslaget. Det pågår flera aktiviteter vars syfte är att säkerställa kvalitet och kontinuitet för brukarna inom hemtjänsten. Under hösten 2021 har en kostnadsanalys av äldreomsorgen med fokus på hemtjänsten genomförts, som visat att Herrljungas hemtjänst är mindre effektiv än andra kommuner och kostar mer per timme. För att klara framtidens äldreomsorg är det en förutsättning att hemtjänsten kan effektiviseras utan att det påverkar kvaliteten till brukaren. Det är också nödvändigt för att kunna införa en LOV-organisation, något förvaltningen fått i uppdrag att utreda förutsättningar för samt planera för ett införande. Åtgärdsområden som identifierats och som kommer att analyseras under projektet är bland annat kringtid, geografi, ruttplanering, schemaläggning och kompetens/bemanning. Vidare har socialnämnden i sin budget och verksamhetsplan angett som målandikator att personalkontinuiteten i hemtjänst skall öka. Regeringen har också nyligen beslutat om en lagrådsremiss där kommunerna blir skyldiga att erbjuda personer med hemtjänst en fast omsorgskontakt om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatser genomförs. Förvaltningen har börjat ta fram en plan för hur detta ska hanteras och det kommer också att ingå i effektiviseringsprojektet.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-11
Kommunfullmäktige § 81/2021-05-24

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige anse medborgarförslaget besvarat.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens förslag till kommunfullmäktige

1. Medborgarförslaget anses besvarat.

Expedieras till: Kommunfullmäktige



SN § 38

DNR SN 57/2020 101

Svar på motion om gratis fixartjänst

Sammanfattning

En motion inkom 2020-03-13 från Mats Palm (S) om att införa gratis fixartjänst för personer med biståndsbedömd hemtjänst. Kommunfullmäktige överlämnade motionen till socialnämnden för beredning (KF § 53/2020-04-07).

Socialförvaltningen har utrett den inkomna motionen och föreslagit ett beslut utifrån konkurrenslagstiftningen och utifrån likställighetsprincipen i kommunallagen. Förvaltningens bedömning är att motionärens förslag skulle innebära att kommunen direkt konkurrensbegränsar marknaden och att man inte förhåller sig till likställighetsprincipen. Utifrån de grunderna föreslår förvaltningen att motionen avslås.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-10
Kommunfullmäktige § 53/2020-04-07

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att avslå motionen.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens förslag till kommunfullmäktige

1. Motionen avslås.

Expedieras till: Kommunfullmäktige



SN § 39

Återrapport från kontaktpolitiker

Sammanfattning

Ingen av de närvarande ledamöterna har varit på besök i sina kontaktverksamheter sedan det senaste nämndsammanträdet.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 40

DNR SN 80/2020 730

Redovisning av förstudie av Hemgårdens lokalanvändning

Sammanfattning

Kommunfullmäktige beslutade i november 2020 att ge socialnämnden i uppdrag att utreda behovet av reinvesteringar för att kunna hantera kommande behov av platser för somatisk vård på Hemgården (KF § 145/2020-11-17). Utifrån att beslut var fattat om att bygga Hagens demenscenter beslutade socialnämnden också att förvaltningen skulle utreda vilka verksamheter utöver platser för somatisk vård som kan vara aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill tillhörande reinvesteringar (SN § 157/2020-12-15). I denna förstudie redogörs för uppdraget avseende utredning av vilka verksamheter utöver platser för somatisk vård som är aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill hörande reinvesteringar.

Förstudien visar att Hemgårdens lokaler klarar att inrymma alla de verksamheter som socialförvaltningen föreslagit. Därmed skulle Hemgården bli en levande byggnad med varierad verksamhet även efter att demensavdelningarna flyttar ut till Hagen 2023. Bedömningen är att följande kan inrymmas: Hemgårdens nuvarande 29 platser, en utökning med 14 somatiska platser, daglig verksamhet enligt LSS, kontor för chefer och för planerare i hemtjänst och bemanning, dokumentationsrum för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor med låsta läkemedelsförråd, mötesrum, befintliga hemtjänstgrupper inom tätort och landsbygd och även hemtjänsten Ljung vid behov.

Kostnaden för ombyggnationen beräknas till ca 21 mkr och byggstart är möjlig under hösten 2023 när demensavdelningarna flyttat från Hemgården till Hagen. Investeringsäskandet för ombyggnationen sker i enlighet med investeringsprocessen som hanteras under 2022.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-03-03

Socialnämnden § 157/2020-12-15

Arkitektritningar 1, 2, 3 och 4 i ärendet

Kostnadsbedömning daterad 2022-02-03

Underlag kalkyl för kostnadsbedömning daterad 2022-02-03

Synpunkter från referensgrupp SÄBO Hemgården daterad 2022-03-18

Synpunkter från referensgrupp Hemtjänst (Landsbygd, tätort och Ljung) daterad 2022-01-12

Synpunkter referensgrupp daglig verksamhet både personal och brukare daterad 2021-12-20

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner förstudien och skickar den vidare till kommunstyrelsen för information.



Fortsättning SN § 40

Magnus Lennartsson (M) yrkar på att ärendet återremitteras till förstudiegruppen för vidare utredning.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om ärendet ska avgöras idag eller återremitteras och finner att socialnämnden avgör ärendet idag.

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Förstudien godkänns och skickas vidare till kommunstyrelsen för information (bilaga 1, SN § 40/2022-03-29).

Reservation

Magnus Lennartsson (M) reserverar sig mot beslutet till förmån för eget förslag.

För kännedom till: Kommunstyrelsen



SN § 42

Meddelanden

Följande meddelanden redovisades vid sammanträdet

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2022-02-28 - - 2022-03-28	VS
2	Protokoll från förvaltningssamverkansgrupp (FSG) 2022-03-24	SN 17/2022
3	KS § 24/2022-02-21 Äskande från socialnämnden om medel för att fortsätta effektiviseringsprojekt inom hemtjänsten under 2022	SN 13/2022
4	KF § 6/2022-02-21 Varumärkesstrategi för Herrljunga kommun	SN postlista 2022:2
5	KF § 9/2022-02-21 Revidering av riktlinje för färdtjänst samt riktlinje för hantering av taxor och avgifter inom socialnämndens verksamhet	SN 134/2021
6	KF § 10/2022-02-21 Revidering av reglemente för kommunala pensionärs- och funktionshindersrådet	SN 153/2021

Socialnämndens beslut

1. Meddelande 1 bordläggs till nästkommande sammanträde
2. Meddelande 2-6 läggs till handlingarna.



SN § 43

**Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2022-02-01–
2022-03-28**

Följande delegeringsbeslut anmäldes vid sammanträdet

<i>Nr</i>	<i>Delegationsbeslut</i>	<i>DNR</i>
1	Delegeringsbeslut – IFO, fattade under tidsperioden 2022-02-01 - - 2022-03-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, kommunhuset, Herrljunga
2	Delegeringsbeslut – bistånd, fattade under tidsperioden 2022-02-01 - - 2022-03-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, kommunhuset, Herrljunga
3	Delegeringsbeslut – färdtjänst, fattade under tidsperioden 2022-02-01 - - 2022-03-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, kommunhuset, Herrljunga

Socialnämndens beslut

1. Redovisningen av delegeringsbeslut bordläggs till nästa sammanträde.

Bilaga 1, SN § 33/2022-03-29

DIARIENUMMER: SN 36/2022

FASTSTÄLLD: 2022-03-29

DOKUMENTANSVAR: Berith Källerklint
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Susanne Johnsen
Verksamhetschef Vård- och omsorg

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Socialförvaltningen Herrljunga kommun



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Struktur.....	4
2.1	Övergripande mål och strategier	4
2.1.1	Organisation och ansvar	4
2.1.2	Socialnämndens ansvar.....	5
2.1.3	Förvaltningschefs ansvar	5
2.1.4	Verksamhetschefs ansvar	5
2.1.5	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	5
2.1.6	Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR	6
2.1.7	Enhetschefens ansvar.....	6
2.1.8	Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	7
2.1.9	Medarbetares ansvar	7
2.2	Samverkan för att förebygga vårdskada	7
2.2.1	Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård.....	8
2.2.2	Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett.....	8
2.2.3	Samverkan Närsjukvårdsteamerna Alingsås lasarett och SÄS samt NAV-teamet SÄS	8
2.2.4	Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare.....	9
2.2.5	Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell Plan (SIP).....	9
2.2.6	Samverkan Läkarmedverkan/Närhälsan	10
2.2.7	Patientnämnden	10
2.2.8	Intern samverkan för en god och säker vård.....	10
2.2.9	Extern samverkan för en god och säker vård.....	11
2.2.10	MAS/MAR-nätverk.....	11
2.2.11	MAR-nätverk.....	11
2.2.12	Vårdhygien	11
2.3	Patienters och närståendes delaktighet	11
2.4	Hälso- och sjukvårdspersonals rapporteringsskyldighet.....	12
2.4.1	Dokumentation	13
2.4.2	Systematiskt kvalitetsarbete	13
2.5	Klagomål och synpunkter	13
3	Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten	14
3.1	Risikanalys.....	15
3.2	Utredning av händelser – Vårdskador	15
3.3	Informationssäkerhet	16

3.3.1	SIHTS-kort inloggning/ID-kort.....	16
3.4	Beslutsstöd VISAM.....	16
3.5	Pascal.....	16
3.6	Nationell patientöversikt (NPÖ).....	17
4	Resultat och analys.....	17
4.1	Nationell punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler	17
4.2	Nationell punktprevalensmätning (PPM) Trycksår	18
4.3	Senior Alert	19
4.3.1	Fallprevention.....	20
4.3.2	Trycksår.....	20
4.3.3	Undernäring.....	20
4.3.4	Munhälsa	20
4.3.5	Blåsdysfunktion.....	21
4.4	Svenska palliativregistret.....	21
4.5	BPSD-registret.....	23
4.6	Delegering	23
4.7	Egenkontroll	24
4.7.1	Basala hygienrutiner.....	24
4.7.2	Skydds- och begränsningsåtgärder	24
4.7.3	Medicintekniska produkter (MTP)	25
4.8	Avvikelser.....	25
4.9	Avvikelse­rapportering i Närvårdssamverkan	27
4.10	Händelser och vårdskador	28
4.11	Ris­kanalys.....	28
4.12	Redovisning av arbetet med Covid-19 för att hindra smittspridning.....	29
5	Mål och strategier för kommande år	30

1 Sammanfattning

Vårdgivaren skall upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen skall ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.

Patientsäkerhetsberättelsen skall hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Patientssäkerhetsberättelsen finns tillgänglig på Herrljunga kommuns hemsida.

Arbetet runt covid-19 har tagit en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Det pandemiska läget har medfört att hälso- och sjukvården i Herrljunga kommun har tvingats prioritera arbetet med hygien och smitta samt under våren 2021 inriktat sig på att vaccinera patienter, brukare och personal.

Det verksamhetsnära utvecklingsarbetet har fått stå tillbaka för att prioritera patienters överlevnad och medarbetares säkerhet. Hälso- och sjukvården har tvingats att hantera inställda insatser, digitala omställningar, fortsatta besöksrestriktioner och inte minst den stora påfrestning som blivit för vårdpersonal. Utvecklingsarbetet bör därför planeras om till kommande år med förhoppning om att kunna genomföras. Pandemin har visat vilka processer som håller för stark påverkan av omgivningsfaktorer och vilka processer som behöver förstärkas.

Utvecklingsarbete runt avvikelser och själva lärandeprocessen av att arbeta med avvikelser bör prioriteras.

Vård - och omsorgspersonalen har gått utbildningar i basala hygienrutiner och ändra arbetssätt för att minska risken för smittspridning har utformats efter direktiv från regionen. Trots detta så har det inte gått att helt undvika smitta av covid-19 på boende och i hemtjänst, även om smittotalet varit lågt.

Antalet avvikelser under året har minskat främst inom läkemedel och fallolyckor. Att avvikelserna minskat beror troligen på digitala signeringsverktyget MCSS (Appva). Förvaltningen genomför löpande justeringar i arbetet med MCSS.

För att ytterligare säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister så som Senior Alert, Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) och Svenska Palliativregistret. Detta är också målindikatorer för socialnämnden att användandet av systemen skall öka.

Några viktiga åtgärder för patientsäkerhet är deltagandet i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Palliativregistret. Personalen arbetar systematiskt med riskbedömningar enligt Senior Alert. Vår analys är att arbetet bidrar till en god och säker vård. Statistik från Palliativregistret kring "smärtskattning sista levnadsveckan" har förbättrats jämfört med tidigare år. Dialog i hela arbetsgruppen har bidragit till att förbättra resultatet.

Året har också inneburit ett mycket stort arbete med vaccinering mot covid-19, både patienter, brukare och hushållsnära kontakter samt personal har erbjudits möjlighet till att erhålla dos 1 och dos 2. Vaccinering av patienter/brukare/hushållsnära kontakt har skett i samarbete med Närhälsan Herrljunga. Personalvaccination har skett i samarbete med Doktor 24.

2 Struktur

2.1 Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska risken att drabbas av vårdskador för personer som får vård och omsorg inom socialförvaltningen. Den främsta strategin för en god patientsäkerhet är hantera avvikelser, synpunkter och klagomål. Syftet med avvikelshanteringen är att se vad som orsakar händelserna och forma åtgärder så att händelserna inte upprepas.

Under år 2021 har arbete med att revidera avvikelserutin för att förtydliga processen pågått och en processkarta bör tas fram för att förtydliga flödet och förenkla arbetet med avvikelser.

Ledningssystemet skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje år beskrivs ett antal mål inom de olika verksamhetsgrenarna på olika detaljerad nivå. Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Herrljunga kommuns vision och politiska mål skall vara vägledande för kommunens verksamheter. Socialnämnden har i en Socialtjänstplan formulerat den grundsyn som utgör basen för socialnämndens arbete. Socialtjänstplanen syftar till att tydliggöra etiska värden och normer som skall vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete skall genomsyras av socialnämndens värdegrund.

Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård kan ges. Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelssystem, synpunktshantering, bedömningsinstrument, riskanalyser, internkontroll. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i handboken på kommunens intranät.

Vidare bör riskbedömningar genomföras med regelbundenhet hos personer som bor på särskilt boende för äldre för att minska risken för fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen. De som bor på demensboende erbjuds också en skattning av symtom på demenssjukdomen med olika omvårdnadsåtgärder för att lindra symtomen. För att minska risken för smittspridning i vården genomförs också mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom egenkontroller. På grund av Corona-pandemin under året har ett stort fokus varit att minska risken för smittspridning och en mängd olika åtgärder har genomförts, bland annat flera utbildningar i basal hygien för vård- och omsorgspersonalen.

2.1.1 Organisation och ansvar

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

Herrljunga kommun bedriver hälso- och sjukvård i verksamheterna Äldreomsorg samt Funktionshinder.

Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

Vårdgivaren har yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet som skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterföljs av alla utförare i kommunen. Socialnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

2.1.2 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden i Herrljunga kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har övergripande ansvar för att placera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Nämnden ansvarar för att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns.

2.1.3 Förvaltningschefs ansvar

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.

Förvaltningschef kommunicerar ut och omsätter nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.

2.1.4 Verksamhetschefs ansvar

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och skall säkerställa god och säker vård. Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra och utveckla verksamheten.

Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdsförordningen, 2017:80) samt

- att det finns rutiner och processer beskrivna i ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- att personalens kompetens upprätthålls genom utbildningsinsatser.

2.1.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde. MAS upprättar rutiner för att styra och följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården.

MAS upprätthåller och utvecklar verksamhetens kvalitét och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Vidare ska MAS tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats

av läkare. Ansvar avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador och teknisk säkerhet.

MAS gör bedömning om en HSL-avvikelse är så allvarlig (händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada) att den skall anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

MAS följer upp avvikelser inom verksamheten samt redovisar avvikelserna för socialnämnden.

MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.

MAS arbete sker i vissa delar i samarbete med socialt ansvarig samordnare, SAS.

2.1.6 Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

MAS har under 2021 haft MAR-uppdrag. I mars 2022 tillsätts tjänsten MAR på 20%. Tjänsten kommer att innehas av legitimerad arbetsterapeut.

I regeringens pågående utredning ”En äldreomsorgslag dir. 2020:142” som ska redovisas den 30 juni 2022 finns ett lagförslag om medicinskt ansvarig för rehabilitering i varje kommun

MAR har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering/habilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAR skall upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns i verksamheten. MAR skall utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare skall MAR tillse att författningsbestämmelser är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter och dokumentation.

2.1.7 Enhetschefens ansvar

Enhetschef ansvarar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom sitt verksamhetsområde. Enhetschef ansvarar för att kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde samt att de är kända i verksamheten. Skall skapa förutsättningar för att personalen skall reflektera kring patientsäkerhetsarbete.

I arbetet ingår att göra personalen delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef skall kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt rutin. Utvärdering av avvikelser i verksamheten skall leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som skall öka patientsäkerheten i kommunen.

Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SOL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård.

I enhetschefers hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet, rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enhetschefer har det övergripande kvalitets- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Enhetschef skall omvandla områdets övergripande mål till handlingsplaner gällande sitt område samt att arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Enhetschef har ett helhetsansvar god vård och god omsorg bedrivs på enheten. Det innebär bland annat att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter. De har också ansvar för att hantera risker för patientsäkerheten och att arbeta förebyggande. På varje enhet skall också finnas tidsutrymme för kvalitets- och förbättringsarbete samt tid för individuell planering av vård och omsorg.

2.1.8 Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs. De har därmed också en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

2.1.9 Medarbetares ansvar

Alla medarbetare har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer föreskrifter och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt att rapportera om det finns risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

Här finns en förbättringspotential då den informationen oftast stannar på enheten och inte meddelas till MAS. Därav blir inte händelser utredda utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Verksamhetschef för vård- och omsorg har haft löpande dialoger med alla enhetschefer på ledningsgrupp om vikten att skriva och följa upp avvikelser. Enhetscheferna har därefter löpande dialog på sina APT med medarbetare för att tydliggöra medarbetarens egna ansvar.

2.2 Samverkan för att förebygga vårdskada

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse utreds och avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmän och annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunen, Närvårdsavvikelser. Stor del av den externa avvikelsehanteringen gäller informationsöverföring och läkemedelslistor som är felaktiga då patient skrivs ut från sjukhuset och återkommer till sitt boende samt att kommunens personal uteblir från inbjuden SIP.

2.2.1 Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård

Närvårdsamverkan (NVS) Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård är primärvård, sjukhusvård och habilitering i Södra Älvsborg.

Närvårdsamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser.

Samverkan skall ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Närvårdsamverkan skall möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner som resulterar i samordning av olika insatser som ges och berör personer från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Målet med samverkan är att skapa smidiga övergångar för patienten i kontakten mellan sjukhus, primärvård och kommuner för de patienter som har stort behov av vård- och omsorg.

2.2.2 Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett

Vård och omsorg i livets slutskede benämns palliativ vård. Det är en aktiv helhetsvård i ett skede när det saknas möjligheter att bota patienten. Målet är att ge god, lindrande vård och behandling och förebygga plågsamma symtom så långt som det är möjligt. Palliativ vård ges utifrån den sjukes behov och önskemål oberoende av vem som är vårdgivare. Den palliativa vården indelas i olika faser. En tidig fas som är lång, en sen fas som är kort och kan omfatta dagar, veckor eller någon månad.

Palliativa teamet Alingsås lasarett utgår från Alingsås lasarett. Teamet arbetar i fyra kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Arbetet sker över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett.

2.2.3 Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och SÄS samt NAV-teamet SÄS

Närsjukvårdsteam vänder sig till patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov där vården kräver en samverkan över organisationsgränserna.

Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett utgår från Medicinkliniken Alingsås lasarett. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett. Herrljunga kommun ingår i Alingsås lasarets upptagningsområde.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås.

NAV-teamet (Nära Akut Vård) arbetar med akutsjukvård i hemmet. Samverkan mellan NAV teamet och kommunens sjuksköterskor, sker kring personer över 65 år oavsett sjukdomshistoria eller om de har hjälp från hemtjänst och hemsjukvård.

Kontakta tas av hemsjukvårdens sjuksköterskor som först ska ha träffat och bedömt patienten enligt VISAM

Teamet träffar patienten i dennes hem och har möjlighet för provtagning, analys på plats och starta behandling av till exempel infektioner, hjärtsvikt, andningsbesvär, ge blodinfusion mm I NAV-teamet arbetar en läkare och två sjuksköterskor. Från 2022 byter NAV teamet namn till Akutläkarteamet.

2.2.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare

Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om Mobil hemsjukvårdsläkare. Målgruppen för mobil hemsjukvårdsläkare är patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård i eget boende, med omfattade vård- och omsorgsbehov av teambaserad vård i hemmet. Teamet består av en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård samt läkare från vårdcentral. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt, det vill säga arbetar bland annat med riskbedömningar, vårdplaner, och läkemedelsgenomgångar för att förhindra undvikbara försämringar och komplikationer. Hemsjukvårdsläkaren skall vara patientens fasta vårdkontakt. Kvälls- och natttid sker samarbetet med Läkarjouren Göteborg som kommer ut om behov finns.

2.2.5 Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell Plan (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP skall upprättas tillsammans med den enskilde om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Syftet med SIP är att utifrån den enskildes behov och önskemål samordna verksamheternas stöd och insatser, samtidigt som den ger en helhetsbild av den enskildes situation för alla som är involverade i vården och omsorgen. SIP ökar även den enskildes inflytande och delaktighet kring insatser och stöd.

Samtliga vårdgivare är representerade vid planeringsmöte. Även anhöriga inbjuds att delta om patient önskar.

Resultat visar på en ökad patientsäkerhet när patient och de olika professionerna samlas och i samråd med patienten planerar och dokumenterar de insatser som skall utföras, vem som ansvarar för insatserna samt när och hur insatserna skall utföras. Arbetssättet bidrar till en personcentrerad vård.

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdssamverkan då rutinerna inte följs.

Delaktighet i SIP har varit lågt under 2021. Under 2022 bör antalet utförda SIP öka i förvaltningen samt en högre delaktighet vid inbjudan till SIP. Åtta närvårdssavvikelse som inkommit med anledning av uteblivet och ej avbokad deltagande vid inbjuden SIP. Förändring har skett i sättet att arbeta runt SIP.

Nytt arbetssätt med SIP startade under hösten 2021 efter beslut av Närvårdssamverkans styrgrupp. Information om förändrat arbetssätt nådde inte Herrljunga. Detta ledde till att personal som arbetar i SAMSA fick svårt att arbeta efter nytt infört arbetssätt som de inte fått information om. Det gjorde att under första tiden använde sig personal av att ringa till de lika avdelningar, sjukhus för att få klarhet i vad som gällde för patienter. Det tog mycket tid och var en källa till stress och oro. Och en stor risk för att fel skulle uppstå.

För att öka kvalitén kring SIP i Herrljunga kommun har kommunen numera en utsedd SIP-samordnare organiserad under socialförvaltningen som arbetar med uppdraget på 25%. SIP-samordnaren tillser att de som behöver utbildning i kommunen får det samt är kommunikationslänk mellan kommunen och regionen i frågorna kring SIP.

2.2.6 Samverkan Läkarmedverkan/Närhälsan

Västra Götalandsregionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Samverkansavtal mellan primärvården Västra Götalandsregionen och Herrljunga kommun är framtaget. I det årliga framtagandet av Närområdesplan tillsammans med Närhälsan finns bland annat avtal om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Samverkansavtalet mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun har fungerat bra under 2021 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet. Sjuksköterskor har daglig möjlighet till telefonkonsultation med läkare på Närhälsan.

Samverkansmöte med Närhälsan har genomförts varje månad via möte i Teams under våren 2021. Deltagare vårdcentralchef, verksamhetschef VO, enhetschefer HSL och MAS. Samsyn och diskussioner runt gemensamma rutiner, gränsdragningsfrågor, informationsöverföring, dokumentation med mera. Syftet är att identifiera förbättringsområden mellan vårdgivare.

Samarbete med utbyte av tjänster sker för att underlätta för gemensamma patienter.

På grund av hård belastning på verksamheterna relaterat till pandemin samt chefsbyte på Närhälsan minskade antalet möten under hösten 2021. Dock har samverkan skett för att ta fram en ny Närområdesplan för bland annat avtal om läkarmedverkan ingår. Samverkansmöten är inplanerade under 2022 där även Primärvårdsrehab är en part.

2.2.7 Patientnämnden

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården. Dessa sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården. Herrljunga kommun har generellt fåtal ärenden hos patientnämnden, och under 2021 har ett ärende inkommit. Frågeställning besvarat.

2.2.8 Intern samverkan för en god och säker vård

För resultat i det förebyggande arbetet krävs ökad samverkan mellan olika professioner och verksamheter inom kommunens vård och omsorg. Den vård och omsorg som planeras och som skall ges kräver planering tillsammans med patienten.

Teammöten har genomförts på särskilda boenden i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet, som består av sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, kontaktperson samt enhetschef som är sammankallande, går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och BPSD och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten.

Rutin runt teammöten behöver ses över och kompletteras till en generell för samtliga enheter. Det är av största vikt att samtliga professioner deltar på teammöten för att kunna se till patientens behov och att kunna följa för ändringar av insatserna över tid.

2.2.9 Extern samverkan för en god och säker vård

Herrljunga tillhör primärvårdsområde sju och har under året haft regelbundna möten digitalt med primärvårdschef och övriga MASAR i södra Älvsborg. Där behandlas frågor som rör bland annat läkemedel, behandlingsmetoder, samarbetsfrågor, vaccinationer. Årets möten har varit med tyngd mot arbetet runt pandemin.

Under våren 2021 har ett möte hållits tillsammans med Apoteket Stjärnan. Det är av största vikt att dessa möten återupptas och att samverkan sker.

2.2.10 MAS/MAR-nätverk

MAS och MAR från åtta kommuner i södra Älvsborg har mötts regelbundet för samverkan. Länsgemensamma rutiner och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet. Under år 2021 har samtliga möten genomförts digitalt.

2.2.11 MAR-nätverk

MAR från Västra Götaland möts regelbundet för samverkan. Gemensamma rutiner och dokument arbetas fram för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i Västra Götaland. Under 2021 har samtliga möten genomförts digitalt.

2.2.12 Vårdhygien

Vårdhygien är resurs för kommunal hälso- och sjukvård. De arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) och risken för smittspridning i vården.

Under 2021 har de varit en stor samarbetspartner utifrån rådande pandemiläge. Vårdhygien har under 2021 haft veckovisa möten med MASar i Södra Älvsborg.

De har kontinuerliga utbildningar för hygienombud. Enhetschefer har under året varit inbjudna kontinuerligt till träffar via Teams, där de kan ställa allmänna hygienfrågor och frågor relaterade till pandemin. Även Smittskydd har haft utbildningar angående pandemin, där smittskyddsläkare föreläst samt svarat på frågor.

Flertalet enhetschefer har deltagit men vissa möten har blivit inställda och vissa prioriteringar har gjorts och information till alla EC har gått ut via VC till VO ledningsgrupp.

2.3 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan skall ske med patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan, rehabiliteringsplan och genomförandeplan så långt som möjligt, enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659. Patienten, och i förekommande fall närstående, tillfrågas om deltagande. För att uppnå optimal delaktighet för patient och närstående sammankallas berörda till vårdplanering eller SIP (Samordnad Individuell Plan).

Vid deltagande i nationella studier tillfrågas alltid patienten, i förekommande fall närstående om samtycke. Vid deltagande i kvalitetsregister tillfrågas alltid patienten, i förekommande fall närstående. Patient informeras också att samtycke kan tas tillbaka för att delta i kvalitetsregistrering.

Verksamheten skapar förutsättningar för den enskilde att få insyn och möjlighet att påverka sina HSL-insatser. Vid behov sker detta med stöd av personal och närstående. Alla som arbetar med brukare och patienter, arbetar också med stöd till närstående. Stödet innebär ett professionellt och gott bemötande med en god serviceanda. Närstående skall bli sedda och lyssnade på. Närstående har kunskaper som är värdefulla för verksamheten och de skall därför ses som en resurs i arbete med den enskilde.

Varje patient får i upprättande av sin genomförandeplan möjlighet att beskriva hur denne vill ha sina insatser utförda. Vid samordnad individuell planering (SIP) är patient och eventuellt närstående delaktiga och vid utredning av allvarliga avvikelser har patient möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Hälso- och sjukvården i Herrljunga kommun har en viljeriktning att stärka patientens delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet.

När en patient flyttar in till särskilt boende erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ger sjuksköterska information om hemsjukvården. I samtalet ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.

Vid utredning runt eventuell vårdskada som uppkommit sker en dialog med patient eller närstående om händelsen och händelseförloppet.

2.4 Hälso- och sjukvårdspersonals rapporteringsskyldighet

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

All personal som arbetar inom socialtjänst eller verksamhet enligt LSS och Hälso- och sjukvård har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens systematiskt utvecklas och säkras.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna handlar om fallincidenter och läkemedel. Arbetet med avvikelser är grunden i allt patientsäkerhetsarbete och skall utveckla den kommunala vården och omsorgen samt säkerställa att inte upprepning sker av händelse. Dock behöver man titta på logistiken runt avvikelserna som av många upplevs som tungarbetad. Flera avvikelser tas inte om hand omgående utan de blir liggande i systemet. Vid sen utredning har man glömt händelserna och personalen upplever att de inte får återkoppling på inrapporterad händelse.

I föregående års patientsäkerhetsberättelse togs följande fråga upp: ”Vi behöver även ha tillgång till att skriva avvikelser som inte är riktade mot patient utan är organisatoriska. Idag finns inget sådant system varför denna sorts ”avvikelser” antecknas som synpunkt, klagomål eller bara blir en mening i ett protokoll på ett APT”. Dock har inget resultat tagits fram under året, varför frågan får kvarstå.

Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i avsedd rutin.

2.4.1 Dokumentation

Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger. Som en del av internkontroll 2021 har hälso- och sjukvårdsdokumentation granskats och i och med denna granskning hittades många fel i journaler. Denna granskning visar på stora brister som framför allt bestod i att anteckningar inte görs i den utsträckningen så man kan följa ett händelseförlopp. I journalsystemet saknades yrkestitlar på stort antal personal. Båda dessa brister har även påpekats av IVO vid utredning. Att journalföra händelser, är ett lagkrav. Detta måste åtgärdas omgående för att höja patientsäkerheten.

Efter granskning påbörjades omedelbart av systemansvariga att lägga till yrkestitlar i journalsystemet på dokumenterade personal.

Under 2022 bör dialog om dokumentation, vilka skyldigheter man har och kunskap om regelverk så som Patientdatalagen, Arkivlagen, Offentlighet- och sekretesslagen, Patientlagen, Patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Den utbildning i dokumentation som bör hållas för samtlig personal skall även innehålla regelverk.

Det har uppdagats att det raderas journalanteckningar i verksamhetssystemet. Detta är förbjudet. Den som antecknat i journalen får korrigera felaktigheter genom att markera det som är felaktigt och skriva in nya anteckningar. Den felaktiga anteckningen skall vara läsbar även efter förändring.

2.4.2 Systematiskt kvalitetsarbete

En bra säkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Ett förvaltningsövergripande arbete pågår med att implementera det systematiska kvalitetsarbetets alla delar såsom avvikelser, synpunktshantering, riskanalys och egenkontroller.

Verksamheterna har under 2021 ökat sin kunskap och medvetenhet att arbeta systematiskt för att öka patientsäkerheten. Fortfarande ses brister i analysarbetet av avvikelser ute på enheterna med personalgrupperna. Många medarbetare upplever att de skriver avvikelser och men saknar återkoppling. En anledning till detta kan vara att avvikelserna inte tas om hand omgående.

Det saknas en gemensam struktur för hur man arbetar med genomförda egenkontroller, riskanalyser och avvikelser för att det skall ge ett lärande och att det leder till varaktiga förbättringar. För att få ett strukturerat och tydligt arbetssätt bör en processkarta tas fram och därmed tydliggöra hur arbetet med avvikelser bör ske.

2.5 Klagomål och synpunkter

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

När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras de om möjligheten att framföra synpunkter.

Inkomna klagomål/synpunkt kan även leda till att avvikelse skrivs.

Återkoppling, om så önskas, skall ges så fort som möjligt till de som lämnat synpunkt eller klagomål. Beroende på vad som har hänt görs förbättringsåtgärder och uppföljning på ändrat arbetssätt/rutin.

Synpunkter kan lämnas på kommunens hemsida, särskild blankett, brev, telefonsamtal eller vid personligt besök. Synpunkten skickas sedan vidare till berörd chef som efter analys och åtgärd besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten om önskemål om återkoppling finns.

Under 2021 har inga klagomål, med inriktning HSL, inkommit.

3 Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under 2021 har fokus varit att upprätthålla det grundläggande patientsäkerhetsarbetet. Det strukturella arbetet att öka och utveckla patientsäkerheten har till viss del fått stå tillbaka.

Kommunen hade täta avstämningsmöten med Vårdhygien och regelbundna möten med Primärvården i södra Älvsborg. I samband med utbrott av pandemi har samtliga verksamheter jobbat med många patientsäkerhetsåtgärder och förebygga och hantera smittspridning:

- Basala hygienrutiner, kännedom om och följsamhet till dessa.
- Utbildning och dialog kring användning av skyddsutrustning. Förvaltningen har arbetat intensivt med att säkerställa flödet av adekvat skyddsutrustning till samtliga verksamheter. Ett centrallager har inrättats och all skyddsutrustning köps in (centralt) via AME och distribueras ut i verksamheten. Dels för att rätt utrustning köps in som är CE märkt för att följa Arbetsmiljöverkets författningar för att skydda personalen för smitta och sjukdom och dels för att inte hamstring skall ske ute på enheterna.
- Provtagning (PCR-test) för covid-19 av personal med symtom har kunnat genomföras under hela året. Detta tack vare gott stöd och hjälp av AME.
- Vaccination av patienter, brukare och personal har genomförts under våren. Ett oerhört stort arbete med kartläggning och planering som utan engagerad personal inte hade gått att genomföra så effektivt.
- Ansökan om förlängt besöksförbud på Hemgården och Hagen gjordes våren 2021 hos Länsstyrelsen/Folkhälsomyndigheten. Ansökan beviljades. Orsak till ansökan var att få möjlighet att inte öppna boendena för besök innan vaccinering av dos två skett. Så fort vaccination var genomförd och bestämd tid efter vaccination var över öppnades boendena.
- Smittspårning, av personal, har skett kontinuerligt då smitta uppdagats hos någon i personalgruppen. Genom att personal oftast varit noga med att använda skyddsutrustning som angivits i vårdarbetet så har inte smittan spridit sig till patienter och brukare i stor utsträckning.
- Nya rekommendationer från Smittskydd/Vårdhygien har kommit så fort någon rekommendation ändrats hos Folkhälsomyndigheten.
- Kontinuerlig uppdatering och information till enhetschefer, medarbetare och närstående om vikten av att följa rekommendationer om skyddsutrustning

Ett omfattande arbete lagts ner på att minska risken för smittspridning av Covid-19 i våra verksamheter. Förvaltningen har skapat en organisation med chefer och MAS samt även ingått i

en kommunöverskridande ledningsgrupp. Vid hög smittspridning i samhället har denna grupp träffats utifrån behov.

3.1 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

En riskanalys skall alltid genomföras vid:

- organisationsförändringar
- personalförändringar: vid väsentliga förändringar av kompetens och/eller resurser

En riskanalys kan också behöva göras:

- på resultat från olika analyser
- på processer som bedöms innehålla många risker vid införande av ett nytt arbetssätt
- när en ny metod eller teknik ska införas

Ovanstående kan påverka patientsäkerheten och patientsäkerheten bör alltid tas med i analyser.

För att förebygga risker så att patient inte drabbas av vårdskada samverkar ett flertal vårdgrannar. Uppkomna händelser har bedömts utifrån sannolikhet att händelsen skall inträffa igen samt vilka negativa händelser som skulle kunnat bli följden av händelsen.

3.2 Utredning av händelser – Vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vid utredning av vårdskada informerar patientansvarig sjuksköterska/MAS patienten/anhöriga om händelsen och varför att utredning påbörjats. I samband med inskrivning i Hälso- och sjukvårdsorganisationen informeras alltid vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter.

De kritiska punkterna för vårt förbättringsarbete som vi behöver jobba vidare med och säkerställa är brister i information, kommunikation och dokumentation.

En anmälan till Patientnämnd och IVO har gjorts av vårdtagare under 2021, efter händelse som skett 2020. Utredning runt händelsen är gjord av MAS för att kunna besvara de frågor IVO ställt. Svar från IVO har inkommit med en rad förbättringsåtgärder som skall genomföras under 2022, såsom:

- yrkestitel skall finnas tydligt i journal
- dokumentation behöver förbättras och kvalitetssäkras så att händelseförloppet kan följas
- öka följsamhet till rutiner/ revidera så att sjuksköterska skall kontaktas
- öka följsamhet till rutiner/revidera så att förskrivare av personlyft och lyftsele kontaktas
- säkerställa att händelser rapporteras till MAS så att händelsen kan utredas utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Via inkomna avvikelser har förvaltningen identifierat att det finns brister i uppföljning och dokumentation av vikt/lågt BMI.

3.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare skall ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Systemförvaltare har ansvar för att loggning sker enligt rutin i nätverket och dokumentationsprogram.

Slumpmässiga systematiska loggkontroller görs kontinuerligt varje månad av systemförvaltare och enhetschef i dokumentationsprogrammet VIVA för hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal enligt rutin. Under 2021 inrapporterades inga incidenter.

För vårdtagares samtycke i NPÖ (Nationell Patient Översikt) inregistreras underskriven blankett i VIVA, anpassad enligt GDPR.

3.3.1 SIHTS-kort inloggning/ID-kort

SIHTS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal samt övrig personal som har behörighet till vissa program använder SIHTS-kort vid inloggning i vårdsystemet Pascal, NPÖ, SAMSA, utfärdande av tandvårdskort samt vid ifyllnad av kvalitetsregister. SIHTS-kort används som ett led i att öka informationssäkerheten. Verksamheten har rutin för informationssäkerhet och kontroll av behörigheter.

3.4 Beslutsstöd VISAM

VISAM är ett verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som används vid försämring av patientens status och vid behov av ställningstagande till rätt vårdnivå. I stöd av VISAM förebyggs även återinläggningar och informationsöverföring mellan berörda vårdgivare i samband med byte av vårdansvaret. Samtliga kommuner i södra Älvsborg arbetar efter beslutsstöd VISAM, samt sjukhusen och ambulans.

3.5 Pascal

Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar, så kallade dospatienter. Hantering av läkemedel via Pascal ökar patientsäkerheten. Applikationen används av alla vårdgivare inom landsting, region och kommuner samt privata vårdgivare.

Nationella läkemedelslistan

Den 1 maj 2021 började lagen om nationell läkemedelslista att gälla. Det handlar om ett antal förändringar som gradvis införs under en period av två år. Tillsammans ska de höja patientsäkerheten i Sverige. Nationella läkemedelslistan ska ge hälso- och sjukvården, apoteken och patienten samma bild av patientens förskrivna och uthämtade läkemedel. Registret regleras av lagen om nationell läkemedelslista och tas fram av E-hälsomyndigheten på uppdrag av regeringen.

3.6 Nationell patientöversikt (NPÖ)

NPÖ en sammanhållen journal där anslutna vårdgivare får möjlighet att ta del av patientinformation. Herrljunga kommun är konsument vilket innebär att legitimerade kan få ta del av patientinformation hos en annan vårdgivare efter att samtycke från patienten har hämtats. NPÖ är ett nationellt initiativ som syftar till stärkt patientsäkerhet samt effektivare flöden för vårdövergångar mellan landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Med NPÖ, kan legitimerade snabbt och enkelt få en samlad bild av den information som finns i en patients journaler hos andra vårdgivare. Det innebär att:

- vårdpersonalen slipper lägga tid på att ringa, söka och beställa kopior av journaler
- patienten slipper upprepa sin sjukhistoria om och om igen vid besök hos nya vårdgivare.

Informationen går att se, men inte spara ned eller skriva ut.

Idag har förvaltningen enbart NPÖ-konsument och kan läsa journalinformation som andra vårdgivare dokumenterat. Under 2021 har dialog inletts för att Herrljunga kommun eventuellt skulle kunna bli producent i NPÖ, vilket innebär att förvaltningen då skulle ha möjlighet att dokumentera delar av hälso- och sjukvårdsjournalerna i NPÖ.

4 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

MAS sammanställer rapporterade avvikelser efter första halvåret samt i årlig patientsäkerhetsberättelse vilka redovisas för nämnden.

Enhetschef ansvarar för utredning, åtgärder, uppföljning och utvärdering av avvikelser samt framtagande av handlingsplan i ett förbättringsarbete. I det systematiska kvalitetsarbetet följer enhetschef arbetet med uppföljning av avvikelser tillsammans med medarbetare på APT.

En halvårsrapport gällande avvikelser sammanställdes av MAS och SAS och rapporterades till nämnden under hösten 2021.

4.1 Nationell punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler

På uppdrag av Sveriges kommuner och regioner (SKR) har regioner och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2007:19).

Mätningar har gjorts under året på enheterna angående basala hygienrutiner och klädregler med mycket gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna.

Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) vid patientnära arbete genomfördes våren 2021 med gott resultat. Enligt de mätningar som gjordes påvisades mycket god följsamhet på samtliga enheter. På vissa uppmättes 100 % följsamhet. Observationen gjordes på följsamhet i basala hygienrutiner och följsamhet klädregler.

Bilaga 1, SN § 33/2022-03-29

Trots stort arbete under året med inriktning på basala hygienrutiner och uppvisat resultat med hög följsamhet vid PPM-mätning förekommer det att personal använder egna kläder under arbetspass, har artificiella naglar samt smycken på händer och underarmar. Basala hygienrutiner bör finnas med som en punkt på varje arbetsplatsträff så det ges en möjlighet att förstå, ställa frågor och förändra följsamheten runt rutinen.

Följsamhet Basala hygienrutiner, Punktprevalensmätning (PPM) våren 2021.

Vid mätning uppmäts medelvärdet 70 % på följsamhet (medel i riket är 67,6 %) för korrekt efterlevnad av samtliga hygien- och klädrutiner.

	Korrekt efterlevnad av samtliga hygien- och klädrutiner	Desinfekterat korrekt före patientnära arbete	Desinfektion efter patientnära arbete	Användning av handskar	Användning av plastförkläde	Efterlevande alla fyra steg i hygienrutin
Herrljunga	70 %	82 %	76 %	100 %	97 %	69 %
Medel riket	67,8 %	80,9 %	93,9 %	97,9 %	92 %	73,7 %

	Händer/armar fria från klockor/ringar	Korrekt skötta naglar	Kort/upsatt hår	Korrekt arbetsdräkt	Efterlevande alla fyra steg i hygienrutin
Herrljunga	100 %	100 %	96 %	100 %	96 %
Medel riket	97,5 %	97,9 %	98,7 %	97,6 %	91,6

Uppmätta siffror visar ett gott resultat i de flesta av mätningarna. Vi ligger i överkant gentemot riket. Men det är ett arbete som måste fortlöpa att arbeta med basala hygienfrågor. Det har under året varit diskussioner ute på enheterna där vissa personal valt att ignorera arbetet med basala hygienrutiner. För att nå fram till personalgrupperna har MAS haft kontinuerligt träffar på APT, där det getts möjlighet till att diskutera och reflektera. Bristerna på vissa enheter, och ibland vissa arbetspass har genererat ett beslut att den/de som inte följer basala hygienrutiner samt arbetar efter rekommendation av skyddsutrustning skall kallas till verksamhetschef samt MAS för samtal. Svårigheten med att fullfölja detta är att de personal som flaggar för icke-följsamhet inte vill meddela vem/vilka det gäller.

4.2 Nationell punktprevalensmätning (PPM) Trycksår

Mätning 2021, siffror 2020 inom parentes

	Antal registreringar	Risk för trycksår	Riskbedömning äldre än 180 dagar	kvinnor	BMI < 22	Pågående trycksår
Demens	14 (39)	7 (11)	14 (33)	8	1	0
Hemsjukvård	41 (49)	4 (4)	41 (49)	24 (31)	11 (12)	1 (1)
Vård och omsorg	40 (49)	15 (4)	28 (49)	24 (31)	13 (12)	3 (1)

PPM trycksår har genomförts under höst 2021. Varje trycksår är en vårdskada, en skada som vi åsamkat patienten. Denna skada skall utredas av MAS. Då patient får ett trycksår meddelas inte skadan, så utredning kan ske.

Inte heller arbetar man fullt ut med Senior alert för att kartlägga risk för skada eller uppkommen skada. Under 2022 bör enheterna arbeta fullt ut på teammöte med Senior alert. Kartläggning via Senior alert är överskådlig.

4.3 Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som innehåller evidensbaserade bedömningsinstrument och är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. För att registrera i registret krävs den enskildes samtycke. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och förebygger vårdskador.

För att öka möjligheten att arbeta systematiskt i Senior alert pågår ett arbete inom förvaltningen kring säker inloggning (SITHS) för omvårdnadspersonalen.

Nedan ses antal registreringar totalt:

2021 Verksamhet	Unika personer	Riskbedömda tryckskada	Riskbedömda fall	Riskbedömda malnutrition	Risk- bedömda munhälsa
Totalt*	29	6	1	7	12

*totalt av de som samtyckt till registrering

Under 2021 efter en avvikelse om eventuell undernäring ålades samtliga enheter på SÄBO att omgående genomföra riskbedömning på samtliga patienter.

Verksamheterna bör också lägga större vikt vid att genomföra teamträffar kontinuerligt, där samtliga professioner är representerade och man har en genomgång av samtliga parametrar inom Senior alert på varje patient (inom äldreomsorg och LSS). Verksamheterna bör också kontinuerligt utbilda/fortbilda personalen i att arbeta med Senior Alert för att stärka patientsäkerheten. Personalen bör också känna till sambanden mellan till exempel dålig munhälsa, som leder till undernäring, som leder till trycksår, fall och blåsdysfunktion. Utöver detta finns ett förbättringsområde att arbeta med delaktighet hos patienterna.

Samtliga fem nedanstående parametrar skall användas vid genomgång av varje patient för att snabbt upptäcka brister och svikt.

Arbete behöver genomföras för att förbättra det vårdpreventiva arbetet och fler mätningar/registreringar genomföras under 2022. Att använda bedömningsinstrumenten i Senior Alert som ett verktyg i patientsäkerhetsarbetet är ett ska-krav i Herrljunga kommun. Om verksamheten arbetar utifrån Senior Alert framträder de risker som kan finnas för patienten och förebyggande åtgärder kan vidtas snabbare. Vid utredning av ett Lex Maria-ärende under året uppdagas att skada/misstanke om skada kunde undvikits om man arbetat kontinuerligt med Senior alert.

Under 2022 är målet att fortsätta jobba med riskbedömningar för patienter inskrivna i hemsjukvård. Detta sker lämpligen med hjälp av Senior Alert. Under 2021 har registreringar i Senior Alert inte skett med kontinuitet. Under 2022 behövs ett arbete genomföras för att analysera varför inte fler bedömningar genomförs i Senior Alert.

4.3.1 *Fallprevention*

Fallprevention syftar till att upptäcka patienter som har fallrisk och att sätta in förebyggande åtgärder. Det syftar även till att patienterna skall bibehålla sina förmågor genom ett habiliterande och rehabiliterande förhållningssätt och en miljö där aktivitet främjas. En effektiv fallprevention innefattar analys av personens förutsättningar, omgivningens utformning och aktivitetens utförande. Därefter vidtas åtgärder i en individuell riskanalys med översyn av läkemedel, nutrition, träning/aktivitet, kognitiv träning/stimulans, åtgärder i boendemiljön och hjälpmedel. Genom att diskutera fall och fallprevention medvetandegör man risker och ökar kunskap och förståelse för hur risker kan förebyggas.

4.3.2 *Trycksår*

En tryckskada kan lätt utvecklas till ett trycksår. Tryckskadan uppstår vanligtvis bland annat när en person ligger eller sitter i samma ställning, eller vid tryck från kläder, veck på underlag. En tryckskada kan utvecklas snabbt, när och var som helst, i egna hemmet, under ambulanstransport, på akutmottagningen, på röntgen eller operationsavdelning etcetera. Många patienter utvecklar trycksår under en sjukhusvistelse.

Det är mycket viktigt att alla yrkeskategorier (oavsett var vården äger rum) har rutiner för att snabbt identifiera de personer som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Det är dessutom viktigt att använda effektiva omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns kvar.

4.3.3 *Undernäring*

Ett gott nutritionsomhändertagande är en viktig säkerhetsfråga. En god och säker vård med god kvalitet ska baseras på bedömningar av risk för undernäring men även utredning av orsaker samt adekvat nutritionsbehandling och uppföljning. Denna vård är lika viktig som läkemedel eller annan medicinsk behandling.

4.3.4 *Munhälsa*

En god munhälsa är inte bara viktigt för att kunna tillgodogöra sig näringsriktig kost, den är också av stor betydelse för individens sociala liv och livskvalitet. När den enskilde inte klarar detta själv måste omsorgspersonal hjälpa till att förhindra infektioner och sår i munnen.

Genom att systematiskt riskbedöma munhålan kan problem upptäckas tidigt även om patienten inte har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. ROAG är vårdpersonalens instrument för att skapa systematik och uppföljning i arbetet med munhälsa. Den uppsökande verksamheten erbjuder en professionell bedömning av munhålan för att upptäcka tidiga tecken på munsjukdomar och tandvårdsbehov. Under 2021 har endast ett fåtal omvårdnadspersonalen genomgått uppföljningsutbildning i munvård på grund av pandemin.

4.3.5 Blåsdysfunktion

Begreppet blåsdysfunktion beskriver flera olika problem. Förutom urinläckage, och trängningar som närmast motsvarar begreppet urininkontinens, ingår också tömningsproblem och efterproblem i begreppet. Urinläckage och trängningar orsakar lagringsproblem. Tömningsproblem uppkommer när hinder finns för blåstömning och efterproblem är läckage som uppstår efter tömning av blåsan.

4.4 Svenska palliativregistret

Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård som utförs i Herrljunga kommun registreras i Svenska Palliativregistret.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

Verksamhet	Antal registreringar i palliativa registret	Munhälso-bedömning sista levnads-veckan (antal personer inom parentes)	Ordinerat ångestdämpande vid behov	Närvarande vid dödsögonblicket, i samma rum <i>Förväntat dödsfall Personal och närstående</i>
Herrljunga kommun 2021	24	50 % bedömd (12 st) 33,3 % ej bedömd (8 st) 16,7 % vet ej (4 st)	91,7 % ja (22 st) 8,3 % nej (2 st)	8,3 % ingen (2 st) 25 % personal (6 st) 25 % personal & närstående (6 st) 37,5 % närstående (9 st) 4,2 % vet ej (1 st)

Förvaltningen bör genomföra utbildning inom palliativ vård för samtlig personal både medarbetare och chefer. Det måste också skapas tid för dialog och genomgång av resultat i palliativa registret. Avsätta tid för att gemensamt, sjuksköterska och omvårdnadspersonal, fylla i palliativa registret.

Den palliativa vården omfattar alla personer, oavsett diagnos, som inte går att bota och som ger allt svårare symtom med dödligt förlopp inom en begränsad tid. Målet med palliativ vård är varken att förkorta eller förlänga livet utan att skapa goda förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet.

Palliativ vård syftar till en helhetsvård av hela människan och dennes anhöriga fram till döden. Personen ska få hjälp att leva ett så aktivt liv som möjligt under den sista tiden i livet. Situationen i livets slutskedekan se mycket olika ut. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt. I andra fall krävs inga specifika palliativa insatser.

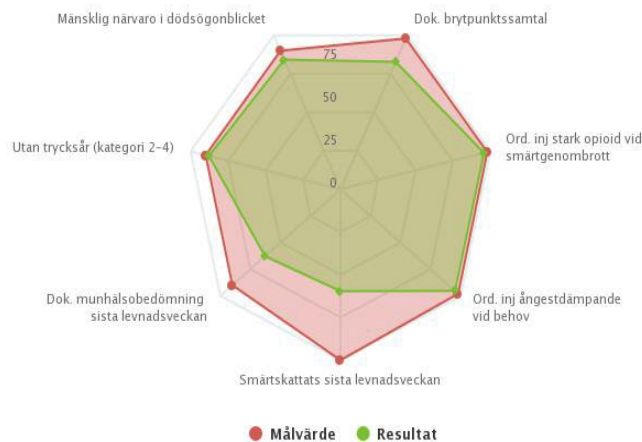
Palliativ vård är en naturlig fortsättning på den vård patienten fått i ett tidigare skede av vårdförloppet.

VILS teamet

Ett palliativt team som riktar sig till svårt sjuka patienter i livets slut startades upp under hösten 2021, så kallat VILS-team. Syftet att kunna erbjuda så få personal kring den sjuke. Målgruppen idag är de med få hemtjänstinsatser, endast trygghetslarm, mm. För övriga patienter med flera hemtjänstinsatser dagligen, görs förändring i den ordinarie personalgruppen. Enhetschef avdelar så få personal som möjligt. Personalen är redan välkända av patienten sedan innan.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 – 2021-12



Detta är en modifierad rapport.

Förtydligande spindeldiagram

	Resultat	Målvärde
Brytpunktssamtal	82,8 %	98 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	84,2 %	90%
Avsaknad av trycksår	87,9 %	90 %
Munhälsa, sista levnadsvecka	62,8 %	90 %
Smärtskattning, sista levnadsdygn	59,6 %	100 %
Erhållit ångestdämpande	95,3 %	98 %
Erhållit stark opioid vid smärtgenombrott	95,8 %	98 %

En frågeställning att arbeta med under kommande år är varför man vid två tillfällen har angett svaret till registret ”vet ej” vid närvaro i dödsögonblicket.

En förbättringspotential är munhälsobedömning under sista levnadsvecka där siffrorna bör höjas. Likaså smärtskattning sista levnadsvecka.

4.5 BPSD-registret

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom.

BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom”. Målet är att ständigt förbättra vård och omsorg för individer med demenssjukdom. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom.

Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. BPSD har de senaste åren minskat med hänvisning till att det vid personalomsättning ej utbildats ny. Detta ligger i planering när de covid-19-relaterade omständigheterna tillåter.

Socialstyrelsen förordar minst en BPSD – skattning per år och person samt vid behov.

För att öka kunskap och registreringar i BPSD krävs att fler personal utbildas i till administratörer i BPSD. Denna utbildning är obligatorisk för att få arbeta i programmet.

Utbildning för administratörer och certifierade utbildare planerades under 2021 för att komma igång och arbeta i BPSD. Planerade utbildningar ställdes in på grund av pandemin. BPSD-registret tillåter inte att utbildningarna genomförs digitalt, och ingen certifierad utbildare i omkringsliggande kommuner hade möjlighet att kunna hålla säkra utbildningar på plats i Herrljunga. Verksamhetschef har varit i kontakt med BPSD registret för att påtala vikten av att de erbjuder fler utbildningstillfällen för att kommunen skall kunna utbilda sin personal.

Det finns enbart ett fåtal inom äldreomsorgen som har inloggning och behörighet att arbeta i programmet varför vi behöver fler som kan arbeta i programmet men även lära ut.

För att höja kompetensen och ha egna certifierade utbildare i förvaltningen bör man bevaka när utbildningar börjar att hållas och skyndsamt anmäla personal, för att kunna utbilda fler personal hemma och bli självförsörjande.

4.6 Delegering

SOSFS 1997:14.

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket till exempel innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS- behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal i Herrljunga kommun har under året kontinuerligt delegerat omvårdnadspersonal enligt ledningssystemets rutin för delegering. Tillfällen för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året.

Första delen av delegationsutbildning består av en webbutbildning, vilken ska göras av varje ny personal innan delegering kan ges. Personal erhåller diplom som intyg på avslutad webbutbildning. Därefter kan steg II i delegationsutbildning gå, utbildningen ges av legitimerad sjuksköterska.

Revidering av delegerings/utbildningsmaterial för ny personal, vikarier och sommarvikarier har genomförts enligt mål för året. Webbutbildning läkemedel har lagts till som obligatoriskt moment inför delegering.

4.7 Egenkontroll

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

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. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg kan man förebygga fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts. Självskattning på följsamhet av basala hygienrutiner har gjorts och dokumenterats. Resultatet visar god följsamhet i nära patientarbete av personalgrupperna.

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden.

4.7.1 Basala hygienrutiner

Basala hygienrutiner är en grundförutsättning för god vård och omsorg. Målsättningen är att de basala hygienrutinerna följs för att förhindra smittspridning mellan medarbetare och patienter med behov av vård och omsorg. Syftet har varit att beskriva vikten av basala hygienrutiner, öka kunskap och förståelse samt öka följsamheten till hygienrutiner.

Ett förslag till förbättring är att chefer behöver på ett systematiskt sätt arbeta med resultat från egenkontroller för att säkerställa att samtlig personal har kunskap om hygieniskt arbetssätt och alltid följer basala hygienrutiner. Enhetschefer har detta som en stående punkt på sina APT.

4.7.2 Skydds- och begränsningsåtgärder

Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad enligt grundlag mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar. (2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hans rörelsefrihet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall "vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" samt "bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet".

HSL, SoL och LSS bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten skall utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd skall dokumenteras i vård/rehabplan samt genomförandeplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. I vårdplaner skall också tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det

finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

Till skyddsåtgärder räknas till exempel bälten, grenselar, bodies, sänggrindar och rörelselarm.

Vid påbörjad journalgranskning framkommer att alla åtgärder inte dokumenteras korrekt i vårt verksamhetssystem. De skyddsåtgärder som dokumenterats har inte alltid ett uppföljningsdatum. Fortsatt granskning av journaler bör ske under 2022 av MAS/MAR. Ett åtgärdsförslag är att ha genomgång/uppföljning på teamträff av ordinerade skyddsåtgärder.

4.7.3 *Medicintekniska produkter (MTP)*

MTP skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Varje produkt är individuellt utprovad och förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Förskrivningen journalförs och registreras. Det finns en tydlig rutin för ansvar, underhåll och kontroll av medicintekniska produkter.

Funktionskontroll av hjälpmedel skall göras före varje användning och utförs av omvårdnadspersonal som använder det. All personal har ett ansvar för att veta hur ett hjälpmedel fungerar och riskerna som finns kring användandet, innan man använder det. I ansvaret ingår också att rapportera till förskrivare om ett hjälpmedel inte fungerar optimalt, är trasigt eller slitet. När produkten lämnas ut skall en bruksanvisning följa hjälpmedlet. Ansvarig förskrivare instruerar och utbildar berörd patient och/eller personal hur hjälpmedlet skall användas.

4.8 *Avvikelser*

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten. Rapportering av avvikande händelser är en av grundpelarna i arbetet med att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. Avvikelserapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelsehanteringen. All personal inklusive studenter/elever har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet det vill säga genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelsehantering skall utföras beskrivs i rutin "Avvikelsehantering", samt rapportera sådant som motverkar eller utgör hot mot att brukaren.

För att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det är möjligt, förebygga att liknande avvikelser sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelsehanteringen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna vid förebyggande arbete.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna är fall och läkemedel.

Enhetschefer och MAS har under året genomfört träffar för att analysera runt avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner.

En avvikelse är en händelse som inte stämmer med normal rutin eller förväntat förlopp och kan orsaka missförhållande eller vårdskada. Medarbetaren rapporterar avvikelser enligt rutin, till chef. Avvikelsen kan även ligga till grund för Lex Maria-anmälan till IVO.

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom hälso- och sjukvården.

Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder MAS händelsen. MAS tar efter utredning beslut om en Lex Maria-anmälan skall upprättas. Därefter anmäler MAS enligt Lex Maria till IVO.

Antal registrerade fallolyckor har under 2021 minskat med 120 incidenter jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis blåmärken, sårskada, svullnad, skrubbsår, mjukdelsskador och i sju (7) av fallen har det uppstått frakturer.

Under 2020 fanns det fortfarande många avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte hade signerats på signeringslistor hos patient. Det fanns en osäkerhet om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blev svårigheter att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient. Detta har minskat när digitala signeringslistor införs 2021. Nu ser förvaltningen avvikelserna och kan arbeta med dem. Här finns fortfarande ett utvecklingsområde som pågår med utbildning av systemet.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2021 minskat med 86 avvikelser jämfört med året innan. Vanligast förekommande orsak är avglömd ej given läkemedelsdos. Utfallet läkemedelsavvikelser

Verksamhet	Antal Avvikelser HSL	Antal avvikelser läkemedel	Antal fallolyckor
Hemsjukvård 2019	1590	458	1049
Hemsjukvård 2020	1610	668	912
Hemsjukvård 2021	952	582	792

Under våren infördes digitala signeringslistor. Via en applikation (app) i mobilen signeras åtgärden och appen signalerar om åtgärden ej utförts på angiven tidpunkt av den delegerade omvårdnadspersonalen. Avvikelse rapporter skapas digitalt och kan följas upp och analyseras av arbetsgruppen för ytterligare förbättringsåtgärder. Vid användandet av digitala signeringslistor har avvikelserna minskat men inte i det antalet som förväntades. Det kan bero på att tidsmarginalerna är för snävt satta innan det larmas ut att man inte givet läkemedlet. Under kommande år behöver dessa tider ses över samt göras en genomgång av avvikelserna så inget annat fel döljs bakom dessa siffror.

Kontrollräkning av narkotika skall ske varje månad för att upptäcka ett eventuellt svinn och öka spårbarheten. Följsamhet till rutin har diskuterats med ansvariga för att identifiera varför det i vissa fall finns långa ledtider i kontrollräkningen.

Under 2021 har det arbetats med säker läkemedelsförvaring ute på enheterna. Låsbara läkemedelsskåp finns men ej digitala med loggningsfunktion av personal som öppnar skåpet. Förvaltningen har köpt in 20 digitala läkemedelsskåp som implementeras i verksamheten under 2022. Utbyggnaden av detta fortlöper under 2022 - 2023 med målsättning att alla läkemedelsskåp skall vara digitala och ha en loggningsfunktion.

Under 2021 konstaterades flera läkemedelsstöld, vilka polisanmälades och utreddes. Läkemedelsstölderna har nu upphört.

Merparten av medarbetarna bedöms kunna arbeta i avvikelshanteringssystemet, dock inte på ett optimalt och effektivt sätt. Det behövs avsättas tid och resurser för att fortsatt utbilda i hur, var och varför avvikelse skrivs.

Det sker missförstånd och förväxlingar bland personal i vad som är en avvikelse och hur den ska kategoriseras samt till vem den skall skickas. Det behöver finnas lättillgängliga lathundar för rapportör och utredare samt tydlig processkarta.

Händelserna utreds av ansvarig enhetschef tillsammans med de medutredare som behövs. Enhetschef ansvarar för vidare information till MAS.

4.9 Avvikelserapportering i Närvårdssamverkan

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad individuell plan (SIP) mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdsamverkan skulle kunna vara exempelvis brister i informationsöverföring SAMSA och aktuella läkemedel.

All personal ska rapportera händelser som kunnat leda till eller har lett till negativ händelse för brukaren, där leverantörer och andra huvudmän exempelvis statliga myndigheter, kommunal förvaltning, sjukhus, primärvård eller annan likartad organisation helt eller delvis har ansvaret för händelsen. Vård- och omsorgsförvaltningen har utrett händelser påtalade av ovanstående aktörer.

Under 2021 har det skrivits 24 avvikelser i samverkan till vårdgrannar. De mest förekommande händelserna är ej aktuella läkemedelslistor förändringar i läkemedelsordinationer inte har meddelats, felaktiga och uteblivna ordinationer samt ej tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad Individuell Plan). 10 avvikelse till Herrljunga kommun har mottagits gällande bland annat utebliven personal vid SIP, ej nåbara sjuksköterskor, dåligt ifylld vårdbegäran.

Då en närvårdsavvikelse inkommer, i avvikelseprogram MedControlPro, tas avvikelserna emot av MAS. Den skickas därefter till berörd enhetschef, ibland kan flera vara berörda. Därefter skall utredning göras av enhetschef, utredning skickas till MAS. MAS fyller i svar i MedControlPro MCP och återsänder till den som skickat avvikelserna.

Det finns ett utvecklingsarbete mellan MAS och enhetscheferna när det gäller hanteringen av närvårdsavvikelser. Här behövs hållas en dialog runt Närvårdsavvikelser i förvaltning, varför skall förvaltningen svara/skriva och hur de skall omhändertas. Det finns också utvecklingsområde i

den lokala närvårdssamverkan kring hur lång tid det dröjer när kommunen upprättat en avvikelse att få svar från respektive vårdgivare.

4.10 Händelser och vårdskador

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vårdskada inträffat eller om det förelegat risk för en vårdskada. MAS ansvarar för att göra en bedömning och utredning av händelsen och för att anmälan till (IVO) sker vid allvarlig vårdskada. Med allvarlig vårdskada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Dessa händelser skall anmälas till IVO.

Händelser där det förelegat risk för vårdskada eller vårdskada uppstått rapporteras inte per automatik (enligt rutin) till MAS. De vårdskador/risk för vårdskador som uppstått under året har uppmärksamats av MAS genom avvikelse från sjukhusen i Närvårdsavvikelser.

Två utredningar är gjorda under året. Utredningarna ledde inte fram till Lex Maria-anmälan. Däremot åtgärder på enheterna som de skall rätta till.

Vid utredning framkom och konstaterades en del brister i hantering som behöver åtgärdas, som:

- Följsamhet rutiner
- Dokumentation
- Kommunikation, mellan professioner
- Rapportering av avvikelser
- Kunskap om demenssjukdom
- Delaktighet för närstående

Förvaltningen har ännu inte hunnit påbörja förbättringsarbetet.

4.11 Riskanalys

Att inte kontinuerligt följa upp inkomna avvikelser leder oftast till att samma typ av incident upprepas, år från år. Det medför en stor risk för samtliga patienter genom att händelser inte uppmärksammas. I flera avvikelser ser man åtgärd "diskutera med personalgrupp" samt "utbildning" men ytterligare planerade åtgärder eller utförda åtgärder saknas då avvikelsen saknas. Inte heller redovisas vad diskussion med personalgrupp leder fram till eller vilka åtgärder som gjorts.

Fortfarande är det för långa intervaller mellan enhetschef arbetar med sina avvikelser. Om Enhetscheferna inte tittar systematiskt är risken att mycket är glömt när ett analysarbete startar. En händelseanalys bör alltid utföras då något inträffat som kan leda till att vårdskada kan/har uppkommit. I analysen ser man varför och hur en händelse skett. Man tar även fram vilka åtgärder som bör göras och därmed förhindra återupprepning. Det är även ett lärande med att arbeta med avvikelseanalys, inte bara för den egna verksamheten utanför hela förvaltningen.

För patienten kan en till synes lätt avvikelse leda till allvarlig skada. Att till exempel inte få ordinerade läkemedel eller få ordinerad träning utförd är kännbar för patienten och kan leda till bestående skada och därmed öka vårdtyngden.

Förbättringsförslag inför kommande kalenderår är att arbeta med avvikelseanalys på arbetsplatsträffar leder till att inkomna avvikelser synliggörs och medarbetarna blir delaktiga i förbättringsarbetet runt avvikelshanteringen.

4.12 Redovisning av arbetet med Covid-19 för att hindra smittspridning

Patientsäkerhetsarbetet har varit inriktat på pandemin. Mycket av arbetet ute på enheterna har varit fokuserat på att minska smittspridningen.

Samtliga medarbetare har utbildats kontinuerligt i basala hygienrutiner och användande av personlig skyddsutrustning.

Revidering sker kontinuerligt av rekommendationer från Smittskyddsenheten och Folkhälsomyndigheten.

Inom förvaltningen har det varit flera sjuka medarbetare samtidigt, vilket har bidragit till en tidvis mycket ansträngd personalsituation.

Tyvärr kom smittan in på våra äldreboenden när besöksförbudet hävdades samt en generellt ökad smittspridning i samhället. Flertalet var asymtomatiska vilket innebär att man har avsaknad av symtom. Smittan kom in i våra boenden trots basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. De boendena var fullvaccinerade, med tre doser, vilket resulterade i en mildare variant av sjukdomen. All personal har screenats inför arbetspassen eller varit hemma vid symtom enligt Smittskyddslagen. Smittspårning har varit en stor el för enhetscheferna att hålla i och ha kontroll på.

Särskilda insatser för att säkra kvaliteten i samband med Covid-19 har gjorts i verksamheten under 2021 inom vård och omsorg:

- Regelbundna avstämningsmöten med ledningsgruppen
- Covid-19 har varit en ständig punkt på ledningsgruppers regelbundna möten
- MAS har haft digitalt ”öppet hus” för samtlig personal under våren. Stort deltagarantal i början men avtog.
- MAS har varit inbjuden till APT-möten för information och dialog om olika dilemman
- All personal har erbjudits egentest vid förkylningssymtom
- Rutiner har uppdaterats kring basala hygienrutiner och smittspårning

Patientsäkerhetsarbetet har till stor del fått baseras på de rekommendationer som kommit från Smittskyddsenheten och Vårdhygien. Uppföljning har löpande skett ute i verksamheterna på följsamheten på gällande rutinerna. Detta har skett via olika mätningar och genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

5 Mål och strategier för kommande år

Av de framtagna mål som rekommenderats att påbörjas/fullfölja under 2021 har främst arbete inriktats på ökad följsamhet till basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning med anledning av pandemin.

Inför patientsäkerhetsarbetet 2022 kommer stor del av målen från 2021 att ligga kvar för fortsatt arbete.

Mål: Förbättrad kunskap kring avvikelshantering (upptäcka, upprätta, utreda, åtgärda, analysera och följa upp) och därmed ökad patientsäkerhet.

Strategi:

- att ytterligare minska antalet läkemedelsavvikelser under 2022 (däremot inte rapportering om allvarliga läkemedelshändelser som inträffat) genom analys av inkomna avvikelser.
- att minska antal fallincidenter. Alla brukare ska ha en dokumenterad riskbedömning samt ordentlig vårdplan med åtgärder som skall vara väl kända och jobbas efter av omvårdnadspersonal. Fallincidenter skall utredas enligt ledningssystem för kvalitet
- att öka kunskapen om avvikelshantering, både att skriva och att analysera
- att ha genomgång med systemansvariga i avvikelsemodulen för att förenkla skrivandet av avvikelser men även förenkla analysarbetet
- att utbilda chefer i arbetet runt avvikelser
- bygga vidare på arbetet tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal analysera brister i verksamheten för att förebygga vårdskador.

Mål: Förbättra kvaliteten vid vård i livets slut

Strategi:

- att utveckla användandet i palliativa registret
- förbättra resultat munhälsa
- förbättra resultat smärtskattning
- alltid veta om någon avlidit ensam
- utveckla det palliativt team – Vård i livets slut (VILS) team
- utbilda all personal i palliativ vård

Mål: Uppnå en god patientsäkerhet

Strategi:

- genom att öka kunskapen i Senior Alert och låta det arbetet genomsyra alla verksamheter. Arbeta strukturerat och förebyggande med risker gällande trycksår, nutrition, fall och ohälsa i munnen.
- öka antalet registreringar i Senior alert
- genom fortsatt utveckling av patientsäkerhet genom införandet av digitala signeringslistor för alla läkemedel samt ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser
- arbeta strategiskt tillsammans med MAR för att rehabinsatserna blir utförda enligt ordination
- tillse att rehabenheten får rätt information så att rätt hjälpmedel kan förskrivas
- ökat deltagande av MAS/MAR på APT hälso- och sjukvård/rehab

Mål: Att arbeta med samtliga kvalitetsregister vi är kopplade till enligt förvaltningens

målindikatorer

Strategi:

- att öka antal bedömningar och registreringar i kvalitetsregistren
- öka förståelsen för varför vi arbetar efter kvalitetsregister
- att öka antal bedömningar och registreringar i kvalitetsregistren BPSD
- att öka antalet utbildade personal i BPSD

Mål: Att öka antal SIP:ar och kvalitén samt uppföljningen av dessa

Strategi:

- ökad samverkan med regionen i form av att målsättningen att öka andelen patienter som har en SIP som kommit till genom Samsa.
- följa upp genomförda SIP:ar

Mål: Att arbeta på samtliga enheter med teamträff för att öka patientsäkerheten

Strategi:

- för att patienten ska erhålla god och säker vård krävs att berörda professioner samverkar. Detta sker bäst genom möten där patienten diskuteras utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv.
- rutin runt teammöten behöver ses över och kompletteras till en generell för samtliga enheter.

Mål: Öka antalet registreringar i Senior Alert.

Strategi:

- under 2022 är målet att det preventiva arbetet med patientsäkerhet ska förbättras genom att arbeta med riskanalyser på ett strukturerat sätt. Detta planeras att ske med stöd från det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Mål: Patientsäker dokumentation.

Strategi:

- utbildning i journalföring.
- öka kunskap om journalens viktighet
- Journalgranskningar av MAS och därefter ett gemensamt lärande
- MAS delaktig på APT för hälso- och sjukvård/rehab

Mål: Öka, stärka och utveckla extern samverkan

Strategi:

- återuppta samverkan med Apoteket som pausades under hösten 2021
- utökad externa samverkan kring det fortsatta arbetet med Nära Vård

DIARIENUMMER: 20/2022

FASTSTÄLLD: 2022-03-29

Kvalitetsberättelse 2021

Beslutsinstans, Socialnämnden

Omfattar socialförvaltningens samtliga verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2022-03-11

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	4
2	VERKSAMHETSINRIKTNING OCH ANSVAR	5
2.1	Målgrupp	5
2.2	Lagstiftning	5
2.3	Uppdrag och ansvar	5
	SOCIALNÄMND	5
	FÖRVALTNINGSCHEF	5
	SAS/KVALITETSSAMORDNARE	5
	VERKSAMHETSCHEF	5
	ENHETSCHEF	6
	PERSONAL I VERKSAMHET	6
3	FÖREGÅENDE ÅRS IDENTIFIERADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	6
3.2	Risk- och konsekvensanalyser	6
3.3	Dokumentation	7
3.4	Personalens medverkan i kvalitetsarbete	7
3.5	Dokumentation på brukarnivå	7
3.6	Övrigt – Nationella brukarundersökningar	8
4	MÅL OCH MÅLUPPFYLLELSE	8
4.1	Vision och mål	8
4.2	Måluppfyllelse	9
5	SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	10
5.1	Risk- och konsekvensanalys	10
5.2	Egenkontroll	10
5.2.1	INTERN KONTROLL	11
5.3	Utredning av avvikelser	11
5.3.1	AVVIKELSER SoL/LSS	12
5.3.2	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	15
5.3.3	LEX SARAH	15
6	EXTERNA GRANSKNINGAR	16

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

6.1	Inspektionen för vård och omsorg	16
6.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	16
6.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	17
6.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	17
7	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	17
8	FÖRBÄTTRINGSPLAN	18
8.1	Inriktning 2022	18

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS¹) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS² varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten.

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak socialtjänstlagen, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, områden.

En verksamhet måste fortsätta att verka och fungera oavsett, men året 2021 med en fortsatt Coronapandemi har ställt saker på sin spets, omprioriteringar har behövt göras och det är till viss del en orsak till att annat arbete blivit lägre prioriterat.

Under året har ett fortsatt arbete skett med uppdatering av grundläggande dokument till handboken, kvalitetsmöten med chefer, brukarundersökningar, egenkontroller.

Rapporteringarna kring avvikelser har oftast förekommit i dialogen på kvalitetsmöten men i ett fortsatt arbete behöver ett fokus även sättas på förebyggande arbete och analyser vilket har lyfts till chefsnivå. Avvikelser i dess olika former är en, central del i förbättringsarbete där fördjupad analys behövs i högre grad än vad som tidigare gjorts, men också uppföljning av andra resultat med att identifiera orsaker, vilka åtgärder, uppföljning etc. Systematiskt förbättringsarbete ska dokumenteras och sker i större utsträckning än tidigare år, såsom risk- och konsekvensanalyser vid förändringar samt utredningar vid synpunkter och klagomål. Till stöd för dokumentation finns mallar.

Kvalitetssamordnarna ingår i förvaltningsledningen och deltar i ledningsgruppsmöten och är på så sätt deltagande i planering kring behov av fortsatta förbättringsarbeten.

Den årliga nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen har inte genomförts 2021. Inom verksamhet IFO³ finns endast ett fåtal svar från brukarundersökningen, vilket innebär att någon analys inte kan göras av brukarnas syn på socialtjänsten. Inom verksamhet Socialt stöd, LSS finns vissa förbättringsområden utifrån den nationella brukarundersökningen. Olika resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2022.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

³ Individ och familjeomsorg

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens alla verksamheter på alla nivåer: strukturerade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare som får eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

2.2 Lagstiftning

Socialtjänstlagen 3 kap § 3 - *"Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras."*

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse.

Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning, via tillsyn, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Nämnden har beslutat om målindikatorer, dessa ska följas upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via synpunkt- och avvikelsehantering.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet *dokumenteras*

2.3 Uppdrag och ansvar

SOCIALNÄMND

Socialnämnden har ett ytterst ansvar för verksamheten.

FÖRVALTNINGSCHEF

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

SAS/KVALITETSSAMORDNARE

SAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och tillsammans med ledningsgruppen ser till att uppföljning och utveckling sker inom området socialtjänst. SAS/Kvalitetssamordnare och förvaltningschef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef samt förvaltningschef. SAS arbete sker i vissa delar i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschefer för IFO, socialt stöd samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sina verksamheter. Verksamhetschefer har ett ledningsansvar tillsammans med förvaltningschef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare. Rapporterar till förvaltningschef.

ENHETSCHEF

Enhetschefer har ansvar för att leda och utveckla sina enheter. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

PERSONAL I VERKSAMHET

Ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och följa fastställda processer, riktlinjer och rutiner. Rapporterar till enhetschef.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Ledningssystem

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemets olika delar har varit återkommande i dialoger, i kvalitetsmöten både på enhetschefsnivå och på ledningsnivå. Flera uppmärksammade förbättringsområdena finns även med i 2021 års Intern kontrollplan.

3.1 Processer

I vissa upprättade rutiner inryms även processen i t.ex. loggningsrutinen, lex Sarah rutinen m.fl. Upprättade processer finns för vissa delar av vissa verksamheter t.ex. äldreomsorg/boende, dessa behöver uppdateras. En uppdatering av Handboken på KomNet har påbörjats och där kommer även processer att läggas upp.

Resultat

Samordnad Individuell Plan, SIP-process har varit fokus under året. SIP används för att samordna insatser och ansvar efter den enskildes behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Två processer har upprättats i Närvårdssamverkan. En tjänst som Anhörigsamordnare har inrättats under året med bland annat ett uppdrag att utveckla samarbetet med SIP.

I samband med när det uppstår oklarheter i enskilda fallet sker en intern dialog mellan berörda funktioner och på så sätt kunna finna lösning. Inom ramen för IFO:s projekt *Framtidsresan* sker allt eftersom genomgång av olika processer.

3.2 Risk- och konsekvensanalyser

Är dels att identifiera och värdera risker vid förändringar, identifiera bakomliggande orsaker och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Dels att göra analyser av olika slag av resultat och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet. Verktyg för dokumentation av analys och förbättringsarbete ska användas.

Resultat

Ett ökat antal risk- och konsekvensanalyser har upprättats under 2021 såsom vid förändringar uppkomna i samband med Coronapandemin t.ex. inför stängning av verksamhet, en risk- och konsekvensanalys genomfördes i ledningsgruppen när årets Interna kontrollplan togs fram.

Att analysera olika slag av resultat är viktigt i ett systematiskt kvalitetsarbete. Ett fåtal analyser har upprättats under 2021. Det som var planerat utifrån "Vad tycker de äldre om äldreomsorg" den nationella brukarundersökningen genomfördes inte 2021. Nu genomförs den under våren 2022 och det blir ett uppdrag för verksamheterna inom hemtjänst och äldreboende, när resultatet kommer kring halvårsskiftet att göra en fördjupad analys av resultaten. Andra planerade möten för genomgång av resultat har fått flytta fram på grund av ett ansträngt läge på grund av fortsatt smittspridning i pandemin. Höga sjukskrivningstal, många medarbetare i karantän har inneburit att detta arbete har nedprioriterats.

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

SAS och MAS har nu ett tydligare mandat att med cheferna bestämma att uppföljningar ska ske, boka tid för möte och vara behjälplig i detta arbete.

Brist på följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete finns upptaget i 2022 års Intern kontrollplan. På så sätt fortgår ett arbete med utbildning och stöd och kontroll av efterlevnaden gällande det systematiska kvalitetsarbetet, i dessa delar.

3.3 Dokumentation

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Resultat

Risk- och konsekvensanalyser med handlingsplaner dokumenteras nu i högre grad än tidigare år. Att utreda och dokumentera inkomna klagomål och synpunkter görs i högre grad och diarieförs i enlighet med rutiner för avvikelser.

3.4 Personalens medverkan i kvalitetsarbete

Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet.

Resultat

Ett större arbete har påbörjats och pågår, med att uppdatera hela Handboken med dess processer, riktlinjer och rutiner.

När styrande dokumenten är uppdaterade, beslutade så informeras enhetscheferna om att dessa har lagts in i Handboken och cheferna uppmanas att sprida informationen vidare till sina medarbetare och vid behov i utbildningssyfte, tillsammans gå igenom uppdaterade dokument.

Korta tema/filminspelningar har påbörjats under hösten 2021 och fortgår med olika teman såsom kvalitetsarbete och vikten av personalens medverkan i det arbetet. Dessa inspelningar/teamsmöten riktar sig till enhetschefer och dokumentationsombud samt övrig personal.

Kan också ses i efterhand.

3.5 Dokumentation på brukarnivå

Förvaltningens verksamheter har en skyldighet att dokumentera genomförandet av beviljade insatser. Över åren har det varierat i vilken utsträckning det finns upprättade, aktuella genomförandeplaner där också brukarens delaktighet framgår. Journalanteckningar ska bl.a. dokumenteras med respekt för den enskildes integritet, ska ske löpande över tiden samt innehålla de viktiga händelser som sker och kan ligga till grund inför framtida beslut. Det är ett ständigt pågående arbete.

Resultat

Genomförandeplaner finns i stor utsträckning men kan variera i verksamheter huruvida de följer rutinen gällande uppföljningar och på så sätt är aktuella. Gällande journalanteckningar finns det variationer. Enhetschefer är medvetna om bristerna och lyfter det med sina medarbetare. Till stöd för enhetscheferna finns i verksamheterna socialt stöd och vård och omsorg dokumentationsombud, dessa har bra kompetens gällande både kraven på dokumentation samt verksamhetssystemet Viva, då dessa delar hänger samman vid dokumentation.

De temafilmer som ovan beskrivits, har berört dokumentationens genomförandeplaner, journalanteckningar och finns som ett stöd i verksamheterna att uppdatera sig på eller vid introduktionen av nya medarbetare. Ett utbildningsmaterial i PowerPoint finns framtaget som stöd. Dokumentation i handläggning inom IFO är ett fortsatt förbättringsområde. I den mån det finns möjligheter att göra förändringar i verksamhetssystemet Viva för att förbättra vissa delar i handläggningen, så görs det.

3.6 Övrigt – Nationella brukarundersökningar

Brukarundersökningen inom äldreomsorgen är av Socialstyrelsen inte genomförd 2021 utan framflyttad till våren 2022. Brukarundersökning inom IFO genomfördes men gav en minimal svarsfrekvens vilket resulterade att sammanställning på målgruppsnivå inte kunde ske. En analys av den låga svarsfrekvensen är viktig att göra. Denna analys har inte genomförts på grund av den höga arbetsbelastning som råder. Ett analys- och åtgärdsarbete är påbörjat i februari 2022, inför nästa brukarundersökning.

Brukarundersökning inom LSS har omhändertagits av ansvariga enhetschefer för ett fortsatt analysarbete under 2022 utifrån resultatet.

4 Mål och måluppfyllelse

4.1 Vision och mål

Utifrån Kommunfullmäktige övergripande mål för Herrljunga kommun beslutar nämnderna om sina inriktningsmål. Utifrån socialnämndens mål har nämnden också tagit fram ett antal målindikatorer.

De målindikatorer som här följs upp, i kvalitetsberättelsen är:

- Ökad nöjdhet avseende brukarbedömningar inom de olika verksamheterna
- Personalkontinuitet i hemtjänst
- Registrering av antal uppkomna avvikelser ska öka i syfte att skapa ett underlag för ett utökat systematiskt kvalitetsarbete (analys och uppföljning).

Dessa mål och även nämndens övriga mål redovisas i socialförvaltningens Verksamhetsberättelse.

	Resultat 2020	Mål 2021	Resultat 2021
IFO Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning IFO – helhetssyn (%)	55	90	20 *
Socialt stöd Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning LSS (vartannat år), trivsel daglig verksamhet (%)		88	57
Vård och omsorg - LSS Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning hemtjänst – helhetssyn (%)	88	94	**
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning särskilt boende – helhetssyn (%)	79	86	**
Personalkontinuiteten i hemtjänst skall öka – antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	19	13 (2021) 14 (2022)	18

* Antal svarande 6

**Nationella brukarundersökning i äldreomsorg genomfördes inte för 2021

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

Verksamhet socialt stöd, servicebostad enligt LSS deltog i 2021 års nationella brukarundersökning för första gången. Socialnämnden har ingen målindikator för denna del av verksamhet. Resultatet redovisas nedan. Två frågeställningar har valts ut från enkäten, förtroende för personalen respektive inflytande.

	Resultat 2021
Vård och omsorg - LSS	
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen (%)	67
Brukaren få bestämma om saker som är viktiga hemma (%)	92

4.2 Måluppfyllelse

Socialnämndens målindikatorer sträcker sig över åren 2021–2023. Måluppfyllelsen inom här, redovisade målindikatorer har för år 2021 inte uppnåtts.

Hela året 2021 med vissa lättnader, vissa tider, har präglats av Coronapandemin, vilket i stor omfattning kommit att påverka verksamheternas möjligheter att arbeta med kvalitetsutveckling enligt de behov som finns och enligt de planer som finns. Senare delen av året eskalerade smittspridningen åter med stor sjukfrånvaro och personal i karens samt restriktioner i övrigt. Stort bortfall av personal och därmed behövde verksamheterna prioritera. För cheferna blev det ett fokus på att kunna lösa vardagen.

IFO

Den nationella brukarundersökningen gällde grupperna ekonomiskt bistånd, missbruk beroende, vårdnadshavare samt ungdom 13 år och äldre. Det var en besöksundersökning som 2021 var utökad att gälla vid fysiska möten, teammöten, telefonsamtal etc. med brukare under den aktuella perioden. Endast 10 tal brukare fick frågan om de ville delta i undersökningen och svarade ja, endast sex personer har besvarat enkäten. Ett litet underlag för att kunna dra slutsatser av.

En analys av det resultatet är viktig, vad är orsaken till den låga svarsfrekvensen och fortsättningsvis vilka åtgärder kan vi göra för att lyckas bättre 2022. Ingen analys har gjorts i anslutning till att resultatet publicerades och orsaken är det svåra personella läget.

Socialt stöd - LSS

Enhetschefer på socialt stöd har tagit omhand verksamheternas resultat från brukarundersökningarna och har påbörjat uppföljning med personalgrupper. Uppföljningar på individnivå med brukare, sker allteftersom. I samband med uppföljningar av genomförandeplaner ställs frågor kring upplevelse av verksamheten, vilka förväntningar brukaren har och vilka egna behov och egna förutsättningar som finns samt önskemål. Det har dragit ut på tiden då det på enhetschefsnivå varit vakans under året vilket medfört högre arbetsbelastning på de kvarvarande cheferna som då fått fler verksamheter att ansvara för. Nya enhetschefer är nyligen på plats.

Vård och omsorg

Ökad nöjdhet i äldreomsorgen

Finns inga resultat att mäta då Socialstyrelsens nationella brukarundersökning inte genomfördes 2021 på grund av Coronapandemi.

Personalkontinuitet i hemtjänst

Ett förbättrat resultat sedan 2020 gällande antal personal som en brukare möter under 14 dagar.

Ett medelvärde, vissa brukare har färre antal personal och vissa har fler antal personal på en 14 dagars period. Enhetscheferna är medvetna om resultatet fortsätter arbeta för att öka personalkontinuiteten genom bl.a. mindre arbetsgrupper kring brukare. Mätningar har skett återkommande under året och fortsätter.

I övrigt se Verksamhetsberättelse 2021-12-31.

5 Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Risk- och konsekvensanalys

Att göra risk- och konsekvensanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal- och på verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och konsekvensanalyser är en del i arbetet med ständiga förbättringar och ska ses som ett verktyg att på ett strukturerat sätt identifiera, planera och genomföra åtgärder. Det kan gälla inför förändringar som verksamheten står inför, även en till synes liten, med dock förändring t.ex. vid schemaändringar eller vid mindre eller större organisationsförändringar. Rutin finns.

SOSFS 2011:9 5 kap1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och

2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Det som här avses med, som verksamhetens kvalitet, kan också sägas ”ur brukarperspektivet” som kvalitetsberättelsen grundar sig på. Ett annat perspektiv är personal och arbetsmiljö som har annan lagstiftning och regelverk som inte tas upp i kvalitetsberättelsen.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra riskbedömningar och analyser gällande verksamhetens kvalitet, samt att vid behov skriva handlingsplaner, i det förebyggande arbetet för att kunna följa upp och utvärdera.

Risk- och konsekvensanalyser upprättas i allt högre grad 2021 än tidigare år. Analyser av olika resultat t.ex. från brukarundersökningar, avvikelser för kvartal, personalkontinuitet etc. dokumenteras däremot i ytterst liten omfattning. En analys är viktigt att göra för att strukturerat följa dialogen från vad är problem/målet som inte uppnås, vidare till vad är orsaken och vidare att landa i en handlingsplan men vilka åtgärder som ska vidtas så att ett förbättrat resultat kan uppnås. Detta är ett förbättringsarbete och upptas även i Intern kontrollplan 2022.

Orsaker till bristen är en långdragen pandemi där en viss del av kvalitetsarbete har fått stå tillbaka. Bedömningen är att det även finns en viss kompetensbrist kring det praktiska arbetet, dokumentation av det systematiska arbetet.

5.2 Egenkontroll

Socialförvaltningens ledningsgrupp har antagit en rutin som ger SAS/MAS ett ansvar, i samarbete med andra funktioner, att analysera uppgifter från olika nationella jämförelser och register. Resultaten från dessa analyser är en del av det som ligger till grund för kommande, årliga inriktningar på förbättringsområden där egenkontrollen blir en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Egenkontroll enligt ledningsföreskriften kan var öppna jämförelser, kvalitetsregister, granskning i journal, akter och annan dokumentation, jämförelser med verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, undersökningar hos målgrupper, attityder och förhållningssätt hos personal m.m.

Granskning

Uppföljning av SAS/MAS kan ske genom besök i verksamhet eller vid dator när det gäller t.ex. granskning av dokumentation. Rutinen ger SAS/MAS mandat att avgöra vilka granskningsområden som blir aktuella utifrån t.ex. indikationer på brister i verksamhet samt vilka metoder och urval som väljs. Granskning och kontroll sker också utifrån särskilda uppdrag eller granskningsområden beslutade av ansvariga chefer eller beslutade av socialnämnden.

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

År 2021 har även det präglats av Coronapandemi, mycket extra arbete för alla, på olika sätt, återhållsamt till besök i grupper och verksamheter. Pandemin kom också att fortsätta under hösten med på nytt högre smittspridning, sjukdom och fortsatta karensregler. Detta har bland annat inneburit en prioritering i arbetsuppgifter. Det strategiska systematiska kvalitetsarbetet har fått stå tillbaka.

De granskningar som under året har genomförts är inom de kontrollområden som upptagits i Intern kontrollplan 2021 samt i de fall utredningar skett i samband med rapport om missförhållanden/risk för missförhållanden.

5.2.1 INTERN KONTROLL

Egenkontroll utifrån socialnämndens interna kontrollplan har genomförts inom olika områden. Förutom risk- och analysarbete som beskrivs ovan så har den kontrollen även omfattat bl.a. rättssäkerhet i myndighetsutövning gällande utredningstid och att följa utvecklingen av vårddygn placerade barn.

Myndighet

I 2021 års Interna kontrollplan finns att följa upp utredningstider inom barn och unga. Kontroll har skett vid fyra, sporadiskt utvalda månader. Totalt har 46 avslutade utredningar kontrollerats varav 12 utredningar som har överskridit den lagstadgade utredningstiden av max fyra månader (mellan 123-205 dagar).

Beslut om förlängd utredningstid finns i fem ärenden av de 12. Med motivering såsom missförstånd i den interna kommunikation, hög ärendemängd hos utredarna samt beslut utan motivering.

Beslut finns ej om förlängd utredningstid i fyra ärenden av de 12.

En utredning ska slutföras senast inom fyra månader (11 kap. 2 § SoL). Beslut kan tas om förlängd utredningstid i undantagsfall en viss tid om det finns särskilda skäl. Som sådana skäl uppges t.ex. att en barnpsykiatrisk utredning eller en polisutredning som rör ett brott mot barnet inte kan slutföras inom den föreskrivna tiden. En annan situation när det kan bli aktuellt att förlänga utredningstiden är om det i slutet av en barnutredning kommer fram nya uppgifter som kan påverka bedömningen.

Antalet vårddygn för placerade barn uppgår till 1 110 dygn för 2021 vilket är nästan en halvering av antalet dygn år 2020.

Åtgärder för förbättringar

Ett flertal förbättringsområden har initierats bland annat gemensam utredningsmodell och gemensamma allvarlighetsbedömningar som kopplas till utredningsplan, vilket innebär mer struktur och likriktad handläggning redan vid att ett ärende inkommer. Ökad kontroll på utredningstider genom regelbunden uppföljning av enhetschef varje vecka.

Behandlingsteamets fortsätter med arbetet metod- och kvalitetsutveckling, i syfte att uppnå målsättningen att kunna erbjuda fler tydliga och kvalitativa insatser som alternativ till köpta tjänster och externa placeringar.

Detta är ett förbättringsarbete och upptas i Intern kontrollplan 2022.

Granskningsområden utifrån patientsäkerhet redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

5.3 Utredning av avvikelser

Enligt lagstiftning ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. När avvikelser sker och beroende av händelsens konsekvens för brukaren samt sannolikhetsgrad att den upprepas så hanteras den på olika sätt.

Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

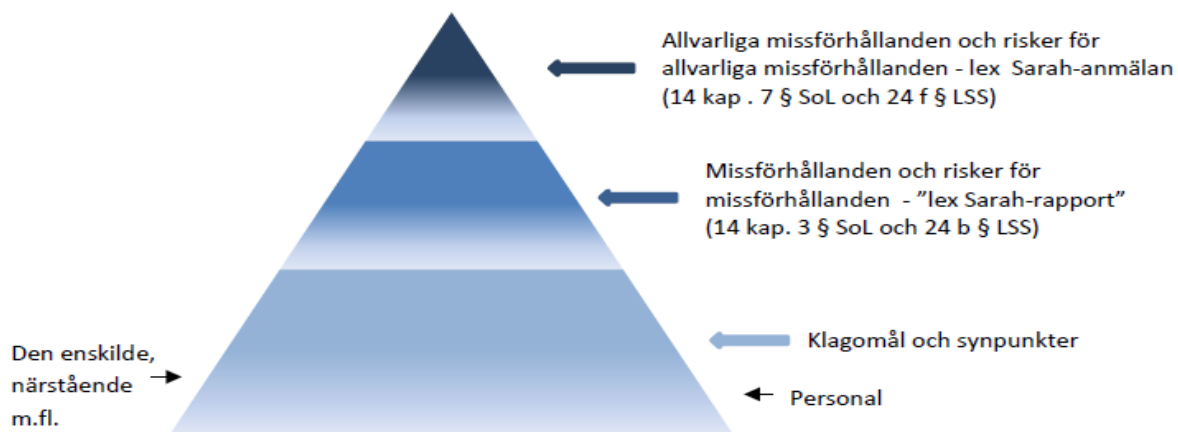
Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, ligger på nivåer i jämförelse med de senaste åren. Synpunkter och klagomål har ökat en del.

Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, analys av händelser, förändringar och förbättringar samt att till brukare visa en positiv inställning till att få synpunkter/klagomål när det brister eller det som kan uppmärksamma verksamheten att tänka förändring, förbättring.

Tillsammans med enhetschefer har tillfällen för genomgångar skett på återkommande kvalitetsmöten. Dialog- och dokumentationsverktyg till stöd vid analys av resultat finns. Underlag för kvalitetsarbete samlas på gemensam plats i mappstrukturen. Vid uppföljning hos enhetschefer visar det sig att det inte i någon utsträckning görs analyser på ett strukturerat sätt, ej dokumenterat gällande avvikelser.

Avvikelse inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

I förvaltningens verksamhetssystem dokumenteras/rapporteras händelser på olika blanketter som har valts att kallas för *Klagomål och synpunkter SoL, LSS, Avvikelse rapport SoL, LSS* och *Lex Sarah rapport*.

De klagomål/anmälningar som enskild gör direkt till tillsynsmyndigheten, IVO redovisas senare i kvalitetsberättelsen (6.1.2).

Översikt

Typ	Helår 2017	Helår 2018	Helår 2019	Helår 2020	Helår 2021
Avvikelse enl. SoL, LSS	308	303	295	307	309
Synpunkter och klagomål SoL, LSS	55	24	19	21	31
Lex Sarah	14	6	9	7	5
Totalt	377	333	323	335	345

5.3.1 AVVIKELSER SoL/LSS

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser. I undantagsfall kan avvikelse inkomma på pappersblankett. Uppföljning av varje avvikelse rapport ska berörd enhetschef göra, ett ständigt pågående arbete.

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

IFO

Inom IFO har 23 händelser rapporterats det är en ökning från 10 st. år 2020. Inom IFO handlar 15 av dessa avvikelser om brister i handläggning/dokumentation såsom att beslut saknas, att anmälningar inte har omhändertagits i tid och förhandsbedömningar dragit ut på tiden, brister i sekretess. Avvikelseerna handlar även om brister i informationsöverföring dels internt dels till vårdnadshavare.

Orsakerna till bristerna uppges bl.a. vara bristande resurser/tid och hög personalomsättning. Projektet *Framtidsresan* fortgår och där fortsatt arbete sker med genomlysning av verksamheten för att identifiera brister, skapa en god arbetsmiljö med förutsättningar, se över stöd i vardagsarbetet genom t.ex. nya rutiner och att kartlägga processer m.m.

Av de 23 rapporterade händelserna har åtta avvikelser inkommit i år men redovisas, särskilt, nedan då dessa sträcker sig bakåt från 2021. I två av dessa avvikelser omfattas sex personer som ej fått verkställt sina gynnande beslut. Dessa ärenden hanteras i sedvanlig handläggning när det gäller rapportering av ej verkställda beslut och inräknas inte i denna kvalitetsberättelse.

De kvarstående sex rapporterna handlar om fel och icke utbetalda arvoden till familjehem, kontaktfamiljer och kontaktperson, ej utbetald ersättning för utlägg vid inköp, avdrag och omkostnader i nya avtal samt i en händelse har beslut fattats av fel delegat. Enhetschef har följt upp samtliga avvikelser och identifierar brister och ouppmärksamhet i handläggning, att introduktion av nya kollegor brister. Ersättningar har rättats till i efterhand, information till medarbetare sker och bedömningen är att det administrativa arbetet kring ersättningar och utbetalningar måste ses över. En planering finns.

Inom IFO är det viktigt att uppmärksamma, analysera och åtgärda brister i myndighetsutövning, att anmälningar tas omhand och att uppföljning av tidsbegränsade beslut görs innan pågående besluts utgång. Om ett beslut tidsbegränsas så har nämnden ansvar för en uppföljning av insatsen och att det fattas ett nytt beslut i god tid innan det tidigare beslutet upphör att gälla.

Vård- och omsorg

Äldreomsorgen står som alltid för den större delen av de rapporterade händelserna, ca 80 % av samtliga avvikelser. Av dessa har särskilda boendeformerna den större delen. Hemtjänsten har tidigare varit de verksamheter som rapporterat betydligt fler händelser än boendena. Hemgården som är det större boendet rapporterar logiskt fler händelser än Hagen. Av hemtjänstområdena rapporteras största del i Landsbygd.

I hemtjänsten finns det ett antal rapporter som gäller att en dubbelbemanning inte har skett trots att bedömningen är att behovet finns. Dubbelbemanning kan vara dels ur arbetsmiljösynpunkt, dels ur brukarperspektiv att känna trygghet och säkerhet vid förflyttningar. Om dubbelbemanning frångås ska det finnas en medvetenhet i den bedömningen. Skulle en person falla i golvet så skulle det kunna få stora konsekvenser.

Inom vård och omsorg särskilt boende, så finns rapporter som beskriver händelser som inneburit konsekvenser av otrygghet emellan de boende. Hotellås kan vara en lösning för att obehöriga inte ska gå in i medboendes lägenheter men händelser sker även i allmänna utrymme. Det är viktigt att det finns personal som kan ha se- och hörbarhet till situationer. Tekniska lösningar får inte ersätta personella resurser men kan vara ett bra komplement. Det är viktigt att se över de avvikelser som handlar om larm, att rörelselarm ska aktiveras och att larmknappar måste kunna nås av brukaren för att kunna larma. Avstämning med enhetschefer har skett och händelserna är uppmärksammade, information har gått ut till berörda personalgrupper och följs upp.

Socialt stöd

Från socialt stöd, boende LSS, personlig assistans har 38 avvikelser rapporterats, flertalet av dessa är rapporterade som utebliven insats på grund av personalbrist men även brister i information som lett till att insatser inte uppfattats. Några rapporter gällande bristande dokumentation och sekretess.

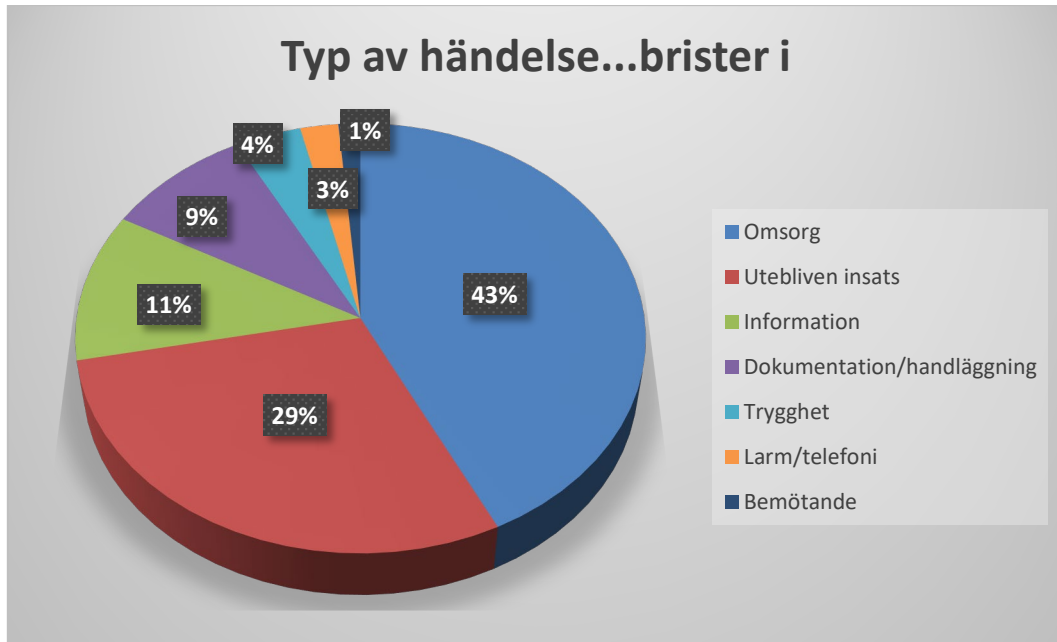
Enhetschefer tillsammans med sina personalgrupper behöver göra analys av avvikelserna i sina verksamheter. Vilka händelser är mest förekommande, vad är orsaken, vilka åtgärder har gjorts eller är

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

på gång. Analyser av resultat ska dokumenteras och ligga till grund för förbättringsarbete. Dokumenten ska sparas i gemensam mappstruktur.

Generellt uppges förslag på mer personal som åtgärder för att hindra negativa händelser, men även information, medvetandegörande samtal med personal och utbildning inom olika områden samt uppdatering av rutiner.

Akuta händelser som upptäcks åtgärdas.



Brister i omsorg

Händelser som handlar om, personlig hygien – ej bytt inkontinenshjälpmedel, ej borstat tänder, inte städad färdigt, glömt att beställa mat, glömt aktivera larm m.m. Orsaker till att händelse uppstått har identifierats som bl.a. brister i information, introduktion, tidsbrist.

Utebliven insats

Ett år 2021 med en fortsatt Coronapandemi har inneburit sjukfrånvaro, karens och svårigheter att rekrytera vikarier vissa tider, vilket har inneburit prioriteringar i verksamhet. Rutin vid hög arbetsbelastning finns i vissa verksamheter som ett stöd. Personlig vård och omsorg prioriteras i förhållande till vissa insatser av servicekaraktär t.ex. städning.

Information

Informationsbrist har varit dels internt inom verksamheterna vilket har inneburit att kollegor i sin uppgift inte haft kännedom fullt ut. Dels har brister i information varit externt, till vårdnadshavare.

Dokumentation/handläggning

Rör anmälningar som inte hanterats på rätt sätt, förhandsbedömningar som dragit ut på tiden eller att beslut saknas. Har också rört sig om att dokumentation ur personakt har lagts på olämplig plats där vissa obehöriga skulle kunnat läsa, dessa några avvikelser handlar främst om brister i sekretess.

Otrygghet

Inom särskilda boendena har enskilda medboende känt en otrygghet i sitt boende p.g.a. andra boendes beteende i vissa fall, verbalt men också att obehöriga går in i andras lägenheter vilket upplevs störande. Förekommer främst på boende för personer med demenssjukdom. Med införande av så kallade hotellås kommer moment att boende går in i medboendes lägenheter kunna minska.

Larm/telefoni

Gäller både larm som ej fungerat ute i hemtjänst men flera avvikelser på särskilda boendena har varit att larmknappar har varit för långt ifrån brukaren som då inte har nått att larma eller rörelselarm som inte har ställts in på rätt sätt eller aktiverats.

Brister i bemötande

Ett fåtal avvikelser (4) handlar om brister i bemötande vilka finns utspridda på flera verksamheter. Handlar om hur personal har uttryckt sig på ett olämpligt vis, till eller om brukare. Bemötande och förhållningssätt tas upp regelbundet på arbetsplatsträffar.

5.3.2 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Återkoppling till brukare/anhörig sker till samtliga förutom i något enstaka fall när klagomålet/synpunkten lämnats av anonym avsändare. Inkomna klagomål och synpunkter utreds i den omfattning som krävs och utredningarna dokumenteras numera i allt större utsträckning än tidigare. Utredningsmallar finns som stöd. Inkomna synpunkter 2021 innefattar bland annat brister i:

- utförd dusch
- utförd städning
- bedömningar och i bemötande
- när brukare tackar nej varför inte erbjudande om annat tillfälle

Biståndshandläggare har som praxis att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra klagomål och synpunkter.

5.3.3 LEX SARAH

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah går den vidare till SAS som utreder missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet. Det görs en bedömning om det är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är av en allvarlighetsgrad som föranleder en anmälan, så skickas anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Av 2021 års fem rapporterade missförhållanden har ett missförhållande bedömts vara av den allvarlighetsgraden att det har föranlett en anmälan till IVO. Allvarlighetsgrad bedöms utifrån en bedömningsmatris med konsekvenser för brukaren och sannolikhet för upprepning.

Lex Sarah rapporterna upprättas av både personal och enhetschefer. Personal som gör en bedömning om missförhållande ska ha den möjligheten att själva rapportera enligt lex Sarah. Det är viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas i enhetschefens uppföljning av det inträffade samt i lex Sarahutredningen. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

En första åtgärd är oftast att samtala/informera berörd personal/grupper om värdegrund t.ex. när det gäller förhållningssätt och bemötande gentemot brukare. Andra åtgärder har varit att upprätta eller revidera rutiner för att tydliggöra arbetssätt, åtgärder har också varit att se över hjälpmedel och dubbelassistent hos brukare.

Det är viktigt att det i verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet samt syftet med lagstiftningen. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. När händelser rapporteras i tidigt skede är det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder, lindra omfattning av konsekvenser som händelserna kan innebära, dels ur ett individperspektiv, dels ur ett verksamhetsperspektiv.

En viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete är en verksamhet, där chef och personal är uppmärksam på avvikelser och dess hantering, är väl förtrogen med ansvaret och syftet med rapportering.

Under hösten 2021 påbörjades kortare utbildningstillfällen för enhetschefer och dokumentationsombud inom socialt stöd och vård och omsorg, där avvikelserapportering och lex Sarah är några av de teman som tagits upp. Dessa tillfällen filmas vilket möjliggör för att samtlig personal kan ta del av

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

utbildningarna. Ska också kunna vara till stöd i verksamheter att återkomma till, se om igen. Filmer och presentationer finns tillgängligt för alla.

Följande lex Sarah rapporter har inkommit 2021.

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan
1	Hemgården	Dödsfall i samband med lunch	Ej lex Sarah	
2	LSS, personlig assistans	Fall från hygienstol	Missförhållande	Ja*
3	Hemtjänst	Brister i teknik/larm	Ej lex Sarah	
4	Hemgården	Brister i tillsyn och omsorg under kväll	Missförhållande	Nej
5	Hemgården	Brister i bemötande	Missförhållande	Nej

*Enligt IVO:s bedömning innehåller huvudmannens utredning de uppgifter som ska dokumenteras enligt 5 kap. 1–5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. IVO avslutar ärendet.

6 Externa granskningar

6.1 Inspektionen för vård och omsorg

6.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser 2020 års rapporteringar. Under året 2021 har 67 (58) personer omfattats av ej verkställt beslut eller avbrott i verkställighet, vilket har rapporterats till IVO. Situationen har haft viss påverkan av Coronapandemi även detta år, vilket IVO har ställt frågan om, i de rapporteringar som gjorts. Personer har själva velat avvakta och se hur det utvecklar sig. Det har varit svårare att rekrytera intresserade för t.ex. uppdrag som kontaktperson.

Insats	Antal personer
Kontaktperson	25 (10)
Kontaktfamilj	9 (5)
Särskilt boende	7 (11)
Familjebehandling	6 (6)
Korttidsvistelse LSS	6 (4)
Korttidsboende/växelvård	3 (1)
Daglig verksamhet LSS	3 (1)
Ledsagarservice LSS	2 (2)
Korttidstillsyn LSS	1 (1)
Personlig assistans LSS	1 (1)
Boende vuxen LSS	1 (2)
Boende barn LSS	1 (1)
Externt boende	1 (1)
Dagverksamhet	1 (12*)

* på grund av pandemi, stängd dagverksamhet

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Med resursbrist menas här t.ex. brist på en ledig lägenhet när det gäller boende eller att en intresserad, frivillig person har kunnat hittas för att verkställa insatsen kontaktperson.

Nämnden har sex pågående ärende hos IVO i Jönköping, där IVO överväger att hos domstol ansöka om särskild avgift. Inget beslut har ännu fattats. Dessa ärenden handlar om ledsagarservice, kontaktfamilj, daglig verksamhet, korttidsvistelse samt öppenvårdsverksamhet (2). Några av dessa ärenden är verkställda/avslutade men IVO har inte fattat något beslut och bedömningen kan, trots verkställt/avslutat beslut bedömas att väntetiden har varit oskäligt lång.

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

Det är viktigt att det dokumenteras i enskilda ärendet om vad som görs under väntetiden, hur nämnden arbetar med rekrytering, resurser och vilka eventuella insatser som den enskilde har under väntetiden, det kan vara avgörande för om IVO går vidare eller ej i sina övervägande om att söka särskild avgift för ej verkställt beslut. Här brister det i dokumentationen i många fall.

En elektronisk intresseanmälan till uppdrag som bygger på frivillighet t.ex. kontaktperson finns på hemsidan. Flera intresseanmälningar har inkommit och också resulterat i uppdrag.

6.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Sex (8) personer har gjort nio anmälningar till IVO, gällande sitt specifika ärende, de flesta gäller myndighet. Anmälan har handlat om missnöje med bl.a. handläggning, umgängesplanering, information/kommunicering med vårdnadshavare, ej beviljats bistånd försörjningsstöd, korttidstillsyn-avlösarservice. Några personer har till IVO gjort flera anmälningar, gällande samma ärende, totalt 9 (18) anmälningar till IVO. IVO har inte öppnat något tillsynsärende av dessa anmälningar.

Ett förbättringsarbete har startat i form av dokumenterade utredningar av klagomål och synpunkter i linje med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

6.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

De tillsyner som IVO har genomfört år 2021 är uppföljning från tidigare års tillsyn på grund av Covidpandemin med fokus på äldre på särskilt boende. IVO har också genomfört en nationell tillsyn i syfte att granska i vilken utsträckning kommunen anlitar privata utförare för hemtjänstinsatser och om kommunerna kontrollerar att dessa har tillstånd och att dessa har tillstånd från IVO.

7 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom bl.a. rapporteringsskyldighet. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet, är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande.

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Men vissa verksamheter behöver utveckla sitt arbete med förståelse för och att faktiskt rapportera avvikelser och den fortsatta handläggningen av dessa i enlighet med upprättade rutiner.

Att ta om hand även andra resultat t.ex. öppna jämförelser, brukarundersökningar och utifrån dessa analysera och förbättra verksamheten behöver få ett större fokus framöver.

Månadsvisa kvalitetsmöten med enhetschefer har pågått under året samt en heldag med samtliga chefer. Enhetscheferna har bland annat fått en repetition på hur förvaltningen ska arbeta med ett systematiskt kvalitetsarbete, stöd finns med vissa verktyg för dialog och dokumentation i sitt analysarbete, rutiner och annat underlag.

SAS har deltagit på vissa arbetsplatsträffar för genomgång gällande presentation av resultat av brukarundersökningar, systematiskt kvalitetsarbete etc. SAS har tillsammans med systemförvaltare haft några möten med dokumentationsombuden. Pandemin under året har dock minskat ner antal fysiska möten men då har dessa skett i teamsmöten i olika gruppkonstellationer, t.ex. utbildningarna som beskrivs under avsnittet lex Sarah.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet i en handbok som finns tillgänglig för samtlig personal. Dokument i handboken är "levande dokument" ska

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

vid behov eller på grund av utgående datum uppdateras, nya riktlinjer och rutiner ska upprättas efter behov. Ett arbete med att uppdatera hela handboken har startat upp.

I allt förbättringsarbete är det viktigt att berörda chefer tillsammans med sina medarbetare deltar i det arbetet. Såsom i arbetet med analyser av olika uppkomna resultat, risk- och konsekvensanalyser när verksamheten står inför förändring samt vid genomgång och ändringar i riktlinjer och rutiner,

8 Förbättringsplan

8.1 Inriktning 2022

Inriktning under 2022	Ansvarig	Följs upp
Ledningssystem Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet		
Processer Ett fortsatt arbete behövs med att <i>identifiera</i> interna processer, <i>kartlägga</i> processer och på så sätt utveckla former för den <i>interna samverkan</i> , för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda och för rättssäkerheten	Kvalitetssamordnare Förvaltningschef Verksamhetschefer Enhetschefer	förvaltningens ledningsgrupp, FLG
Dokumentation Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentation i form av bland annat: - analyser av resultat - handlingsplaner, uppföljning	Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef <i>Chef vars verksamhet det gäller</i> SAS/Kvalitetssamordnare	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll - kvalitetsberättelse
Analyser Utredning och analys av olika slag gällande resultat och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet. Verktyg för analys och förbättringsarbete ska användas. Resultat kan t.ex. vara från: - avvikelser - brukarundersökningar - måluppfyllelse - nationella enkäter, statistik	Enhetschef Verksamhetschef	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet. Uppdatera rutiner/riktlinjer vid förändring eller innan utgångsdatum	Enhetschef Dokumentansvarig	kontroll
Dokumentation på brukarnivå Rättssäkerhet.	Enhetschef	granskning och kontroll

Bilaga 1, SN § 34/2022-03-29

Förbättra dokumentationen där brister har framkommit • i handläggning IFO • i verkställighet		
Översyn av administrativa arbetet Administrativa arbetet kring bl.a. arvoden och ersättningar	Enhetschef	• granskning och kontroll
Övrigt Nationella brukarundersökningar <i>Vård och omsorg</i> Brukarundersökningar inom äldreomsorgen ger en bild av hur brukare/boende upplever äldreomsorgen. Ett resultat att jämföra över tid och en anvisning åt vilket håll utvecklingen går. <i>IFO</i> Målet bör vara att delta 2022. Resultatet från dessa undersökningar kan vara ett verktyg för förbättringsarbete och bör vara återkommande. <i>LSS</i> År 2021 deltog daglig verksamhet samt servicebostad, LSS. Resultatet ger en bild av nuläge och ska ligga till grund för ett förbättringsarbete. Ett deltagande vartannat år kan vara realistiskt	SAS/Kvalitetssamordnare <i>- förarbete och sammanställningar</i> Verksamhetschef	• förvaltningsledning • nämnd

Att ha utrymme att arbeta systematiskt och strukturerat är förutsättningar för förbättringsarbeten. Att arbeta förebyggande och på så sätt kunna förhindra att händelser uppstår igen är viktigt. I vardagen kan akuta behov uppstå, omprioriteringar behöva göras vilket innebär ytterligare en dimension på vikten av att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början.

Som stöd i förbättring- och kvalitetsarbete finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, information, utföra intervjuer och göra analyser och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner – verksamhetsutveckling.



Förstudie av Hemgårdens lokalanvändning

Sammanfattning

Kommunfullmäktige beslutade i november 2020 att ge socialnämnden i uppdrag att utreda behov av reinvesteringar för att kunna hantera kommande behov av platser för somatisk vård på Hemgården (KF § 145/2020-11-1 7).

Utifrån att beslut var fattat om att bygga Hagens demenscenter ville socialnämndens presidie också att förvaltningen utredde vilka verksamheter utöver platser för somatisk vård som kan vara aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill tillhörande reinvesteringar. Socialnämndens beslutade då att förvaltningen fick i uppdrag att:

1. Utreda behov av reinvesteringar för att kunna hantera kommande behov av platser för somatisk vård på Hemgården.
2. Förvaltningen får i uppdrag att utreda vilka verksamheter utöver platser för somatisk vård som är aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill hörande reinvesteringar.

I denna tjänsteskrivelse redogörs för uppdraget under **punkt två**. Uppdraget under punkt ett har redan redovisats i en separat tjänsteskrivelse med benämning: *"Uppdrag från kommunfullmäktige att utreda behov av framtida platser för somatisk vård på Hemgården"* och presenterades för; socialnämnden 2022-02-01 och godkändes samt för kommunstyrelsens 2022-02-21 och godkändes. Kommunfullmäktige har ännu inte haft ärendet på sin dagordning.

Denna förstudie är en övergripande utredning utan detaljnivåer dessa kommer först i ett eventuellt beslutat investeringsprojekt. Förstudiens uppdrag var att tillsammans med projektledare, chefer, medarbetare och arkitekt utreda vilka behov socialförvaltningen har av lokaler och vilka av dessa behov som kan inrymmas efter demensavdelningarna på Hemgården har flyttat till Hagen samt vilka ombyggnationer som kommer att krävas och medförande reinvesteringar.

Förstudien visar att Hemgårdens lokaler klarar att inrymma alla de verksamheter som socialförvaltningen föreslagit och därmed skulle Hemgården bli en levande byggnad med varierad verksamhet även efter att demensavdelningarna flyttar ut till Hagen 2023. Följande kan inrymmas:

- Hemgårdens nuvarande 29 somatiska platser
- Utökning med 14 somatiska platser (två befintliga avdelningar tas i anspråk)
- Daglig verksamhet enligt LSS flyttar från Hagen (en befintlig avdelning tas i anspråk)
- Kontor för chefer
- Dokumentationsrum för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor samt låsta läkemedelsförråd.

Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29



HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Socialförvaltningen

Tjänsteskrivelse
2022-03-03
DNR SN 80/2020
Sid 2 av 4

- Mötesrum
- Kontor och mötesrum för planerare hemtjänst och bemanning
- Befintliga hemtjänstgrupper Tätort och Landsbygd samt möjligheter om det skulle finnas behov att inrymma all hemtjänstens personal från Ljung.

Kostnaden för ombyggnationen beräknas till ca 21 miljoner och byggstart är möjlig hösten 2023 när demensavdelningarna flyttat från Hemgården till Hagen. Investeringsäskandet för ombyggnationen sker i enlighet med investeringsprocessen som hanteras under 2022.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse i ärendet daterad till 2022-03-03
- Socialnämnden § 157/2020-12-15
- Arkitektritningar 1, 2, 3 och 4 i ärendet
- Kostnadsbedömning daterad 2022-02-03
- Underlag kalkyl för kostnadsbedömning daterad 2022-02-03
- Synpunkter från referensgrupp SÄBO Hemgården daterad 2022-03-29
- Synpunkter från referensgrupp Hemtjänst (Landsbygd, tätort och Ljung) daterad till 2022-01-12
- Synpunkter referensgrupp daglig verksamhet både personal och brukare daterad till 2021-12-20

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner förstudien och skickar den vidare till kommunstyrelsen för information.

Sandra Säljö
Socialchef

Expedieras till:
För kännedom
till:

Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29



HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Socialförvaltningen

Tjänsteskrivelse
2022-03-03
DNR SN 80/2020
Sid 3 av 4

Bakgrund

Förvaltningen har fått i uppdrag att utreda vilka verksamheter utöver platser för somatisk vård som kan vara aktuella att inrymma i Hemgårdens lokaler samt behovet av tillhörande reinvesteringar. I anslutning till detta uppdrag genomfördes en genomlysning av socialförvaltningens nuvarande och kommande behov av lokaler samt vilka verksamheter som skulle vara lämpliga att fortsätta att bedriva på Hemgården. Även att utreda vilka verksamheter som skulle kunna flytta och bedrivas på Hemgården istället.

Förvaltningen har sedan tidigare utrett att somatisk vård kommer att behöva 14 platser för att klara kommande behov hos befolkningen. Totalt kommer 43 somatiska platser att behöva inrymmas på Hemgården. Utöver detta utgår redan idag hemtjänst Tätort och Landsbygd från Hemgården och de har fortsatt behov av att få vara kvar. Hemtjänsten Ljung bedriver i dag sin verksamhet i Ljung på Gäsenegården men skulle kunna flytta om förvaltningens effektiviseringsprojekt visar att detta skulle vara gynnsamt eller att Gäsenegårdens lokaler behöver användas till annat.

Utöver detta har daglig verksamhet (LSS) ett akut behov av nya lokaler när "gamla" Hagen, (där de idag bedriver sin verksamhet), skall utrymmas för fortsatt ombyggnation till ett demenscentrum. Daglig verksamhet kan då inte vara kvar på Hagen och är inte planerad att vara kvar efter ombyggnationen. Verksamheten har därför under en period sökt efter nya lämpliga lokaler som kan passa målgruppen men inga övriga lokaler i kommunens regi har bedömts som lämpliga.

För att genomföra detta utredningsuppdrag på bästa sätt äskade förvaltningen medel till en förstudie, beviljades medel och förstudien genomfördes under året 2021 och början 2022. Förstudien har genomförts med en extern projektledare och med upphandlad arkitektfirma. Styrgruppen har under projektet bestått av:

- Utsedd projektledare Tomas Eriksson, Krook & Tjäder
- Arkitekt Björn Dahrén, Dahrén Arkitekter
- Socialchef
- Verksamhetschef för socialt stöd
- Verksamhetschef för och vård- och omsorg
- Enhetschefer för alla hemtjänstgrupperna
- Enhetschef för daglig verksamhet
- Fastighetschef
- Vaktmästare på Hemgården

Referensgrupper under projektet har bestått av:

- Personal Hemgården SÄBO somatisk vård
- Personal hemtjänsten Tätort, Landsbygd och Ljung
- Personal Daglig verksamhet inklusive brukare

Synpunkter på ritningarna har inhämtats och dokumenterats i bifogade protokoll.

Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29



HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Socialförvaltningen

Tjänsteskrivelse
2022-03-03
DNR SN 80/2020
Sid 4 av 4

Ekonomisk bedömning

En kalkyl har tagits fram med hjälp av arkitektritningarna av projektledare Tomas Eriksson, Krook & Tjäder samt kommunens egen projektledare Ulf Wedin. Kalkylen och underlaget finns bifogat som bilagor.

Ombyggnationen och tillhörande upprustning av Hemgården beräknas (2022-02-03) kosta 21 mkr.

Investeringsäskandet för ombyggnationen sker i enlighet med investeringsprocessen som hanteras under 2022.

Motivering av förslag till beslut

En förstudie har genomlyst Socialförvaltningens lokalbehov och identifierat de verksamheter som kan vara aktuella att bedriva på Hemgården. Alla föreslagna verksamheter som ingått i förstudien förutom Ljungs hemtjänst har ett behov av att inrymmas i Hemgården senast 2023. Om daglig verksamhet inte får nya lokaler kommer ombyggnationen av Hagen att stå still eftersom en förutsättning för att bygga om "gamla" Hagen är att daglig verksamhet flyttar ut. Om Hemgården inte byggs om måste daglig verksamhet leta lokaler hos extern hyresvärd och Hemgårdens lokaler lämnas delvis tomma och orenoverade. För att Hemgården skall fortsätta att vara en levande byggnad med verksamhet från socialförvaltningen och för att kommunens särskilda boenden på Hagen och Hemgården skall vara likvärdiga i standard och inrymma daglig verksamhet krävs en ombyggnation. Referensgruppernas synpunkter kommer att beaktas i projekteringsfasen om investeringsprojektet godkänns. Denna rapport är som tidigare nämnts en övergripande förstudie.

Samverkan

Förstudie Hemgården har samverkats i FSG 2022-03-24



SN § 157

DNR SN 80/2020

Uppdrag från kommunfullmäktige att utreda behov av platser för somatik på Hemgården

Sammanfattning

Kommunfullmäktige beslutade i november att ge socialnämnden i uppdrag att utreda behov av reinvesteringar för att kunna hantera kommande behov av platser för somatik på Hemgården (KF § 145/2020-11-17).

Utifrån att beslut är fattat om att bygga Hagens demenscenter vill presidiet också att förvaltningen utreder vilka verksamheter utöver platser för somatik som är aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill hörande reinvesteringar.

Beslutsunderlag

Presidieskrivelse i ärendet daterad 2020-12-03
Kommunfullmäktige § 145/2020-11-17

Förslag till beslut

Presidiets förslag till beslut:

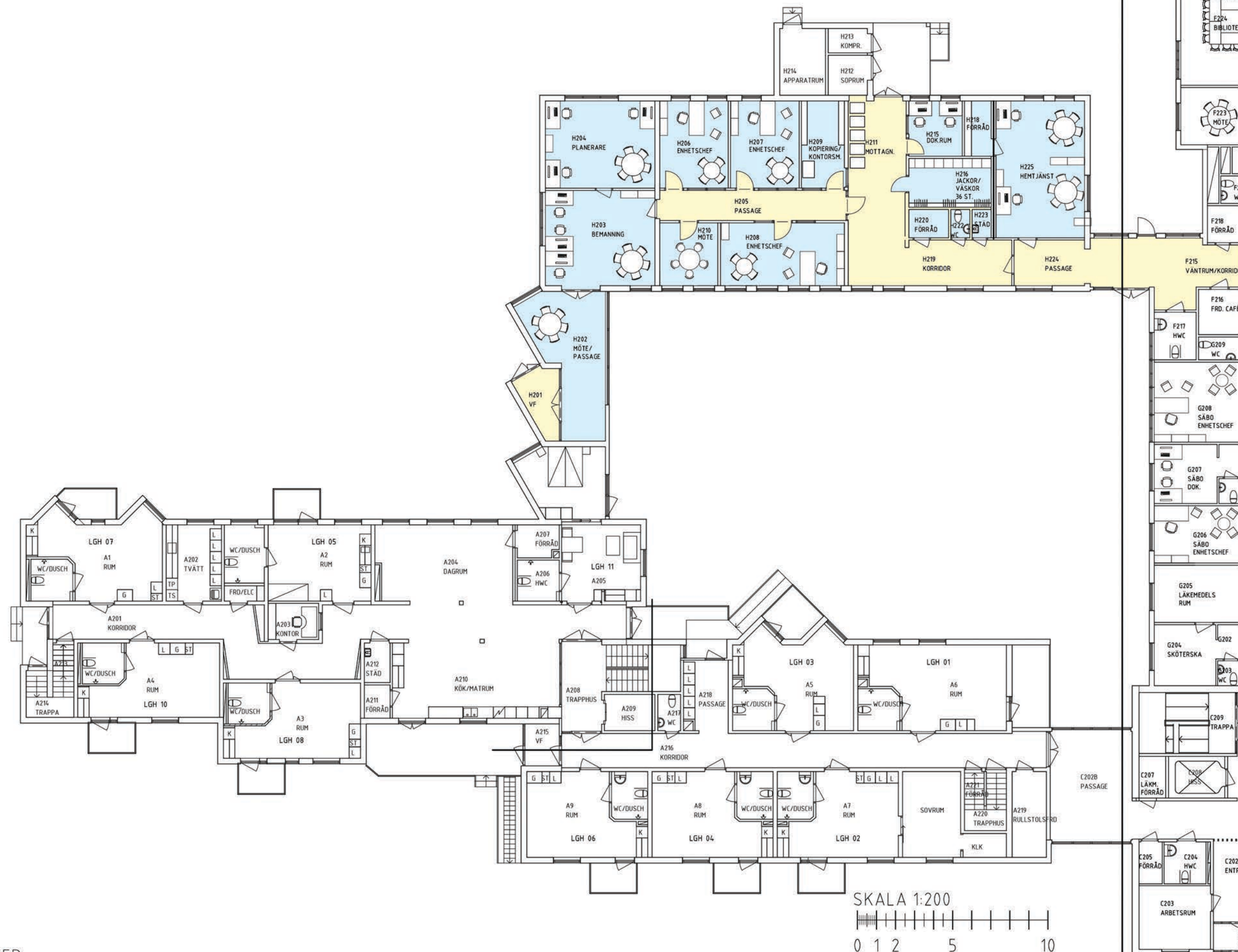
- Förvaltningen får i uppdrag att utreda behov av reinvesteringar för att kunna hantera kommande behov av platser för somatik på Hemgården.
- Förvaltningen får i uppdrag att utreda vilka verksamheter utöver platser för somatik som är aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill hörande reinvesteringar.
- Resultatet redovisas på socialnämndens sammanträde 2 mars 2021.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om presidiets förslag till beslut antas och finner att så sker.

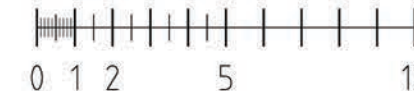
Socialnämndens beslut

1. Förvaltningen får i uppdrag att utreda behov av reinvesteringar för att kunna hantera kommande behov av platser för somatik på Hemgården.
2. Förvaltningen får i uppdrag att utreda vilka verksamheter utöver platser för somatik som är aktuella i Hemgårdens lokaler och behovet av därtill hörande reinvesteringar.
3. Resultatet redovisas på socialnämndens sammanträde 2 mars 2021.



METER

SKALA 1:200

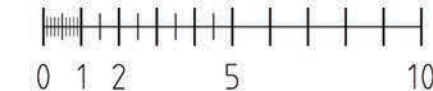


BET	ANT	ÄNDRINGEN AVSER	SIGN	DATUM
FK 2021-11-17				
HEMGÅRDEN ÄLDREBOENDE				
HERRLJUNGA KOMMUN				
 DAHRÉN arkitekter <i>ab</i>				
Västerbodavägen 37, 441 60 ALINGSÅS, Tel. 0322-633000				
 HERRLJUNGA KOMMUN				
BE				
A	DAHRÉN ARKITEKTER AB: BJÖRN DAHRÉN			0322 633000
V				
EL				
K				
Br				
UPPDRAG NR	2116	RITAD AV	B. DAHRÉN	HANDLAGGARE
DATUM	2021-	ANSVARIG	BJÖRN DAHRÉN	
OMBYGGNAD ÄLDREBOENDE FÖR				
HEMTJÄNST OCH DAGCENTER				
PLAN 1, DEL 1				
SKALA	A1 = 1:100 A3 = 1:200	NUMMER	A-40-1-0102	REV

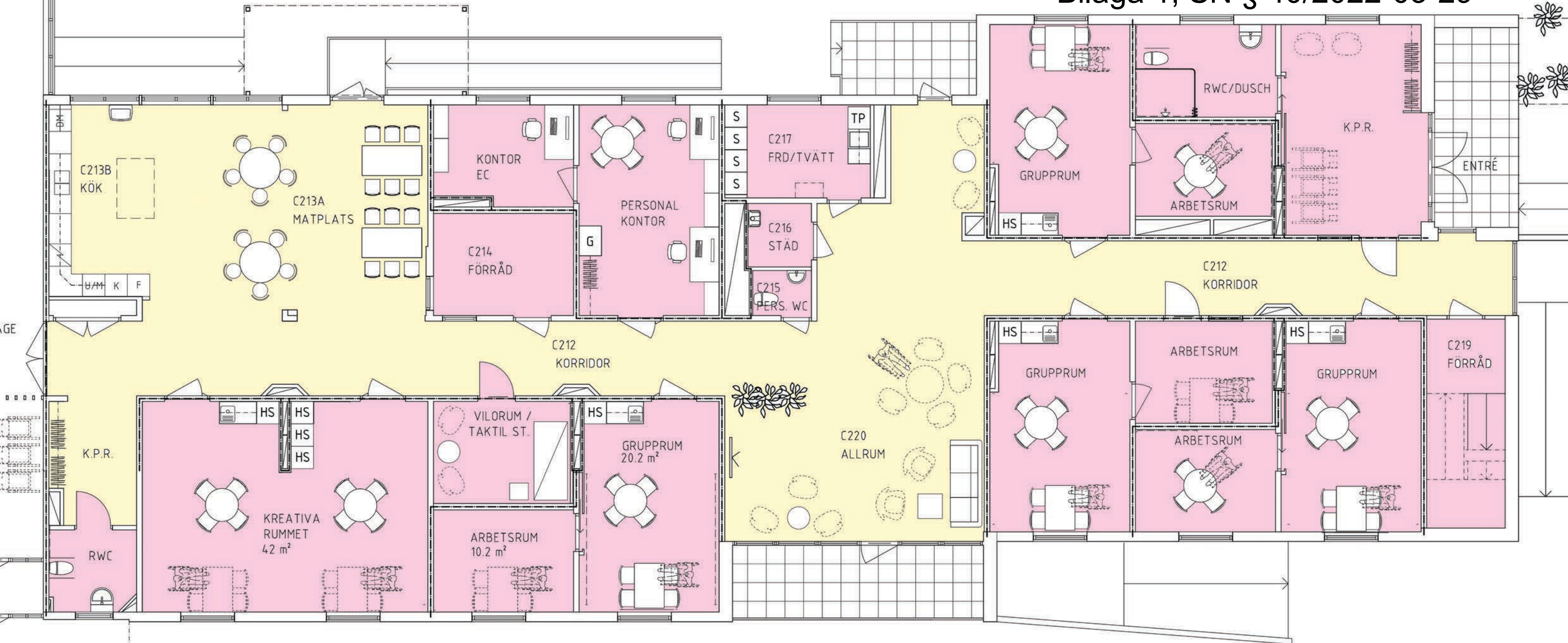


BET	ANT	ÄNDRINGEN AVSER	SIGN	DATUM
FK 2021-11-17				
HEMGÅRDEN ÄLDREBOENDE HERRLJUNGA KOMMUN				
 DAHRÉN arkitekter <i>ab</i>				
Västrabodavägen 37, 441 60 ALINGSÅS, Tel. 0322-633000				
 HERRLJUNGA KOMMUN				
BE				
A	DAHRÉN ARKITEKTER AB: BJÖRN DAHRÉN			0322 633000
V				
EL				
K				
By				
UPPDRAG NR	2116	RITAD AV	B. DAHRÉN	HANDLAGGARE BJÖRN DAHRÉN
DATUM	2021-	ANSVARIG		
OMBYGGNAD ÄLDREBOENDE FÖR HEMTJÄNST OCH DAGCENTER PLAN 1, DEL 2				
SKALA	A1 = 1:100 A3 = 1:200	NUMMER	A-40-1-0103	I REV

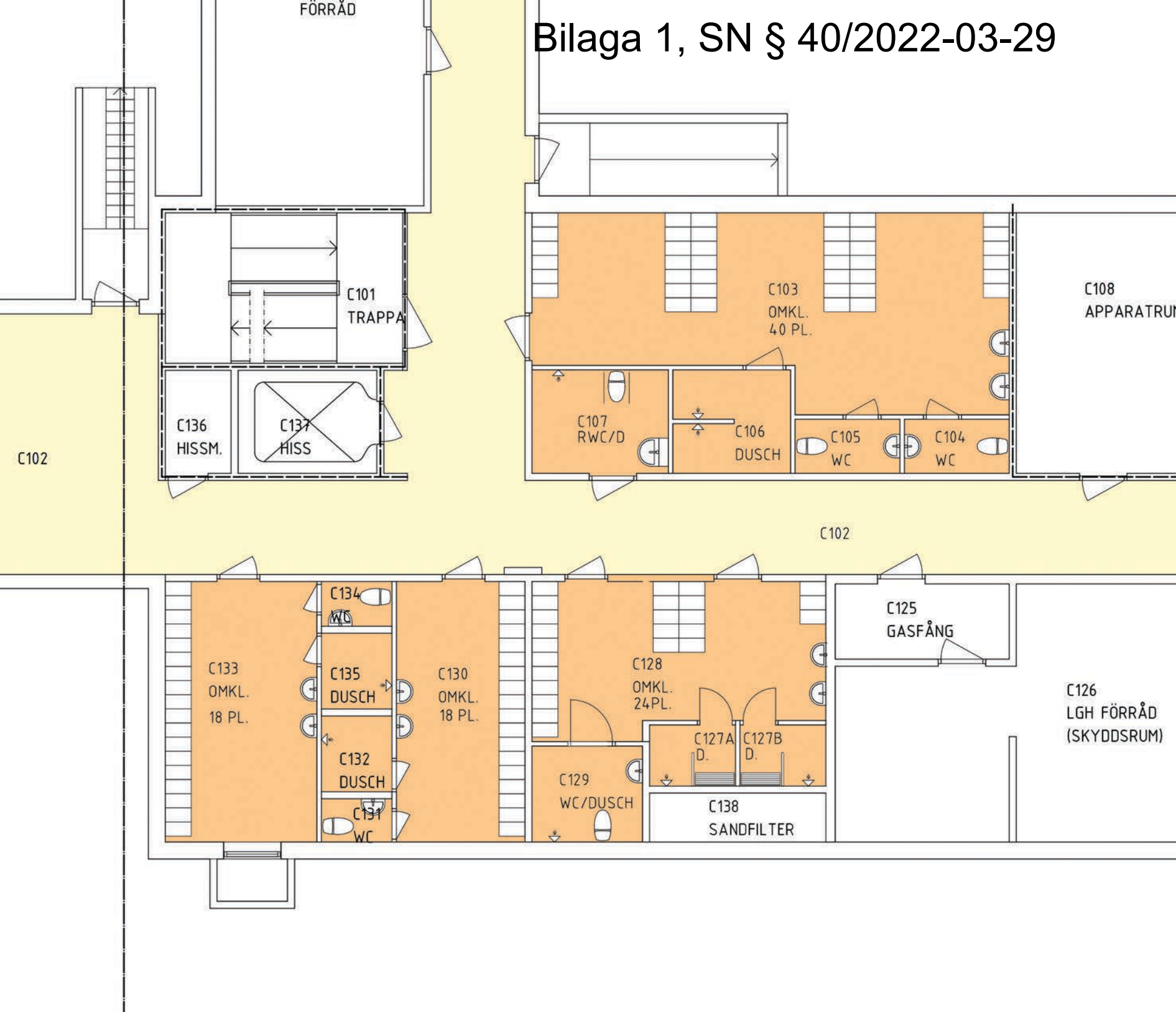
SKALA 1:200



METER



Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29



KROOK & TJÄDER**KOSTNADSBEDÖMNING**

Hemgården, Herrljunga kommun

Ombyggnad och renovering äldreboende

Underlag: Förstudien 2021-11-17, Dahrén arkitekter AB

Ombyggnad/renovering omfattning enl. planritningar "Underlag kalkyl 2022-02-03"

	Yta BTA	Kostnad kr/ kvm	S:a
Ombyggnad			
Ombyggnad (större ombyggnad inkl bygg, el/tele, VS, V, Styr)	1160	15000	17 400 000
Ombyggnad delsumma			17 400 000
Renovering			
Renovering - Lätt renov - ytskikt+undertak+vent+el	230	6000	1 380 000
Renovering delsumma			1 380 000
Renovering enkel			
Renovering enkel - Endast ytskikt + undertak	326	2000	652 000
Renovering enkel delsumma			652 000
Summa			19 432 000
Oförutsedda kostnader (ÄTA) 8%			1 554 560
Summa inkl. 8% påslag för oförutsedda kostnader			20 986 560

Följande ingår EJ i kostnadsbedömningOmbyggnad/renovering av *EJ* markerade ytor i planritning "Underlag kalkyl"

Utbyte av dörrar och fönster i fasad

Utemiljö

Endast ombyggnad av ventilation/nya aggregat för ombyggnadsdelar

Lös inredning

Ökad produktionskostnad för etapp utförande

Nya parkeringsplatser

Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29

2022-02-03

sid 2 (2)

Produktionskostnader (underlag)

Kvadratmeterkostnader är beräknade på erfarenhetsmässiga kostnader av tidigare ombyggnader i Herrljunga, lämnade av Ulf Wedin, Herrljunga 2022-01-11 (Avser totala kostnader inkl. Arb. Plats omkostnader samt CAK)

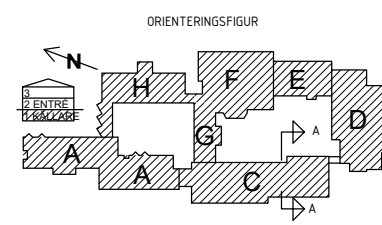
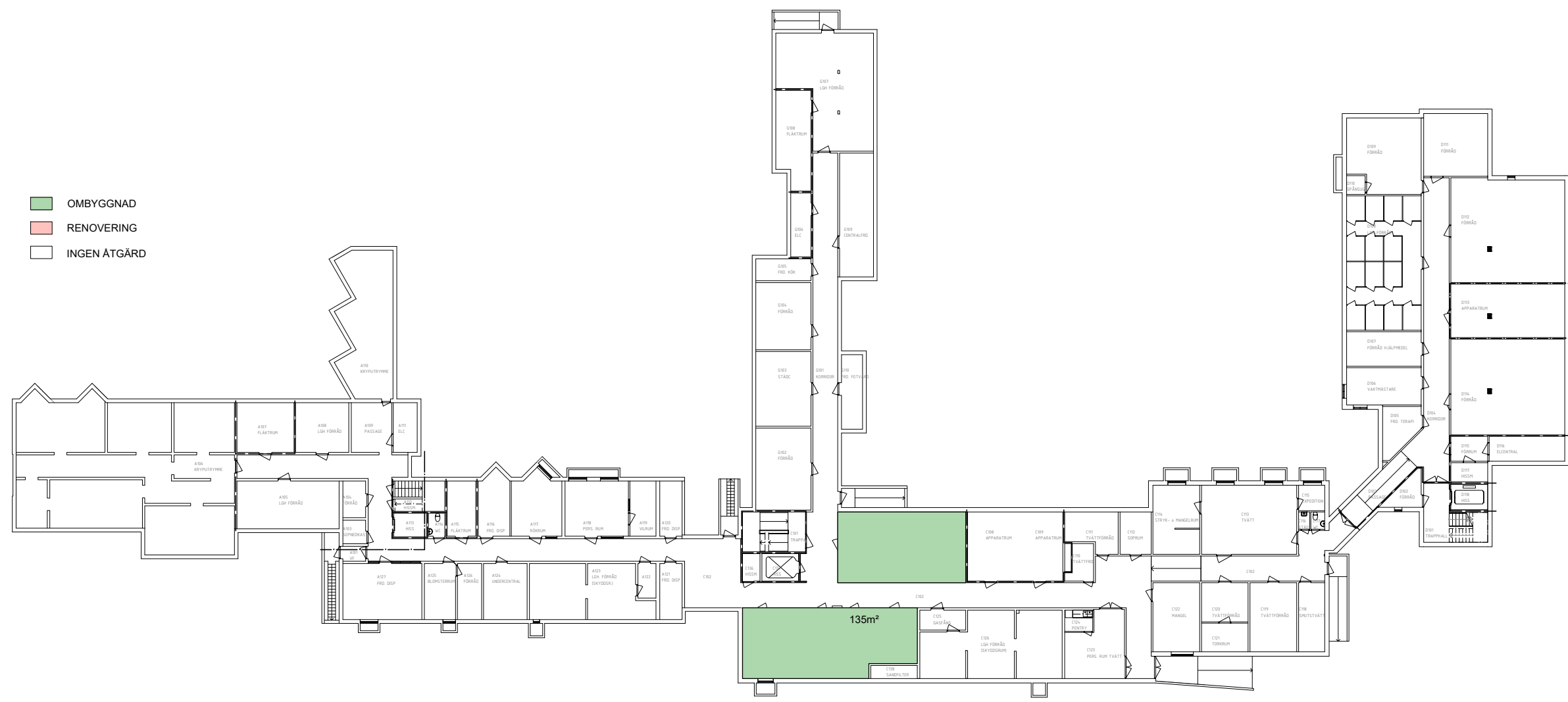
	Kostnad kr/ kvm
Ombyggnad (större ombyggnad inkl bygg, el/tele, VS, V, Styr)	15 000
Renovering - Lätt renov - ytskikt, övriga bef. ytor, dörrar+undertak+vent	6 000
Renoveringsytor enkel (undertak, matta, vägg)	2 000

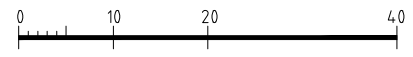
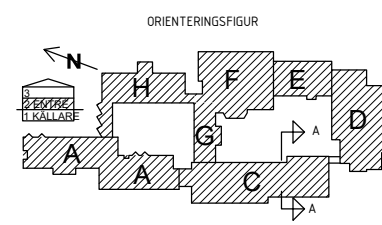
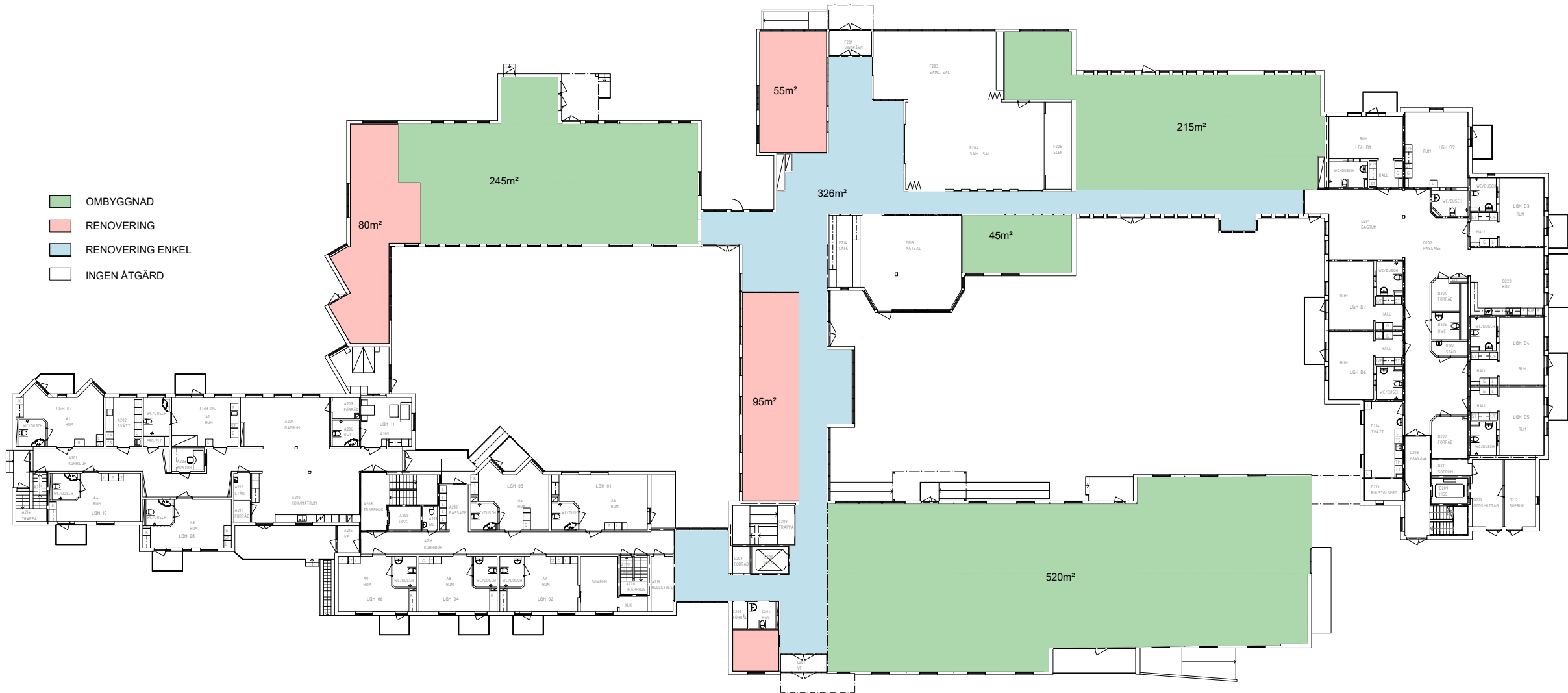
Ytberäkningar (omfattning enl. planritningar "Underlag kalkyl 2022-02-03")

Ombyggnadsytor	Yta (kvm)
Plan 1, källare	
Del C ombyggnad/renovering omklädningsutrymmen (våutrymmen)	135
Plan 2, entréplan	
Del C1 Ombyggnad till Daglig verksamhet	520
Del H Storkök omb till emtjänst	245
Del E Hemtjänst ombyggnad	215
Del F Hemtjänst	45
Summa	1160

Renoveringsytor	Yta (kvm)
Plan 1, källare	
-	
Plan 2, entréplan	
Del H (övriga ej storkök)	80
Del G kontorsytor	95
Del F konferens/möte	55
Summa	230

Renoveringsytor enkel	Yta (kvm)
Plan 1, källare	
-	
Plan 2, entréplan	
Del G, F Korridorsytor	326
Summa	326







2022-03-29

Referensgrupp Förstudie Hemgården

Plats: Hemgården
Tid: kl. 13:00-14:00

Närvarande

Maarit Eklund
Johnsson

Enhetschef

Anna Ågestedt
Ylwa Wellander
Evelina Larsson

Mötet öppnades

1. Enhetschef

Enhetschef presenterade en skiss framtagen av Arkitekterna Krook & Tjäder och som har presenterats i styrgruppen vid olika styrgruppsmöten under hösten gällande Förstudie Hemgården. Skissen skall inte in i detaljnivå, förstudiens syfte är att se om verksamheterna kan samlokaliseras och därefter görs en kostnadsbedömning för att se om projektet kan genomföras.

2.

Uppdraget till referensgruppen är att studera skissen och komma med synpunkter som skall lämnas före 31/12 2021 och skickas till Tomas Eriksson.

3. Synpunkter

1. LSS är enligt ritningarna placerad mitt i huset, förslagsvis använda D1 det blir en mer strukturerad och en bättre helhet. Där finns även last möjligheter.
2. Traversgående taklyftar finns befintligt på C1. Lyftarna underlättar personalens arbetsmiljö. Finns endast på C-huset i dagsläget.
3. Kopiatorn är lokaliserad inne i hemtjänstlokalen enligt ritningen. Bör vara mer centralt placerad.
4. Postrummet finns ej med på ritningen



PROTOKOLL

5. Aktivitetsrum finns på LSS. Förslagsvis placering mer centralt så att alla verksamheter kan använda den.
6. Långa avstånd att gå för nattpersonalen så som ritningen är nu. Försämrade arbetsmiljö för personalen och även en försämring för de boende.
7. Mycket spring genom hemtjänstlokalerna, då lastbryggan ligger där.
8. Behövs fler omklädningsskåp/rum

Nästa möte: Ej bestämt vid sittande möte.

.

Vid protokollet:

Maarit Eklund Johnsson

Justeras:

Anna Ågestedt

Undersköterska Hemgården

Ylva Wellander

Undersköterska Hemgården

Evelina Larsson

Undersköterska Hemgården Natt



PROTOKOLL

./. Synpunkter Förstudie Hemgården

Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29

Mötesanteckningar från Referensgruppmöte Hemtjänsten rörande samlokalisering på Hemgården

Datum: 2022-01-12

Tid: 10:30-11:30

Närvarande: Rickard Larsson	EC Hemtjänst Landsbygd
Michaela Hektor	EC Hemtjänst Tätort & Nattpatrull
Ann-Marie Olfwenstam	EC Hemtjänst Ljung
Nina Öyangen	USK Hemtjänst Landsbygd
Helene Svantesson	USK Hemtjänst Tätort
Marie Görloff	USK Hemtjänst Ljung

Förhinder: Anneli Eriksson Huvudskyddsombud Kommunal

Under mötet presenterades de olika delarna som berör Hemtjänstens varsamhet fördelat på tre delar;

1. Utrymmet kring den del där planerare och bemanning sitter idag.
2. Utrymmet kring den befintliga hemtjänstlokalen på Hemgården.
3. Omklädningsrummen i källarplan.

De synpunkter som kommer nedan är upplagda utifrån respektive utrymme presenterade i punktform.

1. Utrymmet kring den del där planerare och bemanning sitter idag.

- Fler än en toalett är önskvärd då det kommer vara in- och utflöde på många medarbetare på samma tid. Viktigt att förutom gå på toaletten ges möjlighet att upprätthålla god handhygien och då behövs tvättmöjligheter.
- I dagsläget finns förråd för allt som har med våra larm placerade här. Detta rum är för litet och behöver således bli större om det ska slås samman med det larmförråd som nu finns i Ljung. Önskemål att ha en arbetsstation i detta rum för att förenkla arbetet med att programmera och administrera larm och kameror.

2. Utrymmet kring den befintliga hemtjänstlokalen på Hemgården.

- Då det befintliga kök som finns för hemtjänstpersonalen är borttagen från ritningen är det viktigt att det finns möjlighet för hemtjänstpersonalen att kunna förvara sin mat samt kunna värma denna.
- I dagsläget finns fyra enheter kyl och frys för att förvara brukarnas mat. Dessa finns i dagsläget placerade i pentrydelen. Det behöver finnas plats för dessa i anslutning till hemtjänstlokalerna samt även för ytterligare enheter om mat som idag förvaras i Ljung ska förvaras på Hemgården.
- Det behöver finnas plats för såväl arbetsjackor som arbetsväskor i respektive hemtjänstlokal så att dessa finns nära till hands beroende på om man har sin grundplacering i utrymme 1 eller 2.
- Likt i den andra hemtjänstdelen upplevs det även här för lite med endast en toalett. Detta av samma skäl som ovan.

Bilaga 1, SN § 40/2022-03-29

- Då ritningen är skapad utifrån tre hemtjänstenheter finns det ingen naturlig hemvist för nattpersonalen och deras interna arbetsmaterial. Viktigt att ha med detta i tanket.

3. Omklädningsrummen i källarplan

- Här önskar medarbetarna personliga skåp.

Även frågor kring parkeringsplatser för såväl hemtjänstbilar som privata bilar lyftes. Detta fördes inte till protokollet då vi under detta möte endast diskuterade ritningarna för Hemgården inomhus.

Rickard Larsson
Sekreterare



HERRLJUNGA KOMMUN
Socialförvaltningen

2021-12-20

Sammanställning av referensgruppsmöte samt synpunkter från brukare.

Personalrepresentant och fackligt ombud från referensgrupp samt enhetschef har visat och pratat om ritningarna och förslaget på de nya tilltänkta lokalerna på Hemgården med i stort sett samtliga brukare på daglig verksamhet samt med övrig personalgrupp. Samtalen med brukare har skett i omgångar ibland två och två så att de enskilda ska ha fått möjlighet att förstå och ställa frågor och ibland i grupp.

Överlag är alla positiva till de nya lokalerna både brukare och personal. Synpunkter som inkommit vid referensgruppsmöten samt från brukare rör detaljfrågor.

Personal: Pia Ernevad

Fackligt ombud: Veronica Larsson

Enhetschef: Mirnes Voloder

Sammanställt av:

Verksamhetschef: Jennie Turunen