

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019 2019

Kommunstyrelse

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	4
2 Inledning.....	7
2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?	7
2.2 Vad är patientsäkerhet?	7
2.3 Syfte	8
3 Kvalitetsberättelse.....	9
3.1 Mål och strategier för kvalitetsarbetet.....	9
3.2 Struktur för kvalitetsarbetet under året	9
3.3 Resultat, analys och uppföljning.....	10
Risikanalys	10
Lex Sarah.....	11
Avvikelser, synpunkter och klagomål	12
Ej verkställda beslut.....	13
Egenkontroll nationell nivå.....	14
Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocessen och hälsosjukvårdsprocessen	18
Frågeformulär kvalitet.....	19
3.4 Självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst.....	23
3.5 Samverkan för att säkra kvaliteten	23
3.6 Övrigt kvalitetsarbete under året.....	24
3.7 Mål och strategier för kvalitetsarbetet kommande år	24
3.8 Riskanalys.....	25
4 Patientsäkerhetsberättelse.....	26
4.1 Övergripande mål och strategier.....	26
4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	26
4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering	28
4.4 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	29
4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	32
4.6 Riskanalys.....	36
4.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	36
4.8 Hantering av synpunkter och klagomål.....	37



4.9 Samverkan med patienter och närstående	37
4.10 Resultat.....	37
Inkomna avvikelser under året och analys.....	39
Frågeformulär patientsäkerhet.....	40
4.11 Övergripande mål och strategier för kommande år.....	41

1 Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattningen av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste vidtagna åtgärderna för att förbättra verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten
- Hur kvaliteten och patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker har identifierats och hanterats
- Hur personal har bidragit till ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur synpunkter och klagomål från brukare/patienter/närstående och medborgare har hanterats
- Hur brukare/patienter och närstående involveras i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2019 för att förbättra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet:

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Exempel på viktiga åtgärder som vidtagits under 2019 för att förbättra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet är:

- Avvikelsehantering och riksinventering på enhetschefsnivå har fortskridit under året
- Rutiner för kvalitetssäkring har utarbetats, reviderats och publicerats i kvalitetsledningssystemet
- **Nationell förskjutning från slutenvård till vård i hemmet**, Nära Vård. 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 påtalar markant ökad arbetsbelastning och har tidvis svårt att fullgöra arbetsuppgifterna.
- **Gränsdragningsproblematik** Det bör påpekas att det föreligger tveksamheter till ovan beskrivna omställning och mobila team som utgår från sjukhus och specialistvård, tveksamheter och oklarheter gällande vad lagen avser är vårdcentral/kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar. Resursfrågan utifrån omställning och förskjutning av vård när fler vårdas av kommunal hälso- och sjukvård, på korttidsenhet och inom hemtjänst är inte heller löst och omhändertagen
- **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.
- **Lagen om ”Trygg och säker utskrivning från slutenvård”** Tillämpning av riktlinjer och rutiner är ännu inte implementerade i tillräcklig omfattning, mycket arbete återstår med att förbättra så att utskrivningen från slutenvård blir trygg och säker. Kommunen upplever att patienterna lämnar sjukhus i ett tidigare skede, blir tidigare utskrivningsklara vilket ofta medför ett ökat behov av olika insatser och stöd, patienter har mer ofta behov av korttidsvistelse under en tid innan de kan gå hem till sitt eget boende.
- **Tandhygienist i kommunal verksamhet(TAIK)** Är ett projekt som löper över 3 år där

tandvården bidrar med en tandhygienist på halvtid, med start den 1 oktober 2018. Tandhygienisten (TAIK) arbetar som munvårdskonsult och är en integrerad del av kommunal verksamhet. TAIK ska vara sakkunnig i tandvårdsfrågor, samt kvalitetssäkra och stärka kompetens och rutiner inom kommunal omvårdnad med avseende på munvård. Projektet är riktad mot målgruppen 65+.

Sektorns kvalitetsarbete

Mål med kvalitetsarbetet 2019 har varit att arbeta med kvalitetssäkring av huvudprocesserna, klargöra ansvar för uppdatering av rutiner i kvalitetsledningssystemet samt öka styrning och ledning för bättre användning av gemensamma resurser och prioritera brukaren i centrum

Under 2019 har stödet till verksamheterna i det fortlöpande arbetet med säkring av verksamhetens kvalitet, dvs uppföljning, planering och riskbedömning, påverkats negativt av omställningsarbete och resursneddragningar. Det har inneburit att verksamheterna tillfälligt har "tappat tempo och fokus" i kvalitetsledningsarbetet.

Samverkan för att säkra kvalitet: Under 2019 har inte någon kartläggning utförts av huvud- eller stödprocesser eller processer där samverkan behövs för att säkra kvalitet på insatser i verksamheterna. Både huvud- och stödprocesser finns sedan tidigare beskrivna i kvalitetsledningssystemet och det finns rutiner kopplade till processerna. Flera av rutinerna beskriver samverkan inom/mellan olika verksamheter och enheter.

- **Rapporterade missförhållanden enligt lex Sarah:** Andelen rapporterade missförhållanden som rör brister i bemötande har ökat, 13 av 27 rapporter handlar om hur brukare blir bemötta av professionella i utförande av uppdraget. De systemiska orsakerna till brister i bemötande bör analyseras och åtgärdas under 2020.
- **Rapporterade avvikelser:** antal och andel rapporterade avvikelser som rör brister i bemötande har ökat 2019 jämfört med 2018, från 2,5% av alla rapporterade avvikelser 2018 till 3,7% av alla rapporterade avvikelser 2019.
- **Öppna jämförelser 2019:**
 - Ekonomiskt bistånd: Under 2019 har antalet hushåll med barn med långvarigt ekonomiskt biståndsbehov inte ökat. Det fanns en farhåga om att många som skulle lämna etableringsfasen inte skulle vara självförsörjande vilket hade inneburit ökade kostnader för försörjningsstöd. Denna farhåga har inte infriats, tvärtom har ett progressivt och konstruktivt arbete med att nå självförsörjning och etablering på arbetsmarknaden genomförts och varit framgångsrikt.

Hemlöshet och utestängning från arbetsmarknaden: Bostadsfrågan och hemlösheten är fortsatt en stor fråga för flera målgrupper inom IFO. Hemlöshet pga strukturella skäl, t ex krav på mångårig kötid i kombination med faktisk bostadsbrist skapar stora utmaningar för socialtjänsten. Under 2019 har ett arbete inletts kring Boskola tillsammans med Mottagning integration. Bristen på bostäder med rimlig hyreskostnad för den enskilde medför att ansökan om bistånd till bostad har ökat. Finns en risk att detta medför att Socialtjänsten blir en sekundär "bostadsmarknad"

Missbruks- och beroendevård: Under 2019 har vård- och behandlingsinsatser enligt LVM ökat markant jämfört med de närmsta åren innan. Vid utredning av LVM-vård kompletteras utredningen alltid av en läkarbedömning inför prövning i Förvaltningsrätten. Det finns en ökning av antal ärenden i missbruksvård för åldersgruppen 18-20 år, där narkotika är huvuddrogen.

Stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS: En diskussion om implementering av IBIC inom funktionshinderverksamheten har pågått. Detta kräver ett omfattande förarbete innan implementering kan genomföras. 15 personer lämnat insatsen på Daglig Verksamhet till arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Det finns en väl förankrad rutin och arbetsätt som leder till framgången. Arbetet bedrivs av jobbcoacher i Daglig verksamhet

Socialtjänstens krisberedskap: I begreppet krisberedskap ingår förmågan att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Verksamheternas enheter har utarbetade planer för krisberedskap vid olika typer av händelser. På verksamhetsområdesnivå har ett arbete med övergripande krisledningsplaner följts upp.

Stöd till personer med funktionsnedsättning - socialpsykiatri: Fokus har lagts på kompetensutveckling för personal

Våld i nära relationer: Under 2019 har ett utvecklingsarbete för att möta våld i nära relationer pågått vilket bl a resulterat i en ökad personalresurs då ärendemängden ökat. Ett VINR-team finns inom Myndighet, teamet leds av en samordnare. En ökning av hedersrelaterat våld har skett. Det är av stor vikt att kunskaps- och kompetensutvecklingen fortsätter inom området.

Socialstyrelsen nationella brukarundersökning - äldreomsorg: Hemtjänst - Kvalitetsnivån bedöms ligga runt medel i riket utifrån att de flesta resultat ligger inom det gula fältet. De största förändringarna ligger inom nedanstående områden. Den brukarupplevda kvalitén har minskat svagt under året. Svårigheten att få kontakt med hemtjänstpersonalen upplevs ha ökat vilket innebär en försämring för brukarna. Samtidigt har brukarnas upplevelse av det egna hälsotillståndet också försämrats. I jämförelse med andra kommuner ligger brukarnas egna bedömningar om sitt hälsotillstånd lågt. Brukarnas upplevelse av om beslut är anpassade till det egna behovet värderas också lågt. Brukarnas nöjdhet står i relation till upplevt hälsotillståndet vilket framgår vid jämförelser av samma kriterier för hemtjänst och särskilt boende i riket.

Boende ÄO - Kvalitetsnivån i Kungälv bedöms ligga runt rikets medelvärde. Den brukarupplevda kvalitetsnivån har minskat svagt mellan åren. Brukarna har bedömt att det har blivit svårare att få kontakt med personalen. Förtroende för personalen har minskat. Hänsyn till brukarnas åsikter har minskat. Boendemiljön, mat och måltidmiljö har enligt den nationella brukarundersökningen försämrats.



2 Inledning

Anvisning

Anvisningarna i Patientsäkerhetsrapporten är hämtade från SKL:s mall.

2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?

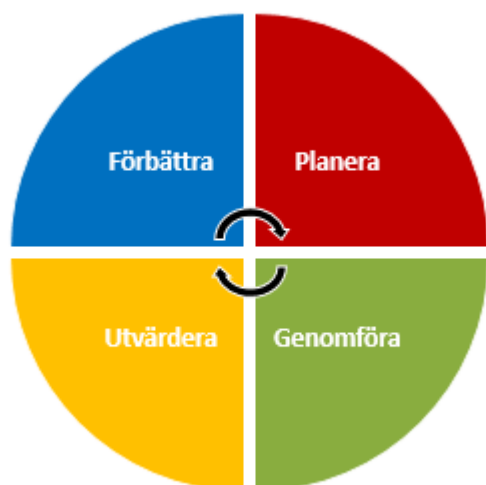
Anvisning

Här visas en fast text in i rapporten, d.v.s. texten följer med år till år och rapporteras på så vis inte in. Om texten önskas ändras är det en administratör som har möjlighet att göra dessa ändringar.

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten skall 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?

Anvisning

Här läggs en fast text in i rapporten, d.v.s. texten följer med år till år och rapporteras på så vis inte in. Om texten önskas ändras är det en administratör som har möjlighet att göra dessa ändringar.

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

Anvisning

Redogör för årets mål och strategier, gärna i punktform.

Enligt kvalitetsparagrafen i 3 kap 3 - 3a §§ Socialtjänstlagen (lag 2001:453) ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Socialnämnden ska se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och unga.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *Lag (2009:596)*

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, (lag 1993:387) finns också en kvalitetsparagraf, 6 §, som anger att verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

För verksamheten enligt denna lag ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. *Lag (2005:125)*.

Under 2019 har verksamheterna i Trygghet och stöd haft som mål att:

- arbeta med kvalitetssäkring av huvudprocesserna
- klargöra ansvar för uppdatering av rutiner i kvalitetsledningssystemet
- öka styrning och ledning för bättre användning av gemensamma resurser och prioritera brukaren i centrum

3.2 Struktur för kvalitetsarbetet under året

Anvisning

Beskriv hur arbetet har bedrivits under året.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS2011:9 är utarbetat och publicerat på kommunens intranät. Socialtjänstens process är beskriven med huvudprocesser, stöd- och ledningsprocesser. Utarbetade rutiner som är kopplade till processerna finns publicerade i ledningssystemet.

Kvalitetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Utvärdering och uppföljning av. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Kvalitetsarbetet med analyser, planer, kontroller, inventeringar av risker och utvärderingar dokumenteras i verktyget Stratsys och resulterar i en årlig kvalitetsrapport.

Under 2019 har stödet till verksamheterna i det fortlöpande arbetet med säkring av verksamhetens kvalitet, dvs uppföljning, planering och riskbedömning, påverkats negativt av omställningsarbete och resursneddragningar. Det har inneburit att verksamheterna tillfälligt har "tappat tempo och fokus" i kvalitetsledningsarbetet.

3.3 Resultat, analys och uppföljning

En kartläggning av socialtjänstprocessen utfördes 2016-2017. Som utgångspunkt för de identifierade riskerna i kvalitetsplan 2019 används socialtjänstprocessen och dess aktiviteter. Varje identifierad risk är kopplad till en aktivitet och delprocess i socialtjänstprocessen. De huvudsakliga identifierade riskerna i 2019 års kvalitetsplan handlar om

- Risk att ärende tappas bort (delprocess: Ta emot ansökan/anmälan eller information på annat sätt)
- Risk att samordning inte sker (delprocesser: Utredning och/eller Planering av uppdrag/genomförande av insats)
- Brist i informationsöverföring (delprocesser: Utredda, Ta emot och planera uppdraget, Genomföra och kontinuerligt följa upp, Planera genomförande av åtgärder samt Åtgärda)
- Genomförandeplaner upprättas ej (delprocess: Påbörja och planera genomförandet)
- Dokumentation är ej tillräcklig, väsentlig och korrekt (delprocess: Genomföra och kontinuerligt följa upp samt Åtgärda)
- Avvikelse hanteras inte enligt rutin/avvikelse rapporteras inte (stödprocess: Hantera avvikelser)

Risikanalys

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att identifiera risker och därefter bedöma allvarlighets- och sannolikhetsgrad av dessa. Detta görs på enhetsnivå. I tabellen nedan visas vilka processer, aktiviteter samt risker som valts ut för riskbedömning under året.

Process	Aktivitet	Risk
Ta emot ansökan, begäran, anmälan eller information på annat sätt	Ta emot/ aktualisera	Brukaren får inte den hjälp hen behöver
Utreda	Upprätta besluts-underlag	Minskad rättssäkerhet på grund av tekniska problem.
	Kommunicera	Fel beslut eller beslut på fel grunder.
Påbörja och planera genomförandet	Upprätta genomförande-plan	Brukaren får inte rätt stöd.
Genomföra och kontinuerligt följa upp	Utföra uppdrag enligt genomförande-plan	Personskada hos brukare
		Brukare med "nya, eller inga, diagnoser" för verksamheten får inte adekvat vård och omsorg
		Brukaren får inte rätt insats
	Dokumentera kontinuerligt	Brukaren får inte den hjälp hen behöver
	Dokumentera kontinuerligt	Minskad rättssäkerhet på grund av tekniska problem. Bristfällig dokumentation.



Process	Aktivitet	Risk
Följa upp, överväga, ompröva	Göra regelbundna uppföljningar av behov och målet med beslutade insatser	Svårt att följa upp biståndsbeslut. Risken är att vi inte kan värdera om brukarens behov har blivit tillgodosedda
Planera genomförande av åtgärder	Skicka instruktion för åtgärd till utförare	Försämrat hälsotillstånd för brukaren
		Brukaren drabbas av utebliven eller felaktig hantering av läkemedelsordination
Åtgärda	Genomföra åtgärd	Vårdskada
Hantera avvikelser	Analysera, utreda och åtgärda	Rapport om avvikelse ger inte effekt. Risken är att det inte leder till åtgärd.

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv hur vi jobbar med riskanalys för att säkra verksamhetens kvalitet.

Vilka riskanalyser som gjorts och vad de har resulterat i.

Exempel på risker som i verksamheterna har bedömts ha höga riskvärden under 2019 är:

- Brukaren får inte den hjälp hen behöver
- Minskad rättssäkerhet pga tekniska problem
- Personskada hos brukare
- Brukare med nya eller inga diagnoser för verksamheten får inte adekvat vård och omsorg
- Händelser av vikt dokumenteras inte
- Svårt att följa upp biståndsbeslut. Risk att vi inte kan värdera om brukarens behov blivit tillgodosedda
- Brukaren drabbas av utebliven eller felaktig hantering av läkemedelsordination
- Rapport om avvikelse ger inte effekt. Risken är att det inte leder till åtgärd

Några risker har under 2019 bedömts ha så höga riskvärden att åtgärd krävts. Det gäller risken att brukare inte får den hjälp hen behöver samt risken för minskad rättssäkerhet pga tekniska problem. Rutiner för att åtgärda riskerna har tagits fram och implementeras under 2020.

En webbaserad utbildning genomförs under 2019-2020 under ledning av 1:e socialsekreterargruppen. Utbildningen riktas till handläggare inom Myndighet och syftar till att stärka uppföljning av biståndsbeslut (risk: Svårt följa upp biståndsbeslut och värdera om brukares behov har blivit tillgodosedda)

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.



Avvikelser	Utfall år 2019
Antal inkomna rapporter, totalt	27
Antal inkomna rapporter som anmälts till IVO på grund av allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande	7

Antalet rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah är marginellt lägre 2019 jämfört med 2018. Samtliga rapporterade händelser är utredda, avslutade och återkopplade till verksamheten. Andelen rapporterade missförhållanden som rör brister i bemötande har ökat, 13 av 27 rapporter handlar om hur brukare blir bemötta av professionella i utförande av uppdraget. De systemiska orsakerna till brister i bemötande bör analyseras och åtgärdas under 2020.

Sju utredningar av missförhållanden har anmälts till IVO under 2019, då händelserna bedömts allvarligt hotat den enskildes liv, hälsa, trygghet eller integritet. Tre av missförhållandena som har anmälts till IVO rör brister i bemötande, två rör brister i omvårdnad, en handlar om brist i handläggning och en rör brist i dokumentation.

Vid lex Sarahutredningar under 2019 har det framkommit intressanta bifynd som handlar om brister och/eller felaktighet i dokumentation. Brister/felaktig dokumentation återfinns i flera av utredningarna, trots att den rapporterade händelsen inte handlar om dokumentation. Bristerna/felaktigheterna i dokumentation behöver i dessa fall inte nödvändigtvis ha påverkat den enskilde negativt, men det ger verksamheten en signal om behov av åtgärder för att förbättra dokumentation.

Anvisning

Statistik redovisas under menyn Utvärdera/ Sammanställning av rapporter, synpunkter och klagomål. Det som handlar om Lex Sarah redovisas nedan (se till att fylla i data i den vyn).

I det kompletterande textavsnittet skrivs en summerande analys av ovanstående nyckeltal samt vad rapporterna har resulterat i gällande förbättringar i verksamheten. Redovisa per sektor utan att gå in på detaljer som gör att enskilda rapporter går att identifiera. Redogör även för de skäl för beslut IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) meddelat vid anmälningarna av Lex Sarah.

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Anvisning

Statistik redovisas från vyn ”Sammanställning av rapporter, synpunkter och klagomål”. Det som handlar om synpunkter och klagomål redovisas nedan (se till att fylla i data i den vyn).

I det kompletterande textavsnittet **(3.6?)** skrivs en summerande analys av samtliga ovanstående nyckeltal samt vad rapporterna har resulterat i gällande förbättringar i verksamheten. **Redovisa per sektor** utan att gå in på detaljer som gör att enskilda avvikelser går att identifiera.

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.

Inkomna avvikelser

Avvikelser	Utfall år 2019	Utfall år 2018
Antal rapporteringar gällande brister i bemötande	46	35
Antal rapporteringar gällande brister i handläggning	43	44
Antal rapporteringar gällande brister i dokumentation	38	40
Antal rapporteringar gällande brister i kommunikation och information	88	107
Antal rapporteringar gällande brister i omsorg	332	323
Antal rapporteringar gällande våld och övergrepp	36	31
Antal rapporteringar gällande utebliven eller fördröjd insats	610	736
Antal rapporteringar gällande brister i vård och behandling	43	58
Antal rapporteringar gällande brottslig handling		
Antal rapporteringar gällande brister i informationsöverföring		
Antal rapporteringar gällande brister i arbetsrutiner		
Antal rapporteringar gällande brister i lokaler eller resurser		

Andel och antalet rapporterade avvikelser som rör brister i bemötande har ökat jämfört med 2018, från 2,5% av alla rapporterade avvikelser 2018 till 3,7% av alla rapporterade avvikelser 2019. Samma mönster finns mellan 2018 och 2019 i rapporterade lex Sarahhändelser.

Ej verkställda beslut

Redovisning 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.

Per den 31 december 2019 fanns totalt 28 beslut som ej verkställts tre månader efter beslutsdatum. Av dessa avsåg 10 beslut om bostad för vuxna enligt 9.9 § LSS och 11 beslut avsåg permanent bostad enligt SoL (äldreboende).

Jämfört med 31 dec 2018 är det färre beslut 31 dec 2019 som inte har verkställts inom tre månader efter beslutsdatum och därmed anmälts till IVO. 31 dec 2018 uppgick antalet ej verkställda beslut till 36. I huvudsak var det samma typ av beslut som anmältes som ej verkställda 2018, dvs bostad för vuxna enligt LSS och bostad för äldre enligt SoL. En förbättring skedde under 2019 när det gäller bostad IFO som vid årsskiftet 2018 redovisad åtta ej verkställda beslut men den 31 dec 2019 uppgick antal ej verkställda beslut bostad IFO till fyra.

Insats	Lagrum	Ej verkställda	Avbrott i verkställighet	Verkställda under perioden	Avslut utan verkställighet	Ärende som är äldre än 1 år	Man/kvinna	Barnperspektiv
Kontaktperson	9.4§ LSS				1			
Korttidsvistelse	9.6§ LSS				1	1	1/0	
Bostad för Barn och Unga	9.8§ LSS				1	1	0/1	1
Bostad för vuxna	9.9§ LSS	10				8	6/2	
Behandlingshem	SoL			1		1	1/0	
Permanent bostad	SoL	3			1	2	1/1	



Insats	Lagrum	Ej verkställda	Avbrott i verkställighet	Verkställda under perioden	Avslut utan verkställighet	Ärende som är äldre än 1 år	Man/kvinna	Barnperspektiv
Permanent bostad ÄO	SoL	11		10	3			
Bostad IFO	SoL	4		2	2	1	1/0	
Medboende ÄO	SoL							

Egenkontroll nationell nivå

Kommunens kvalitet i korthet, KKiK

I Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) redovisas resultat inom några viktiga områden som är intressanta för invånarna. Resultaten har ambitionen att beskriva kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Det nationella projektet KKiK omfattar övervägande delen av Sveriges kommuner.

Anvisning

Uppgifter hämtas från Kolada och förs in under fliken Utvärdera/ Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar i menyfältet. Skriv kortfattad kompletterande analys utifrån den redovisade statistiken.

Analys av redovisade uppgifter i KKiK 2019 har utförts bristfälligt.

Område	Mått	Utfall 2019	Utfall 2018	Riket 2019	Riket 2018
Stöd och omsorg	Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - förbättrad situation, andel (%)	57%	69%	76%	76%
	Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	82%	93%	79%	79%
	Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	9	25	15	15
	Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv	3 834	3 728	4 289	4 049
	Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde (2018)				150
	Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende, andel (%) av maxpoäng		74		83
	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)				74%
	Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv	7 636	7 441	6 720	6 473
	Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	75	48	67	53
	Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	16	17	16	15
	Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel	48	49	51	64



Område	Mått	Utfall 2019	Utfall 2018	Riket 2019	Riket 2018
	(%) av maxpoäng				
	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	73	80	81	82
	Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	89	92	88	91
	Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+ (2017)	225 296	224 023	249 532	243 986

En förklaring till att kostnaderna för funktionsnedsättning totalt i kr/invånare har ökat från år 2018 till år 2019 kan vara ersättning från Försäkringskassan inte räcker för att tillgodose brukarens behov, kostnaderna faller på kommunen. En annan förklaring kan vara interna overheadkostnader.

Ett kvalitetsnyckeltal som mäts i KKIK är personkontinuitet inom hemtjänsten. För 2019 har kontinuiteten förbättrats med en procentenhet. Resultatet ligger på ett snitt i riket gul 16.

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.

Anvisning

Utifrån nedan områden skall ansvarig chef per delområde göra en analys av de öppna jämförelserna. Områden som granskas handlar bland annat om helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet, tillgänglighet, trygghet och säkerhet. Genom att göra jämförelser med övriga kommuner och de mål Socialstyrelsen satt upp görs en analys kring vilka utvecklingsområden som behöver prioriteras.

Varje chef går in i öppna jämförelser inom sitt verksamhetsområde och analyserar materialet samt skriver en text för nedan område. Kommentera det som avviker.

I mars 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. Uppgifterna som rapporterades i mars 2019 och avser 2018. I mars 2020 kommer uppgifter redovisas till Öppna jämförelser som avser 2019. Nedan redovisas exempel på kommentarer och analyser från verksamheterna på utfallet av 2018.

Social Barn- och ungdomsvård

Under 2019 pågick implementering av projekt Familjehuset Klippan, fr o m 2020 ingår det i ordinarie verksamhet. Familjehuset Klippan är en integrerad mottagning med Hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och ungdomar mellan 6 - 18 år med lindrig psykisk ohälsa.

Under 2019 har fortsatt implementering av arbetssättet Signs of Safety pågått inom hela barnavården i Myndighet. Det innebär förstärkt samverkan med familjer med fokus på familjernas egna resurser och inventering av familjernas privata nätverk. Interna samarbetsmöten (BUGE-träffar) har intensifierats i syfte att hitta rätt insats och öka samsyn kring behov.

Ekonomiskt bistånd

Under 2019 har antalet hushåll med barn med långvarigt ekonomiskt biståndsbehov inte ökat.

Det fanns en farhåga om att många som skulle lämna etableringsfasen inte skulle vara självförsörjande vilket hade inneburit ökade kostnader för försörjningsstöd. Denna farhåga har inte infriats, tvärtom har ett progressivt och konstruktivt arbete med att nå självförsörjning och etablering på arbetsmarknaden genomförts och varit framgångsrikt.

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Bostadsfrågan och hemlösheten är fortsatt en stor fråga för flera målgrupper inom IFO. Vi ser en ökning av ansökningar och utredningar om rätten till bistånd vad gäller hjälp till och anskaffning av egen bostad. Det är en utmaning för socialtjänsten att hantera hemlöshet pga strukturella skäl, t ex krav på mångårig kötid i kombination med faktisk bostadsbrist.

Under 2019 har ett arbete inletts kring Boskola tillsammans med Mottagning integration.

Bristen på bostäder med rimlig hyreskostnad för den enskilde medför att ansökan om bistånd till bostad har ökat. Finns en risk att detta medför att Socialtjänsten blir en sekundär "bostadsmarknad"

Missbruks- och beroendevård

Under 2019 har vård- och behandlingsinsatser enligt LVM ökat markant jämfört med de närmsta åren innan. Vid utredning av LVM-vård kompletteras utredningen alltid av en läkarbedömning inför prövning i Förvaltningsrätten.

Det finns en ökning av antal ärenden i missbruksvård för åldersgruppen 18-20 år, där narkotika är huvuddrogen.

En systematisk metod som används är NET-plan där stöd/behandlingsbehovet noggrant kartläggs med brukaren. Andra metoder som används i utredningsarbetet inom missbruksvård är ADAD och ASI. Fortsatt arbete och implementering av de Nationella riktlinjer pågår kontinuerligt och i samarbete med externa och interna aktörer.

I samverkansforumet PPS (Psykiatri, Primärvård och Socialtjänst) finns en gemensam lokal handlingsplan för målgruppen. Under året har ett utvecklingsarbete startats kring att utöka vård- och stödsamordning för personer inom målgruppen, tillsammans med kollegor i Social resurs.

Hemlöshetsfrågan är omfattande för målgruppen i missbruks- och beroendevård.

Den mest långvariga och mest beviljade insatsen (biståndet) inom målgruppen är boende alt boende med stöd. Boende är en grund förutsättning för att kunna rehabilitera sig från beroende/missbruks problematik samt för att kunna ta emot och tillgodogöra sig insatser som erbjuds på hemmaplan i öppenvård.

Stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS

Under året har en diskussion om implementering av IBIC inom funktionshinderverksamheten pågått. Utvecklingsarbetet omfattar många delar av verksamheten inom Myndighet och Utförardelar samt inbegriper även att tekniska förutsättningar finns på plats. Detta kräver ett omfattande förarbete innan implementering kan genomföras.



I det gemensamma lokala forumet PPS (Psykiatri, Primärvård och Socialtjänst i Kungälv) finns kontinuerlig samverkan med interna och externa aktörer. Den Lokala Handlingsplanen Psykiatri revideras och följs upp i detta forum.

Under året har 15 personer lämnat insatsen på Daglig Verksamhet till arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Det finns en väl förankrad rutin och arbetsätt som leder till framgången. Arbetet bedrivs av jobbcoacher i Daglig verksamhet

FUB som intresseorganisation har ett inflytande över verksamheten genom dialogmöten samt stormöten där anhöriga till brukare och godemän bjuds in för dialog.

Äldreomsorg och hemsjukvård

Kommunal hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad verksamhet						
Vård och omsorg vid demenssjukdom - Styrande dokument	Vård och omsorg vid demenssjukdom - Multiprofessionella demensteam	Vård och omsorg vid diabetes - Styrande dokument	Vård och omsorg vid diabetes	Vård och omsorg vid stroke - Personal med särskild kunskap om stroke	Vård och omsorg vid blåsdysfunktion - Styrande dokument	
Styrdokument demenssjukdom	Erbjuder vård och omsorg med ett demensteam inom någon av alla boendeformer	Styrdokument diabetes	Erbjuder enkel fotundersökning inom alla boendeformer	Personal med särskild kunskap om stroke	Styrdokument blåsdysfunktion	Erbjudande om basal utredning avseende blåsdysfunktion

Ja, vi har ett lokalt vårdprogram vid demenssjukdom och minnesproblematik. På de övriga 5 punkterna är svaret nej

Socialtjänstens krisberedskap

Vid en kris kan personer som vanligtvis klarar sig själva behöva stöd från socialtjänsten och för brukare som redan finns i socialtjänstens verksamheter kan det krävas nya eller mer omfattande insatser. I begreppet krisberedskap ingår förmågan att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Krisberedskap kan bestå av åtgärder och strukturer som skapas före, under och efter en kris.

Verksamheternas enheter har utarbetade planer för krisberedskap vid olika typer av händelser. På verksamhetsområdesnivå har ett arbete med övergripande krisledningsplaner följts upp.

Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning - socialpsykiatri

Fokus har lagts på kompetensutveckling för personal./ALH

Våld i nära relation

Inom myndighetsverksamheten finns Våld i Nära Relationer -teamet som leds av en samordnare. Teamet ansvarar för myndighetsutövningen vid ansökan/anmälan Våld som rör individärenden samt går in vid behov som medhandläggare i redan befintliga ärenden där frågan kan bli aktuell.

Under 2019 har ett utvecklingsarbete pågått vilket bl a resulterat i en ökad personalresurs då ärendemängden ökat.



För våld som rör barn/ungdomar har socialtjänsten ett avtal med Barnhuset i Göteborg där samråd och samordning sker med polis, åklagare, barnmedicinska, barnpsykiatri.

Vi har under året mött något mer hedersrelaterat våld och det är av stor vikt att kunskaps- och kompetensutvecklingen fortsätter inom området.

Vi har ett avtal med Dialoga som tillhandahåller utbildning och kompetenshöjande insatser i frågan. Samordnare i VINR-teamet har även kontakt med fler externa aktörer i frågan som t ex Länsstyrelsen

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 ett mått kring brukares nöjdhet.

Anvisning

Uppgifter hämtas från Socialstyrelsen eller Kolada och förs in under fliken Utvärdera/Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar i menyfältet. Skriv kortfattad kompletterande analys utifrån den redovisade statistiken.

Hemtjänst

Kvalitetsnivån bedöms ligga runt medel i riket utifrån att de flesta resultat ligger inom det gula fältet. De största förändringarna ligger inom nedanstående områden. Den brukarupplevda kvalitén har minskat svagt under året. Svårigheten att få kontakt med hemtjänstpersonalen upplevs ha ökat vilket innebär en försämring för brukarna. Samtidigt har brukarnas upplevelse av det egna hälsotillståndet också försämrats. I jämförelse med andra kommuner ligger brukarnas egna bedömningar om sitt hälsotillstånd lågt. Brukarnas upplevelse av om beslut är anpassade till det egna behovet värderas också lågt.

Brukarnas nöjdhet står i relation till upplevt hälsotillståndet vilket framgår vid jämförelser av samma kriterier för hemtjänst och särskilt boende i riket.

Boende ÄO

Kvalitetsnivån i Kungälv bedöms ligga runt rikets medelvärde. Den brukarupplevda kvalitetsnivån har minskat svagt mellan åren. Brukarna har bedömt att det har blivit svårare att få kontakt med personalen. Förtroende för personalen har minskat. Hänsyn till brukarnas åsikter har minskat. Boendemiljön, mat och måltidmiljö har enligt den nationella brukarundersökningen försämrats.

Område	Mått	Utfall 2019	Utfall 2018	Riket 2019	Riket 2018
Hemtjänsten	Mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten (helhetssyn), andel (%)		92%		88%
Särskilt boende äldreomsorg	Mycket eller ganska nöjda med boendet (helhetssyn), andel (%)		78%		81%

Egenkontroller kopplade till socialtjänstprocessen och hälsosjukvårdsprocessen

Socialtjänstprocessen

Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
Utredningstid 0-20 år skall ligga inom 120 dagar om inte beslut	Lagstadgat är en maximal utredningstid inom 120 dagar.



Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll
om förlängning finns.	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.

Definitionen av utredningstid i egenkontroll rörande utredningstid för barn och ungdomsutredningar behöver ses över då det visats sig att uttag från verksamhetssystem jämfört med manuell beräkning kan ge olika utfall och påverka resultatet på ett avgörande sätt.

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 2020	På enhetsnivå skall risker identifieras i proaktivt syfte, eller analys av avvikelser. Detta kan med fördel ske löpande under året, men inför årsplaneringen 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 2020	Risker ska identifieras i proaktivt syfte, eller analys av avvikelser. Detta kan med fördel ske löpande under året, men inför arbetet med kvalitetsplanen behöver riskerna sammanställas. Använd bifogad blankett (under fliken dokument när du öppnar 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 Läkemedelshandtering - lokal instruktion och Lokala hygienrutiner	I oktober månad ska samtliga berörda enheter uppdatera dokumenten Läkemedelshandtering - lokal instruktion samt Lokala hygienrutiner. Varje enhet uppdaterar sina dokument.

Frågeformulär kvalitet

Frågeformuläret är en egenkontroll som består av utvalda processer/aktiviteter. Frågeformuläret är besvarat av respektive enhet. Frågeområdena rör dokumentation, kost, systematiskt förbättringsarbete



och vårdhygienisk standard

Vårdhygienisk standard

Fråga	Svar, Antal
Bär all vårdpersonal kortärmade arbetskläder i vårdtagarnära arbete?	<p> Ja 23 (st)</p> <p> Nej 1 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Finns det olika markerade ytor för att hantera ren respektive oren tvätt?	<p> Ja 5 (st)</p> <p> Delvis 3 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Ej svarat 1 (st)</p>
Finns det tillgång till handdesinfektionsmedel, handskar, skyddskläder och ytdesinfektionsmedel i tvättstugan?	<p> Ja 10 (st)</p> <p> Ej svarat 2 (st)</p>
Finns ett fungerande system för att införa vårdhygieniska rutiner på enheten?	<p> Ja 25 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 2 (st)</p>
Finns fast mötestid där vårdhygieniska frågor diskuteras regelbundet?	<p> Ja 19 (st)</p> <p> Delvis 1 (st)</p> <p> Nej 4 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 4 (st)</p>
Finns förutsättningar för att byta arbetskläder dagligen samt vid behov?	<p> Ja 25 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Finns handskar och plastförkläden lättåtkomligt placerade där dom ska användas?	<p> Ja 24 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Finns handsprit lättåtkomligt placerat där handdesinfektion ska utföras?	<p> Ja 25 (st)</p> <p> Nej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Finns rutiner för hur den rena tvätten ska hanteras och förvaras?	<p> Ja 19 (st)</p> <p> Vet ej 2 (st)</p> <p> Ej svarat 2 (st)</p>
Finns rutiner för hur smutsvätten ska transporteras till tvättstugan och var den ska förvaras?	<p> Ja 8 (st)</p> <p> Delvis 1 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 2 (st)</p>



Fråga	Svar, Antal
Finns rutiner för hur vårdtagare med riskfaktorer, tex sår och diarréer, vårdas/omhändertas?	<p> Ja 23 (st)</p> <p> Vet ej 3 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Finns rutiner för rengöring och smittrening av vårdtagarnära ytor?	<p> Ja 24 (st)</p> <p> Vet ej 2 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Följs reglerna om att inte ha långt hängande hår/huvudduk, bära ringar, armband eller armbandsur och att inte ha långa naglar, nagellack, påbyggnadsnaglar eller lösnaglar?	<p> Ja 20 (st)</p> <p> Delvis 3 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Ingår genomgång av basala hygienrutiner och klädregler i introduktionsprogram för vårdpersonal/studenter på enheten?	<p> Ja 22 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Vet ej 2 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Om basala hygienrutiner och klädregler inte följs leder det till någon påföljd?	<p> Ja 22 (st)</p> <p> Delvis 1 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Sker mätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, självskattning	<p> Ja 17 (st)</p> <p> Delvis 3 (st)</p> <p> Nej 3 (st)</p> <p> Vet ej 3 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>
Är alla yrkeskategorier delaktiga i förbättringsarbetet för att upprätthålla god vårdhygien och förhindra smittspridning på enheten?	<p> Ja 24 (st)</p> <p> Delvis 1 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 3 (st)</p>

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.	<p> Ja 59 (st)</p> <p> Delvis 3 (st)</p> <p> Nej 1 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Ej svarat 20 (st)</p>
Analyseras avvikelser systematiskt på enheten/arbetsplatsen? Beskriv i kolumnen kommentar hur och vilka förbättringar detta	<p> Ja 36 (st)</p>



Fråga	Svar, Antal
har lett till i verksamheten under aktuell period.	Delvis 5 (st)
	Nej 5 (st)
	Vet ej 1 (st)
	Ej svarat 5 (st)
Känner du dig säker på handhavandet av avvikelsemodulen i Treserva? Vid nej beskriv i kommentaren vilket/vilka moment du är osäker på.	Ja 33 (st)
	Delvis 14 (st)
	Nej 11 (st)
	Vet ej 4 (st)
Använder du dig av statistik kring avvikelser som publiceras månadsvis?	Ja 23 (st)
	Delvis 10 (st)
	Nej 17 (st)
	Vet ej 12 (st)
	Ej svarat 9 (st)




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.	Ja 11 (st)
	Delvis 14 (st)
	Ej svarat 1 (st)
Har alla anställda tillräcklig kunskap för att utföra dokumentation enligt gällande rutiner och riktlinjer? Vid nej eller delvis, kommentera	Ja 53 (st)
	Delvis 5 (st)
	Nej 3 (st)
	Vet ej 1 (st)
	Ej svarat 9 (st)

Kost

Fråga	Svar, Antal
Finns det lokalt utsedda kostombud på respektive enhet?	Ja 20 (st)
	Nej 1 (st)
	Ej svarat 1 (st)
Har all personal kännedom om riktlinjer för kost och nutrition? Vid nej eller delvis, kommentera i kolumnen kommentar	Ja 17 (st)
	Delvis 7 (st)
	Ej svarat 1 (st)
Finns det beskrivet önskemål gällande måltidsmiljö i genomförandeplanen?	Ja 1 (st)
	Delvis 8 (st)
	Ej svarat 1 (st)
Har all personal fått grundutbildning i kost och nutrition? Vid Nej	Ja 8 (st)



Fråga	Svar, Antal
eller Delvis, kommentera varför.	 Delvis 12 (st)
	 Nej 2 (st)
	 Ej svarat 1 (st)

Kommentar till kvalitetsberättelsen.

Det finns kostombud på i stort sett alla enheter vilket är bra och visar på att man anser att det är en viktig fråga.

Riktlinjer för kost och nutrition är delvis kända, vilket tyder på att det behövs en påminnelse om dessa.

Önskemål gällande måltidsmiljö finn delvis beskrivet i genomförandeplan. En bra start som kan utvecklas och bli bättre.

Många beskriver att delar av personal inte kunnat skickas till utbildning pga bristande resurser och ekonomiska skäl men lika många pga att dietisten varit frånvarande utan ersättare och därför inte kunnat erbjuda utbildningar.

3.4 Självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst

Anvisning

I detta avsnitt sammanställs ett snitt av vad samtliga leverantörer svarat kring varje frågeställning.

I detta avsnitt redovisas svar från respektive utförare. Dessa svar har kommit in via enkätfrågor. Resultatet rapporteras in av SAS (socialt ansvarig samordnare) under Utvärdera/självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst i menyn.

Valda delar av enkätsvaren väljs in och kommenteras av SAS i rapporten.

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.

Under 2019 har självskattning av kvalitet från leverantör av hemtjänst inte lämnats från kommunala verksamheter eller externa utförare. Kommunen har inte efterfrågat självskattning från extern utförare. Enligt förfrågningsunderlag LOV ska leverantör av hemtjänst göra en självskattning som ska lämnas till kommunen.

3.5 Samverkan för att säkra kvaliteten

Anvisning

Ska vi redovisa all vår samverkan i patientsäkerhetsberättelsen undrar josefine!!!!

Anvisning



SOSFS 2011: 9, 4 kap.

Beskriv hur vi identifierar de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. 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 verksamheter. Redogör för hur vi gör detta.

Vilka processer har kartlagts? Finns riktlinjer och rutiner som stödjer samverkan?

Under 2019 har inte någon kartläggning utförts av huvud- eller stödprocesser eller processer där samverkan behövs för att säkra kvalitet på insatser i verksamheterna. Både huvud-, stöd- och ledningsprocesser finns sedan tidigare beskrivna i kvalitetsledningssystemet och det finns rutiner kopplade till processerna. Flera av rutinerna beskriver samverkan inom/mellan olika verksamheter och enheter, t ex anhörigstöd - HSL - Myndighet

3.6 Övrigt kvalitetsarbete under året

Anvisning

Här beskrivs kvalitetsarbete utöver kvalitetsplan som genomförts under året. Till exempel utbildningar, föreläsningar och andra satsningar.

Anvisning

[Här ska en anvisning läggas in]

Av anvisningen bör det framgå vad den sammanfattande analysen ska bestå av. Tonvikt på någon del? Hur ska den sammanfattande analysen presenteras?

Metodutvecklare har fortsatt att utbilda personal i IBIC både i grupp och individuellt inom hemtjänst och särskilt boende.

Valideringsutbildning undersköterska genomförs med stöd av utbildare som finansieras av omställningsfonden TLO för 15 medarbetare.

Ökad digital kunskap genom projekt modig som riktar sig till chefer och medarbetare inom hemtjänst och LSS

3.7 Mål och strategier för kvalitetsarbetet kommande år

Anvisning

Redogör för kommande års mål och strategier, gärna i punktform.

Anvisning

Med utgångspunkt från den sammanfattade analysen. Redogör för kommande prioriterade förbättringsområden, gärna i punktform.

Under det kommande året klargöra vem som är uppdragstagare för att ansvara för att uppdatering av rutiner i kvalitetsledningssystem görs./ALH

Implementering av IBIC i LSS-verksamhet för att kvalitetssäkra dokumentation kring brukare.

En ökning av hedersrelaterat våld har skett under 2019. Det är av stor vikt att kunskaps- och kompetensutvecklingen fortsätter inom området under 2020.

Det är ett mål att återuppta adekvata brukarundersökningar av brukarens upplevelse av LSS-insats samt uppföljning av den utförda insatsen.

Samordning av utbildningsprocessen inom hela sektorn för en gemensam och över tid hållbar struktur. Här ligger social dokumentation med dess olika delmoment först att systematiseras.

Arbeta för en ökad digital kunskap i organisationen genom pågående projekt MODIG så att fler anställda än idag kan ta del av den information som finns digitalt.

Arbeta för en ökad tillgänglighet av rutiner så de även kan nås via mobiltelefon av personal som befinner sig ute på fältet.

Möjliggör digital tillgängligheten av brukarens genomförandeplan via app för att den skall bli ett instrument att arbeta utifrån. Först när genomförandeplanen blir digitalt tillgänglig för personalen under utförandet kan effekt uppnås.

En fortsatt fokus kring samordning av rutiner som berör olika verksamheter i de fall det är möjligt att utgå från samma rutin.

3.8 Riskanalys

4 Patientsäkerhetsberättelse

4.1 Övergripande mål och strategier

Anvisning

Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

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.

Anvisning

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Här läggs en fast text in i rapporten, d.v.s. texten följer med år till år och rapporteras på så vis inte in. Om texten önskas ändras är det en administratör som har möjlighet att göra dessa ändringar.

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 ansvarar för att:

- utarbeta lokala rutiner i samråd med legitimerad personal ”Lokala hygienrutiner” och ”Läkemedelshantering - lokal instruktion”
- 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 hälso- och sjukvårdsuppgift.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att:

- efter delegering utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- efter ordination utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- kontakta leg. 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 leg. personal samt enhetschef
- rapportera negativa händelser i verksamhetssystemet Treserva

4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering

Anvisning

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analysera och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

Enhetschefen 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.

Avvikelse i vårdsamverkan ska analyseras på systemnivå.

Anvisning

Här skriver du hur avvikelshantering har skett under året samt eventuella förändringar och förbättringar.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10§ p1-2

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskriv hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier. Tex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

SFS 2010:659, 3 kap. 10§ p1-2

I 2018 års patientsäkerhetsberättelse sattes mål upp för patientsäkerhetsarbetet för 2019.

Målen avser:

- **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**

Säkerställa läkemedelsprocessen

Mcss- digital signering är införd på alla berörda enheter inom kommunen. Mcss (systemet) skickar ut påminnelse vid varje tillfälle ett läkemedel inte givits i tid, samt ger möjlighet till uppföljning av läkemedelshandlingen. Initiativ har tagits av MAS i SIMBA kommunerna om att använda ordinationsverktyg för att ordinera läkemedel i Apodos, för att få en samlad ordinationshandling. Detta ger en säkrare läkemedelshandling. Processen pågår.

Säkerställa avvikelshanteringsprocessen

Här har vi inte uppnått målet utan detta kvarstår att arbeta med 2020.

Säkerställa att riskbedömningar utförs enligt plan

Målet är att 100 % av personer 65 år och äldre har erbjudits riskbedömning av de som har hemsjukvård. Sjuksköterskorna är mer medvetna så fler patienter har erbjudits riskbedömningar. Uppfattningen är att antalet riskbedömningar har ökat. Sedan sker åtgärder och uppföljning i varierande grad.

Förbättra journalföring genom införande av hälsoärende (ny modul i Treserva) samt införande av KVÅ koder

Verksamheten har säkerställt de KVÅ koder vi ska använda för registrering. Start januari 2020. Modulen för hälsoärenden är inte implementerad ännu. Detta beroende på tekniska svårigheter.

Övriga utvecklingsområden

Förflyttningsteknik

Under 2019 har Rehabverksamheten arbetat strukturerat med förberedelser inför nytt upplägg av förflyttningutbildning under 2020. Elever från Omvårdnadsprogrammet samt sommarvikarier för omvårdnadspersonal har genomgått utbildning inom förflyttning med syftet att säkerställa säker förflyttning av patienter samt förebygga belastningsskador hos personal.

Uppföljning hjälpmedel

En betydande del av tid för uppföljning gällande hjälpmedel har lagts på uppföljning av lyftselar under både vår och höst. Kartläggning av vilka selar som finns förskrivet inom VOB (vård- och omsorgsboenden), samt besiktning av de samma.

Digital signering av ordinerade och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Införandet är klart på alla enheter för hälso- och sjukvårdsinsatser (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut). Det som återstår är privata leverantörer av hemtjänst pga. det tekniska inte är löst.

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 sedan 2018 uppmärksammat behov av ökad kunskap bland omsorgspersonal gällande hälso- och sjukvård. Patienter blir tidigare utskrivna från sjukhus och därmed ökar behovet av högre kunskap av svårt sjuka patienter.

Under året har lite eller ingen utbildning bedrivits utifrån det ekonomiska läget. För patientsäkerheten behövs kompetens kontinuerligt underhållas.

Verksamhet hemsjukvård har marginellt ökat antal patienter, men patienterna har ett större behov av insatser. Medarbetare påtar markant ökad arbetsbelastning och har svårt att fullgöra arbetsuppgifterna. Detta har medfört att verksamheten har tvingats att prioritera, vilket i sin tur innebär att insatser av mindre akut karaktär skjuts upp eller inte utförts

Sårvård

Verksamheten har utvecklat ett arbetssätt gällande sårvård i samverkan med vårdcentralerna. Syftet är att uppnå högre läkningsgrad och säker diagnostisering samt effektiv behandling Sjuksköterskor har deltagit i en sårvårds konferens, samt utbildning har genomförts om sårläkning av svårläkta sår

Kortidsverksamheten

Bedrivs på Ytterbyhemmet sedan januari 2019. Här finns idag 19 platser varav två används till växelvård samt pga. köer och otillräckligt med permanenta platser inom särskilt boende har kommunen ett samarbetsavtal med Ale kommun där det köps 10 korttidsplatser

Målen avser:

Säkerställa läkemedelsprocessen

Mcss- digital signering är införd på alla berörda enheter inom kommunen. Mcss (systemet) skickar ut påminnelse vid varje tillfälle ett läkemedel inte givits i tid, samt ger möjlighet till uppföljning av

läkemedelshanteringen. Initiativ har tagits av MAS i SIMBA kommunerna om att använda ordinationsverktyg för att ordinera läkemedel i Apodos, för att få en samlad ordinationshandling. Detta ger en säkrare läkemedelshantering. Processen pågår.

Säkerställa avvikelshanteringsprocessen

Här har vi inte uppnått målet utan detta kvarstår att arbeta med 2020.

Säkerställa att riskbedömningar utförs enligt plan

Målet är att 100 % av personer 65 år och äldre har erbjudits riskbedömning av de som har hemsjukvård. Sjuksköterskorna är mer medvetna så fler patienter har erbjudits riskbedömningar. Uppfattningen är att antalet riskbedömningar har ökat. Sedan sker åtgärder och uppföljning i varierande grad.

Förbättra journalföring genom införande av hälsoärende (ny modul i Treserva) samt införande av KVÅ koder

Verksamheten har säkerställt de KVÅ koder vi ska använda för registrering. Start januari 2020. Modulen för hälsoärenden är inte implementerad ännu. Detta beroende på tekniska svårigheter.

Övriga utvecklingsområden

Förflyttningsteknik

Under 2019 har Rehabverksamheten arbetat strukturerat med förberedelser inför nytt upplägg av förflyttningutbildning under 2020. Elever från Omvårdnadsprogrammet samt sommarvikarier för omvårdnadspersonal har genomgått utbildning inom förflyttning med syftet att säkerställa säker förflyttning av patienter samt förebygga belastningsskador hos personal.

Uppföljning hjälpmedel

En betydande del av tid för uppföljning gällande hjälpmedel har lagts på uppföljning av lyftselar under både vår och höst. Kartläggning av vilka selar som finns förskrivet inom VOB (vård- och omsorgsboenden), samt besiktning av de samma.

Digital signering av ordinerade och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Införandet är klart på alla enheter för hälso- och sjukvårdsinsatser (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut). Det som återstår är privata leverantörer av hemtjänst pga. det tekniska inte är löst.

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 sedan 2018 uppmärksammat behov av ökad kunskap bland omsorgspersonal gällande hälso- och sjukvård. Patienter blir tidigare utskrivna från sjukhus och därmed ökar behovet av högre kunskap av svårt sjuka patienter.

Under året har lite eller ingen utbildning bedrivits utifrån det ekonomiska läget. För patientsäkerheten behövs kompetens kontinuerligt underhållas.

Verksamhet hemsjukvård har marginellt ökat antal patienter, men patienterna har ett större behov av insatser. Medarbetare påtar markant ökad arbetsbelastning och har svårt att fullgöra arbetsuppgifterna. Detta har medfört att verksamheten har tvingats att prioritera, vilket i sin tur innebär att insatser av mindre akut karaktär skjuts upp eller inte utförts

Sårvård



Verksamheten har utvecklat ett arbetssätt gällande sårvård i samverkan med vårdcentralerna. Syftet är att uppnå högre läkningsgrad och säker diagnostisering samt effektiv behandling. Sjuksköterskor har deltagit i en sårvårds konferens, samt utbildning har genomförts om sårläkning av svårläkta sår.

Kortidsverksamheten

Bedrivs på Ytterbyhemmet sedan januari 2019. Här finns idag 19 platser varav två används till växelvård samt pga. köer och otillräckligt med permanenta platser inom särskilt boende har kommunen ett samarbetsavtal med Ale kommun där det köps 10 korttidsplatser.

4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Anvisning

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

Beskriv 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.

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 vårdcentral 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.

Samverkan inom kommun samt med andra vårdgivare

Inom SIMBAs och inom Närområdesgrupp arbetar vårdcentralerna, sjukhuset och kommunen med samverkan över vårdgivargränser för att förebygga att vårdskador uppstår.

Utifrån lagen om ”Trygg och säker utskrivning från slutenvård” 2017, inrättande av mobila specialistteam, utifrån SIMBAs handlingsplan, samt arbetsgrupp äldre, bedrivs samverkansmöte regelbundet mellan berörda vårdgivare.

Kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar med sjukhus och vårdcentral. Regelbundna möten sker områdesvis mellan vårdcentralernas läkare och hemsjukvårdens sjuksköterskor.

Inom kommunens olika verksamheter sker strukturerad samverkan mellan yrkesgrupper och enheter. Kommunal hälso- och sjukvård arbetar i samverkan med funktionshinder, socialpsykiatri, hemtjänst och vård och omsorgsboende.

Nära Vård och Mobila team

Nära vård är en pågående nationell omställning av hälso- och sjukvård, med syfte att behålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården och möta den demografiska utvecklingen. För att ha kontroll på kostnaderna kan inte vård och omsorg organiseras på samma sätt som idag. Det krävs en struktur och



organisationsförändring för att såväl åstadkomma en ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande.

Omställningen innebär att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd, primärvården, observera att den kommunala hälso- och sjukvården på vårdnivå är en del av primärvården. Färre patienter kommer vårdas på sjukhus och att fler vårdas i ordinärt boende. Närhet kan innebära geografisk närhet, relationsnärhet samt tillgänglighet. Omställningen pågår mellan 2017-2027.

Mobilt närsjukvårdsteam MT är samverkan mellan sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentralsläkare. Möjliggör att patienten får hembesök av läkare tillsammans kommunal sjuksköterska samma dag eller dagen efter, utifrån att behov av läkarkonsultation påtalats.

Mobilt palliativt team MPT

Mobilt palliativt team utgår från slutenvården och ska bedriva specialiserad palliativ vård i hemmet som komplement till och i samverkan med vård och omsorg som ges av andra vårdgivare för patienter boende i SIMBA-området. Teamet ska finnas tillgängliga för konsultverksamhet för primärvård, kommun och sjukhuset.

Närsjukvårdsteam NSVT

Mobilt närsjukvårdsteam utgår från slutenvården och bedriver specialiserad vård i hemmet, det vill säga vård som kräver specialistmedicinsk kompetens och specialistkompetens inom omvårdnad och som utgår från specialistvårdsverksamhet. Vården sker i samverkan med hemsjukvårdsläkare, och kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet ska vara teambaserat, personcentrerat och proaktivt och bedrivs för de patientgrupper där arbetssättet skapar patientnytta.

Målgrupp är patienter med behov av specialiserad vård i hemmet, det vill säga medicinskt instabil patient med behov av mer intensiva insatser än vad hemsjukvårdsläkare har möjlighet att erbjuda. I första hand bör vård i NSVT erbjudas patienter med kommunal hälso- och sjukvård, men kan också erbjudas patienter utan kommunal hälso- och sjukvård

Det övergripande syftet med pågående nationella omställningen till Nära vård och mobila team med läkare från primärvård alternativt från slutenvård/sjukhus som utför hembesök, är att ge ökad trygghet för patienten och att arbeta proaktivt. Målet är undvika för patienten onödiga inläggningar på sjukhus alternativt besök på primärvårdens mottagningar eller sjukhusets akutmottagning, patienten ska få god vård på rätt vårdnivå. Medicinska bedömningar och beslut om åtgärder för patienten utförs i patientens hem. Förändringen upplevs som positivt för patienterna av samtliga berörda vårdgivare.

Lagen om ”Trygg och säker utskrivning från slutenvård”

Lagen om Trygg och säker inskrivning från slutenvård trädde i kraft januari 2018. I Västra Götaland startade arbete utefter lagen september 2018 efter att det därefter arbetats fram riktlinjer och rutiner. Under 2019 har sjukhusen, vårdcentralen och kommunerna arbetat med att lära sig tillämpa dessa. Kommunen och vårdcentral har ansvar för, utifrån att patienten ger sitt samtycke, lämna info till sjukhus som underlättar för sjukhus att se vilket behov patienten har. På samma sätt ska sjukhuset säkerställa att ordinationer, eventuella hjälpmedel som behövs för att patienten ska kunna omhändertas på vårdcentral eller hemsjukvård är klara innan patienten kan lämna sjukhuset

Tillämpning av riktlinjer och rutiner är ännu inte implementerade i tillräcklig omfattning, mycket arbete återstår med att förbättra så att utskrivningen från slutenvård blir trygg och säker. Kommunen upplever att patienterna lämnar sjukhus i ett tidigare skede, blir tidigare utskrivningsklara vilket ofta medför ett ökat behov av olika insatser och stöd. Patienter har vid utskrivning från sjukhus oftare behov av korttidsvistelse under en tid innan de kan gå hem till sitt eget boende. Denna utveckling har blivit än mer tydlig efter att den nya lagen om trygg och säker utskrivning från slutenvård införts.



Sammantaget innebär det förändrade arbetssättet att mer resurser behövs till den kommunala hälso- och sjukvården, korttidsverksamhet samt hemtjänst.

Gränsdragningsproblematik

Det bör påpekas att det föreligger tveksamheter till ovan beskrivna omställning och mobila team som utgår från sjukhus och specialistvård, tveksamheter och oklarheter gällande vad lagen avser är vårdcentral/kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar. Resursfrågan utifrån omställning och förskjutning av vård när fler vårdas av kommunal hälso- och sjukvård, på korttidsenhet och inom hemtjänst är inte heller löst och omhändertagen. Enligt 2 kap. 6 § HSL, se nedan, är den kommunala hälso- och sjukvården en del av primärvårdens vårdnivå. Sjukhus ansluten hemsjukvård, vilket NSVT och MPT är, är inte ett ansvar eller uppdrag för den kommunala hälso- och sjukvården.

Primärvård definieras i 2 kap. 6 § HSL, som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens

Sjukhusanknuten "hemsjukvård" (sjukhusvård i hemmet) är enligt förarbeten inte en del av primärvården och kan därför inte heller inkluderas i den hemsjukvård som kan vara kommunens ansvar

Ovanstående härrör från från SKL, Hälso- och sjukvård gränsdragningsfrågor mellan region och kommun 191120. Avd för juridik SKL Ellinor Englund Anna Åberg

Tvisteärende av principiell karaktär

Kungälv kommun har lyft två ärende i tvist med regionen. Ärenden som är av principiell karaktär.

Det ena ärendet är där patienten har behov av insatser av specialist karaktär, kommunen bestrider att betalningsansvar ska utgå till kommunen innan det är säkrat att patienten kan tas hem på ett patientsäkert sätt. Ärendet bestrids under 2019.

Kommunen bedriver också ett tvisteärende sedan 2017 gällande kommunens ansvar för en patients boende då patienten pga. sin hälsa inte kan tillgodogöra sig sin specialistbehandling om hen ska resa mellan bostad och behandlande specialistklinik.

LSS- korttidsverksamhet barn och unga - ansvar för hälso- och sjukvård

Utdrag nedan är från IVO:s rapport "Nästan som hemma" 2016, inspektion i Korttidsboende för barn och unga enligt LSS. Inspektioner är gjorda i tre län på totalt nio korttidsboenden. "Granskningen visar att kommunerna inte har samverkat med landsting och region i tillräcklig omfattning för att få till tillfredsställande lösningar för de berörda barnen. Det framgår också att landsting/regioner som har ansvaret även när barnen vistas på korttidsboende, inte heller tagit sitt ansvar för att hitta säkra lösningar på frågan. Med tanke på den ibland riskfyllda hanteringen av läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsinsatser är det förvånande att kommunerna inte varit mer angelägna om att få till en lösning med landstinget/regionen. Det är också förvånande att landstinget/regionerna inte heller har tagit sitt ansvar"

Kungälv kommun tog i slutet av 2016 utifrån ovanstående initiativ till ett samarbete mellan kommunerna inom SIMBA och startade en arbetsgrupp med berörda regionala verksamheter inom SIMBA området. Trots ovanstående medvetandegörande om hälso- och sjukvårdsansvar, framtagande av stöddokument till verksamheterna och samverkansmöten kvarstod att hälso- och sjukvårds åtgärder på korttidsverksamheten var långt ifrån säkrade. Arbetsgruppen lyfte ärendet till SIMBAs samordningsgrupp som i sin tur lyfte ärendet till VVG enligt följande: SIMBAs samordningsgrupp beslutar att "Till VVG lyfta frågan om behovet av regionövergripande riktlinjer för hantering av egenvård/delegering gällande hälso- och sjukvårdsåtgärder inom korttidsverksamhet för barn och unga enligt LSS"

Det har i slutet av 2019 tillsatts en partsammansatt arbetsgrupp mellan region och kommun för att ta

fram förslag för säkerställande av patientsäkerheten på korttids barn och unga LSS. Arbetsgruppen har till uppgift att under våren ta fram underlag/förslag till beslut och intentionen är att beslut ska vara fattat i slutet av 2020.

Öppenvårdsdos- en samlad ordinationshandling

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har tillsammans med verksamhetschefer hälso- och sjukvård på uppdrag av arbetsgrupp i SIMBA tagit fram förslag på hur en samlad ordinationshandling kan bli verklighet. Detta genom att ändra tillämpningsanvisningen vid förändrat läkemedelsansvar från patient till kommunal hälso- och sjukvård.

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. Med start den 1 oktober 2018. Tandhygienisten(TAIK) arbetar som munvårdskonsult och är en integrerad del av kommunal verksamhet. TAIK ska vara sakkunnig i tandvårdsfrågor, samt kvalitetssäkra och stärka kompetens och rutiner inom kommunal omvårdnad med avseende på munvård. Projektet är riktad mot målgruppen 65+

TAIK har under 2019:

Upprättat i samarbete med Medicinskt ansvarig sjuksköterska en rutin för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, där ansvar och roller har tydliggjorts.

Utbildat baspersonal på särskilda boenden enligt plan 2019-2020. Ungefär hälften av personal på särskilda boenden har utbildats under 2019. Utbildningen bygger på alla ska ha samma grundkunskap i munhälsa och munvård.

TAIK har utbildat elever på vuxenutbildningen Vård och omsorg i munhälsa.

Samverkan med biståndsenheten (som utfärdar intyg för nödvändig tandvård) har lett till att en folder har tagits fram om munhälsa och ekonomiskt tandvårdsstöd. En funktion i biståndsenhetens journalsystem har tillkommit där munvård lyfts som en egen insats.

Biståndet ställer tre frågor angående munvård till den sökande.

TAIK har under 2019 samarbetat med kommunens dietist beträffande förebyggande hälsoarbete för att minska risken för undernäring och för att se kopplingen mellan kost och munhälsa.

TAIK har inlett ett samarbete med apotek och vårdcentralen.

TAIK har samverkat med kommunens folkhälsa och tandvårdskliniker i Kungälv samt enhet tandvård.

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

Enhetsanpassad anvisning

Vid riskanalys använder hälso- och sjukvården sig av socialstyrelsens riskmatris. Processägaren har genom processteamsarbete identifierat risker på systemnivå som resulterat i att riskanalyser kommer att utföras år 2017 enligt kvalitetsplan. Modellen för riskanalys är under arbete

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

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. *SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

4.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

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

Anvisning

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

Avvikelse

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

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.

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

4.10 Resultat

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Beskriv vilka resultat som har uppnåtts.

Strukturmått utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramagruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

Processmått utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärds paket.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår.

Måluppfyllelse dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

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.

Några sjuksköterskor har gått handledarutbildning, inkontinensutbildning och diabetesutbildning

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

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.

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

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. Startar i januari 2020

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 2019 har 1406 personer fått av insatser från hemsjukvården inom sektor Trygghet och stöd. Det är en marginell ökning med 14 individer. Varje månad skrivs i snitt 60 personer in i hemsjukvården och 60 personer skrivs ut. Genomsnittet inskrivna patienter per månad är 893 personer varav 177 personer under 65 år

Sjuksköterskeverksamheten har under år 2019 utbildat 432 medarbetare i läkemedelsutbildning, det är 100 personer fler än 2018. Av dessa underkändes 105 personer vid utbildningstillfället. 81 personer även fått utbildning för att kunna ge insulin. Antalet utbildade för att ge insulin ligger i linje med föregående års utbildade.

Delegerad omsorgspersonal är 1630 personer, vilket innebär en ökning av 200 personer mot år 2018 och delegerande sjuksköterskor är 53 personer. Detta utgör ett snitt på 31 delegeringar till omvårdnadspersonal per sjuksköterska

Palliativ vård och Svenska Palliativregistret

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 kan man från registret utläsa att 2019 smärtskattades 52 % samt munhälsobedömda blev 50 %. Patienterna får den smärtlindring och munvård som erfordras. Verksamheten behöver bli bättre på att registrera i registret.

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.

I HSV fortsätter vi med en Web-utbildning i Palliativ vård via regionalcancercentrum, RCC. Så att all nyanställd personal i hemsjukvården har samma grund.

Nödvändig tandvård(N-tandvård)

Totalt finns 735 intyg om nödvändig tandvård utfärdade i Kungälv kommun. Inom LSS 273, ordinärt boende 166 intyg utfärdats och inom särskilt boende 296 intyg. Det är samma antal som föregående år. Under 2019 har biståndsenheten tagit över uppgiften att utfärda intyg om Nödvändig tandvård från enhetscheferna och en ökning av utfärdade intyg är 8 st jämfört med 2018

Till årlig munhälsobedömning har inom LSS 48 personer tackat ja, ordinärt boende 81 personer tackat ja och inom särskilt boende har 282 personer tackat ja. De som tackat ja utgör 55 % av intygsinnehavarna. Inom verksamheter i ordinärt boende finns en förbättringspotential genom fler antal intyg

Inkomna avvikelser under året och analys

Analys av resultatet

Verksamhetschef och MAS/MAR är osäkra på tillförlitligheten av antalet registrerade avvikelser. Verksamhetens erfarenhet är att avvikelssystemet i T-reserva 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 %.

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, läkemedelsanvändning. Arbetet med det fallförebyggande arbetet fortskrider kontinuerligt. Uppsökande verksamhet bedrivs till personer 80+ där det lämnas upplysning om fallförebyggande åtgärder

Under året 2019 har 1 Lex Maria gått vidare som en anmälan till Inspektion för vård och omsorg. Den avsåg en händelse där patienten överkonsumerade läkemedel.

Till patientnämnden har det inkommit tre ärenden från Kungälv. Två ärenden om brister i omvårdnad och resultat av vården. Ett ärende om fördröjd röntgen och smärtlindring, där region fattat beslut

Avvikelser med medicintekniska produkter

Fem anmälningar om negativ händelser avseende medicinteknisk produkt har rapporterats in till Läkemedelsverket.

Avvikelseyp	Utfall år 2017	Utfall år 2018	Utfall år 2019
Avvikelse från annan vårdgivare	16	9	15
Avvikelse skickad till annan vårdgivare	68	62	45
Avvikelse där läkemedel varit inblandade	2 422	2 267	1 630
Fallolycka som leder till ingen eller mindre kroppsskada	1 622	1 519	1 443
Fallolycka som leder till allvarlig kroppsskada	9	6	7
Avvikelse där medicinteknisk produkt varit inblandad	20	46	44



Avvikelseyp	Utfall år 2017	Utfall år 2018	Utfall år 2019
Utebliven behandling	27	20	15
Felaktig behandling	19	8	8
Brist i informationsöverföring som leder till avvikelse	101	110	19
Infektioner som har uppkommit under vårdtiden	4	3	1

Avvikelser där läkemedel varit inblandade har minskat med 30% glädjande nog. En anledning kan vara att alla verksamheter som hanterar läkemedel signerar digitalt och systemet skickar ut påminnelse till personalen.

Falloyckorna har minskat något, vill påpeka att alla fall registreras i samma modul oavsett om personen har hemsjukvård eller enbart hemtjänst/trygghetslarm. Av de allvarliga fallskadorna ledde dessa 7 olyckor till sjukhusvård. Två patienter pga. av blödning (behandlade med blodförtunnande läkemedel). Två patienter till sjukhus pga. frakturer. En patient var okontaktbar efter att ha ramlat under ett epilepsianfall, samt en person med oklara symtom, och en patient behövde sys efter sårskada

Farhågan är att personal som upptäcker en negativ händelse inte registrerar den i avvikelsemodulen. En orsak kan vara hög arbetsbelastning, det glöms bort eller prioriteras bort.

Frågeformulär patientsäkerhet

Patientsäkerhet

Fråga	Svar, Antal
Är ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete känt för dina medarbetare	Ja 16 (st)
	Nej 1 (st)
	Ej svarat 12 (st)
Är riktlinjer och rutiner i ledningssystemet kända för dina medarbetare	Ja 16 (st)
	Nej 1 (st)
	Ej svarat 12 (st)
Är riktlinjer och rutiner för systematiskt kvalitetsarbete ett stöd i arbetet.	Ja 16 (st)
	Nej 1 (st)
	Ej svarat 12 (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 15 (st)
	Ej svarat 12 (st)
Är riktlinjen för läkemedelshantering känd av dina medarbetare	Ja 14 (st)
	Nej 2 (st)
	Ej svarat 12 (st)
Tillämpar alla berörda medarbetare basala hygienrutiner	Ja 16 (st)
	Ej svarat 12 (st)
Erbjuds alla patienter/brukare riskbedömning enligt riktlinje för förebyggande arbetssätt	Ja 10 (st)
	Nej 7 (st)
	Ej svarat 11 (st)



Fråga	Svar, Antal	
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	13 (st)
	■ Ej svarat	12 (st)
Är rutinen för hantering av grundutrustning känd av dina medarbetare	● Ja	6 (st)
	■ Nej	1 (st)
	■ Ej svarat	3 (st)

Ovanstående frågor gällande patientsäkerhet besvaras av enhetschefer för boenden, hemtjänst samt hemsjukvård

Relativt låg svarsfrekvens detta kan bero på att förståelsen för systemet brister, samt att systemet upplevs svårt att arbeta i.

Den enhet som svarat nej har bedrivit ett förbättringsarbete med tydlig information på APT under 2019

4.11 Övergripande mål och strategier för kommande år

Anvisning

"Redogör för kommande års mål och strategier, gärna i punktform".

- Fortsätta arbetet med att säkerställa läkemedelsprocessen
- Fortsätta arbetet med att 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
- Fortsätta säkerställa processen "trygg och säker utskrivning från slutenvård" i samverkan med vårdcentral och sjukhus
- Fortsatt samverkan i omställningen till "Nära Vård"
- Säkerställa informationsöverföringen mellan omsorgspersonal och legitimerad personal i Treserva