

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018

Kommunstyrelse





# Innehållsförteckning

1	Sammanfattning .....	4
2	Inledning.....	5
2.1	Vad är kvalitet i verksamheten? .....	5
2.2	Vad är patientsäkerhet? .....	5
2.3	Syfte .....	5
3	Kvalitetsberättelse.....	6
3.1	Mål och strategier för kvalitetsarbetet under 2018 .....	6
3.2	Struktur för kvalitetsarbetet under året .....	6
3.3	Resultat, analys och uppföljning.....	7
3.3.1	Risikanalys kvalitetsplan 2018 .....	7
3.3.2	Lex Sarah.....	7
3.3.3	Avvikelser, synpunkter och klagomål .....	8
3.3.4	Ej verkställda beslut.....	9
3.3.5	Egenkontroll nationell nivå.....	9
3.3.6	Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocess och hälsosjukvårdsprocess .....	11
3.3.7	Frågeformulär kvalitet.....	12
3.3.7.2	Systematiskt förbättringsarbete .....	12
3.3.7.3	Dokumentation .....	12
3.4	Självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst.....	13
3.5	Samverkan för att säkra kvaliteten .....	13
3.6	Övrigt kvalitetsarbete under året.....	13
3.7	Mål och strategier för kvalitetsarbetet kommande år .....	14
4	Patientsäkerhetsberättelse.....	15
4.1	Övergripande mål och strategier.....	15
4.2	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	15
4.3	Struktur för uppföljning och utvärdering .....	16
4.4	Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	17
4.5	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	19
4.6	Risikanalys.....	20
4.7	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	21
4.8	Hantering av synpunkter och klagomål.....	21
4.9	Samverkan med patienter och närstående .....	21
	Inkomna avvikelser under året och analys.....	23
	Frågeformulär patientsäkerhet.....	24
	Kommentar gällande ovanstående fråga.....	24
4.11	Övergripande mål och strategier för kommande år.....	25



# 1 Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2018 för att förbättra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet är:

- **Avvikelsehantering och riksinventering** på enhetschefsnivå har fortskridit under året
- **Rutiner för kvalitetssäkring** har utarbetats och publicerats i kvalitetsledningssystemet
- **Förtydligande av socialtjänstprocessen.** Inom ramen för processbeskrivning ges vägledning i arbetet (t ex vilka steg man ska ta, vem som gör vad, vidhängande rutiner vid olika steg i processen, lagtext och anvisningar) vilket innebär att de rutiner som skrivs är mer ett komplement till socialtjänstprocessen
- **Implementering av IBIC.** Inom Äldreomsorgen har metoden Individens behov i centrum (IBIC) införts. Arbetet har inneburit stor omställning inom såväl myndighet som utförardelar. Plan för införandet av IBIC inom funktionshinder har påbörjats och kommer att införas med start 2019
- **Uppföljning av Gemensam mottagnings uppdrag.** Förutsättningar för Gemensam mottagning att vara "en väg in" i Individ och Familjeomsorgen inom Socialtjänsten har förstärkts. Bl a genom medverkan i GR projektet - "Aktualiseringsstudie" som syftar till att utvärdera trend kring ökat antal anmälningar rörande barn och vuxna, att få kunskap om utvecklingen och eventuella åtgärder. Nya arbetssätt kring vräkningsförebyggande arbete har skapats.
- **Förtydligande av ledning och styrning i brukarprocess och resurshantering inom barnavård.** Implementeringsarbete av Signs of Safety har prioriterats vilket medför systematiska säkerhetsbedömningar för barn och ungdomar som far illa. Syftet är att undvika att separera barn och föräldrar och därmed förhindra placeringar.
- **Förflyttningsteknik.** Rehabverksamheten har bedrivit utbildning till omvårdnadspersonal i sektorn gällande förflyttningsteknik. Utbildningen syftar till säker förflyttning av patienter samt att minska risken för belastningsskador hos personal
- **Nationell förskjutning från slutenvård till vård i hemmet.** Detta innebär att allt sjukare patienter vårdas i de kommunala verksamheterna. För kommunens del innebär detta ökat antal insatser till patienterna och ökat behov av kompetens. Verksamhet hemsjukvård har inte ett ökat antal patienter, men patienterna har ett ökat av vårdbehov. Medarbetare påtalar markant ökad arbetsbelastning och har tidvis svårt att fullgöra arbetsuppgifterna
- **Utveckling av närsjukvården.** Målet är att patienten ska få god vård på rätt vårdnivå. Hembesök utförs av läkare tillsammans med sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård. Medicinska bedömningar och beslut om åtgärder för patienten utförs i patientens hem.
- **Införande av lag om "Trygg och säker utskrivning från slutenvård".** Syftet med lagen är att öka ansvaret för samverkan mellan primärvård, kommun och slutenvård. Karensdagarna för hemtagning av brukare ändras från 5 arbetsdagar till 3 kalenderdagar.
- **Tandhygienist i kommunal verksamhet(TAIK).** TAIK är ett projekt som löper över 3 år där folktandvården bidrar med en tandhygienist på halvtid. Ett koncept har utvecklats där tandhygienist är en integrerad profession i kommunal verksamhet genom att vara sakkunnig i tandvårdsfrågor, samt kvalitetssäkra och stärka kompetens och rutiner inom kommunal omvårdnad med avseende på munvård



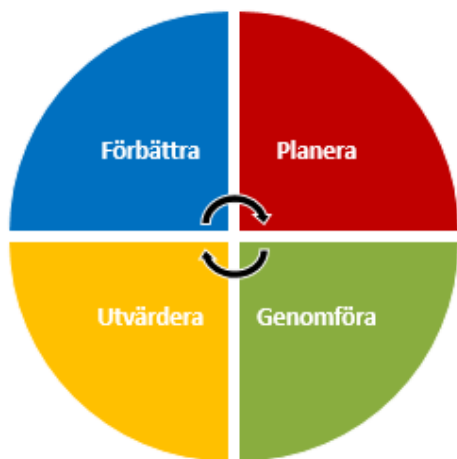
## 2 Inledning

### 2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för att utföra dessa insatser. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.



Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

### 2.2 Vad är patientsäkerhet?

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

### 2.3 Syfte

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.



## 3 Kvalitetsberättelse

### 3.1 Mål och strategier för kvalitetsarbetet under 2018

Målet för årets kvalitetsarbete har varit att stärka samverkan.

Under året har lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård trätt i kraft. Lagen har ställt krav på kommunen när det gäller samverkan med olika huvudmän. Förändrade processer internt och externt har tagits fram för att möta de nya kraven.

### 3.2 Struktur för kvalitetsarbetet under året

Tabellen nedan beskriver systematiska aktiviteter under det gångna året

Systematiska aktiviteter	Beskrivning	Tid
Justera 2019 års plan och arbeta med föregående års rapport	Analysgrupp justerar plan och arbeta med rapport	2019-01-01 till 2019-02-28
Genomföra planerade åtgärder för år 2019 och lägga till nya	Genomföra åtgärder enligt plan och arbeta med ständiga förbättringar	2019-01-01 till 2019-12-31
Analys av avvikelser och egenkontroll för år 2018	Avser uppgifter till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen	2018-02-01 till 2018-02-28
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018 klar		2019-03-01
Frågeformulär kvalitet besvarat	Enheter besvarar	2018-06-30
Analys av avvikelser och egenkontroll inför kvalitetsplan kommande år	Analys inför planeringsperioden	2018-08-01 till 2018-08-31
Enheter inventerar risker till kvalitetsplan 2019		2018-08-01 till 2018-08-31
Planera kvalitetsplan för år 2019	Identifiera risker för riskbedömning. Utifrån socialtjänstprocessen och hälso-sjukvårdsprocessen identifieras risker som sedan riskbedöms. Egenkontroller fastställs. Analys av viktiga riskområden för kommande år.	2018-09-01 till 2018-10-31
Beslut om risker till kvalitetsplan 2019	Kvalitetsplan för socialtjänstprocess och HSL- process (Val av processer, aktiviteter, riskanalys, egenkontroll och åtgärder). beslutas sektorledningar 1/11	2018-11-01
Enheter gör riskbedömning utifrån kvalitetsplan 2019	Enheter gör riskbedömning, lägger till åtgärder och svarar på frågeformulär under november och december	2018-11-01 till 2018-12-31
Frågeformulär patientsäkerhet för år 2018	Enheter besvarar	senast 2018-11-30
Frågeformulär självskattning hemtjänst för år 2018	Varje år ska samtliga leverantörer av hemtjänst enligt LOV göra en självskattning av verksamhetens kvalitet med hjälp av detta frågeformulär. Svaren i självskattningen kommer att användas för kommande granskning av följsamheten till förfrågningsunderlaget för hemtjänst enligt LOV. Svaren kommer att användas som en del i den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen och publiceras som en rapport i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.	senast 2018-11-30
Beslut om kvalitetsplan	Beslut om mål och strategier för kommande års kvalitetsplan utifrån enheternas riskbedömningar, åtgärder,	2018-12-15



Systematiska aktiviteter	Beskrivning	Tid
	egenkontroller och analys av avvikelser. Nya egenkontroller och åtgärder kan läggas upp på sektornivå efter analys och sammanställning av enheternas åtgärder.	

### 3.3 Resultat, analys och uppföljning

#### 3.3.1 Riskanalys kvalitetsplan 2018

Process	Aktivitet	Risk
Ta emot ansökan, begäran, anmälan eller information på annat sätt	Ta emot/ aktualisera	Ärende tappas bort
Utreda	Planera utredning och inhämta samtycke(n)	Samordning sker ej
	Inhämta fakta	Brist i informationsöverföring
Ta emot och planera uppdraget	Planera och säkerställa hur uppdraget ska genomföras	Brist i informationsöverföring
		Samordning sker ej
Påbörja och planera genomförandet	Upprätta genomförande-plan	Genomförandeplan upprättas ej
		Samordning sker ej
Genomföra och kontinuerligt följa upp	Utföra uppdrag enligt genomförande-plan	Kompetensbrist
	Dokumentera kontinuerligt	Dokumentationen är ej tillräcklig, väsentlig och korrekt
	Förmedla underlag för uppföljning	Brist i informationsöverföring
Utreda hälsotillstånd	Planera och genomföra utredning	Utebliven riskbedömning
Planera genomförande av åtgärder	Planera vilka resurser som krävs för åtgärderna	Samordning sker ej
	Skicka instruktion för åtgärd till utförare	Brist i informationsöverföring
Åtgärda	Genomföra åtgärd	Brist i informationsöverföring/kommunikation
	Dokumentera åtgärd	Dokumentationen är inte tillräcklig, väsentlig eller korrekt
Hantera avvikelser	Analysera, utreda och åtgärda	Avvikelse hanteras inte enligt rutin
	Rapportera avvikelse i Treserva	Avvikelse rapporteras inte

#### 3.3.2 Lex Sarah

Lex Sarah reglerar anställdas m.fl. skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i ärenden enligt SoL och LSS. Lex Sarah innebär skyldighet att utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande som rapporterats. Skyldigheten gäller för den som driver verksamheten.

Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter utredning anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med lex Sarah är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.



Lex Sarahrapporter	Utfall år 2018
Antal inkomna rapporter, totalt	29
Antal inkomna rapporter som anmälts till IVO på grund av allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande	7

### 3.3.3 Avvikelser, synpunkter och klagomål

Vårdgivaren (HSL) eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa kan komma från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter (3 §, SOSFS 2011:9).

Synpunkter och klagomål som identifieras som avvikelser ska tas emot, utredas och åtgärdas av närmaste chef. Årets inkomna avvikelser sammanställs i rapport nedan.

Under 2018 har en ny process för synpunktshantering tagit fram centralt för förvaltningen. Synpunkter och klagomål i individärenden hanteras i verksamhetssystemet Treserva.

Flertalet av de synpunkter och klagomål som kommer in till sektor Trygghet och stöd handlar om individärenden. Dessa läggs i brukarens personakt och hanteras som en avvikelse i verksamhetssystemet Treserva.

Under året har fyra synpunkter inkommit som inte kan kopplas till individärende. Dessa behandlas som synpunkter och klagomål enligt förvaltningens gällande rutin och dokumenteras i public 360.

#### Inkomna avvikelser som hanterats i verksamhetssystemet Treserva under året

Avvikelser	Utfall år 2018	Utfall år 2017
Antal rapporteringar gällande brister i bemötande	35	56
Antal rapporteringar gällande brister i handläggning	44	19
Antal rapporteringar gällande brister i dokumentation	40	67
Antal rapporteringar gällande brister i kommunikation och information	107	131
Antal rapporteringar gällande brister i omsorg	323	286
Antal rapporteringar gällande våld och övergrepp	31	41
Antal rapporteringar gällande utebliven eller fördröjd insats	736	505
Antal rapporteringar gällande brister i vård och behandling	58	95
Antal rapporteringar gällande brottslig handling		3
Antal rapporteringar gällande brister i informationsöverföring		
Antal rapporteringar gällande brister i arbetsrutiner		
Antal rapporteringar gällande brister i lokaler eller resurser		





### 3.3.4 Ej verkställda beslut

Redovisningen är en sammanställning av ej verkställda beslut vid årets slut, 31 december.

Kommunen är skyldig att rapportera till IVO om beviljat bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS inte har verkställts tre månader efter beslut. Kommunen ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Insats/ Lagrum	Ej verkställda	Avbrott i verkställighet	Verkställda under perioden	Avslut utan verkställighet	Summa Individrapporter	Ärende som är äldre än 1 år	Man/kvinna	Barn
Korttids-vistelse/ 9.6§ LSS	2				2	1	2/0	1
Bostad för Barn och Unga/ 9.8§ LSS	1				1		0/1	1
Bostad för vuxna/ 9.9§ LSS	10				10	7	6/4	
Permanent bostad/ SoL	4		1		5	5	0/5	
Medboende ÄO/ SoL			3		3	1	1/2	
Permanent bostad ÄO/ SoL	10		4	2	16	1	8/8	
Bostad IFO/ SoL	8				8		6/2	
Kontakt-person/ SoL	1				1	1	0/1	

### 3.3.5 Egenkontroll nationell nivå

#### 3.3.5.1 Kommunens kvalitet i korthet (KKIK)

Kommunens resultat i KKIK 2018 har inte analyserats till årets Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

#### 3.3.5.2 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser utifrån en mängd indikatorer som visar på kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheterna.

En årlig genomgång av kommunens inrapporterade data, i jämförelse med övriga riket och de mål som Socialstyrelsen följer upp, ger ett bra underlag för fortsatt verksamhetsutveckling. I detta avsnitt belyses de områden där Socialstyrelsen gör öppna jämförelser inom socialtjänsten.

I februari varje år inrapporteras uppgifter till Öppna jämförelser avseende en ögonblicksbild över indikatorer i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Syftet är att stimulera kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvalitet och effektivisera verksamheten. Nedan redovisas kommentarer och analyser från verksamheterna.

##### 3.3.5.2.1 Social Barn- och ungdomsvård

Kvalitetsarbetets fokus under året har varit att utveckla samordning och samverkan mellan olika aktörer. När det gäller barn- och ungdomsvården har det inneburit att det praktiska och operativa samordnande arbetet har förstärkts. I vissa fall saknas fortfarande rutiner för samordningen.

##### 3.3.5.2.2 Ekonomiskt bistånd

Antalet hushåll med långvarigt ekonomiskt biståndsbehov (>10 månader) och där barn ingår i familjen har inte ökat i kommunen. I riket uppgår andelen hushåll med barn och långvarigt biståndsbehov till 2,2, samma tal i Kungälv är 0,9 (andel av totalt antal barn i kommunen).



Biståndstiden för hushåll med långvarigt ekonomiskt biståndsbehov har ökat något, vilket tyder på svårighet att nå egen försörjning.

#### **3.3.5.2.3 Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden**

Bristen på bostäder med rimlig hyreskostnad för den enskilde medför att det är en ökning till ang ansökan om bistånd till bostad ökat. Det finns en risk att detta medför att Socialtjänsten blir en sekundär "bostadsmarknad"

Under året har ett utvecklingsarbete kring bostadsfrågan inletts. Kommunen har följt upp den Nationella kartläggningen av hemlöshet där det framkom att Kungälv ha påfallande många sociala kontrakt. Ett vräkningsförebyggande arbete framförallt bland barnfamiljer har påbörjats.

#### **3.3.5.2.4 Missbruks- och beroendevård**

Standardiserade bedömningsmetoder för upptäckt av riskfylld alkoholkonsumtion och drogrelaterade problem är implementerade under året.

#### **3.3.5.2.5 Stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS**

Under året har införande av IBIC inom funktionshinderverksamhet förberetts.

I kvalitetsledningssystemet finns beskrivningar och rutiner för arbete med SIP (samordnad individuell plan).

#### **3.3.5.2.6 Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård**

I kvalitetsledningssystemet finns i stora delar de processer och rutiner beskrivna som efterfrågas i Öppna jämförelser.

#### **3.3.5.2.7 Krisberedskap inom socialtjänsten**

Personer som vanligtvis klarar sig själva, kan vid en krissituation behöva stöd från socialtjänsten. För brukare som redan finns i socialtjänstens verksamheter kan det krävas nya eller mer omfattande insatser vid en krissituation. Krisberedskap kan bestå av åtgärder och strukturer som skapas före, under och efter en kris i syfte att hantera och förebygga kris.

Sommarens värmebölja hanterades väl i verksamheterna. Evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper behöver upprättas.

#### **3.3.5.2.8 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning -Socialpsykiatri**

Kontinuerlig samverkan med interna och externa aktörer sker inom ramen för PPS (Psykiatri, Primärvård och Socialtjänst i Kungälv). Arbetet följer en lokal handlingsplanen.

#### **3.3.5.2.9 Våld i nära relationer**

Arbete med våld i nära relationer stöds av ett specialistteam. Specialistteamet inkluderar handläggare från hela Myndigheten. Rutin för att säkerställa skydd av personuppgifter finns och gäller hela socialtjänsten.

Avtal med Barnhuset i Göteborg finns för samråd och samordning i ärende som rör barn/ungdom och våld i nära relationer. Samordning i dessa ärenden sker mellan polis, åklagare, barnmedicin, barnpsykiatri och socialtjänst.

Kommunens familjerådgivning har specialister inom Krismottagningen som erbjuder stöd till vuxna offer samt förövare.

Kunskaps- och kompetensutveckling i frågor kring hedersrelaterat våld fortsätter.



### 3.3.5.3 Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen

Socialstyrelsen frågar årligen personer över 65 år som har hemtjänst eller bor på äldreboende hur de uppfattar kvaliteten inom verksamheten. Detta redovisas i en rapport från Socialstyrelsen. Siffrorna går även att hämta från kommun- och landstingsdatabasen Kolada (under KKiK, Kommuners kvalitet i korthet). Nedan följer en redovisning av brukares nöjdhet.

Område	Mått	Utfall 2018	Utfall 2017	Riket 2018	Riket 2017
Hemtjänsten	Mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten (helhetssyn), andel (%)	92 %	90 %	88 %	92 %
Särskilt boende äldreomsorg	Mycket eller ganska nöjda med boendet (helhetssyn), andel (%)	78 %	81 %	81 %	82 %

## 3.3.6 Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocess och hälsosjukvårdsprocess

### 3.3.6.1 Socialtjänstprocessen

Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
Utredningstid 0-20 år skall ligga inom 120 dagar om inte beslut om förlängning finns.	Lagstadgat är en maximal utredningstid inom 120 dagar. Uppgifterna hämtas i Treserva. Antal utredningar som avslutats och hur många (procent) som ligger inom 120 dagar. Utredningstid BoU målvärde runt 90 % ligga under 120 dagar.
Utredning inom försörjningsstöd ska vara klar inom 3 veckor	Ett mål är att 90 % av alla handlagda utredningar inom Stöd och försörjning ska vara slutförda inom tre veckor från beslut om att inleda utredning. Ta fram uppgifterna i Treserva: Ta fram lista på avslutade utredningar under redovisningsperioden för organisationerna försörjningsstöd samt gemensam mottagning. Se antal dagar som förflutit mellan startdatum och avslutsdatum. Räkna fram antalet som avslutats inom 3 veckor. Skriv i kommentaren andel i procent som slutförts inom 3 veckor.

### 3.3.6.2 Ledningsprocesser

Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
Händelselogg Treserva	För att säkerställa att medarbetare inte är inne i ärenden som inte rör dem skall slumpvisa händelseloggar av enskilda medarbetares aktivitet i Treserva granskas. Ta ut slumpvisa händelseloggar om hur användare rör sig i systemet enligt rutin "Händelselogg Treserva".
Genomför frågeformulär - Kvalitet	För löpande systematisk egenkontroll skall frågor i frågeformulär - kvalitet besvaras en gång per år. Se under fliken "Utvärdera" där du har enhetens frågor.
Utbetalningar ekonomiskt bistånd	Internkontroll av utbetalningar ekonomiskt bistånd enligt rutin. Blankett ska fyllas i av enhetschef och återlämnas för sammanställning till systemförvaltare för Treserva.
Genomför frågeformulär - Patientsäkerhet	För löpande systematisk egenkontroll skall frågor i frågeformulär - patientsäkerhet besvaras en gång per år. Se under fliken "Utvärdera" där du har enhetens frågor.
Enheten identifierar risker för kvalitetsplan 2019	På enhetsnivå skall risker identifieras i proaktivt syfte, eller analys av avvikelser. Detta kan med fördel ske löpande under året, men inför årsplan 2018 behöver riskerna sammanställas. Använd bifogad blankett (under fliken dokument när du öppnar skrivblocket) som sedan tas med till ledningsgrupp för sammanställning på övergripande nivå.
Verksamhetens ledningsgrupp identifierar risker för kvalitetsplan 2019	Risker ska identifieras i proaktivt syfte, eller analys av avvikelser. Detta kan med fördel ske löpande under året, men inför kvalitetsplan 2018 behöver riskerna sammanställas. Använd bifogad blankett (under fliken dokument när du öppnar



Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
	skrivblocket) som sedan tas med till ledningsgrupp för sammanställning på övergripande nivå.
Genomför frågeformulär - självskattning hemtjänst	För löpande systematisk egenkontroll ska frågor i frågeformulär självskattning hemtjänst besvaras en gång per år. Se under fliken "Utvärdera" där du har enhetens frågor.
Uppdatera Läkemedelshantering - lokal instruktion och Lokala hygienrutiner	I oktober månad ska samtliga berörda enheter uppdatera dokumenten Läkemedelshantering - lokal instruktion samt Lokala hygienrutiner. Varje enhet uppdaterar sina dokument.

### 3.3.7 Frågeformulär kvalitet

Frågeformuläret är en egenkontroll som består av utvalda processer/aktiviteter.

#### 3.3.7.2 Systematiskt förbättringsarbete

Fråga	Svar, Antal
Informeras all ny personal om arbetsplatsens/enhetens rutiner för att identifiera och rapportera avvikelser, d.v.s. avvikelshantering i Treserva och rapport enligt Lex Sarah? Beskriv hur i kolumnen kommentar.	Delvis 5 (st)
	Ja 59 (st)
	Ej svarat 12 (st)
Analyseras avvikelser systematiskt på enheten/arbetsplatsen? Beskriv i kolumnen kommentar hur och vilka förbättringar detta har lett till i verksamheten under aktuell period.	Delvis 14 (st)
	Ja 46 (st)
	Nej 3 (st)
	Ej svarat 13 (st)
Känner du dig säker på handhavandet av avvikelsemodule i Treserva? Vid nej beskriv i kommentaren vilket/vilka moment du är osäker på.	Delvis 28 (st)
	Ja 26 (st)
	Nej 9 (st)
	Ej svarat 10 (st)
Använder du dig av statistik kring avvikelser som publiceras månadsvis?	Delvis 19 (st)
	Ja 25 (st)
	Nej 18 (st)
	Ej svarat 11 (st)

#### 3.3.7.3 Dokumentation

Fråga	Svar, Antal
Har alla brukare en aktuell genomförandeplan utifrån beslut enligt SoL/LSS. Vid svar nej eller delvis, kommentera hur stor andel som har en aktuell genomförandeplan.	Delvis 11 (st)
	Ja 8 (st)
	Ej svarat 2 (st)
Har alla anställda tillräcklig kunskap för att utföra dokumentation enligt gällande rutiner och riktlinjer? Vid nej eller delvis, kommentera	Delvis 18 (st)
	Ja 44 (st)
	Ej svarat 12 (st)



### 3.3.7.4 Kost

Fråga	Svar, Antal	
Finns det lokalt utsedda kostombud på respektive enhet?	Ja	38 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Har all personal kännedom om riktlinjer för kost och nutrition? Vid nej eller delvis, kommentera i kolumnen kommentar	Delvis	21 (st)
	Ja	27 (st)
	Nej	7 (st)
	Ej svarat	11 (st)
Finns det beskrivet önskemål gällande måltidsmiljö i genomförandeplanen?	Delvis	9 (st)
	Ja	4 (st)
	Nej	13 (st)
	Ej svarat	3 (st)
Har all personal fått grundutbildning i kost och nutrition? Vid Nej eller Delvis, kommentera varför.	Delvis	28 (st)
	Ja	5 (st)
	Nej	6 (st)
	Ej svarat	3 (st)

## 3.4 Självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst

Varje år gör samtliga leverantörer en självskattning av verksamhetens kvalitet. Syftet med självskattningen är att skapa medvetenhet om ansvar och kvalitetskrav hos leverantören. Svaren i självskattningen ligger till grund för kommande uppföljningar och förbättringsarbete.

Ett kvalitetskrav som utförare av hemtjänst har skattat lite lägre än övriga krav är hur kvalitetsledningssystemet är förankrat hos såväl ledningsnivå som hos personal. Skattningen har blivit högre under 2018 än under 2017. Dock är det en kvalitetsaspekt från förfrågningsunderlaget som bör granskas under år 2019

Ett annat kvalitetskrav som skattats lågt är utformandet av genomförandeplaner. Under året har IBIC (individens behov i centrum) införts i hemtjänsten. Detta bör granskas under 2019.

## 3.5 Samverkan för att säkra kvaliteten

Lag "Samverkan vid utskrivning från slutenvård" har trätt i kraft under 2018 gällande samverkan vid utskrivning från slutenvård. Verksamheterna har organiserat sig för att anpassa sig till den nya lagstiftningen.

## 3.6 Övrigt kvalitetsarbete under året

**Uppföljning av Gemensam mottagnings uppdrag.** Förutsättningar för Gemensam mottagning att vara "en väg in" i Individ och Familjeomsorgen inom Socialtjänsten har förstärkts. Bl. a genom medverkan i GR projektet - "Aktualiseringsstudie" som syftar till att utröna trend kring ökat antal anmälningar rörande barn och vuxna, att få kunskap om utvecklingen och eventuella åtgärder. Nya arbetssätt kring vråkningsförebyggande arbete har skapats.

**Förtydligande av ledning och styrning i brukarprocess och resurshantering inom barnavård.** Implementeringsarbete av Signs of Safety har prioriteras vilket medför systematiska säkerhetsbedömningar för barn och ungdomar som far illa. Syftet är att undvika att separera barn och föräldrar och därmed förhindra placeringar.



### **3.7 Mål och strategier för kvalitetsarbetet kommande år**

Kvalitetsarbete handlar om att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten. Under 2019 kommer socialtjänsten att fokusera på att systematiskt använda verktyget Stratsys för att säkerställa god kvalitet och skapa följsamhet till processer, riktlinjer och rutiner.



## 4 Patientsäkerhetsberättelse

### 4.1 Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren är, enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), skyldig att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta genom planering, ledning och kontroll av verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå.

- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och
- Vilka resultat som uppnåtts.

#### Övergripande mål

Varje omsorgstagare/patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med omsorgen/vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker omsorg/vård kan ges. Ett kvalitetsledningssystem tydliggör och synliggör verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, omsorgstagare/patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

### 4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

#### Kommunstyrelsen (KS)

KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

#### Sektorchefen

Sektorchefen har huvudansvaret för verksamheten inom sektor Trygghet och stöd

#### Verksamhetschef enligt HSL skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att:

- verksamheterna tillgodoser en hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet
- säkerställa att det finns fastställda och dokumenterade rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheterna.
- är ytterst ansvarig för att det finns en patientsäkerhetsberättelse tillgänglig som beskriver föregående års patientsäkerhetsarbete
- ledningssystemet innehåller tydlig och väl förankrad ansvarsfördelning

#### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs
- det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten
- patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande
- se till att rutiner för patientsäkerhetsarbetet är uppdaterade
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna



**Enhetschefer för legitimerad personal och omvårdnadspersonal ansvarar för att:**

- utarbeta erforderliga rutiner utifrån sitt ansvarsområde
- rutiner och riktlinjer (som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt) är väl kända i verksamheten
- rutiner och riktlinjer efterlevs i verksamheten
- ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- personalen verkställer delegerade och ordinerade arbetsuppgifter på ett säkert sätt

**Legitimerad personal ansvarar bland annat för att:**

- bedöma, behandla och utföra vård- och rehabiliteringsinsatser
- identifiera riskpersoner och planera förebyggande åtgärder för att förhindra att fallskador, trycksår och undernäring uppstår
- delegera, ordinera samt instruera vård- och rehabiliteringsinsatser
- genomföra, av läkare, givna ordinationer
- kontinuerligt följa upp och utvärdera vård- och rehabiliteringsinsatser tillsammans med patient
- bedöma, prova ut samt förskriva personliga hjälpmedel
- handleda omvårdnadspersonal
- samarbeta med patient, leg. personal, enhetschef, övriga interna yrkesutövare och externa vårdgivare
- planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan
- verka för adekvat informationsöverföring och samverka för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet
- avsätta tid för analys och reflektion tillsammans med kollegor, kring det dagliga vård- och rehabiliteringsarbetet
- inhämta nya kunskaper och rön, genom att ta del av forskning och studiebesök

**Omvårdnadspersonal**

Omvårdnadspersonal betraktas enbart som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför en av sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut, delegerad och ordinerad hälso- och sjukvårdsuppgift.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att:

- efter delegering utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- efter ordination utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- kontakta legitimerad personal vid förändringar i patientens tillstånd
- observera och rapportera tecken på biverkningar, icke önskade effekter eller reaktioner till leg. personal
- vid felaktigheter och misstag kontakta legitimerad personal samt enhetschef
- rapportera negativa händelser i verksamhetssystemet Treserva

## 4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten kopplat till patient.

Enhetschefen legitimerad och omvårdnadspersonal ansvarar för att gå igenom avvikelserapporten med berörd omvårdnadspersonal. Legitimerad personal ansvarar för att vidta åtgärder beroende på avvikelser/tillbudets karaktär samt för att dokumentera i journal. Legitimerad personal ska informera





patient/närstående om avvikelser föranlett en negativ händelse eller tillbud av vikt.

Medicinskt ansvarig (MAS/MAR) utreder allvarliga avvikelser/tillbud och anmäler dem till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket samt eventuellt till tillverkare och Hjälpmedelscentralen. MAS/MAR utreder och bedömer om en Lex Maria-anmälan skall göras till IVO. MAS/MAR sammanställer samtliga avvikelser och rapporterar dem till kommunstyrelsen samt Trygghets och stöd ledningsgrupp.

Avvikelser i vårdssamverkan ska analyseras på systemnivå.

## 4.4 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10§ p1-2*

**I 2017 års patientsäkerhetsberättelse sattes mål upp för patientsäkerhetsarbetet för 2018.**

### **Målen avser:**

Utveckling av journalföring

Förbättra möjligheten till verksamhetsuppföljning genom att införa "Klassifikation för vårdåtgärder"(KVÅ) i journalsystemet

Arbeta aktivt med att genomföra riskbedömningar för trycksår, undernäring och fallskador

Säkerställa läkemedelsprocessen

Säkra information och kommunikation mellan verksamheterna i kommunen Behöver kommenteras

Mål att säkerställa nödvändig baskompetens ur ett patientsäkerhetsperspektiv för omsorgspersonal och legitimerad personal

Nedan följer beskrivningar på hur hälso- och sjukvården har arbetat med förbättringsområdena under året.

### **Införande av lag om "Trygg och säker utskrivning från slutenvård".**

Ny lag trädde i kraft 1/1 2018 gällande samverkan vid utskrivning från slutenvård. Skarpt läge för att börja arbeta enligt lagen blev framskjutet till slutet av september. Berörda verksamheter inom sektor Trygghet och stöd har under 2018 tagit del av lagen samt genomfört införandet.

Syftet med lagen är att öka ansvaret för samverkan mellan primärvård, kommun och slutenvård. Karensdagarna för hemtagning av brukare ändras från 5 arbetsdagar till 3 kalenderdagar.

Implementeringsarbetet utifrån nya lagen pågår fortfarande. Kommunen ser att samarbetet med primärvården har ökat enligt intentionen med den nya lagen.

### **Införande av system för digital signering i MCSS av ordinerade rehabinsatser**

Införande av digital signering av rehabinsatser är genomfört.

### **Fortsatt införande av system för digital signering i MCSS där läkemedelsövertag finns.**

Under 2018 har digital signering införts på samtliga LSS-boende samt alla hemtjänstområden. Kvar för införande 2019 är daglig verksamhet och socialpsykiatri. Teknikstöd för digital signering av signeringslistor (MCSS signera) Teknikstödet MCSS signera ska underlätta för omvårdnadspersonalen i överlämnandet av läkemedel, att läkemedel ges i rätt tid och signeras som de ska. Alla läkemedelslistor är numera digitala och i systemet finns en larmfunktion för påminnelse till personalen om att läkemedel ska ges.



## Förflyttningsteknik

Under 2018 har Rehabverksamheten bedrivit utbildning till omvårdnadspersonal i sektorn gällande förflyttningsteknik. Utbildningen syftar till säker förflyttning av patienter samt att minska risken för belastningsskador hos personal.

### Utveckla samverkan och arbetssätt inom organisationen gällande förebyggande insatser.

Hemsjukvården erbjuder riskbedömning till alla patienter över 65 år en gång per år eller vid behov. Riskbedömning utförs i samverkan med patient och omvårdnadspersonal

### Egenkontroll av patientsäkerhetsfrågor

Egenkontroll av patientsäkerhetsfrågor är genomförd i november via ledningssystemet och resultatet redovisas i Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen. Det behövs en utveckling beträffande uppföljning av resultatet inom samtliga verksamheter inom sektor trygghet och stöd.

### Risker gällande god och säker vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

MAS/MAR och verksamhetschef HSL har under 2018 uppmärksammat tecken på försämringar i hälso- och sjukvården. Verksamheterna inom SoL, LSS och HSL har sammantaget svårighet att rekrytera personal, dessutom svårighet att rekrytera omvårdnadspersonal med rätt kompetens. Personrörligheten ökar både bland omvårdnads- och legitimerad personal, detta påverkar personkontinuiteten. Minskad personkontinuitet kan påverka patientsäkerheten negativt.

MAS/MAR och verksamhetschef HSL har även uppmärksammat de svårigheter som personal inom SOL, LSS har på grund av tidsbrist att delta i den nödvändiga kompetensförsörjning som anordnas. Ovanstående problematik har lyfts i sektorn och riskbedömts. Plan för åtgärda riskerna kommer att arbetas fram under 2019.

Nationellt pågår en förskjutning från slutenvård till vård i hemmet, hemsjukvård sedan flera år. Detta innebär att allt sjukare patienter vårdas i de kommunala verksamheterna. För kommunens del innebär detta ett ökat antal insatser till patienterna och ökat behov av kompetens.

Verksamhet hemsjukvård har inte ett ökat antal patienter, men patienterna har ett ökat av vårdbehov. Medarbetare påtar markant ökad arbetsbelastning och har tidvis svårt att fullgöra arbetsuppgifterna.

Den nationella förskjutningen av vård från slutenvård till öppenvård/ hemsjukvård kommer att fortskrida i än större omfattning framgent. Detta kommer att innebära att färre patienter vårdas på sjukhus och vården kommer att utföras i ökad omfattning i patientens hem. Referens Göran Stjernstedt:s utredning "Effektiv vård" samt regeringens utredare Anna Nergård "Samordnat utveckling för nära vård"

Journalgranskning har genomförts. Granskningen visar på brister i journalföringen. Under 2019 kommer journalföringen att utvecklas genom övergång till att arbeta genom en ny struktur "hälsoärenden" Legitimerad personal kommer att genomgå utbildning.

Förberedelser har gjorts under 2018 för övergång till KVÅ enligt Socialstyrelsens nya krav. För att använda KVÅ krävs den struktur som finns i "hälsoärende".

### Säkra information och kommunikation mellan verksamheterna i kommunen

Arbetet med att säkra information och kommunikation i verksamhetssystemet Treserva har pågått under 2018. Processen är inte klar och arbetet kommer att pågå under 2019

### Säkerställa läkemedelsprocessen

Sjuksköterskorna har genomgått en 4-timmars läkemedelsutbildning arrangerad av Apoteket AB. Digital signering ger ökade möjligheter att identifiera brister som uppkommer i läkemedelshanteringen. Verksamheten arbetar kontinuerligt med förbättringsarbetet.

### Sårvård

Sjuksköterskeverksamheten ingår i ett nationellt forskningsprojekt gällande sårvård. Gruppen har



lämnat in ett abstract och kommer vara med på den internationella sårvårdskonferensen som hålls i Göteborg i juni 2019. Alla sår som hemsjukvården behandlar har inventerats och skickats till vårdcentralerna för att hemsjukvården tillsammans med primärvården ska bli bättre på sårvård och bättre på att ställa diagnoser på de olika såren.

### Övrigt

Under 2018 har kortare föreläsningar genomförts inom urologi, palliativ vård, onkologi, äldre och läkemedel, läkemedelsutbildning, hygieninformation samt utbildning i SAMSA

Sjuksköterskeverksamheten har startat upp kollegial handledning med syfte att öka kompetensen. Samtliga sjuksköterskor har gått den palliativa webb-utbildningen, så även utbildning i beslutsstöd som ligger till grund för bedömning om patienten behöver sjukhusvård.

### Ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter

Projekt för att säkerställa kunskapen hos omvårdnadspersonal gällande ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter har under 2018. Verksamhetssystem esTracer är inhandlat för att möjliggöra digitala utbildningar och uppföljningar

## 4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Här beskrivs vilka processer som identifierats där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada samt hur samverkan sker i den egna verksamheten och med andra vårdgivare. Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

En viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är hur kommunens verksamheter för hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar med andra vårdgivare. SIMBAs samordningsgrupp och Närområdesgrupp arbetar med samverkan över vårdgivargränser för att indirekt förebygga att vårdskador uppstår.

Samverkan sker internt inom de olika verksamheterna i kommunen, samt mellan olika yrkesgrupper. Kommunal hälso- och sjukvård arbetar i samverkan med funktionshinder, socialpsykiatri, hemtjänst och vård och omsorgsboende. Kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar med sjukhus och primärvård.

### Avancerad vård i hemmet AVH-teamet

Är ett team som drivs av VG-regionen i samarbete med kommunal hälso- och sjukvård för att säkra upp vården kring svårt sjuka patienter.

### Utveckling av närsjukvården

Införande av mobil hemsjukvårdsläkare och närsjukvårdsläkare är ett projekt som har pågått från hösten 2015. Syftet med mobil närvård är att öka tillgången till hembesök av läkare från primärvård eller sjukhus i samverkan med sjuksköterska från kommunal hälso- och sjukvård. Projektet har riktat sig till patienter som är inskrivna i kommunal Hälso- och sjukvård. Arbetsättet är sedan den 1 januari 2018 implementerat i området.

Målet är att patienten ska få god vård på rätt vårdnivå. Hembesök utförs av läkare tillsammans med sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård. Medicinska bedömningar och beslut om åtgärder för patienten utförs i patientens hem. Det övergripande syftet är att ge ökad trygghet för patienten, arbeta proaktivt och undvika för patienten onödiga inläggningar på sjukhus alternativt besök på primärvårdens mottagningar eller sjukhusets akutmottagning.

Antal hembesök av läkare tillsammans med sjuksköterska från kommunal hälso- och sjukvård har gradvis ökat. Det pågår en omställning i verksamheterna till ett proaktivt arbetssätt. Arbetssättet upplevs mycket positivt av samtliga berörda vårdgivare, inte minst av berörda patienter.



## Webbutbildning i palliativ vård

Lanseringen av "Webbutbildning för palliativ vård" har anordnas för kommun, primärvård och sjukhus, i SIMBA området. Syfte är att all personal ska få ny och ökad kunskap. Utbildning planerades till all berörd personal och skulle ha genomförts senast 2018. Den personal som har genomgått utbildningen är legitimerad personal samt personal på korttidsverksamheten. På särskilda boenden har utbildningen genomförts till stor del.

## Teammöten

Har under året genomförts i varierande omfattning inom enheter i hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Teammöte inom vård och äldreomsorg syftar till tvärprofessionellt samarbete och samverkan mellan olika professioner och utifrån olika professioners kompetenser, ansvar och utifrån patientens behov.

## Införande av lag om "Trygg och säker utskrivning från slutenvård"

Ny lag trädde i kraft 1/1 2018 gällande samverkan vid utskrivning från slutenvård. Skarpt läge för att börja arbeta enligt lagen blev framskjutet till slutet av september. Berörda verksamheter inom sektor Trygghet och stöd har under 2018 tagit del av lagen samt genomfört införandet.

Syftet med lagen är att öka ansvaret för samverkan mellan primärvård, kommun och slutenvård. Karensdagarna för hemtagning av brukare ändras från 5 arbetsdagar till 3 kalenderdagar.

Implementeringsarbetet utifrån nya lagen pågår fortfarande. Kommunen ser att samarbetet med primärvården har ökat enligt intentionen med den nya lagen.

## Beslutsstöd

Används av hemsjukvårdens sjuksköterskor för att systematiskt bedöma patientens tillstånd för att patienten ska få vård på rätt vårdnivå. Beslutsstödet innehåller bedömningsparametrar som är till stöd för beslut.

## Tandhygienist i kommunal verksamhet(TAIK)

Är ett projekt som löper över 3 år där tandvården bidrar med en tandhygienist på halvtid.

Syfte med föreliggande projekt är att utveckla och utvärdera detta koncept i ett vidare perspektiv i flera kommuner. Mariestadsprojektet utformades ett koncept där en tandhygienist är en integrerad del i kommunal verksamhet genom att vara sakkunnig i tandvårdsfrågor, samt kvalitetssäkra och stärka kompetens och rutiner inom kommunal omvårdnad med avseende på munvård

Uppdrag är att TAIK i sitt uppdrag ska ha en neutral roll gentemot vårdgivare inom tandvården och i första hand utgöra en resurs till alla kommuninvånare 65 år och äldre, till vård- och omsorgs-personal, vårdcentraler, tandvård, apotek, patientorganisationer, biståndsbedömare m.fl. TAIK ska arbeta brett och på olika sätt bidra med sina insatser i folkhälsoarbetet.

## 4.6 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Beskriver hur verksamheten fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

Hälso- och sjukvården använder sig av socialstyrelsens beslutsmatris vid riskanalys, se kapitel 3. Processägare (sektorchef och verksamhetschef hälso- och sjukvård) har genom processteamarbete identifierat risker på systemnivå som resulterat i att riskanalyser har utförts under år 2018 enligt kvalitetsplan.



## 4.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Personal inom sektor Trygghet och stöd är enligt lag skyldiga att rapportera en negativ händelse eller ett tillbud. Hälso- och sjukvårdspersonal 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.

Avvikelse rapporteringen sker i verksamhetssystemet Treserva. Den som upptäcker en negativ händelse registrerar denna i systemet. Personalen börjar nu att behärska avvikelssystemet, dock finns brister i analys och uppföljning. Verksamhetschef enligt HSL, MAS/MAR ser att detta är under utveckling och blir bättre och bättre.

## 4.8 Hantering av synpunkter och klagomål

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

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen under kapitel 3. Om synpunkt eller klagomål resulterar i en avvikelse behöver den hanteras.

## 4.9 Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Genom vårdplanen blir patienten delaktig i sin omvårdnad. Närstående blir delaktiga om patienten så önskar och ger sitt samtycke.

Den enskilde och/eller dennes god man/närstående är delaktig i sin omvårdnad i största möjligaste mån. Detta sker på olika sätt i olika verksamheter, exempel kan vara vårdplanering, vid upprättande av individuella planer (SIP) och samverkansmöten. Patientansvarig sjuksköterska har regelbunden kontakt med patienter inom sitt omvårdnadsansvar.

## 4.10 Resultat

**Strukturmått** (utgör förutsättningar för att nå definierade mål)

Alla medarbetare som är aktuella för att ta emot en delegerad arbetsuppgift genomgår utbildning i läkemedelshantering. Detta för att kunna administrera läkemedel på delegering av sjuksköterska.

Föreläsning samt utbildning i sårvård har genomförts till sjuksköterskor. Samtlig legitimerad personal har genomgått webbutbildning i palliativ vård.

Rehabverksamheten har genomfört förflyttningsutbildning till omvårdnadspersonal personal i sektor Trygghet och stöd.

Kvalitetsregister "Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)". Här finns en möjlighet att använda metoden i pappersform och alla bedömda individer syns då inte i registret.

För att sätta processmål gentemot patientsäkerhetsfrågor krävs att verksamheten har möjlighet att ta ut statistik från verksamhetssystemet (utvecklings mål 2018). Införande av "Klassifikation av vårdåtgärder"(KVÅ) förväntas öka möjligheterna till bättre uppföljning av åtgärder.

**Processmått** (utgörs av aktiviteter som genomförts för att uppnå definierade mål)

Hälso- och sjukvårdens processer är kartlagda och rutiner samt riktlinjer är uppdaterade. Flertalet utbildningar har under året genomförts för att öka kvaliteten.

**Resultatmått**

Under år 2018 har 1393 personer fått av insatser från hemsjukvården inom sektor Trygghet och stöd. Antalet personer som fått insatser är ungefär det samma som 2019





Sjuksköterskeverksamheten har under år 2018 utbildat 331 medarbetare i läkemedelsutbildning, av dessa har 82 personer även fått utbildning för att kunna ge insulin. Antalet utbildade ligger i linje med föregående års utbildade.

Delegerad omsorgspersonal är 1420 personer och delegerande sjuksköterskor är 44 personer. Detta utgör ett snitt på 32 delegeringar till omvårdnadspersonal per sjuksköterska

Under år 2018 återkallades 7 delegeringar. Bakomliggande orsak till att delegeringar återkallades är bristande kontroll av identifiering av patient – ordinationshandling.

**Rehabverksamheten** har genomfört förflyttningsutbildning till omvårdnadspersonal i sektor Trygghet och stöd. 490 medarbetare har genomgått utbildning

**Kvalitetsregistret "Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens(BPSD).**

Under år 2018 har 47 patienter blivit skattade och registrerade i det nationella registret. BPSD är ett verktyg för att minska förekomst av allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, åtstörningar och andra BPSD symtom vid demenssjukdom av "Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens(BPSD)

2017 var antalet skattade patienter 42.

### Palliativ vård och Svenska Palliativregistret

År	Totalt antal avlidna	Varav på sjukhus (är ej registrerade i palliativa reg. av kommunen)	Varav i hemmet eller särskilt boende	Varav på hospice	Registrerade i palliativa registret
2015	210	37=18 %	166=79 %	7=3 %	150=71 %
2016	267	68=25 %	190=71 %	9=3 %	167=87 %
2017	272	56=20 %	211=77 %	5=2 %	188=89 %
2018	272	56=20 %	209=77 %	7=3 %	162=77,5 %

Socialstyrelsens utvärdering av den palliativa vården i livets slutskede visade att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl regioner som kommuner, där vården och omsorgen behöver lägga ytterligare kraft för att i ännu högre grad följa det nationella kunskapsstödet kompletterat med det nationella vårdprogrammet som ska utgöra en gemensam grund för en god och jämlik palliativ vård i livets slutskede.

Två av målnivåerna är att 100 % av alla patienter som är bedömda att vara i livets slutskede har smärtskattats och fått en munhälsobedömning sista levnadsveckan.

I hemsjukvården 2018 smärtskattades 54 % samt munhälsobedömda blev 56 %. Kommunen har lång väg kvar innan jämlik god vård ges i det palliativa skedet.

En förutsättning för att nå målnivåerna och ge god vård i livets slutskede är att alla personalkategorier som vårdar erbjuds fortbildning i Palliativ vård, Socialstyrelsens Kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slut.

**Nödvändig tandvård(N-tandvård)** totalt har 745 intyg om nödvändig tandvård utfärdats i Kungälv kommun. Inom LSS/ordinärt boende har 432 intyg utfärdats och inom särskilt boende 313 intyg.

Till årlig munhälsobedömning har inom LSS/ordinärt boende 107 personer tackat ja och inom särskilt boende har 285 personer tackat ja. De som tackat ja utgör 53 % av intygsinnehavarna. Inom verksamheter i ordinärt boende finns en förbättringspotential.

Patienter inom funktionshinderverksamheten har ofta regelbunden tandvårdskontakt och tackar därför ofta nej till årlig munhälsobedömning



## Inkomna avvikelser under året och analys

Avvikelseyp	Utfall år 2016	Utfall år 2017	Utfall år 2018
Avvikelse från annan vårdgivare	10	16	9
Avvikelse skickad till annan vårdgivare	181	68	62
Avvikelse där läkemedel varit inblandade	1 738	2 422	2 267
Fallolycka som leder till ingen eller mindre kroppsskada	1 463	1 622	1 519
Fallolycka som leder till allvarlig kroppsskada	7	9	6
Avvikelse där medicinteknisk produkt varit inblandad	7	20	46
Utebliven behandling	25	27	20
Felaktig behandling	1	19	8
Brist i informationsöverföring som leder till avvikelse	72	101	110
Infektioner som har uppkommit under vårdtiden	5	4	3

### Inkomna avvikelser under året och analys

Totalt har 3 994 interna avvikelser registrerats där antalet läkemedelsavvikelser och fallolyckor är flest.

Av fallolyckorna har 6 händelser lett till sjukhusvård, i fem av fallolyckorna har patienten slagit i huvudet och en patient hittades okontaktbar i lägenheten. Inga fallolyckor har orsakat frakturer.

#### Analys av resultatet

Verksamhetschef och MAS/MAR är osäkra på tillförlitligheten av antalet registrerade avvikelser. Verksamhetens erfarenhet är att avvikelssystemet i Treserva är svårt att hantera och inte användarvänligt. MAS och verksamhetschef har den uppfattningen att fler registrerar avvikelser än tidigare. Kunskapen och vikten av att registrera avvikelser har ökat. Hur många av faktiska avvikelser har registreras? Detta är fortfarande ett förbättringsområde.

Inom särskilt boende, ordinärt boende, socialpsykiatri och LSS boende administreras läkemedel till ca 500 patienter dagligen. Antalet läkemedelsdoser som administreras är omfattande, resultatet är att den beräknade procentuella siffran för avvikelse är ringa, 0,001 %.

Verksamheten har högre rörlighet av omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Verksamheten har svårare att rekrytera omvårdnadspersonal som har omvårdnadsutbildning. Verksamheten har även svårighet att rekrytera legitimerad personal, sammanlagt kan detta leda till brister i avvikelserapporteringen. Arbetet med att minska avvikelser kring läkemedelshantering fortsätter.

Digital signering synliggör alla tidsavvikelser vilket leder till allt fler avvikelser rapporteras.

Gällande fallolyckor är ambitionen att få ner antalet skador. Medborgarnas livslängd ökar. Med ökad ålder tillkommer åldersskörhet vilket kan resultera i att antal fallolyckor ökar. Det är inte säkert att det alltid brister i det fallförebyggande arbetet, patienter ramlar trots att man gjort vad man kan för att se över boendemiljö, läkemedel osv. Antalet allvarligt skadade genom fallolyckor har minskat med 3 patienter mot föregående år. Arbetet med det fallförebyggande arbetet fortskrider kontinuerligt.

Under året 2018 har 2 Lex Maria gått vidare som en anmälan till Inspektion för vård och omsorg. Den ena anmälan handlade om förväxling av läkemedel till patienter den andra om fördröjd vård och behandling.

Till patientnämnden har det inkommit två ärenden från Kungälv. Den ena om behandling och den andra om resultat.

#### Avvikelser med medicintekniska produkter

Fyra anmälningar om negativ händelser avseende medicinteknisk produkt har rapporterats in till Läkemedelsverket. Kungälv kommun (anmälaren) har fått svar i tre av ärendena. Det ena ärendet



gällande manuell rullstol, har tillverkaren vidtagit korrigerande åtgärder i produktionen och påbörjat en säkerhetsåtgärd på marknaden för bromsar på aktuell rullstolsmodell.

I två ärende rörande elrullstolar så är de båda tillverkarnas uppfattning att olyckan berott på handhavande och inte på produktfel. Det fjärde ärendet saknar ännu återkoppling från Läke medelsverket. Vilket är i paritet med föregående år.

## Frågeformulär patientsäkerhet

### Frågorna har besvarats av samtliga berörda enhetschefer

Fråga	Svar, Antal	
Är ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete känt för dina medarbetare	Ja	41 (st)
	Nej	3 (st)
	Ej svarat	6 (st)
Är riktlinjer och rutiner i ledningssystemet kända för dina medarbetare	Ja	42 (st)
	Nej	2 (st)
	Ej svarat	6 (st)
Är riktlinjer och rutiner för systematiskt kvalitetsarbete ett stöd i arbetet.	Ja	43 (st)
	Ej svarat	7 (st)
Är instruktion "När och hur kontaktas sjuksköterska", alt. "Kontakta arbetsterapeut och fysioterapeut i hemsjukvård – när och hur" känd och tillgänglig för dina medarbetare.	Ja	41 (st)
	Ej svarat	6 (st)
Är riktlinjen för läkemedelshantering känd av dina medarbetare	Ja	41 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	7 (st)
Tillämpar alla berörda medarbetare basala hygienrutiner	Ja	41 (st)
	Nej	1 (st)
	Ej svarat	8 (st)
Erbjuds alla patienter/brukare riskbedömning enligt riktlinje för förebyggande arbetssätt	Ja	27 (st)
	Nej	16 (st)
	Ej svarat	7 (st)
Får brukaren vid inflyttning till vård och omsorgsboende eller vid beslut om hemtjänstinsatser om brukaren är berättigad till erbjudande om avgiftsfri munhälsobedömning. Nödvändig tandvård.	Ja	33 (st)
	Nej	2 (st)
	Ej svarat	8 (st)
Är rutinen för hantering av grundutrustning känd av dina medarbetare	Ja	22 (st)
	Ej svarat	4 (st)

### Kommentar gällande ovanstående fråga

Erbjuds alla patienter/brukare riskbedömning enligt riktlinje för förebyggande arbetssätt? Sjuksköterskorna inom hemsjukvården erbjuder alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården riskbedömning en gång per år eller vid behov.





## 4.11 Övergripande mål och strategier för kommande år

- Säkerställa läkemedelsprocessen
- Säkerställa avvikelshanteringsprocessen
- Säkerställa att riskbedömningar utförs enligt plan. Målet är att 100 % av personer 65 år och äldre har erbjudits riskbedömning av de som har hemsjukvård
- Förbättra journalföring genom införande av hälsoärende (ny modul i Treserva) samt införande av KVÅ koder