

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Dnr: ON 2025/12

Datum: 2025-02-28

Innehåll

Inledning.....	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD OCH OMSORG	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att säkra kvalitet och förebygga vårdskador.....	7
En god säkerhetskultur	8
Informationssäkerhet	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Den enskilde som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD OCH OMSORG.....	11
Öka kunskap om inträffade skador inom vård och omsorg	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Dokumentation	11
Förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning	12
Att arbeta för en god munhälsa.....	13
Läkemedelgranskningar	13
Säker vård här och nu	13
Riskhantering.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelse	14
Rapporter enligt lex Sarah och lex Maria	15
Lex Sarah.....	15
Lex Maria	15
Ej verkställda beslut	16
Synpunkter och förslag.....	16
Internkontroll.....	16
Nationella kvalitetsregister	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18

Inledning

Den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse och vårdgivaren (HSL) ska varje år upprätta en sammanhållen patientsäkerhetsberättelse (*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7kap. 3§*).

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas finns beskrivet i kommunens [Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#). Syftet med berättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra vård och omsorgens kvalitet samt patientsäkerheten. I bilden beskriver den inre cirkeln fyra grundläggande förutsättningar för att kunna bedriva kvalitets och patientsäker vård och omsorg. Den yttre cirkeln ringar in fem prioriterade fokusområden.



GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD OCH OMSORG

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt den enskilde som medskapare.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvård och socialtjänst på alla nivåer.

Under hösten har ett arbete på ledningsnivå i förvaltningen tagit form där resonemang kring, ledarskap och delaktighet har varit en central del. Arbetet har sin grund i chefskapet och är pågående. Förändrade mötesstrukturer på ledningsnivå har skapats för en ökad delaktighet, ansvar och gemensam riktning inom förvaltningen.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Lagar och föreskrifter styr förvaltningens arbete. Utöver dessa tar kommunfullmäktige fram politiska mål för nämnden. Målen utgår från den politiska programförklaringen och omsorgsnämndens inriktningsdirektiv. För denna mandatperiod har omsorgsnämnden beslutat om tre inriktningsdirektiv: God och nära vård, förebyggande arbete samt personal- och kompetensförsörjning.

Omsorgsförvaltningen har till uppdrag att bryta ner målen till prioriterade aktiviteter som verksamheterna ansvarar för att arbeta med under året. Varje verksamhet bryter ner de prioriterade aktiviteterna och arbetar fram hur de ska arbeta för att nå framgång avseende de prioriterade aktiviteterna och de övergripande målen, med inriktningsdirektiven som grund.

Måluppfyllelse och hur arbetet med aktiviteterna fortskrider rapporteras i samband med budgetuppföljningar varje tertial.

Organisation och ansvar

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

Omvärldsanalys kring behov och uppdrag är ett gemensamt ansvar för samtliga roller inom förvaltningen. Anställda inom förvaltningen har ansvar för att synliggöra brister och förbättringsområden samt delta i förbättringsarbete.

Omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem. I ledningssystemet anger omsorgsnämnden hur de övergripande uppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet är fördelade i verksamheten. Nämnden ansvarar också för att bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.

Verksamhetschef för kommunal primärvård har det övergripande ansvaret för verksamheten och ansvar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska – MAS ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80) för att:

- patienten får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:

a) läkemedelshantering

b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras. I tillämplig omfattning gäller det även för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Socialt ansvarig samordnare – SAS ansvarar enligt SOSFS 2011:9 för att:

- Säkra att processerna för bedömning, beslut, verkställighet och samverkan inom socialtjänsten är ändamålsenliga och väl fungerande.
- Säkra att den enskilde får sina behov prövade i en rättssäker myndighetsutövning.
- Säkra att den enskilde får insatser av god kvalitet som är individuellt utformade och utgår från den enskildes delaktighet och inflytande.
- Säkra att dokumentationen förs i den omfattning som föreskrivs i lag och föreskrift (SoL, LSS, LVM, LVU).
- Säkra att lex Sarah-rapporter utreds och anmäls enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5.

- tillsammans med MAS upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
- följa upp och övergripande analysera verksamheten utifrån exempelvis kvalitetsledningssystem, internkontroll, målprocessen, avvikelser, synpunkter, tillsynsrapporter och kvalitetsregister.
- kontaktperson och uppföljningsansvarig för LOV

Chefer har det ekonomiska ansvaret för sin enhet inom givna budgetramar och har ansvar för ett effektivt resursnyttjande. Samtliga chefer har även ansvar för att:

- se till att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten i enlighet med upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter
- ta fram och dokumentera behövliga rutiner för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- följa upp och analysera egen verksamhet utifrån bland annat avvikelser, synpunkter, lex Sarah-rapporter, tillsynsrapporter och kvalitetsregister
- vidta åtgärder för att förbättra verksamheten
- bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt
- informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet

Medarbetare ansvar för att:

- kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att arbeta efter gällande riktlinjer/vägledningar och rutiner
- delta i framtagande, utprovande och vidareutveckling av rutiner och processer
- rapportera brister i vårdkvalitet eller avvikelser, missförhållanden eller risker för missförhållanden i omsorg
- delta i uppföljning och analys av mål och resultat
- medverka till hög patientsäkerhet och god kvalitet

Samverkan för att säkra kvalitet och förebygga vårdskador

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

MedControl är ett avvikelssystem där vi hanterar avvikelser mellan olika vårdgivare i syfte att identifiera brister i den sammanhållna vårdprocessen mellan olika vård- och omsorgsgivare för att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet inom och mellan verksamheter.

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en av hörnpelarna i det systematiska kvalitetsarbetet. I enlighet med Socialstyrelsens författning (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska säkerställas att analys, utvärdering, uppföljning och återkoppling sker av inträffade händelser.

Identifierade brister mellan kommunen och andra vårdgivare ses som ett viktigt område att utveckla för att öka patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västragötalandsregionen (VGR) reglerar samverkan och ansvar för den enskilde som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. I Närområdesplan regleras samverkan på en mer detaljerad nivå som ex. Läkarmedverkan.

Kommunen har under 2024 hanterat 9 avvikelser i MedControl. Det är avvikelser både som rapporterats från kommunen och till kommunen från andra vårdgivare, de flesta handlar om informationsöverföring i vårdens övergångar.

Typ av händelse redovisas nedan:



Regionens primärvård, kommunal primärvård och socialtjänst har ett gemensamt kommunikationsverktyg SAMSA. Där förs kontinuerlig dialog, samverkan och planering i individärenden.

Enligt samverkansavtal arbetar sjuksköterskorna med samverkande sjukvårdsuppdrag vilket innebär att kommunens sjuksköterskor kan hjälpa till med bedömning/åtgärd på uppdrag av 1177, IVPA-larm (i väntan på ambulans) innebär att om möjlighet finns för kommunens sjuksköterskor att komma till patienten före ambulansen för att påbörja insats. Det finns fler uppdrag inom samverkande sjukvård och under 2025 förväntas även

kommunens sjuksköterskor åka på larm gällande barn. Utrustning, läkemedel och utbildning som sjuksköterskorna kan tänkas behöva vid denna typ av uppdrag bekostas av regionen, samverkande sjukvård. Arbetet med samverkande sjukvård är en riktning i God och Nära vård och förstärka samverkan med andra aktörer. Det ger också invånarna i Sotenäs kommun en trygghet att kunna få hjälp även om Ambulansen är på annat uppdrag.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur på arbetsplatsen är ett konstant pågående arbete där öppenhet och ett tillåtande klimat är viktiga faktorer. Kommunikation och ömsesidigt förtroende spelar stor roll i arbetet inom verksamheten men även mellan professioner. Ytterligare en del av en god säkerhetskultur är lärande utifrån reflektion. Att arbeta i team över professioner är en satsning där syftet i första hand är att identifiera risker för den enskilde men också att erbjuda möjlighet till lärande och reflektion hos medarbetarna.

Förvaltningens chefer arbetar aktivt med arbetsmiljöarbete på varje enhet utifrån identifierade områden i bland annat medarbetarenkäten och tidigare arbetsmiljökartläggning med tillhörande handlingsplaner.



Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Sotenäs kommun har en övergripande policy kring informationssäkerhet tillsammans med Munkedal och Lysekil. Policyn tydliggör roller och ansvar vad gäller informationssäkerhet. Kommunen har även övergripande administrativa rutiner gällande informationssäkerhet för att stötta handläggare i ärendehantering.

Förvaltningen har en upprättad rutin för kontroll av åtkomst till personuppgifter i förvaltningens verksamhetssystem. Förvaltningens rutin kring sekretess förtydligar sekretesslagen och vem som får ta del av uppgifter.

Rutin kring kontroll av belastningsregister finns och används vid rekrytering.

Adekvat kunskap och kompetens

En förutsättning för god och säker vård är att det finns personal med adekvat kompetens utifrån det behov som föreligger. Det innebär att behovet ständigt behöver ses över då behovet varierar över tid utifrån enskilda individers förutsättningar. Behovet varierar även utifrån förutsättningar i samhälle och miljö. Digitala lösningar införs till stöd för den enskilde och för att stötta upp behov som kan tillgodoses på annat sätt än via personal. Behovet behöver vara utformat på ett sådant sätt att hänsyn tas till den enskildes egna resurser och önskemål.



Utifrån de kompetensbehov som identifierats på enheterna har medarbetare genomgått olika typer av utbildning. Ett av dessa områden har varit att förebygga suicid. Tre av förvaltningens verksamheter har genomgått utbildning inom området. Utbildningen har riktat sig både mot medarbetare och chefer.

Inom äldreomsorgslyftet har förvaltningen fått möjlighet att använda sju platser för att vidareutbilda tillsvidareanställda vårdbiträden till undersköterskor. Detta ses som positivt utifrån framtidens behov och personalförserjningsutmaningar.

BPSD- "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens" utbildning har påbörjats under 2024 och kommer att fortsätta under 2025. Detta för att ge bättre förutsättningar för personalen till att stötta berörda kommuninvånare på rätt sätt.

Inom sjuksköterskeheten finns flera sjuksköterskor med specialistkompetens inom olika områden, Distriktssjuksköterska, psykiatri och demens. Under året har ytterligare en sjuksköterska vidareutbildat sig till distriktssköterska och ytterligare en fysioterapeut har rekryterats. Inom gruppen av legitimerad personal genomförs kortare web. utbildningar för att hålla sig uppdaterade inom sitt område och öka sin kompetens. De flesta sjuksköterskor har under året genomgått HLR + HLR med defibrillator och denna utbildning kommer att pågå även under våren 2025 då sjuksköterskorna även ska utbilda sig i barn-HLR utifrån utvidgat uppdrag i samverkande sjukvård.

Yrkesresan är en nationell satsning för introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten. Den riktar sig till olika grupper inom socialtjänsten och det första spåret specifikt mot socialsekreterare inom barn- och unga som har mindre än två års erfarenhet. Under hösten har rekryteringar inom barn- och unga genomförts vilket har aktualiserat behovet av Yrkesresan på nytt inom organisationen. Fyra medarbetare är aktivt deltagande i utbildningen.

Yrkesresan är under utbyggnad inom ytterligare områden och kommer att rikta sig mot ytterligare grupper inom myndighetsutövningen. När denna utveckling är klar kommer även biståndshandläggare att kopplas till yrkesresan.

Övriga utbildningsinsatser som genomförts inom förvaltningen i dess olika grenar har varit HLR, SIP- samordnad individuell plan, social dokumentation, avvikelshantering intern och extern, kommunallag och ärendeprocess, hygien, skydds- och begränsningsåtgärder.

Ett sätt att stärka kvaliteten och patientsäkerheten är att ta hjälp av ombud i verksamheterna i syfte att identifiera och implementera utvecklingsbehov i det dagliga arbetet. Ombud finns idag inom flera områden.

Den enskilde som medskapare

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 §, PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och i förekommande fall närstående ska erbjudas delaktighet. Den enskilde uppmuntras att delta på planeringsmöten så kallade SIP (Samordnad individuell plan), den utformas utifrån den enskildes behov på den enskildes initiativ med stöd av berörda professioner. Under året har workshop avseende SIP genomförts. Workshopen riktade sig både mot den egna förvaltningen, utbildningsförvaltningen, och ALV (Arbete, Lärande Vägledning). Även de vårdcentraler som finns i kommunen var inbjudna till dessa workshops. Detta för att öka arbetet med SIP, sprida kunskap om SIP samt öka samverkan inom området.



Genomförandeplaner är ett område som varit och är en utmaning för förvaltningen. Arbetet med detta fortgår och är en viktig del i att skapa delaktighet för den enskilde. Arbetet med genomförandeplanerna utvecklas och en ökning avseende antal genomförandeplaner har uppmärksammats.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD OCH OMSORG

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Öka kunskap om inträffade skador inom vård och omsorg

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar den enskilde när resultatet av vård och omsorg inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för den enskilde ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser och identifieras och analyseras genom gällande avvikelssystem.

Verksamhetssystemet för avvikelshantering är uppbyggt med strukturen för systematisk kvalitetsförbättring: identifiera, rapportera, händelseanalysera, åtgärda, utvärdera och följa upp.

För att öka delaktigheten och dynamiken i analys av avvikelser och för att kunna se mönster samt effekten av de åtgärder som genomförts har det föreslagits från SAS och MAS att analysera och utreda avvikelser i verksamheternas multiprofessionella team.

Digitala system i form av sensorlarm har köpts in och börjat installeras på särskilt boende för att på så sätt tidigt uppmärksamma behov av stöd på olika sätt och snabbt kunna agera för att vårdskada inte ska uppstå.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Dokumentation

Verksamhetssystemet för dokumentation har en struktur som utgår ifrån nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer.



Egenkontroller av dokumentation har genomförts av legitimerade medarbetare. Detta är ett utvecklingsområde under 2025. Journalgranskning i samverkan med Närhälsan i Kungshamn har också genomförts med goda resultat.

Egenkontroller inom individ- och familjeomsorgen har genomförts av verksamhetsutvecklare. Rutin kring detta behöver ses över under 2025. Resultaten av granskningarna behöver analyseras och åtgärder vidtas.

I verksamheterna finns fortsatt behov av utveckling kring vad som ska dokumenteras och hur det ska dokumenteras. Till hjälp finns dokumentationsombud som kan vara ett stöd på arbetsplatsen då behov av stöttning identifierats inom olika områden.

Förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om att förebygga och förhindra smittspridning inom hemtjänsten, på äldreboende, psykiatriboende och på LSS-boenden ställs krav på att verksamheterna ska riskbedöma och vidta åtgärder för att undvika smittspridning.

Basala hygienrutiner inom vård och omsorg utgår ifrån Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg och Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om smittrisker (AFS:2018:4). Sotenäs kommun följer de rutiner och riktlinjer som finns framtagna av vårdhygien för kommunal vård och omsorg. Omsorgspersonal deltar även kontinuerligt på utbildningar och hygienombudsträffar som anordnas av NU-sjukvården.

Personal har under 2024 genomgått hygienutbildning och fått Hygienkörkort, Vårdhygieniskt APT-material har varit en återkommande punkt på verksamheternas APT. Enhetscheferna har haft kontinuerliga träffar med hygienombuden och medicinskt ansvarig sjuksköterska har träffat alla hygienombud tillsammans med enhetschef och gått igenom den vårdhygieniska rutinen för omsorgsförvaltningen i Sotenäs kommun. Enhetschefer har gått utbildning förebygga och förhindra smitta - för chefer i vård och omsorg.

HALT mätning har genomförts på särskilt boende för äldre i Sotenäs under hösten 2024. HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilda boenden. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Mätningen görs vid ett specifikt tillfälle.

I Sotenäs har 99 vårdtagare varit med i mätningen, 52 inom demensboende och 47 inom allmän vård och omsorg. Inom Demens är det ingen som förvärvat infektion på särskilt boende och inom allmän vård och omsorg är det en person. Sotenäs ligger i linje med övriga landet.

Basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vård- och omsorgsarbete. Utifrån resultat tolkas god följsamhet till basala hygienrutiner vid mättillfället.

Vår och höst erbjuds patienter inskrivna i den kommunala primärvården Covid, influensa och pneumokockvaccin enligt gällande vaccinationsprogram i samverkan med kommunens vårdcentraler.

Att arbeta för en god munhälsa

I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa. Västra Götalandsregionen och kommunen har en överenskommelse om samverkan. Ett av uppföljningsmått är att samtliga medarbetare under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhälsövård, under 2024 har 93 personal genomgått denna utbildning.

Kvarnbergets äldrecentra har även fått utmärkelsen Guldtanden med nomineringen nedan:

”Här arbetar personal från sjuksköterska till undersköterska i samklang med oss i tandvårdsteamet från Oral Care. Öppna i sinnet och med ett leende välkomnar ni och förbereder brukarna/patienterna för oss. Månar så om de äldre och tar till sig våra rekommendationer för att de äldre ska få så god tandvård som möjligt. Samt ett stort plus är att det alltid finns en kopp kaffe till oss.”

Munhälsobedömningar som gjorts är 110 stycken.

Läkemedelgranskningar

Två granskningar av läkemedelshantering i våra verksamheter är genomförd av extern part med gott resultat. Även granskning av vårt kommunala akutläkemedelsförråd är genomförd.

Säker vård här och nu

Vård och omsorgen präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera vid uppmärksam risk. Verksamheterna ska förbereda sig för oförutsedda händelser så att vård och omsorg kan fortsätta att bedrivas. Förberedelserna består av risk och konsekvensanalys av vård och omsorg inklusive rutiner till exempel utifrån patientsäkerhetsperspektiv, för att för att kunna hantera situationen när den väl uppstår.



Riskhantering

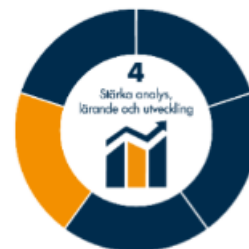
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1§, 7 kap. 2§ p4

Utifrån risk- och konsekvensanalyser har förvaltningen arbetat med kontinuitetsplaner för att säkra en god vård och omsorg även vid uppkommen risk eller kris i verksamheten. Syftet är att säkra en kontinuerlig vård och omsorg oavsett vilka yttre störningsfaktorer som kan påverka till exempel leveransbortfall eller strömavbrott. Det finns två olika förråd kopplade till omsorgsförvaltningen det ena med förbrukningsvaror/skyddsmaterial och ett med förband/omläggningmaterial vilka båda beräknas räcka i tre månader.

Under 2024 har det tagits fram en rutin för riskbedömning av arbetsmiljö i enskilt hem. Rutinen är ett stöd i arbetet med att skapa trygga och säkra arbetsförhållanden samtidigt som hänsyn måste tas till den enskildes rätt till stöd och en god och säker vård. Vid brister i arbetsmiljön i den enskildes hem behöver åtgärder och handlingsplan tas fram för att omsorg och vård ska kunna utföras på ett så bra och säkert sätt som möjligt.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom de kommunala verksamheterna och en del i förbättringsarbetet. För att skapa en gemensam riktning och gemensamma mål arbetar förvaltningen kontinuerligt med kommunens målprocess och de utmaningar som uppstår utifrån samhällsförändringar och nya lagkrav. Detta genom planeringsdagar och uppföljning av dessa.



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Verksamheterna rapporterar avvikelser i internt avvikelssystem. Avvikelse rapportering sker inom HSL, SoL och LSS.

Inom lagrummen identifieras olika typer av avvikelser. I verksamheterna bedrivs riskförebyggande arbete utifrån identifierade avvikelser i ett förbättringsperspektiv kopplat till patientsäkerhetsarbete vilket ska ske teambaserat. Detta för att sprida kunskap inom förvaltningen och undvika att brister inom området uppstår på nytt.

Under 2024 rapporterades 1224 avvikelser av dessa rapporterades merparten inom hemtjänsten. tre avvikelser bedömdes ej vara kommunens ansvar och sändes vidare till ansvarig vårdgivare för kännedom efter samtycke från den enskilde.

67 avvikelser inrapporterades av det LOV-företag kommunen har avtal med. Avvikelser rapporterade av privata utförare utreds inom företaget.

Vanligaste åtgärderna vid avvikelser är kontakt med sjuksköterska, samtal med personal i grupp eller enskilt.

Under året har utbildningsinsatser gällande avvikelshantering genomförts både internt och externt. Den externa avvikelseutbildningen gällande läkemedelsavvikelser sträcker sig även under våren 2025. Denna utbildning har vänt sig till omsorgspersonal, sjuksköterskor och enhetschefer. I arbetet med avvikelser har det uppmärksammats att det fortsatt finns behov av utvecklingsarbete främst analysarbetet kring bakomliggande orsak, planering och uppföljning för att kunna förhindra återupprepning av händelsen.

Rapporter enligt lex Sarah och lex Maria

Bestämmelserna om lex Sarah är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten vilket syftar till att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas. Syftet är att förstå varför ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande kunnat inträffa och att åtgärder vidtas för att förhindra att något liknande inträffar igen. Lex Sarah utreds av förvaltningen utsedd person som också avgör om rapporten ska anmälas vidare till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser enligt Lex Maria, som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt Patientsäkerhetslagen. Syftet är att främja en hög patientsäkerhet och är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Lex Maria anmälan görs av förvaltningen utsedd person i Sotenäs kommun medicinskt ansvarig sjuksköterska utifrån utredning och analys av händelsen.

Lex Sarah

Under perioden 20240101–20241231 har 28 lex Sarah rapporter inkommit. Inkomna rapporter har handlat om brister som uppstått vid organisationsförändring, brister i sekretess och informationsöverföring, brist i tillsyn samt övergrepp.

Under 2024 har inga rapporter sänts till Inspektionen för vård och omsorg för granskning.

Kunskapen kring avvikelser är fortsatt ett utvecklingsområde. Utbildningsinsatser har genomförts men arbetet behöver hållas aktuellt för att kunskap inte ska tappas. Delaktighet i utredningsarbetet blir här en viktig del för att tydliggöra syftet med avvikelser och att det blir en naturlig koppling till det systematiska förbättringsarbetet. Enheterna arbetar aktivt med avvikelser men behöver utveckla delaktigheten i arbetsgrupperna.

Lex Maria

2023 har en händelse anmälts enligt lex Maria, vilken förvaltningen fått återkoppling kring under 2024. Under 2024 har en lex Maria anmälts till IVO. Båda dessa händelser med risk för allvarlig vårdskada. I båda fallen har förvaltningen fått återkoppling från IVO att de lägger ner ärendet och vidare utredning har ej varit aktuellt.

Ej verkställda beslut

Beslut om bistånd enligt SoL eller insats enligt LSS gäller omedelbart och ska i och med detta verkställas omedelbart. Det innebär att kommunen så snart beslut är fattat är skyldig att utan dröjsmål verkställa insatsen. Det får med andra ord inte dröja oskäligt länge innan en insats är verkställd. En kommun som inte inom skälig tid verkställer fattade beslut kan åläggas att betala särskild avgift. Bedömning kring skälig tid görs utifrån individärendet och omständigheter kring detta. Det är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som gör utredning och bedömning kring skälig tid och som sedan i vissa fall ansöker om särskild avgift hos förvaltningsrätten.

Då ett beslut om insats enligt ovanstående lagrum inte verkställts inom tre månader ska kommunen rapportera detta till IVO som sedan avgör i sin utredning om oskäligt lång tid förelegat och om ansökan om särskild avgift ska göras.

Under 2024 har Sotenäs kommun rapporterat 18 ej verkställda beslut till IVO. Under 2024 har IVO begärt yttrande i sju ärenden. Dessa ärenden berör växelvård, LSS boende, daglig verksamhet samt trygghetskamera. Fyra ärenden har avskrivits, två har ej beslutats och i två ärenden ansöker IVO om särskild avgift.

I IVO's utredningar framgår att det saknas dokumentation kring planeringen av verkställandet och att individerna har väntat oskäligt länge på att få sina insatser verkställda.

Synpunkter och förslag

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

Förvaltningens rutin för synpunkter och förslag innebär att vid inkommen synpunkt eller förslag ska ärendet diarieföras och sänds till ansvarig för gällande verksamhet att utreda och besvara. Detta har medfört att återkommande händelser blir synliggjorda och åtgärdade.

Under 2024 har det kommit 18 synpunkter och förslag vilket är färre än 2023 då förvaltningen tog emot 26 ärenden. Fem av de inkomna synpunkterna var beröm främst riktade mot Hunnebohemmet. Dessa synpunkter har berört omsorgen och bemötandet på boendet.

Internkontroll

Internkontrollplanen för 2024 innehöll nio antagna kontrollområden.

Kontinuitetsarbete, orosanmälningar, användning av R-turer, avvikelser, genomförandeplaner, verksamhetssystem, tillbud och arbetsskador och systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM).

Av dessa nio kontrollområden framgick att kontinuitetsarbete, orosanmälningar, verksamhetssystem samt månatliga lönekostnader bedöms fungera. Övriga fem kontrollområden bedöms vara i behov av utveckling.

Fyra av de område som bedömts ej fungera återkommer i internkontrollen för 2025.

Nationella kvalitetsregister

KKiK (Kommunens Kvalitet i Korthet) sammanställs av SKR och syftar till att ge ett övergripande perspektiv över kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

I de brukarundersökningar som genomförts gällande särskilt boende och hemtjänst har resultatet sjunkit. Undersökningen bygger på brukarens eller anhörigas upplevelser vilket kan variera över tid. I de undersökningar som ligger till grund för resultatet får kommunen goda resultat vad gäller bemötande, utförande av uppgifter och trygghet på boende. Samtidigt upplevs det vara svårt att få kontakt med personal på boendet och att kunna påverka sina insatser i hemtjänsten.

Angående personalkontinuiteten för hemtjänst har antal personer som en hemtjänsttagare möter under en 14 dagarsperiod minskat från 16 till 15. I jämförelse med kommunerna i Fyrbodal gör detta att Sotenäs ligger på tredje plats vad gäller personalkontinuitet.

Väntetiden i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum har sedan tidigare år ökat. Detta kan vara ett resultat av att fler väntar på särskilt boende men även ett resultat av längre handläggningstider.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla verksamheter behöver planera för en vård och omsorg som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

Att arbeta med kontinuitetsplaner är ständigt pågående inom samtliga enheter för att säkerställa att vård och omsorg kan bedrivas på ett säkert sätt även under en extra ordinär händelse. De senaste årens extra ordinära händelser och en orolig omvärld har lett till en hög riskmedvetenhet och förvaltningens arbete kring dessa frågor.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

2024 visar att arbetet med avvikelser gett resultat i antal skrivna avvikelser men också en förbättrad orsaksutredning. Fortsatt utveckling krävs under kommande år med fokus på djupare analys och planering/uppföljning. En utmaning kring detta är gruppernas möjlighet att träffas med regelbundenhet utifrån detta fokusområde.

Fortsatt utveckling av arbetet med avvikelser i MedControl är viktigt för att identifiera och säkra upp i vårdens övergångar och gränssnitt i syfte att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

Ett aktivt arbete med avvikelser är avgörande för det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Genom arbete med avvikelser identifieras utvecklingsområden, analyser av händelser sker, planer läggs som sedan följas upp, både på individnivå och organisatorisknivå vilket medför en kvalitetssäkring.

Verksamheterna har startat upp arbetet med de multiprofessionella teamen vilket är positivt. Här uppmärksammas behov av utveckling kring struktur, innehåll och möjlighet till mötesforum.

Den digitala utvecklingen behöver få ett större genomslag för att stärka individens förmågor och självständighet, men också för att möta samhällsutvecklingen i verksamhetens olika delar bland annat utifrån personalförsörjning och den demografiska utvecklingen.

Läkemedelsautomater som första alternativ vid inskrivning för läkemedelsövertag i kommunal primärvård ses som ett led i riktning mot en ökad patientsäkerhet, en mer personcentrerad vård och i linje med god och nära vård med större oberoende för den enskilde.

I dokumentationen ska uppgifter och planering tydligt framgå för att kvalitetssäkra en god och säker vård där individens delaktighet och önskemål ska kunna utläsas. Här finns fortsatt utvecklingsbehov då arbetet med IBIC – Individens Behov I Centrum ännu inte är implementerat som arbetssätt i hela verksamheten. Genom strukturerad dokumentation kan omotiverade skillnader i omsorg och vård uppmärksammas.

God vård och omsorg

Kunskapsbaserad	Säker	Individanpassad	Effektiv	Jämlik	Tillgänglig
Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.	Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.	Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.	Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.	Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.	Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

Källa: Socialstyrelsen

Genom analys av underlaget till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har utvecklingsområden identifierats som ovan beskrivits. Detta kan kopplas till flera av Socialstyrelsens olika kvalitetsindikatorer som beskriver en god vård och omsorg.