



Patientsäkerhetsberättelse 2022

Social- och omsorgsnämnden

Datum; 2023-03-01

Ansvariga; Madelene Maxe, Socialchef, Jaana Carlson, MAS och Moa Rosengren, MAR

Diarienummer;

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Sammanfattning	4
3. Övergripande mål och strategier 2022	5
4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
5. Samverkan för att förebygga vårdskador	7
6. Adekvat kunskap och kompetens	9
7. Patienten som medskapare	9
8. Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller	9
9. Resultat från egenkontroller:	10
9.1. PPM Basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	10
9.2 Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities (HALT-mätning)	11
9.3 Kvalitetsregister.....	11
Senior alert	11
Åtgärder:	12
Palliativa registret.....	12
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).....	14
9.4 Avvikelser	14
9.5 Journalgranskning	16
9.6 Läkemedelshantering.....	17
9.6.1 Läkemedelsgenomgång	17
9.6.2 Olämpliga läkemedel	18
9.6.3 Läkemedelshantering och kontroll av läkemedelsförråd	18
9.7. Hjälpmedelshantering.....	18
10. Riskanalys	19
11. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	20
11.2. Lex Maria	20
11.3. Klagomål och synpunkter.....	20
11.4. Synpunkter och klagomål, patienter och närstående	20
11.5. Sammanställning och analys av rapporter	21
12. Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet	21
14. Ordförklaringar	25

1. Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

2. Sammanfattning

Under 2020 och 2021 handlade mycket av patientsäkerhetsarbetet om att förhålla sig till rutiner angående smittskydd p.g.a. Coronapandemin. Under april 2022 omklassades sjukdomen från allmän- och samhällsfarlig sjukdom till anmälningsskyldig sjukdom. Bästa skyddet mot svår sjukdom är vaccination och i Laxå kommun har samtliga brukare på särskilt boende, inom LSS och inskrivna i hemsjukvården vaccinerats utifrån direktiv med dos 4 och 5 av kommunens sjuksköterskor under våren och hösten 2022.

Utifrån mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ses en förbättring av följsamheten 2022 jämfört med 2021 men också i jämförelse med rikets medianvärde. De basala hygien- och klädreglerna är oerhört viktiga att efterleva ur smittskyddssynpunkt och det är viktigt att det arbetet fortsätter att vara i fokus. Utbildning för hygienombud har under 2022 stannat upp p.g.a. resursrotation inom regionen, men planeras att återupptas under 2023. Under 2023 ska även chefer gå hygienutbildning.

Det finns förbättringspotential i arbetet med årliga läkemedelsgenomgångar inom särskilt boende och i hemsjukvården. Siffror från regionen visar att det görs en hel del läkemedelsgenomgångar, men att det finns behov av att revidera rutinen tillsammans med vårdcentralen så att vi arbetar på samma sätt med läkemedelsgenomgångar samt att dessa dokumenteras på rätt sätt i kommunens journal, så att det lättare går att få ut statistik.

Utifrån 2021 års patientsäkerhetsberättelse sattes fem målområden upp. Måluppfyllelsen är god på vissa delar och sämre på andra. En del målområden såsom arbete med kvalitetsregister och avvikelshantering behöver fortsätta att vara i fokus även under 2023.

2022 har man satsat på att höja kompetensen hos personal med olika utbildningar. Detta kommer att fortsättas att arbetas med under 2023 men det är viktigt att utbildning även hålls för vikarier. En bra vikarieintroduktion kan vara en god grund för att kunna upprätthålla patientsäkerhet även under perioder med många vikarier, ex. under sommarens semesterperioder.

3.Övergripande mål och strategier 2022

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

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges till personal, vårdtagare och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjliga mån.

Under 2022 har ledningssystemet börjat att flytta in i modulen Stratsys. Detta medför att det blir mer överskådligt vilka processer som finns i förvaltningen och vilka riktlinjer och rutiner som behöver finnas för att verksamheten ska fungera. Det finns en struktur för när riktlinjer och rutiner behöver följas upp. Socialchef, MAS, MAR och enhetschef för HSL har arbetat med hälso- och sjukvårdsprocessen samt styrdokument för HSL.

Utifrån patientsäkerhetsberättelsen 2021 sattes följande mål upp:

- Öka förståelse av vikten med att arbeta ur ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt i verksamheterna.
- Fortsätta med implementering av hemrehabrutinen. Alla professioner ska känna till och arbeta efter rutinen.
- Öka kunskapen om avvikelseprocessen. Arbeta aktivt och kontinuerligt med avvikelshantering i teamet genom att följa befintlig rutin. Enhetscheferna behöver ta ett större ansvar i att alla avvikelser blir hanterade och avslutade.
- Arbeta aktivt och kontinuerligt i team med registreringar i kvalitetsregister Senior Alert, BPSD och Palliativa registret utifrån rutiner. Viktigt att vårdpreventiva arbetet präglas av struktur, systematik och synliggjorda resultat.
- Att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose brukarens behov av hälso- och sjukvård.

4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden

Socialnämnden har det yttersta ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Socialchefen, tillika verksamhetschefen för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att framtida, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheten som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR)

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvård upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS- och MAR-ansvaret ingår bland annat att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

Funktionerna MAS och MAR köps in från Degerfors kommun på 30 % respektive 15 %.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschef ansvarar för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet under föregående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

Medarbetare

Alla medarbetare ska arbeta för att en god kvalitet inom verksamheten upprätthålls. Det görs

genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera händelser som lett eller hade kunnat leda till en vårdskada. Det innebär också att aktivt delta i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

Arbetsterapeut och sjuksköterska har ett särskilt yrkesansvar gentemot patienten. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av arbetsterapeut eller sjuksköterska är hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifter tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Stödfunktioner med specialistkompetens

Hjälpmedelstekniker: Ansvarar för och säkerställer att kommunens omvårdnadshjälpmedel uppfyller de krav som ställs vad gäller säkerhet och kvalitet.

Hygiensjuksköterska: Kommunerna i länet har tillsammans en sjuksköterska som är anställd av vårdhygien inom Region Örebro län. Hygiensjuksköterskan är kommunens stöd.

Smittskydd och vårdhygien: Utarbetar rutiner och riktlinjer inom sitt område som gäller alla länets kommuner.

Samverkansledare i västra länsdelen: Ansvarar för samarbetsvägar mellan olika huvudmän, utveckling av en vård och omsorg med kvalitet och är behjälplig med utbildningsinsatser.

Fysioterapeut: Anställd på vårdcentralen men har ansvar för insatser i kommunen för enskilda i både i ordinärt- och särskilt boende samt kommunens korttidsboende.

Patientnämnden: Är gemensam för alla kommunerna i länet.

Adjungerande klinisk adjunkt AKA: En samfinansierad tjänst för västra länsdelen i samarbete med universitetet. Det är en huvudhandledare främst som stöd till handledare för sjuksköterske- och distriktssköterskestudenter. Under 2022 bröt sig Karlskoga kommun ur denna samfinansierade tjänst.

Målet 2023 är att Laxå- och Degerfors kommun ska samfinansiera tjänsten själva i samarbete med universitetet.

5. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Formerna för samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner regleras bland annat

i samverkansdokument som finns att hämta på den gemensamma samverkansportalen för Valfärd och Folkhälsa (VVF).

Nätverksträffar för Medicinskt ansvariga i länets kommuner hålls regelbundet och återkommande där sammankallande är utvecklingsledare på Valfärd och Folkhälsa. Medicinskt ansvariga i länet samverkar i grupper tillsammans med representanter från regionen genom att ta fram och revidera gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor.

Träffarna har varit både fysiska och digitala under 2022. Träffarna har inletts med information från Vårdhygien gällande nyheter kring covid-19, andra hygienfrågor samt vaccinationsdirektiv. Därefter har det varit inbjudna professioner från regionen som informerat om sina områden som är viktiga i samarbetet kring patientsäkerhetsarbete.

Samverkansledare i västra länsdelen har i uppdrag att främja samverkan och informationsutbyte mellan kommuner och regionen. Uppdraget innefattar även att arbeta mot trygg- och säkra hemgång från slutenvården till kommunen.

Samordnad individuell plan, SIP är också ett forum för samverkan där den enskildes fokus blir gemensamt för olika vårdgivare (kommun, vårdcentral och slutenvård).

I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, vårdcentralen, Laxå-, Karlskoga- och Degerfors kommun. Syftet är att tillsammans hitta bra arbetsformer för att den enskildes och deras anhöriga ska känna sig trygga i att ha säkra in- och utskrivningar och få vård och behandling på rätt vårdnivå.

Arbetsterapeuter i västra länsdelens kommuner och arbetsterapeuter på Karlskoga lasarett, rehabchef, HSL-chef och MAR har haft en träff under året och tagit upp frågor kring samverkan mellan slutenvården och kommunerna med fokus på rehabilitering.

Samverkan med vårdcentralen i Laxå har skett genom gemensamma möten under året där verksamhetschef, MAS, MAR, processledare för nära vård, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter deltagit.

Läkarronder har utförts regelbundet både fysiska och digitala ronder. Tid för ronder finns avsatt för hemsjukvården och särskilt boende. Sjuksköterskorna kan även ringa eller faxa läkaren vid behov.

Palliativa enheten bjuder återkommande in till dialogträffar angående palliativ vård i samverkan mellan palliativa enheten, slutenvården, kommunerna och primärvården.

Samverkan mellan kommunernas arbetsterapeuter och vårdcentralens fysioterapeuter har under året skett kontinuerligt och de har träffats varje vecka för att bedöma inkomna remisser och planera för gemensamma besök. Fysioterapeuterna gör bedömningar, instruerar personal och ger behandlingar vid behov.

6. Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Under året har flera utbildningsinsatser gjorts för att stärka personalens kompetens om bland annat hygien, inkontinens, brand, social dokumentation, livsmedelshygien, kvalitetsregistren Senior alert och BPSD, förflyttningsteknik, nutrition, skydds- och begränsningsåtgärder och hjärt- och lungräddning (HLR).

Det har varit utmanande att rekrytera vikarier till semesterperioderna, många nyanställda vikarier har inte utbildning inom vård och omsorg. Detta ställer höga krav på ordinarie personal under dessa perioder. Ett sätt att avhjälpa problemet skulle kunna vara att verksamheten erbjuder en längre introduktionsutbildning till alla nyanställda än vad som görs idag.

7. Patienten som medskapare

PSL 2010:6593 kap. 4§

Det finns i dagsläget inget strukturerat forum för medverkan av patienten och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Det finns möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via nätet, telefon eller brevlades. Forum startades upp gällande anhörigkontakt, men avstannade under pandemin och har inte startats upp igen.

8. Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §, 5 kap. 2§,7§ och 8§, 7kap.2§ p2, PSL 2010:659 3kap. 10§

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom kontroll av att den bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Social- och omsorgsnämnden har beslutat om en internkontrollplan för nämndens verksamhet. Nämnden beslutar årligen om vilka verksamheter som ska granskas. Information hämtas från Öppna jämförelser, KKiK (Kommunens Kvalitet i Korthet) och uppsatta mål.

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder för att arbeta mot en högre patientsäkerhet. Resultatet följs upp av nämnden, ledningsgruppen, MAS, MAR och enhetschefer samt återkopplas till verksamheten. Förbättringsområden ses över och åtgärder vidtas av ansvarig chef. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i patientberättelse och verksamhetsplan.

Egenkontroller som utförs är:

- PPM-mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

- HALT mätning
- Rapportutdrag ur Nationella kvalitetsregister - Senior Alert, Palliativa registret och BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)
- Sammanställning av avvikelser
- Journalgranskningar
- Granskning av läkemedelshantering
- Granskning av hjälpmedelshantering

9. Resultat från egenkontroller:

9.1. PPM Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en nationell mätning. Denna görs en gång per år under vårterminen. Mätningen är avsedd som ett stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till dessa rutiner och regler och därmed bidra till en minskning av vårdrelaterade infektioner (VRI).

	2020	2021	2022
Total följsamhet i alla 8 stegen gällande basala hygienrutiner och klädregler	Ingen p.g.a. pandemin	53 % (Riket 67,8%)	58,3 % (Riket 65,3%)
Följsamhet till basala hygienrutiner i alla 4 stegen	Ingen p.g.a. pandemin	54 % (Riket 73,7%)	86,7 % (Riket 88,7%)
Följsamhet till klädregler i alla 4 stegen	Ingen p.g.a. pandemin	78 % (Riket 97,8 %)	91,7 % (Riket 88,7 %)

Källa: SKR.se

Analys: 2020 gjordes ingen mätning alls p.g.a. pandemin. 2022 års mätning jämfört med 2021 visar glädjande siffror på att det har skett förbättringar i de basala hygienrutinerna och följsamhet till klädreglerna. De basala hygienrutinerna och klädreglerna är oerhört viktiga att efterleva.

Åtgärder: Arbetet med de basala hygienrutinerna och klädreglerna är i fokus. Alla enhetschefer tar regelbundet upp hygienrutiner med all sin personal. Personal ska veta var de hittar hygienrutinerna och har fått information om dem innan de skriver på informationsdokumentet. Hygienombud har ett dokumenterat ansvar i sitt uppdrag som hygienombud och det ska vara känt av alla på arbetsplatsen, dessa finns i varje vårdlag och på varje avdelning på särskilt boende. Ombuden får information från först och främst sin chef

men också av MAS, MAR och hygiensköterskan. Hygienrutinerna ska ha nolltolerans mot avsteg.

Förbättringsförslag: Hygienombudsutbildning har påbörjats men det stannade upp 2022 p.g.a. resursrotation inom regionen. Dessa utbildningar ska återupptas 2023 vilket kommer leda till förbättringar inom området.

9.2 Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities (HALT-mätning)

HALT-mätning är en nationell mätning som handlar om vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikaanvändning i särskilda boenden. Det är en punktprevalensmätning som genomförs en förutbestämmd dag på alla kommunens särskilda boenden för äldre. Mätningen genomförs i samarbete med folkhälsomyndigheten och registreras i Senior Alert. Förutom VRI och antibiotikaanvändning anges antal trycksår och vissa vårdtyngdsindikatorer.

HALT-mätningen 2022 visar att Laxå har ungefär lika stor mängd VRI som rikssnittet, antibiotikaanvändningen sticker inte ut. Det som är värt att notera är att Laxå har en större andel patienter som är desorienterade jämfört med riket och färre som är sängliggande/rullstolsburna. Vid mättillfället noterades att ingen hade trycksår men flera hade andra sår – detta var annorlunda jämfört med hur det ser ut i landet där det ofta är tvärtom.

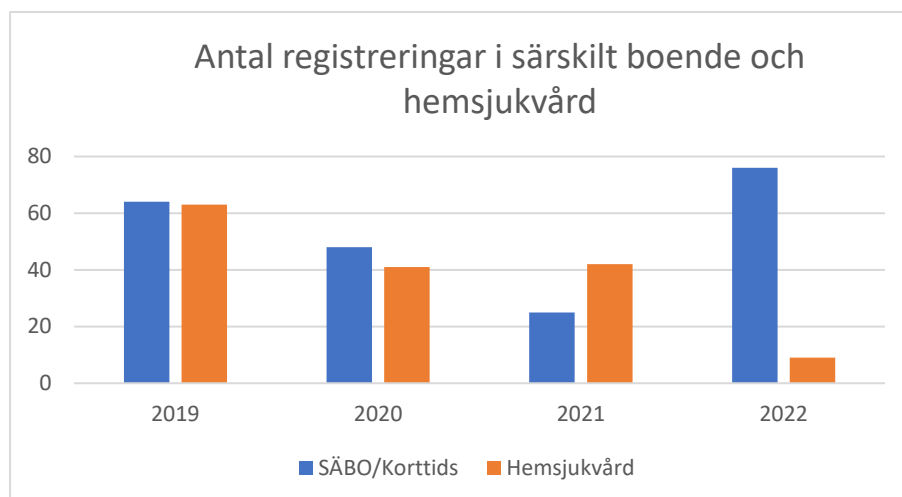
9.3 Kvalitetsregister

Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning av trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Varje enskild person som är inskriven i hemsjukvård eller som bor på särskilt boende/ korttidsplats ska riskbedömas en gång per år eller vid förändrat allmäntillstånd. Syftet med att göra riskbedömningar är för att kunna sätta in adekvata åtgärder och på så sätt förhindra att den enskilde drabbas av vårdskador.

	2019	2020	2021	2022
Riskbedömda	127	89	67	85 ↑
Risk för trycksår	24 %	20 %	28 %	38 % ↑
Risk för undernäring BMI <22	55 % 43 pers.	65 % 40 pers.	58 % 25 pers.	64 % ↑ 26 pers.

Risk för fall	75 %	86 %	64 %	75 % ↑
Risk för dålig munhälsa	52 %	48 %	48 %	73 % ↑



Analys: Under 2022 har riskbedömningar totalt gjorts i större omfattning än under 2021 vilket är positivt. Däremot har det inte arbetats aktivt med riskbedömningar inom hemsjukvården. Av de som riskbedömts har större andel personer risker inom samtliga områden vilket kan förklaras av att en mycket större andel riskbedömningar gjorts på särskilt boende där de enskilda ofta är sjukare än de som bor kvar i ordinärt boende.

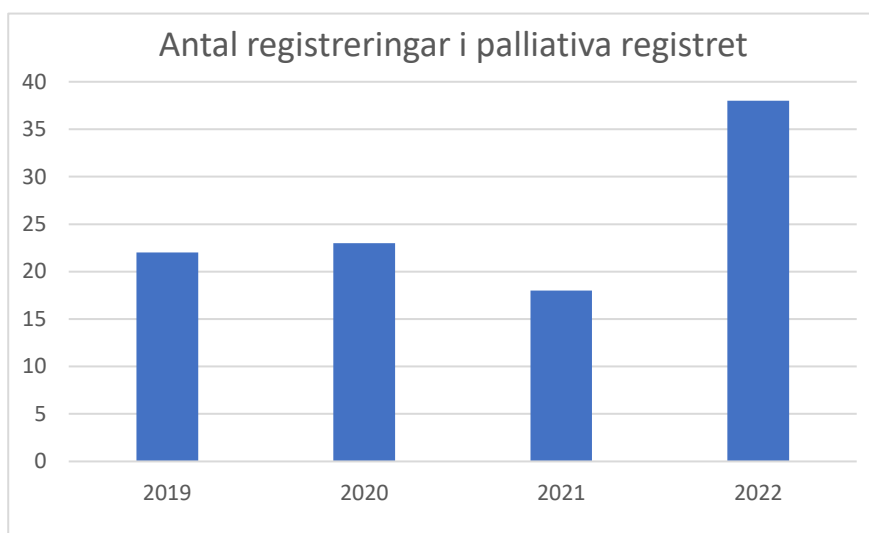
Åtgärder: Varje enhet och vårdlag har utsett ett Seniort Alert ombud. Dessa ges förutsättningar för att kunna utföra riskbedömningar genom att tid för detta läggs in i schemat. Personal utbildas fortlöpande vilket ger förutsättningar för ett riskanalyserande arbete. Däremot har det inte kunnat gets lika bra förutsättningar inom hemsjukvården p.g.a. brist på personal.

Förbättringsåtgärder: Under 2023 behöver hemtjänsten göra fler riskbedömningar. Teamarbetet kring Senior Alert behöver förbättras, det ger möjlighet till djupare analyser av riskbedömningarna och fler infallsvinklar gällande den åtgärdsplan som kopplas till de identifierade riskerna. Rutinen för arbetet med Senior Alert kommer att revideras i en tvärprofessionell arbetsgrupp under början av 2023.

Palliativa registret

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ett trettiotal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- vara ordinerad läkemedel vid behov
- få god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där hen önskar dö
- att inte behöva dö ensam
- att närstående är informerade om situationen
- veta att närstående får stöd



Indikator	2020	2021	2022
Utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument. Mål: 100 %	65,2% Riket 51,5 %	61,1% Riket 54,1 %	73,7 % Riket 62,2 %
Utförda brytpunktssamtal till patient av läkare. Mål: 98 %	60,9 % Riket 77,0 %	38,9 % Riket 79,5 %	68,4 % Riket 80,2 %
Utförd munhälsobedömning Mål: 90 %	21,7 % Riket 59,1%	55,6 % Riket 61,4 %	31,6 % Riket 60 %

Analys: Totala antalet registreringar har ökat under 2022 jämfört med tidigare år. Utifrån indikatorerna syns en förbättring jämfört med oss själva och mot riket ser vi också en förbättring när det gäller utförd smärtskattning. Framför allt är det en låg andel personer som får en munhälsobedömning, där är vi även mycket sämre än riket. Målvärdena som är fastställda i Socialstyrelsens sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp om palliativ vård uppnås varken nationellt eller i vår verksamhet.

Åtgärder: Det registreras mer inom särskilt boende och på korttidsenheten.

Förbättringsförslag: Göra nystart i att hemsjukvården prioriterar palliativa registret. Tydliggöra vad vi behöver bli bättre på, för att erbjuda en god palliativ vård. All personal som vårdar behöver få möjlighet till utbildning. Dokumentation av smärtskattning är viktigt, bedömning och dokumentation bör göras strukturerat för att påvisa att den enskilde får smärtlindring anpassad till smärtintensitet samt att det följs upp. Vi ska eftersträva att nå upp till de fastställda målvärdena.

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

BPSD är ett register som stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Utifrån data tas en bemötandeplan fram som är viktig att alla som arbetar med personen känner till och följer. Registrering görs regelbundet, minst en gång per år enligt Socialstyrelsen.

	2019	2020	2021	2022
Antal registreringar	57	25	36	37

Analys: BPSD-registreringar görs i verksamheten, det är svårt att dra några slutsatser om i hur stor utsträckning det används i relation till hur många patienter som har dessa symtom. BPSD-registreringar görs mer frekvent på särskilt boende än i hemtjänsten.

Åtgärder: BPSD-administratörer utbildas årligen i samverkan med Degerfors kommun. Tid avsätts i schemat för registreringar.

Förbättringsförslag: Hemtjänsten skulle kunna göra fler registreringar. Teamet kan genom att ta fram statistik ur registret bilda sig en uppfattning om hur vårdtyngden ser ut och om det är likartade symtom som patienterna har kan teamet ta fram åtgärder även på gruppnivå.

9.4 Avvikelser

Personal är skyldiga att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra till vårdskada. Det är viktigt att avvikelser analyseras i teamen (enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal). Målet är att minska antalet inrapporterade avvikelser och ett proaktivt arbetssätt.

Identifierade avvikelser:

År	Totalt med avvikelser	Fall (alla kategorier)	Läkemedel fel dos	Läkemedel fel tid	Utebliven dos
2022	1086 ↑	442 ↓	42 ↑	39 ↑	282 ↑
2021	992	532	39	25	212
2020	872	506	31	27	230

Analys: Antalet rapporterade avvikelser har ökat jämfört med tidigare år. Arbetet med att hantera avvikelser ser bättre ut än förra året. Av de totalt 1086 avvikelser som rapporterades så är 628 avslutade, vilket är en större andel än förra året. Andelen avslutade avvikelser kan vara ett mått på i hur stor utsträckning avvikelser behandlas och analyseras.

Åtgärder: Struktur kring avvikelshantering. Avvikelser diskuteras i samband med teamträffar och avslutas därefter.

Förbättringsförslag: Fortsatta åtgärder behöver vidtas för att förbättra arbetet med avvikelshantering, det bör eftersträvas att alla avvikelser analyseras och avslutas. Det är oroväckande att läkemedelsavvikelser ökat kraftigt jämfört med 2021 och åtgärder behöver vidtas för att få ner antalet läkemedelsavvikelser.

Identifierade fallavvikelser	2020	2021	2022
Totalt	506	535	442
Fall med skada	24	15	15
Slutförda fallavvikelser	280	118	240
Ej slutförda fallavvikelser	226	417	202

Analys: Målet med att minska fall har funnits med som ett mål under flera år. Det är positivt att antalet fall minskat och att fler fallavvikelser analyserats i teamen, det kan vara en bidragande orsak till att fallen minskat.

Åtgärder: Hantera avvikelser i teamet och i avvikelsemodulen samt avsluta efter att åtgärder har satts in och dessa har och följts upp.

Förbättringsförslag: Under 2023 ska en rutin för fallprevention tas fram som klargör roller och ansvar vid fallprevention och som beskriver ett systematiskt arbetssätt vid misstänkt eller konstaterad fallrisk.

9.5 Journalgranskning

För att uppfylla kraven i Patientdatalagen SF 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) är verksamheten skyldig att årligen granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Under året har två journalgranskningar gjorts. Under våren har sammanlagt 20 slumpvist utvalda journaler från samtliga enheter och områden granskats av MAS och MAR. Under hösten gjordes en kollegial journalgranskning. Journalgranskning genomförs även av MAS och MAR i samband med utredning av allvarliga avvikelser, detta görs kontinuerligt under året.

Resultat: Det finns mycket som är positivt i HSL-dokumentationen, de flesta uppgifter som ska finnas finns. Något som behöver förbättras är dock att det ska framgå om det finns beslut om OHLR eller någon överkänslighet och om anhörig vill kontaktas nattetid. Hur den enskilde gjorts delaktig framgår inte heller tydligt.

Annat som sällan framgår är att den enskilde informerats om deltagande i kvalitetsregister och resultat från registreringar i kvalitetsregister dokumenteras inte i journal. Vårdplaner används på ett bra och tydligt sätt men måluppfyllelsen dokumenteras sällan. Det är en stor brist att omvårdnadspersonalen inte dokumenterar i vårdplaner där det finns fördelade åtgärder. Språket som används behöver bli lättare att förstå särskilt med tanke på att det i framtiden kommer att bli möjligt för patienten att ta del av sin egen journal via 1177.

Analys: Orsaken till de brister som kan ses i journalföringen tros bland annat bero på:

- Hög arbetsbelastning där tid- och resursbrist är en bidragande orsak
- Det finns låg kännedom om att resultat från registreringar i kvalitetsregister även ska dokumenteras i journal
- Avsaknad av utbildning i verksamhetssystemet, kvalitetsregister och dokumentation

Åtgärder: Journalgranskningarna och det de visade lyftes på APT:er med sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Den kollegiala granskningen är ett bra lärande och behöver göras regelbundet.

Förbättringsförslag: Det behöver göras en behovsinventering bland den legitimerade personalen för att se vilka åtgärder som behöver göras för att höja kvaliteten i dokumentationen.

9.6 Läkemedelshantering

9.6.1 Läkemedelsgenomgång

Att äldre använder flera olika läkemedel är inte ovanligt, sådan läkemedelsanvändning innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Allvarliga konsekvenser av detta kan vara fall och akuta inläggningar på sjukhus.

Läkemedelsanvändning ska kontrolleras årligen genom att läkaren går igenom de läkemedel som förskrivits till den enskilde, en s.k. fördjupad läkemedelsgenomgång. Enskilda på särskilt boende och inskrivna i hemsjukvården har rätt att få en fördjupad läkemedelsgenomgång minst en gång om året, där det ingår att läkaren gör hembesök och att personer som är viktiga för den enskilde kan få möjlighet att delta.

Det är oftast omvårdnadsansvarig sjuksköterska som initierar för en läkemedelsgenomgång då det är dags att förnya förskrivna läkemedel (en gång varje år). Anledningen till att fördjupade läkemedelsgenomgångar görs är för att kunna erbjuda god och säker läkemedelsbehandling och minska användandet av olämpliga läkemedel för personer över 75 år.

Resultat: Siffror från vårdcentralen visar att det gjordes 116 fördjupade läkemedelsgenomgångar för enskilda på särskilt boende och i hemsjukvården. Det gjordes även flera enkla läkemedelsgenomgångar, 195 st. under 2022. Uppgifter som är inrapporterat från kommunens sjuksköterskor visar inte alls på så höga siffror och enkla läkemedelsgenomgångar dokumenteras inte i samma utsträckning i kommunens journalsystem.

Analys: Siffror från vårdcentralen visar att det görs en hel del läkemedelsgenomgångar, däremot stämmer inte siffrorna överens med inrapporterade siffror från sjuksköterskan och det kan bero på att det brister i hur rutinen följs.

Vid en enkel läkemedelsgenomgång kontrollerar läkaren läkemedelslistan om den är korrekt och om läkemedelsrelaterade problem kan lösas direkt eller om det kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Förbättringsförslag: Det finns behov av att revidera gemensamma rutinen tillsammans med vårdcentralen så att vi erbjuder och arbetar på rätt sätt med läkemedelsgenomgångar samt att förbättra dokumentationen i kommunens journal, för att få fram rätt siffror.

9.6.2 Olämpliga läkemedel

Siffror från vårdcentralen för 2022 gällande olämpliga läkemedel för de som är 75 år och äldre i Laxå kommun visar 10 % och i riket var det 14 %. Dessa siffror är för alla i hela kommunen, det går inte att särskilja på dem som tillhör hemsjukvården och/eller särskilt boende. 2021 visade det 10,7% i Laxå och riket var det 14,2 %.

Analys: Siffrorna från vårdcentralen visar att det har minskat något med användandet av olämpliga läkemedel från 2021 och att Laxå ligger bra till jämfört med riket.

Åtgärder: Årliga läkemedelsgenomgångar för enskilda på särskilt boende och i hemsjukvården där kommun sköterskan ska initiera när det är dags att förnya förskrivna läkemedel.

Förbättringsförslag: Att arbeta mer systematiskt med kvalitetsregister (BPSD) som är ett bra stöd för omvårdnadspersonalen och sjuksköterskan i bemötande och på så sätt minska användandet av olämpliga läkemedel.

9.6.3 Läkemedelshantering och kontroll av läkemedelsförråd

2022 skrevs avtal med en extern aktör (ApoEx) när det gäller kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunen. Detta görs en gång per år tillsammans med MAS.

Våren 2022 gjordes första granskningen som var mer övergripande för hela kedjan i läkemedelshantering från ordination till kassation inom särskilt boende och korttidsenheten, där olika professioner deltog. Efter denna granskning har det reviderats och tagits fram rutiner tillsammans med sjuksköterskegruppen och enhetschef för sjuksköterskorna. Rutinerna har implementerats i chefsgruppen och ska fortsatt implementeras i verksamheten under 2023. Dessa rutiner ska uppdateras och följas upp årligen.

9.7. Hjälpmedelshantering

Förskrivning av medicintekniska produkter är en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Omvårdnadshjälpmedel förskrivs idag av kommunens arbetsterapeuter och sjuksköterskor som också har ansvar för instruktion och information om hur de ska användas.

Medicintekniska produkter som används i verksamheten och som kommunen är ansvarig för är bland annat personlyftar, vårdsängar, överförflyttningsplattor, sondmatningspumpar m.m. Dessa ska användas och hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av instruerad/utbildad personal. Förutom den instruktion som arbetsterapeut och sjuksköterska är ansvariga för så är det enhetschefens ansvar att se till att all personal samt nyanställda

personal får den utbildning som krävs för att hantera de aktuella hjälpmedel som finns på enheten.

Besiktning av omvårdnadshjälpmedel

Förebyggande underhåll, rekonditionering, utrangering, service och besiktningar innebär patient- och driftsäkerhet och kostnadseffektivitet. Detta görs av kommunens hjälpmedelstekniker. Personal från kommunens arbetsmarknadsenhet hjälper till att rengöra hjälpmedel.

Personlyftar ska besiktigas en gång per år. Under 2022 blev inte alla lyftar besiktade. Det saknas korrekt uppdaterade siffror på antal omvårdnadshjälpmedel som finns i våra verksamheter varför det heller inte går att säga hur stor andel som inte är besiktade.

Vårdsängar ska kontrolleras och genomgå service vartannat år. Detta har heller inte gjorts under året, och även här saknas siffror på hur många sängar det rör sig om. De har endast åtgärdats när fel har uppstått.

Analys: Laxå kommun genomför inte fullt ut de besiktningar och kontroller som krävs enligt befintliga direktiv. För att säkerställa att de medicintekniska produkter vi erbjuder de enskilda är av god kvalitet behöver besiktningar och kontroller utföras regelbundet.

Förbättringsförslag: Gällande besiktning och kontroller av omvårdnadshjälpmedel behöver det säkras upp att detta utförs. Det behövs även under året göras en inventering av bland annat vårdsängar och taklyftar för att kunna följa och spåra dessa samt för att se vilka som behöver besiktas och när. Det är också viktigt att förskrivare alltid registrerar förskrivningar i modulen så att listorna hålls uppdaterade.

10. Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar ska göras i verksamheten för att bedöma förändringar och arbetssätt och dess konsekvenser. Syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har socialchef.

Rutin för riskanalyser (riskbedömning), det vill säga hur vi fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten, finns idag på det gemensamma intranätet.

Riskanalyser ska utföras löpande i verksamheten vid förändrat arbetssätt. Risk- och händelseanalyser görs också i teamet vid allvarigare händelser samt vid Lex Maria och Lex Sarah utredningar.

Att göra riskanalyser samt ta fram handlingsplaner är något som vi inom våra verksamheter kan bli bättre på för att förebygga och minska risker.

11. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

11.1. Avvikelse

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapportering av avvikelser gör personalen direkt i journalsystemet Treserva. Rapporteringen går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet. Avvikelseanalysen ska ske i teamet och uppföljningen av avvikelser ska göras på teamträffar, APT och på chefernas ledningsmöten.

Allvarligare händelser ska rapporteras till medicinskt ansvariga för vidare utredning och eventuell anmälan enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

11.2. Lex Maria

HSLF-FS 2017:41

Föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

MAS och MAR utreder allvarliga händelser och beslutar om det ska anmälas till IVO, Inspektionen för vård- och omsorg som Lex Maria.

11.3. Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot direkt i verksamheten av personal, chefer och ibland genom telefonsamtal till MAS och MAR. Det kan också komma in via kommunens hemsida och skickas till socialchef eller MAS som därefter skickar vidare till berörd enhetschef.

Enhetschef ansvarar för att återkoppla till den som inlämnat klagomålet om denne inte är anonym.

Syftet är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister.

11.4. Synpunkter och klagomål, patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Ansvarig chef, MAS eller MAR kontaktar vårdtagare och/eller närstående när klagomål eller allvarligare händelser inträffat, de erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan blir aktuell.

11.5. Sammanställning och analys av rapporter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Klagomål och synpunkter noteras och diarieförs enligt rutin. All personal har ansvar för att ta emot synpunkter och klagomål och att förmedla kontakt med ansvarig för verksamhet. Målet är att förbättra kvalitén när brister påpekas.

Under 2022:

1. IVO har fortsatt tillsynen riktad mot särskilt boende med anledning av smittspridning av Covid-19.
2. En Lex Maria utredningar har gjorts under året, 2021 gjordes ingen Lex Maria anmälan.
3. Det har kommit in 6 st. synpunkter/beröm/klagomål under året, 2021 kom det 8 st.
4. Utredningar/avvikelser mellan kommunen och regionen under året har handlat om brister i vårdkedjan samt läkemedelshantering p.g.a. snabba utskrivningar och korta vårdtider inom slutenvården.

12. Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Utifrån omställningen till God och Nära vård så har det under 2022 arbetats med processer för att förbättra samverkan inom verksamhetens olika områden. Arbetet har även kretsats kring att förbättra och strukturera upp ledningsprocessen för att under 2023 kunna arbeta mer på enhetsnivå.

Överenskommelse mellan vårdcentralen och kommunen har reviderats gemensamt under året och samverkan mellan kommunens socialförvaltning och vårdcentralen har stärkts.

Teamträffsrutinen har följts upp och en mindre revidering gjordes under hösten för att tydliggöra vem som bär ansvar för att enskilda tillfrågas och görs delaktiga i samband med teamträffen. Viktigt att fortsätta under 2023 med att arbeta med att förbättra teamsamverkan mellan chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal samt att göra enskilda delaktiga i sin vård och omsorg.

I april 2022 oklassificerades Covid-19 från allmän- och samhällsfarlig sjukdom till anmälningspliktig sjukdom. Den har fortsatt att vara smittspårningspliktig inom vård och omsorg där det finns enskilda med hög risk för att bli allvarligt sjuka av covid-19. Bästa skyddet mot Covid-19 har visat sig vara vaccination. Sjuksköterskorna i Laxå kommun har gjort ett betydande patientsäkerhetsarbete under vår och höst genom att vaccinera samtliga enskilda på särskilt boende, inom LSS och inskrivna i hemsjukvården utifrån direktiv.

Nutritionsvårdsprocessen är en gemensam överenskommelse med kommuner och regioner som fastställdes under år 2022. Första steget var att all personal inom vård och omsorg skulle göra en kortare webbutbildning och det är gjort under året samt att dietist har varit och informerat chefer och personal om nutritionsvårdsprocessen. Nästa steg är att utbilda sjuksköterskor i att förskriva kosttillskott. Detta arbete kommer att fortgå under 2023 och syftar till att säkerställa patientsäker och jämlik vård samt att det ska finnas förutsättningar för en tydlig vårdkedja för enskilda och på så sätt tydliggöra ansvaret för nutritionsbehandlingen.

Utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse sattes fem mål upp. Nedan följer en redovisning av måluppfyllelsen:

1. Öka förståelse av vikten med att arbeta ur ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt i verksamheterna.

Arbeterapeuterna utgör ett gott stöd och påminner omvårdnadspersonalen om vikten av vardagsrehabilitering. Upplevelsen är att det rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssättet är mer uttalat i verksamheten. För att ytterligare öka kunskap och förståelse kring området skulle en utbildningsinsats vara positivt.

2. Fortsätta med implementering av hemrehabrutinen. Alla professioner ska känna till och arbeta efter rutinen.

Detta har fortfarande inte implementerats, det har varit svårt p.g.a. bristande tillgång till fysioterapeut. Rutinen i det utförande som den har idag är inte aktuell. Personer som har behov av rehabilitering erbjuds detta men inte enligt det arbetssätt som beskrivs i rutinen.

3. Öka kunskapen om avvikelseprocessen. Arbeta aktivt och kontinuerligt med avvikelshantering i teamet genom att följa befintlig rutin. Enhetscheferna behöver ta ett större ansvar för att alla avvikelser blir hanterade och avslutade.

Nuvarande avvikelserutin har gjorts känd och det arbetas systematiskt med avvikelser på teamträffar. Arbetet med avvikelshantering har gett effekt och fler avvikelser analyseras och avslutas jämfört med tidigare år, rutinen behöver eventuellt revideras under 2023.

4. Arbeta aktivt och kontinuerligt i team med registreringar i kvalitetsregister Senior Alert, BPSD och Palliativa registret utifrån rutiner. Viktigt att vårdpreventiva arbetet präglas av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

Det ses förbättringar inom särskilt boende men hemtjänsten behöver arbeta vidare med att få till struktur för regelbundna registreringar i kvalitetsregister. Under början av 2023 ska revidering av Senior Alert-rutinen göras i en tvärprofessionell arbetsgrupp.

5. Att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose brukarens behov av hälso- och sjukvård.

Flera utbildningar har hållits under året, främst för ordinarie personal.

Vikarieintroduktionen behöver ses över så att verksamheten kan bedrivas patientsäkert

även under perioder när det är många vikarier som arbetar.

13. Övergripande mål för kommande år

Förutom de övergripande nämndmålen som är satta för 2023 anser medicinskt ansvariga att fokus bör läggas på följande mål för att stärka patientsäkerhetsarbetet:

- Vikarieintroduktion – Säkerställa att vikarier får grundlig introduktion genom att utbilda i basala kunskaper om omvårdnad, hygien, förflyttning samt förhållningssätt och bemötande, så att vi kan upprätthålla patientsäkerheten under hela året.
- Fallprevention – Öka kunskap om fallprevention hos personal genom utbildningsinsatser. Tydliggöra roller och ansvar i det fallpreventiva arbetet genom att ta fram en rutin.
- Kvalitetsregister – Fortsatt arbeta aktivt och kontinuerligt med registreringar i kvalitetsregister Senior Alert, BPSD och Palliativa registret utifrån rutiner. Framförallt så brister det inom hemsjukvården och där behöver det tas omtag i arbetet. Viktigt att arbetet präglas av struktur, systematik och synliggjorda resultat, för att motivationen till att registrera ska hålla i sig över tid.
- Avvikelsehantering – Fortsätta arbetet med avvikelsehantering och eftersträva att alla avvikelser analyseras i teamet.

14. Ordförklaringar

Ord	Beskrivning
Avvikelse	När händelser inträffar som inte hör till det förväntade t.ex. fall, läkemedel som inte ges när det ska eller utebliven insats som t.ex. duschning
Basala hygien- och klädrutiner	Omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder – det vill säga åtgärder som ska tillämpas i den direkta vården och omsorgen för att förebygga vårdrelaterade infektioner.
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	Ett kvalitetsregister för att ta fram bemötandeplaner för våra enskilda med demenssjukdom i kommunen
Hemrehab	Träning man kan få i hemmet, detta är ett samarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal
HSL dokumentation	Journalföring enligt hälso- och sjukvårdslagen
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering-som tillser att riktlinjer och rutiner för rehabiliteringsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska-som tillser att riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
Ledningssystem	Ett system som ska innehålla de riktlinjer och rutiner alla medarbetare ska arbeta utifrån.
Lex Maria	Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
Lex Sarah	Om ett missförhållande är allvarligt inom socialtjänsten och i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamhetsansvarig anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg.

Palliativa registret	Där registreras alla förväntade dödsfall inom kommunen för att se om vi ger det stöd och den symtomlindring som behövs
Palliativ vård	Omvårdnad i livets slutskede som innebär bland annat god symtomlindring och stöd.
Samordnad individuell planering	Individuell planering för den enskilde. Där bestäms vilka insatser man är i behov av. Samverkan mellan olika vårdgivare.
Treserva	Det journal- och rapportsystem som används inom socialförvaltningen
VVF (Vård, välfärd och folkhälsa)	Finns på Region Örebro läns hemsida och används av vårdgivare i länet. Där finns samverkansdokument, info om våra register etc.