



**MELLERUDS
KOMMUN**
Socialförvaltningen

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

2021-03-01
Tanja Mattson
Socialchef

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Övergripande mål och strategier.....	5
2. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	11
3. Samverkan	13
4. Risk- och händelseanalys	15
5. Avvikelser, synpunkter och klagomål	16
6. Redovisning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och egenkontroll/resultat	18
7. Utvecklingsområden för 2020 - 2021	34

Bilagor

Sammanfattning

Arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse.

Vårdgivaren ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse.

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att det bedrivs en god och säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter och att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet.

Nya områden som Socialförvaltningen arbetat med under 2020 för att öka kvaliteten och patientsäkerheten är bland annat:

- Nationella kvalitetsregister.
- Fortsatt socialdokumentation utifrån IBIC, Individens behov i centrum
- Anpassa arbete och rutiner utifrån Covid-19
- Startat upp en kvalitetsgrupp
- Genomfört en förstudie med Stratzys och implementering av SOSFS 2011:9

Den interna egenkontrollen har framförallt bestått av rapportering och analys av:

- Lex Sarah. Risker och missförhållanden i socialtjänstens arbete.
- Lex Maria. Risker och händelser i hälso- och sjukvårdens arbete.
- Synpunkter och klagomål.
- Resultat i nationella kvalitetsregister.
- Resultat i Öppna jämförelser
- PPM, punktprevalensmätning för trycksår.

Under 2020:

- Rapporteras 2 händelser enligt Lex Sarah.
- Anmäldes ingen (0) händelse enligt Lex Maria. 1 händelse är anmäld som negativ händelse och tillbud med medicinskteknisk produkt.
- Rapporteras 76 läkemedelsavvikelser.
- Rapporteras 16 avvikelser gällande narkotikabrist.
- Rapporteras 6 fall med skada som följd.
- Inkom 14 synpunkter och klagomål till förvaltningen.

49 väntade dödsfall har registrerats i Palliativregistret.

I kvalitetsregistret Senior alert registrerades 136 unika brukare som har riskbedömts för undernäring, trycksår och fall.

96% av de boende som har intyg för nödvändig tandvård på kommunens särskilda boenden har tackat ja till munhälsobedömning av tandhygienist. Inom LSS/Hemvård/socialpsykiatri är motsvarande siffra 58%. På samtliga boenden finns det munvårdsombud som regelbundet gör munhälsobedömningar.

Enligt Socialstyrelsens brukarenkät var 98 % av brukarna i hemtjänsten och 86 % i särskilda boenden sammantaget mycket nöjda eller ganska nöjda med hemtjänsten/sitt särskilda boende.

Under året har en pandemi av sjukdomen Covid-19 härjat i världen och påverkat arbetet. Riskbedömningar har gjorts, nya och ändrade rutiner har införts. Det har ändrat sätten vi kan mötas på och mycket har ställts om till digitala lösningar när det kommer till möten och utbildningar. I vårdarbetet har det handlat om stramare hygienrutiner. För brukarna har det inneburit en begränsning i att röra sig fritt i samhället och under en tid var det besöksförbud på våra särskilda boenden vilket till viss del kunnat påverka livskvalitén.

Utvecklingsområde för 2021 - 2022 är:

- Säkrare dokumentation, planering och informationsöverföring med hjälp av IT baserat dokumentations- och planeringssystem i alla verksamheter, Lifecare.
- Fortsätta utveckla användandet av kvalitetsregister, öppna jämförelser och analys av resultat.
- Digital strategi under 2020 – 2021 för system, utbildning mm.
- Införande av SOSFS 2011:9 i verksamhetssystemet stratzys. Upprätta rutiner som krävs enligt lagkravlista.
- Åtgärdslista utifrån resultat av analys öppna jämförelser.
- Egengranskning inom IFO utifrån Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) metodstöd.
- FVM option 1 (förarbete)
- Upphandling av verksamhetssystem för IFO och HSL.

1. Övergripande mål och strategier

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap. 1 §:

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen HSL (2017:30) upprätthålls.

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453, 1 §:

Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- Ekonomiska och sociala trygghet

- Jämlikhet i levnadsvillkor

- Aktiva deltagande i samhällslivet

Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperes resurser.

Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet.

När åtgärder rör barns ska särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Se Kommunfullmäktige, nämndens och förvaltningens mål nedan. Utdrag gjorts från Stratsys.

Planera styr och ledningsplan - röda tråden vy (Socialnämnden)

Fullmäktigemål	Nämndsmål	Nyckeltal	Aktiviteter
Att erbjuda en kvalitativ omsorg som återspeglar kommuninvånarnas behov i relation till kommunens förutsättningar	<p>Fler hushåll i egen försörjning</p> <p>Beskrivning Fler hushåll i egen försörjning genom att färre hushåll erhåller ekonomiskt bistånd. (Sektor IFO)</p> <p>Kommentar 2021-02-02 Under denna period har vi uppfyllt målet då vi har färre antal hushåll med ekonomiskt bistånd jämfört med förra året.</p>	<p>Antal hushåll med ekonomiskt bistånd</p> <p>Måluppfyllelse Minska antal individer som uppstår försörjningsstöd 18 månader eller mer med 10 procent under 2019.</p> <p>Mätmetod Statistik från Procapita</p>	<p>Översyn</p> <p>Beskrivning Översyn av individuella handlingsplaner i samband med ekonomiskt bistånd.</p> <p>Status ✔ Avslutad</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2020-01-01</p> <p>Slutdatum 2020-12-31</p> <p>Ansvarig Camilla Björk-Karlsson, Gunnar Erlandsson, Carina Holmqvist</p>
	<p>Ekonomiskt bistånd (hushåll)</p> <p>Nuläge Medelvärde för 2019: 114 st.</p> <p>Måluppfyllelse Färre antal hushåll med ekonomiskt bistånd jämfört med 2019.</p> <p>Mätmetod Antal hushåll med ekonomiskt bistånd.</p>		
	<p>Fler personer som idag erhåller insatser bereds möjlighet att komma närmare den ordinarie arbetsmarknaden</p> <p>Beskrivning Att själv klara eller tydligt bidra till sin egen försörjning är en stor del av "ett gott liv". Personer med psykiska, fysiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar ska få möjlighet att erbjudas sysselsättning. (Ekonomiskt bistånd, DV LSS, DV SOL.)</p> <p>Kommentar 2020-09-14 Arbetet pågår med insatser för att komma närmare arbetsmarknaden.</p>	<p>Insatser för att fler personer skall komma närmare den ordinarie arbetsmarknaden - Daglig verksamhet</p> <p>Nuläge 2019-12-31: Stöd och service 4 personer (medel)</p> <p>Måluppfyllelse Fler antal som erhåller insatser som kommer ut i sysselsättning hos externa aktörer.</p> <p>Mätmetod Antal personer som erhåller insatser och som kommer ut i sysselsättning i andra aktörers regi.</p>	<p>Coachning</p> <p>Beskrivning Coachning av brukare inom daglig verksamhet på Stöd och Service</p> <p>Status ✘ Avslutad med avvikelser</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2019-01-01</p> <p>Slutdatum 2019-12-31</p> <p>Ansvarig Gunnar Erlandsson</p>

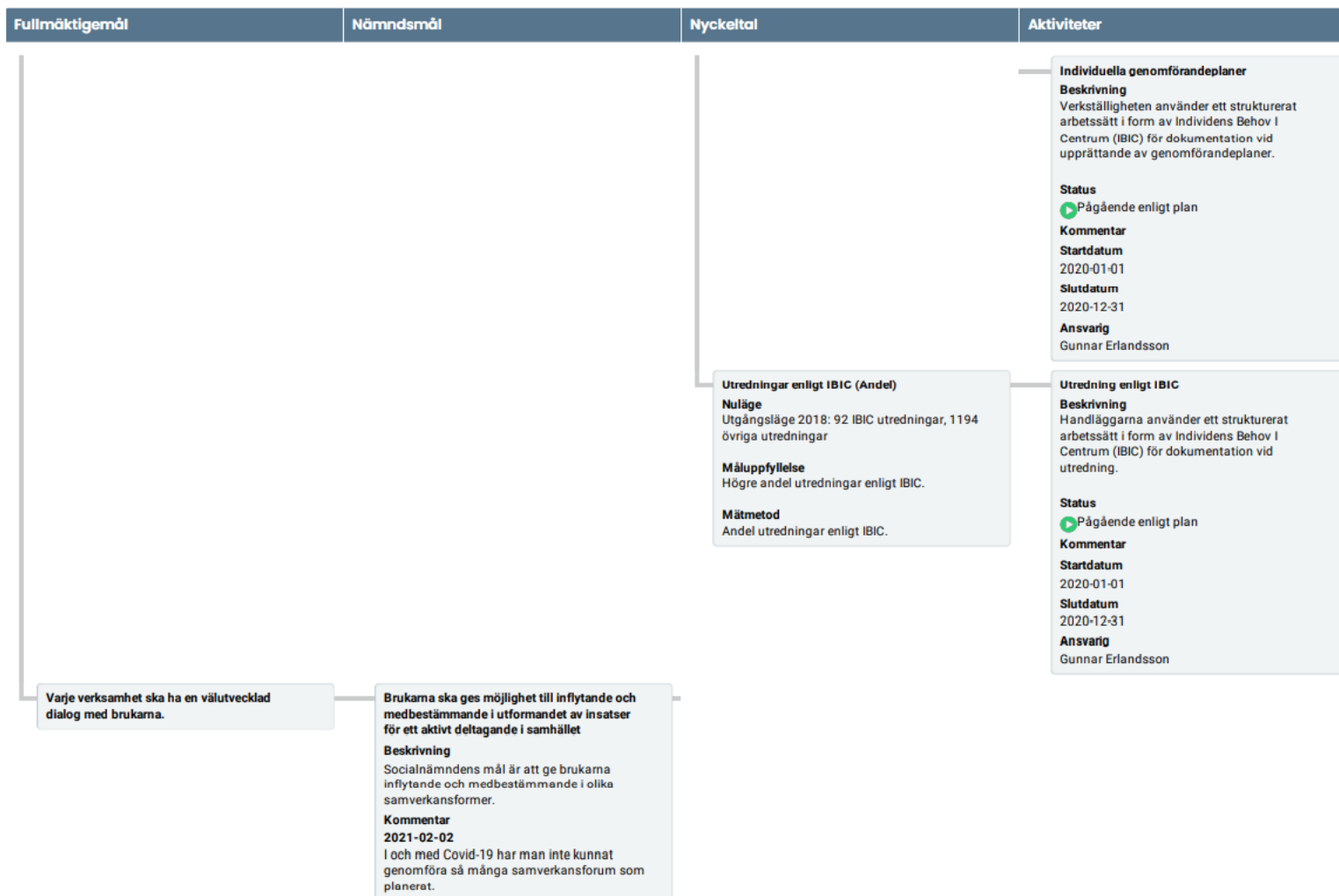
Planera styr och ledningsplan - röda tråden vy (Socialnämnden)

Fullmäktigemål	Nämndsmål	Nyckeltal	Aktiviteter
		<p>Insatser för att fler personer skall komma närmare den ordinarie arbetsmarknaden - IFO</p> <p>Nuläge 2019-12-31: 66 personer</p> <p>Måluppfyllelse Fler antal som erhåller insatser som kommer ut i sysselsättning hos externa aktörer</p> <p>Mätmetod Antal personer som erhåller insatser och som kommer ut i sysselsättning i andra aktörers regi</p>	<p>Samverkan</p> <p>Beskrivning Samverkan med andra aktörer som kommunens arbetsmarknadsenhet, näringsliv, Försäkringskassan och Arbetsförmedling</p> <p>Status ✓ Avslutad</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2020-01-01</p> <p>Slutdatum 2020-12-31</p> <p>Ansvarig Gunnar Erlandsson</p>
Att vara en attraktiv arbetsgivare	<p>Förvaltningen skall tillsätta vakanta tjänster med rätt kompetens.</p> <p>Beskrivning Förvaltningen har idag mycket svårt att rekrytera till vissa personalgrupper och nyckelpositioner. Exempelvis sjuksköterskor, socionomer och arbetsterapeuter. Detta gör att förvaltningen har svårt att fullfölja sitt uppdrag</p> <p>Kommentar 2021-02-02 Förvaltningen har tillsatt vakanta tjänster.</p>	<p>Vakanta tjänster</p> <p>Nuläge Vakanta tjänster 2019-12-31 var 10 inom socialförvaltningen. Boendestödspedagog, Arbetsterapeut och socialsekreterare</p> <p>Måluppfyllelse Alla annonserade tjänster ska tillsättas med rätt kompetens. I utfall anges ej tillsatta tjänster och i mål anges antal utannonserade tjänster under perioden.</p> <p>Mätmetod Antal annonserade tjänster som inte tillsatts med rätt kompetens efter att rekryteringen är avslutad. Det innebär en månad efter sista ansökningsdag. Finna inga tjänster att rapportera redovisas inga nyckeltal utan endast kommentar.</p>	<p>Marknadsföring</p> <p>Beskrivning Samverka med HR-avdelning för att marknadsföra oss</p> <p>Status 🔄 Pågående enligt plan</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2020-01-01</p> <p>Slutdatum 2020-12-31</p> <p>Ansvarig Gunnar Erlandsson</p>

Planera styr och ledningsplan - röda tråden vy (Socialnämnden)

Fullmäktigemål	Nämndsmål	Nyckeltal	Aktiviteter
			<p>Rekrytering</p> <p>Beskrivning Socialförvaltningen skall göra en översyn rutiner kring rekrytering</p> <p>Önskvärt resultat Inga vakanta tjänster</p> <p>Status Pågående enligt plan</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2020-01-01</p> <p>Slutdatum 2020-12-31</p> <p>Ansvarig Gunnar Erlandsson</p>
Bedriva ett hälsofrämjande arbete.	<p>Tilltron till den egna förmågan kan stärkas genom att individens egna mål och resurser lyfts i aktiv dialog vid planering och genomförande av olika insatser.</p> <p>Beskrivning</p> <p>Kommentar 2021-02-02 Den dokumenterade delaktigheten ökar men finns ej i samtliga genomförandeplaner.</p>	<p>Dokumenterad delaktighet</p> <p>Nuläge I dagsläget följer vi inte upp brukarnas delaktighet.</p> <p>Måluppfyllelse All delaktighet dokumenteras.</p> <p>Mätmetod Andel utredning, planer med dokumenterad delaktighet</p>	<p>Stärka individens egna mål och resurser</p> <p>Beskrivning Vid all planering ta tillvara på individens egna mål och resurser.</p> <p>Status Ej påbörjad</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2020-01-01</p> <p>Slutdatum 2020-12-31</p> <p>Ansvarig Pernilla Wall, Gunnar Erlandsson</p>
Främja en jämlik och jämställd hälsa	<p>Kvalitetssäkra och utveckla arbetet med att sätta individens behov i centrum</p> <p>Beskrivning Socialnämnden mål är att utveckla en mer flexibel och individanpassad omsorg med trygghet och delaktighet för alla brukare. Allt arbete ska utgå från IBIC.</p> <p>Kommentar</p>	<p>Genomförandeplaner IBIC</p> <p>Nuläge Majoriteten av genomförandeplaner är upprättade enligt IBIC-modell</p> <p>Måluppfyllelse Samtliga genomförandeplaner skall dokumenteras utifrån IBIC</p> <p>Mätmetod Andel genomförandeplaner enligt IBIC</p>	

Planera styr och ledningsplan - röda tråden vy (Socialnämnden)



Planera styr och ledningsplan - röda tråden vy (Socialnämnden)

Fullmäktigemål	Nämndsmål	Nyckeltal	Aktiviteter
		<p>Samverkansforum</p> <p>Nuläge Idag finns samverkansforum som kommunala pensionärsrådet, kommunal funktionshinderrådet, matråd, brukarråd och husmöte.</p> <p>Måluppfyllelse Alla brukare ska representeras i något samverkansforum.</p> <p>Mätmetod Antal dialog- och samverkansforum under året.</p>	<p>Möjliggöra brukarnas inflytande och medbestämmande</p> <p>Beskrivning Skapa forum för dialog.</p> <p>Önskvärt resultat Alla brukare ges möjlighet till dialog.</p> <p>Status 🟢 Pågående enligt plan</p> <p>Kommentar</p> <p>Startdatum 2020-01-01</p> <p>Slutdatum 2020-12-31</p> <p>Ansvarig Gunnar Erlandsson</p>

2. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap. 9–10 §§:

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453, 3 kap. 3 §

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvärderas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1:

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. SOSFS: 2011:9, 4 kap. 5–6 § Verksamheten ska samverka för att säkra kvaliteten på de insatser som utförs.

Kvalitetsberättelsen bör enligt Socialstyrelsens allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriva hur socialnämnden har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan upprättas i samma dokument så länge det går att utläsa de uppgifter som anges i patientsäkerhetslagen, i föreskrifterna och de allmänna råden.

Socialnämnden (vårdgivaren = Melleruds kommun) har det yttersta ansvaret för att det bedrivs en säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter och att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet. Socialnämnden ska:

- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten.
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Socialchef (verksamhetschef) har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) och ansvarar för att en god och patientsäker vård bedrivs samt att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet. Verksamhetschefen ska:

- inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.
- ansvara för att övergripande mål för verksamheten formuleras och för att dessa uppnås.
- ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) med MAR uppdrag (medicinskt ansvarig för rehabilitering) har ett övergripande ansvar för att:

- utveckla, följa upp, bedöma och analysera kvalitet och säkerhet inom kommunens hälso- och sjukvård.
- upprätta riktlinjer och rutiner för att säker hälso- och sjukvård ska bedrivas.
- göra anmälningar enligt lex Maria till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) och anmäla avvikelser för MTP (Medicintekniska produkter) till Läkemedelsverket och IVO.

Sektorchefer och enhetschefer ansvarar för att:

- alla medarbetare har rätt kompetens för att säkerställa verksamhetens kvalitet.
- riktlinjer och rutiner är kända och följs.
- medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

All personal ska medverka vid:

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.
- risk- och avvikelshantering.
- uppföljning av mål och resultat.

3. Samverkan

Lagstiftning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3:

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården, HSLF-FS 2017:23

- Samordnad individuell planering – SIP. Gemensam rutin för Västra Götalandsregionen och kommunerna ska säkra övergången för patienten mellan vårdgivare. Gemensam rutin finns mellan kommunens verksamheter och primärvården. Samverkan sker alla vardagar.
- Gemensam rutin för läkemedelsbeställningar/leveranser mellan Hemsjukvården och lokalt apoteket finns.
- Gemensam rutin för uppsökande verksamhet och besök på mottagning mellan Socialförvaltningens verksamheter och Folk tandvården.
- Samverkan sker mellan IFO och skola, förskola, Stinsen och Spåret (ungdomsverksamheter som bland annat arbetar med ofrivillig skolfrånvaro).
- Samverkan mellan IFO och Barnahus Åmål, diverse nätverk BIM, BBIC, ABC utbildning för föräldrar
- Lokal närsjukvårdsgrupp finns utifrån Vårdsamverkans modell.
- Förutom lokal närsjukvårdsgrupp finns olika samverkansformer för huvudmännens olika funktioner både mellan Dalsslands kommuner och inom Fyrbodalen. Det är nätverk för äldreomsorgschefer, socialchefer, arbetsterapeuter, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer HSL/Rehab, e-hälsa, palliativ vård, diabetes m.m.
- Dalsslands kommunerna samverkar kring handläggning av familjehem, familjerätt och Lagen om stöd och service, LSS.
- Hemsjukvården har avtal med Västra Götalandsregionen angående samverkande sjukvård. Samverkansmodellen innebär att vi tillsammans tillvaratar de samlade sjukvårdsresurserna på effektivaste sätt och erbjuder rätt vård på rätt plats så nära patientens hem som möjligt.
- Lokal samverkansgrupp psykisk hälsa är en samverkansgrupp med representanter från öppenvård psykiatri, primärvården, individ- och familjeomsorg, kommunal hälso- och sjukvård, biståndshandläggare, enhetschef och socialpedagog för socialpsykiatri samt hemvård.

- Förvaltningen deltar vid yrkesrådet på gymnasiet/vuxenutbildningen utifrån Vård och omsorgs college.
- Västbus är en samverkan för barn & unga. Skola, individ- och familjeomsorg, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri ingår.
- Samverkan LSS och skola, planering av stöd och framtida insatser.
- Samverkan socialpsykiatri och IFO, organisera hemmaplanslösningar för personer med missbruk – psykisk ohälsa.

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 6 kap. 4 §:

Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 5–6 §§:

Verksamheten ska samverka för att säkra kvaliteten på de insatser som utförs.

- Samtliga enheter inom Stöd och service har brukarråd och husmöte med brukare, personal och ibland enhetschef minst en gång per månad. Samverkan med närstående utgår från brukarens önskemål. Brukare har deltagit i rekryteringsprocessen vid nyanställningar.
- Inom Vård och omsorg har alla boenden utsedda kontaktpersonal som ansvarar för planering och genomförande för brukaren samt kontakter med anhöriga och övriga närstående. Det anordnas också anhörigträffar i olika former.
- Demenssjuksköterska och anhörigstödjare har avvecklat sina stödgrupper för personer med demenssjukdom och deras anhöriga då funktionen anhörigstödjare tagits bort i kommunen.
- I samband med att en vårdskada inträffat informeras patient och/eller närstående om händelsen. Utredaren har fortlöpande dialog om resultat och åtgärder utifrån händelseanalys och utredning.
- Patienten och dess närstående deltar i vårdplaneringsprocessen.
- Tvärprofessionella teamträffar.
- Matrådsträffar med kostenheten
- Samverkansgrupp mellan rehab och bostadsanpassningshandläggare

- Samarbete med Leaderprojektet för att de personer som behöver extra stöd i svenska språket ska få det för att förstå utbildningen inför delegering och socialdokumentation.

4. Risk- och händelseanalys

Lagstiftning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §:

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 uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Genom en aktiv rapportering fångas risker upp. I samband med varje rapport om risk för vårdskada eller att en vårdskada skett görs en bedömning utifrån allvarlighetsgrad (konsekvensen är mindre, måttlig, betydande katastrofal) och sannolikheten (mycket liten, liten, stor eller mycket stor att det ska inträffa igen). Bedöms risken som stor att det ska inträffa igen eller om konsekvenserna är betydande görs händelseanalys. Utifrån analysen tas förslag till åtgärder fram.

Risikanalyser som är gjorda

- Arbetsmiljö
- Brand
- Skydds- och frihetsinskränkande åtgärder
- Omorganisation av verksamhet
- Hot om våld
- Riskbedömning i samband med ny vårdtagare
- Personaltäthet
- Införande av nya system
- Covid-19

5. Avvikelser, synpunkter och klagomål

Lagstiftning

Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria), IVO, HSLF-FS 2017:41

Lex Sarah, SOSFS 2011:5

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, SOSFS 1993:387

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 6 kap. 4 §:

"Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada".

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap. 2 § p 6:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, De som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskador, lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal är, enligt Patientsäkerhetslagen, skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska därför omedelbart rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskador. Alla rapporterade risker eller händelser utreds först av enhetschef och patientansvarig sjuksköterska. Berörd omvårdnadspersonal beskriver händelseförloppet, vilken blir underlag för utredning av händelsen. Syftet är att analysera bakomliggande orsaker till händelsen och vad som kan göras för att det inte ska hända igen. Utifrån identifierade problem görs de förändringar/förbättringar i rutiner som krävs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tar del av alla rapporter och bedömer när en fördjupad händelseanalys och utredning ska göras.

Avvikelser i hälso- och sjukvårdsarbetet, som medfört eller kunnat medföra, allvarlig vårdskada, ska anmälas till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gör två gånger per år sammanställning av rapporterade händelser (lex Maria). Sammanställningen återkopplas till enhetschefer, sektorchefer, socialchef och socialnämnd.

Lex Sarah

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5) är ett komplement till SoL, socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och LSS, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SOSFS 1993:387).

Enligt SoL och LSS ska alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet och ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

Sammanställning av lex Sarah rapporter görs två gånger per år. Ansvarig för utredningar, anmälningar till IVO och sammanställningar dokumenteras i socialnämndens delegeringsordning.

Sammanställningen återkopplas till enhetschefer, sektorchefer, socialchef och socialnämnd.

Synpunkter och klagomål

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter av avvikelser, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Synpunkter och klagomål ska sammanställas två gånger per år och analyseras i sektorernas ledningsgrupper. Ansvarig för utredningar, och sammanställningar dokumenteras i socialnämndens delegeringsordning.

6. Redovisning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och egenkontroll/resultat

Lagstiftning

Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1 – 2:

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- 1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,*
- 2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och*
- 3. vilka resultat som har uppnåtts.*

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 3 kap. 2 § 7 kap. p 2:

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats.

Uppföljning har gjorts genom att hämta uppgifter från:

- Sammanställning Socialförvaltningens rapporterade lex Maria händelser 2020.
- Redovisning av inkomna lex Sarah rapporter 2020
- Redovisning av synpunkter och klagomål inkomna inom socialnämndens verksamhetsområde 2020.
- Öppna jämförelser 2020
- Nationella kvalitetsregister (senior alert, palliativregistret, BPSD mm.)
- Procapita
- Kompetensutvecklingsplaner
- Samverkande sjukvård

Områden för kvalitet- & patientsäkerhet	Beskrivning	Resultat 2020
Kvalitetsledningssystem	<p>Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • planera • leda • kontrollera • följa upp • utvärdera • förbättra verksamhetens kvalitet <p>Kvalitetsledningssystemet ska innehålla de riktlinjer och rutiner som krävs för att verksamheten ska kunna uppfylla de kvalitetskrav som finns i författningar.</p>	<p>Omarbetning av kvalitetsledningssystemet med nya och uppdaterade rutiner pågår. Planering finns för att beskriva rutiner/processer i ett digitalt kartläggningsverktyg som kan kopplas till kvalitetsledningssystemet (2c8). En förstudie är gjord tillsammans med stratsys om införande av kvalitetsledningssystemet in i stratsys. En kvalitetsgrupp är tillsatt Övergripande kvalitetsledningssystemet är fastställt i socialnämnden.</p>
Lokala rutindokument	<p>Alla enheter har lokala rutindokument för enhetens rutiner och processer som inte ingår i Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem.</p>	<p>Rutindokument och manualer är dokument som ständigt förändras beroende på nya eller förbättrade rutiner.</p>

<p>Avvikelser</p> <ul style="list-style-type: none"> - hälso- och sjukvårdsuppgifter - tryckskada - fallskada - medicintekniska Produkter 	<p>All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvård i det dagliga arbetet, följa gällande riktlinjer/ rutiner samt rapportera avvikelser.</p> <p>Personalens vilja att rapportera risker och händelser är ett mått på patientsäkerheten.</p>	<p>Under 2020 inkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 76 st hälso- & sjukvårdsavvikelser (2019 242 st, 2016 223st, 2015 184st, 2014 212st). De gällde framförallt att läkemedelsgivning glömdes bort, dos given vid fel tidpunkt, förväxling, dubbel dos och ej signerat men givet läkemedel. Alla händelser analyseras på enheten. MAS beslutar om fördjupad händelseanalys. Varje år tas nya rutiner fram eller befintliga rutiner förbättras utifrån analys av rapporter. • 16 rapporter om svinn av narkotika som inte kan förklaras. Det handlar om enstaka tabletter men är en klar ökning från föregående år som då endast hade 3 rapporterade händelser med svinn av narkotika som inte kan förklaras. • Tryckskador se PPM (punktprevalensmätning) resultat under Senior alert. • 6 fall med skada som följd har rapporterats (2019, 9 st, 2016 20st, 2015 24st, 2014 31st). Sår, skalltrauma, frakturer. Totalt 149 fall har registrerats i Senior alert. Alla analyserades på enheten enligt Senior alerts metod. • En avvikelse för medicintekniska produkter har anmälts (2019 1 st 2016 1st, 2015 0st, 2014 3st). Tillverkaren och leverantör meddelades via händelserapport. • 2 avvikelser har skickats från regionen till kommunen, i huvudsak handlar dessa om informationsöverföring. • Under 2020 har 10 avvikelse rapporter som gällande händelser inom Västra Götalandsregionen verksamheter skickats till Västra Götalandsregionen. Det är framförallt avvikelser i samband med samordnad vårdplanering som rapporterats. Det finns ett stort mörkertal då sjuksköterskorna inte alltid prioriterar att skriva externa avvikelse rapporter.
--	--	---

		Under året har avvikelsevenktyget medcontrol införts som är en digital plattform för avvikelser till regionen. Medcontrol kan användas av både legitimerad personal, enhetschefer och andra som givits behörighet. Systemet ska underlätta avvikelserapporteringen och det är tydligt vem som ska göra vad.
Kvalitetsgranskning av läkemedels- hanteringen	Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen görs varje år. En extern apotekare granskar hela läkemedelshanteringen inom utvalda enheter utifrån gällande föreskrifter.	Under 2020 genomfördes ingen läkemedelsgranskning.
Synpunkter och klagomål	Förvaltningen beskriver på hemsidan syfte, hur det går till när synpunkter/klagomål tas emot samt hur snabbt den enskilde kan förvänta sig svar.	14 synpunkter och klagomål har inkommit under året varav fyra har kommit via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2019: 9, 2016:7, 2015:7, 2014:15). Analysen har inte identifierat några gemensamma orsaker till synpunkterna/klagomålen.
Lex Sarah	Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska rapportera missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.	Under 2020 rapporterades 2 händelser enligt Lex Sarah.
Patientnämnden	Patientnämnden hjälper patienten med information, vägledning, stöd och hjälp och fungerar som en länk i kontakterna mellan patienten och vårdgivaren.	Inga ärenden har registrerats under 2013 – 2020.

	Vårdgivaren informeras om de synpunkter och klagomål som kommer in till patientnämnden. Därigenom bidrar patientnämndens ärenden till vårdens kvalitetsutveckling och arbetet med att förbättra patientsäkerheten.	
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	<p>Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i landsting/regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas sociala omsorger.</p> <p>Det som verksamheterna registrerar är risk för undernäring, trycksår, fall och munhälsa.</p> <p>Det vänder sig till alla som bedriver vård och omsorg och som vill arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt.</p> <p>Senior alert stärker det tvärprofessionella arbetssättet och bidrar till utveckling av den förebyggande processen för de äldre.</p>	<p>Under 2020 har medverkan i kvalitetsregistret Senior alert fortsatt. Antalet brukare som registrerats har minskat till 136, (2019, 161). En förklaring till detta kan vara att det förändrade arbetet utifrån pandemin med covid-19. Det har inte funnits tid och resurser till bedömning och registrering.</p> <p><i>OBS! 136 är antalet unika personer, antalet riskbedömningar är 172 st, kommande beräkningar gjorda på antalet riskbedömningar.</i></p> <p>Alla registrerade brukare har riskbedömts för undernäring, trycksår och fall. 91% av riskbedömningarna angav minst en risk. Vid bedömd risk ska en åtgärdsplan göras och åtgärder sättas in. Målvärdet är 75 – 100%.</p> <p>76% av de riskbedömningar som hade risker hade åtgärdsplaner och 99% hade vidtagna åtgärder. Alla brukare på särskilda boende har madrasser med tryckavlastande funktion. Det är också en förebyggande åtgärd som inte alltid redovisats i Senior alert.</p> <p>För bakomliggande orsaker var det 61%.</p> <p>Målet för nattfasta är mindre än 11 timmar. Arbete med att förkorta nattfastan på våra särskilda boenden pågår ständigt på alla enheter med hjälp av metoder i Senior Alert. Varje enhet har ett kostråd.</p> <p>Alla särskilda boenden inom Vård och omsorg deltog i Senior Alerts PPM (punktprevalensmätning) för trycksår. Enligt registreringen i Senior alert</p>

	För mer information, se www.lj.se/senioralert	<p>hade 42 brukare minst ett trycksår/tryckskada (2019 51 st, 2018 41st, 2016 57st).</p> <p>149 fall är registrerade fördelat på 53 personer (2019 344 fall fördelat på 59 personer).</p> <p>60 personer har ett BMI <22 (2019 48 personer).</p>
Samverkande sjukvård	<p>Hemsjukvården har avtal med Västra Götalandsregionen angående samverkande sjukvård. Samverkansmodellen innebär att vi tillsammans tillvaratar de samlade sjukvårdsresurserna på effektivaste sätt och erbjuder rätt vård på rätt plats så nära patientens hem som möjligt. Samverkansuppdrag utförs mellan olika vårdgivare/verksamheter. Utbildning i behandlingsriktlinjer mm. ges av samverkande sjukvård. Hemsjukvården har två ansvariga sjuksköterskor.</p>	<p>Redovisning av utförda samverkansuppdrag som hemsjukvården utfört 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • I väntan på ambulans (IVPA) uppdrag 17 st, varav fyra avbrutna uppdrag. • Uppdrag från 1177 9 st • Uppdrag från hemtjänsten till personer utan hemsjukvård 17 st • Uppdrag från ambulansen 2st • Uppdrag från vårdcentral/jourcentral 3 st. <p>Antalet accepterade uppdrag har minskat under 2020 vilket kan härledas till en ökad arbetsbelastning för de som kan utföra uppdrag samt arbetet med Covid 19.</p>
Munhälsa	<p>Munhälsan är viktig för välbefinnande och livskvalitet. En frisk munhåla utgör basen för en god nutrition.</p> <p>För att bedöma munhälsan används ROAG (Revised Oral Assessment Guide) munbedömningsinstrument som ingår i kvalitetsregistret Senior Alert</p>	<p>Alla boende på kommunens särskilda boenden har fått regelbundet munhälsobedömningar av omvårdnadspersonal samt blivit erbjudna en munhälsobedömning av tandhygienist.</p> <p>Alla i ordinärt boende, som uppfyller kriterierna för "Intyg för nödvändig tandvård" har erbjudits besök av tandhygienist för en munhälsobedömning.</p> <p>96% av de boende som har intyg för nödvändig tandvård på kommunens särskilda boenden har tackat ja till munhälsobedömning av tandhygienist. Inom LSS/enskilt område är motsvarande siffra 58%</p>

	<p>Alla som är berättigade till "Intyg för nödvändig tandvård", erbjuds besök av tandhygienist för en munhälsobedömning. Personalen får lära sig hur de ska sköta den enskildes tänder och varje enhet har munvårdsombud.</p>	
<p>Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister</p>	<p>Svenska palliativregistret är nationellt kvalitetsregister vars syfte är att förbättra vården för patienter i livets slutskede. Personalen besvarar ett trettiotal frågor, som avser den sista veckan i livet. Oavsett sjukdom, är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död, ska kunna känna en trygghet i att vara informerad, smärtlindrad, lindrad från övriga symtom, ordinerad läkemedel vid behov, vårdas där han/hon vill dö, inte behöver dö ensam och veta att närstående får stöd.</p> <p>Både regionens och kommunernas verksamheter ska registrera och resultatet presenteras gemensamt.</p> <p>För mer information, se http://palliativ.se/</p>	<p>Under året registrerade Hemsjukvården 50, dödsfall till Palliativregistret varav 49 väntade dödsfall. 2019, 2018, 2017, 2016, 2015 års resultat inom parentes. Målresultat är det som Palliativa registret anger och gäller <u>väntade</u> dödsfall. Värdet i % är hämtat direkt från palliativregistret och gäller inom kommunens verksamheter (sjukhusens avdelningar borttagna).</p> <p>Erbjudit efterlevandesamtal 2020 94%, 4% vet ej, 2% hade inga närstående. (2019 100 %, 2018 98%, 2017 100%, 2016 95,5%, 2015 100%)</p> <p>Munhälsa bedömd och dokumenterad sista levnadsveckan av sjuksköterska 2020 55%% Mål 90% (2019 75,5% 2018 62%, 2017 69,1%, 2016 75,0%, 2015 70,2%)</p> <p>Avliden utan förekomst av trycksår med grad 2 – 4 2020 83,7% Mål 90% (2019 89,8% 2018 91,8%, 2017 91,2% 2016 90,9%, 2015 91,5%)</p> <p>Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 2020 92% Mål 90% (2019 93,9%2018 90,1%, 2017 92,6%, 2016 97,7 %, 2015 93,6 %)</p> <p>Målen för mänsklig närvaro i dödsögonblicket är uppnått. Tyvärr nås inte målen för dokumenterad munhälsobedömning och andelen som avlider med trycksår. På särskilt boende bedöms munhälsan regelbundet av personal på enheten men den dokumenteras i inte så att den syns i HSL-</p>

		<p>journal för sjuksköterska. Områdena munhälsa och förekomsten av trycksår kommer att sättas mer i fokus under kommande år.</p> <p>Symtom skattats med ett validerat skattningsinstrument under sista levnadsveckan 2020 37% (2019 49%, 2018 52,4%, 2017 38,2%, 2016 33,3%).</p> <p>Smärta skattats med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan 2020 70% Mål 100% (2019 73,5% 2018 81,9%, 2017 60,3% 2016 61,4%, 2015 42,6%)</p> <p>Skattning utgår från validerade skattningsinstrument. Resultatet för smärtskattning har försämrats ytterligare efter 2018 års förbättring. Målet för 2021 är att ta omtag om skattning av symtom.</p> <p>Andel med vidbehovsordination av injektionsläkemedel mot smärta 2020 100% mål 98% (2019 95,9% 2018 100%, 2017 97,1% 2016 98,2%)</p> <p>Lindrad från smärta, utav de som hade symtom. 2020 80,5% (2019 80,5%2018 80,7%, 2017 88,2%, 2016 90,9%, 2015 93,6%)</p> <p>Andel med vidbehovsordination av injektionsläkemedel mot ångest 2020 100% mål 98% (2019 95,9% 2018 100%, 2017 97,1%,2016 98,2%)</p> <p>Lindrad från ångest, utav de som hade symtom 2020 77% (2019 85,7% 2018 89,1% 2017 86,8%, 2016 81,8%, 2015 87,2%)</p>
--	--	--

		<p>Lindrad från rosslig andning 2020 59% (2019 69,6% 2018 42,8%, 2017 67,6%, 2016 72,7 %, 2015 70,2 %)</p> <p>Lindrad från illamående, utav de som hade symtom 2020 75% (2019 82,9% 2018 62,5%, 2017 76,5%, 2016 77,3 %, 2015 74,5 %)</p> <p>Målet för andel ordinerade läkemedel är uppnått. Andelen där symtom lindrats helt har minskat för alla symtom utom smärta. Under 2021 sker ett omtag av symtomskattning och kanske kan det ge resultat i lindrande av symtom.</p> <p>Andel patienter där dödsfallet var väntat som fick ett brytpunktssamtal 2020 32,7%, andelen som saknade förmåga att delta var 51%, mål 98 % (2019 54,2% 2018 60,6%, 2017 61,8%,2016 64,9 %, 2015 52 %)</p> <p>Andel närstående till patienter där dödsfallet var väntat som fick ett brytpunktssamtal 2020 var 63,3% vilket är en lägre andel än 2019. En orsak till att andelen patienter som får ett brytpunktssamtal är att de saknar förmåga att delta i samtalet. Andra orsaker kan vara att de tackar nej eller att det är för sent i förloppet.</p> <p>Alla resultat i kvalitetsregistren analyseras av respektive arbetsplats/enhetschef samt gemensamt på sektornivå. Ansvarig sektorchef återkopplar till socialchef.</p>
<p>Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD)</p>	<p>I registret kartläggs bland annat allvarlighetsgrad av beteendemässiga och psykiska symptom och utvärdering av genomförda åtgärder. Detta utmynnar i en individuell vårdplan. För mer information, se www.bpsd.se</p>	<p>Registret används framförallt av Ängenäs särskilda boende, under året har två enheter blivit en så statistiken är en sammanfattning över året. Under 2020 registrerat 8 mätningar.</p> <p>På grund av flytt av boende och andra orsaker har inte utvecklingen varit den önskade. Under 2021 är målet att starta om med skattningar och att alla med demensdiagnos på SÄBO ska ha en årlig skattning samt vid behov.</p>

<p>Läkemedel för äldre</p>	<p>Socialstyrelsen har sammanställt en lista med läkemedel som bör undvikas och som har hög risk för att ge biverkningar hos äldre. Preparaten bör endast användas om det finns särskilda skäl för det.</p> <p>Läkemedelsbiverkningar är den största orsaken till att äldre behöver vårdas på sjukhus.</p>	<p>Socialstyrelsen har avvecklat äldreguiden där information om äldre och olämpliga läkemedel finns. I verksamheterna arbetar sjuksköterskor tillsammans med läkare för att få en optimal läkemedelsbehandling och i den mån det är möjligt undvika olämpliga läkemedel till äldre. Försöker arbeta med uppföljningar för att se effekt av läkemedel och om de behövs.</p> <p>Kommunens demensboende har arbetat med genombrottsmetoden och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) under flera år för att undvika behovet av psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel. Huvudansvaret för förskrivning av läkemedel och läkemedelsgenomgång har ansvarig läkare.</p>
<p>Hygienronder</p>	<p>Varje enhet inom Vård och Omsorg och särskilt boende för äldre inom LSS har hygienombud. Hygienombuden får regelbunden utbildning via Vårdhygien, Västra Götalandsregionen och ska fungera som informationsspridare på enheterna. De genomför stickkontroller i basala hygienrutiner och genomför PPM, punktprevalensmätningar.</p>	<p>Under 2020, gjorde enstaka enheter punktprevalensmätning för följsamhet till basala hygienföreskrifter. Flera hygienombud har hygien som en punkt på verksamhetens APT.</p> <p>Under året har hygienrutiner utifrån Covid-19 tagits fram, basala hygienrutiner har aktualiserats och nya rutiner för vilken utrustning som ska användas i dagligt arbete har förändrats.</p> <p>Nytt omtag för hygienronder 2021 och en egenskattning av hygienrutiner.</p>
<p>Patientsäkerhetskultur</p>	<p>Mätning av patientsäkerhet görs genom personalens självskattning. Enkät är framtagen av Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston USA och är omarbetad för den kommunala sektorn av Qulturum (Region Jönköpings län). Enkäten består av tio påståenden som värderas 1 – 5 där 5 är det mest positiva värdet.</p>	<p>Under 2020 har ingen mätning gjorts. Försök till omtag 2021.</p>

<p>Informationsöverföring</p>	<p>För att kunna ge en god och säker vård krävs att kommunikationen är effektiv och säker.</p> <p>Informationsöverföringsrutin finns för information mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal samt mellan sjuksköterskor och apotek.</p> <p>Informationsöverföring vid samordnad vårdplanering med Västra Götalandsregionens verksamheter sker via IT stödet SAMSA.</p> <p>SBAR är ett verktyg för en säkrare kommunikation i vården och står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. För mer information, se www.skl.se/patientsakerhet.</p>	<p>Informationsöverföringen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal upplevs tungarbetat då de inte arbetar i samma system. På det stora hela fungerar kommunikationen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal bra men kan bli bättre.</p> <p>Informationsöverföringen mellan sjuksköterska och apotek fungerar bra.</p> <p>SIP, Samordnad individuell planering med delat vårdansvar används mer, det kan dock uppstå tveksamheter om vem som ska göra vad. Vilket också kan vara ett problem när en brukare får andra behov under obekvämtid. SIP kan även användas vid utskrivning från korttiden men har inte kommit igång riktigt än. Finns behov för mer utbildning och mer tid för SIP för att det ska fungera optimalt. Ett utvecklingsområde för 2021-2022.</p> <p>2022 ska Millennium opiton 1 införas (Framtidens Vårdinformations Miljö).</p> <p>Förberedelser pågår för upphandling av nytt verksamhetssystem IFO och HSL.</p> <p>Under 2016 introducerades SBAR inom alla enheter i Vård- och omsorg och Stöd och service. Den har inte fått fullt genomslag. Påminnelse under 2021 att använda SBAR för en snabbare och tydligare kommunikation.</p>
<p>Brukarenkät äldreomsorgen</p>	<p>Socialstyrelsen undersöker varje år hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. Resultatet samlas i rapporten <i>"Så tycker äldre om äldreomsorgen 2019 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning av kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende"</i>.</p> <p>Uppgifterna i Äldreguiden grundar sig på undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen och Enhetsundersökningen om</p>	<p>Bedömning av hemtjänsten/särskilt boende i sin helhet</p> <p>Andel som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten/sitt särskilda boende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänst 98 % (2019 93 %) • Särskilt boende 86% (2019 82 %) <p>Tillräckligt med tid</p> <p>Andel äldre som svarat positivt på frågan om personalen har tillräckligt med tid till att utföra sitt arbete.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänsten alltid eller oftast 95% (2019 84 %) • Särskilt boende alltid eller oftast 81% (2019, 78 %)

	<p>äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.</p>	<p>Hur hjälpen utförs</p> <p>Andel äldre som svarat positivt på frågan om personal tar hänsyn till deras önskemål om hur hjälpen ska utföras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänsten alltid eller oftast 94% (2019 87%) • Särskilt boende alltid eller oftast 75% (2019 90%) <p>Brukarenkät för hemsjukvård utfördes hösten 2020, den visar 91% av de som svarade känner sig trygg i mötet med sjuksköterskan.</p> <p>Av de som svarade på frågan om sjuksköterskan hade tillräckligt med tid svarade 81% ja.</p> <p>Av de som svarade på frågan om de kände sig delaktiga svarade 54% ja.</p>
<p>Enhetsundersökningen äldre</p>	<p>Resultatet av enkät till hemtjänstenheter samt särskilda boenden (personer över 65år i båda verksamheterna)</p>	<p>Verksamheterna har rapporterat enligt nedan:</p> <p>Genomförandeplan</p> <p>Andel personer med aktuell genomförandeplan i vård och omsorg samt stöd och service är 92,18%.</p>
<p>Brukarenkät funktionsnedsättning</p>	<p>Socialstyrelsen undersöker sedan 2016 varje år hur brukare med funktionsnedsättning uppfattar omsorgen. Undersökningen genomförs inom socialpsykiatri och LSS verksamheter.</p>	<p>Brukarenkäten för personer med funktionsnedsättning visar att.</p> <p>Brukare i LSS-gruppboende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 94% uppger att de får den hjälp de vill ha. • 83 % uppger att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga i hemmet. <p>Brukare i LSS-searviceboende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 87% uppger att de får den hjälp de vill ha. • 83% uppger att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga i hemmet.

Enhets-undersökningen LSS	Resultatet av enkät till bostäder med särskild service för vuxna enligt 9§9 LSS.	Resultatet ingår i det för stöd och service och vård och omsorg och 92,18 av brukarna har aktuell genomförandeplan.
Planeringsmöten	På alla vårdenheter har sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och övrig vårdpersonal regelbundna vårdplaneringsmöten. På dessa möten planeras individuella vårdinsatser. På team-möten diskuteras resultat och åtgärder utifrån kvalitetsregister.	Alla vårdenheter har möten men i olika former och olika ofta beroende på verksamhetens art. Kvaliteten har varierat beroende på verksamheternas belastning. Under 2020 har möten till viss del prioriterats bort på grund av ökad belastning i patientarbetet på grund av Covid-19. Finns plan för att ta nya tag 2021.
Kompetens och bemanning	<p>Kompetens- och utvecklingsplaner ska utgå från verksamhetens behov för att kunna ge en god och säker vård.</p> <p>Sjuksköterskegruppen har förutom grundutbildningen extra högskolepoäng inom respektive specialområden så som diabetes, palliativ vård, handledning i verksamhetsförlagd utbildning, förskrivning av inkontinensprodukter m.m. Fyra sjuksköterskor har specialistutbildning vård av äldre och två sjuksköterskor har specialistutbildningen IVA och anestesi.</p> <p>I stort sett all vidareanställd personal inom vård och omsorg har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet.</p> <p>I stort sett all personal inom Stöd och service har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet med</p>	<p>VÅRD & OMSORG, STÖD & SERVICE</p> <p>Utbildningar som genomförts har utgått från kompetens- och utvecklingsplaner</p> <p>Förutom längre utbildningar har verksamheterna genomfört ett flertal utbildningstillfällen utifrån verksamheternas behov så som HLR utbildning, förflyttningsutbildning och delegeringsutbildning.</p> <p>Hemsjukvården</p> <p>Utbildning har genomförts inom områdena</p> <ul style="list-style-type: none"> • En medarbetare påbörjat distriktssköterskeutbildning • Diabetesutbildning 15 hp. • Nätverksträffar palliativvård, diabetes. <p>Vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbete har påbörjats med att utbilda hörselombud i fler verksamheter. • Dokumentationsombuden har haft en uppföljande utbildning. • Påbörjat utbildning till förändringscoacher på några enheter för att skapa trygghet inför användandet av ny/utvecklad välfärdsteknik. • Förflyttningsinstruktör har utbildats.

	<p>inriktning mot funktionshinderområdet.</p> <p>Inom Individ- och familjeomsorgen har personalen den utbildning som krävs för uppgiften.</p>	<p>Stöd och service Utbildning har genomförts inom områdena</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 enhetschefer har gått ledarskap 7,5 hp mot funktionshinder/socialpsykiatri • Alla enhetschefer har deltagit vid föreläsningar om ledarskap och aktivt medarbetarskap. • Handläggning socialpsykiatri 7,5 hp biståndshandläggare och socialpedagog • Gemensam SIP- utbildning i samverkan med Närhälsan, Psykiatrin och Skolan. • Studiecirklar om lågaffektivt bemötande • Barnkonventionen som lag • Teckenspråksutbildning <p>Individ- och familjeomsorg, IFO Ingen utbildning rapporterat, varit flertalet konsulter i verksamheten under 2020.</p>
Introduktion	Alla verksamheter har ett introduktionsprogram, som utarbetats av enhets- och sektorchefer.	All ny personal har genomgått introduktionsprogram.
Förflyttning	All personal går grund- och påbyggnadsutbildning i förflyttningsteknik för att förflytta brukare på ett tryggt och säkert sätt. Alla som arbetar med personlyft och lyftselar går även en utbildning för detta.	<p>Under 2020 var det</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 tillfällen med sommarutbildning för förflyttning/lyftar och selar. • 2 kort utbildningar (för vikarier) • 2 Grundkurs utbildningar (TV anställda och vikariat anställda)
Delegering	Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Bland annat former för hur utbildning och	All personal som ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatser med delegering har genomgått utbildning med kunskapskontroll. Under 2020 förändrades rutinen för delegering. Nyutbildningar och förlängning av delegering utförs av två sjuksköterskor. De har utbildning

	kunskapskontroll före delegering, ska genomföras.	för personalen och sedan gör personal testet. På grund av rådande situation i samhället fick utbildningarna ställas om till digitala utbildningar hösten 2020, vilket verkar ha fallit väl ut. Försök görs även med digitala test som kommer åter till ansvarig sjuksköterska. Detta ger en tidsvinst till patientansvariga sjuksköterskor som inte behöver planera in, hålla utbildning och rätta prov. Fortfarande är det skriftligt prov på övriga delegeringar som kräver prov.
Dokumentation	Alla enheter ska ha en dokumentation som uppfyller de krav som ställs enligt lagar och föreskrifter.	Stöd och service har infört digitala genomförandeplaner. Övriga enheter arbetar med genomförandeplaner i pappersformat. Fler enheter inom vård och omsorg har börjat med digitala genomförandeplaner, arbetet fortsätter 2021. KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) används i dokumentationen. Utbildning av omvårdnadspersonalens digitala dokumentation enligt IBIC (Individens Behov I Centrum) fortgår. Det är de utbildade dokumentationshandledarna som nu utbildar sina kollegor.
Datastöd	Procapita är ett journalsystem för hela Socialförvaltningen. Lifecare mobil omsorg (LMO). Mobilfunktionalitet för SOL uppdrag och dokumentation. SAMSA är ett IT stöd för Samordnad vårdplanering (SVPL) mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna. Gäller för alla med kommunala insatser enligt SOL, LSS eller HSL. PASCAL är ett ordinationsverktyg för läkare, sjuksköterskor och apotekare. Laps Care är ett IT stöd för planering av Hemvårdens SoL insatser och delegerade HSL insatser.	All legitimerad personal har fått utbildning och introduktion för Procapita +. Biståndshandläggare, chefer samt viss baspersonal har fått utbildning/introduktion i Lifecare handläggare samt Lifecare utförare. Påbörjat att skicka beställningar mellan handläggare och utförare via Procapita/Lifecare. Användandet av LMO ökar successivt. Fler hemtjänstgrupper och säbo är på gång men införandet är inte klart ännu. All legitimerad personal, biståndshandläggare, enhetschefer och berörd vårdpersonal har fått förnyad utbildning i SAMSA i samband med nya lagen om trygg och säker utskrivning från slutenvården. All legitimerad personal arbetar i Procapita och PASCAL. Planeringsstödet Laps Care används av Hemvården. Ett digitalt verktyg för att klara planeringen har varit nödvändigt för Hemvården. Alla enheter arbetar med MCSS.

	<p>MCSS Digitala signeringslistor är ett verktyg främst för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser med påminnelsefunktion men kan även användas för andra planerade insatser. I systemet finns även ett delegeringsverktyg, narkotikakontroll, kalenderfunktion och möjlighet till uppföljning.</p>	
<p>Nationell Patient Översikt (NPÖ)</p>	<p>NPÖ är en IT tjänst som gör det möjligt för en vårdgivare att ta del av annan vårdgivares patientjournal förutsatt att</p> <ul style="list-style-type: none"> • det finns en aktuell patientrelation • informationen har betydelse för vården • patienten fått information • patienten lämnat sitt samtycke <p>Syftet är ökad vårdkvalitet, ökad patientsäkerhet, ökad effektivitet och ökat inflytande från patienten.</p>	<p>Användningen av NPÖ har ökat och underlättat informationsöverföringen.</p>
<p>Individ- och familjeomsorg Egengranskning</p>	<p>Utifrån ett antal anmälningar till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) öppnades ett tillsynsärende. Egengranskningar görs nu enligt IVO´s metodstöd för egengranskning.</p>	<p>Åtgärderna har inte implementerats helt och hållet förrän i slutet på året men har nu haft en effekt och arbetet med förbättring fortsätter.</p> <p>Det systematiska kvalitetsarbetet på IFO som egenkontroller, granskning av ärende har i slutet av året november och december månad lett till synliggörande av brister i handläggning av ärenden. Bristerna som handläggare uppmärksammat i ärendena har inkommit till chef i form av avvikelser som åtgärdats. Förbättringsområden som framkommit blir tema på metodutveckling.</p>

		Tydlig ledningsstruktur- dagligt stöd i handläggningen samt struktur på möten i form av ärendegenomgång/konsultation i ärende och metodutveckling samt individuell ärendegång med arbetstygndsmätning 1ggr/månad.
--	--	---

7. Utvecklingsområden för 2020 - 2021

Under 2020 kommer förvaltningen fortsätta arbetet med kvalitetsledningssystemet. Riktlinjer och rutiner ska tas fram utifrån verksamhetens lagkravlista. Personal ska utbildas. Kvalitetsledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Övriga utvecklingsområden är:

- Säkrare dokumentation, planering och informationsöverföring med hjälp av IT baserat dokumentations- och planeringssystem i alla verksamheter, Lifecare.
- Fortsätta utveckla användandet av kvalitetsregister, öppna jämförelser och analys av resultat.
- Digital strategi under 2020 – 2021 för system, utbildning mm.
- Införande av SOSFS 2011:9 i verksamhetssystemet stratzys
- Egengranskning inom IFO utifrån Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) metodstöd
- Egenkontroll följsamhet basala hygienrutiner och hygienronder.
- Se över rutinen för avvikelserapportering risk för vårdskada/vårdskada
- FVM option 1
- Upphandling av verksamhetssystem IFO och HSL.