



SVENLJUNGA  
KOMMUN

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019

.....

Socialnämnden 2020-02-26 § 10



## Innehållsförteckning

<b>Förvaltningens arbete med kvalitets- och patientsäkerhet.....</b>	<b>3</b>
Socialförvaltningens arbete med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor pågår löpande och ska sammanfattas årsvis. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs förvaltningens arbete utifrån perspektiven struktur- process- och resultat kvalitet. Utgångspunkten är i lagkrav, verksamhetsplan, resultat från egenkontroll och riskanalys samt inkomna avvikelser. 3	
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskriver vilka åtgärder förvaltningen vidtagit för att behålla och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i det dagliga arbetet. ....	3
Sammanfattning.....	3
<b>Struktur.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Värdegrund och verksamhetsidé .....	4
Organisatoriskt ansvar för kvalitets-och patientsäkerhetsarbetet .....	5
Ledningssystem och processer .....	6
Struktur för uppföljning och utvärdering .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Samverkan med patient, brukare och närstående .....	7
Rapporteringskyldighet.....	8
Systematisk uppföljning och egenkontroll .....	8
<b>Process .....</b>	<b>9</b>
Åtgärder för att öka kvalitets- och patientsäkerheten .....	9
<b>Resultat och analys .....</b>	<b>12</b>
Uppföljning genom egenkontroll .....	12
Avvikelsehantering .....	14
Brukarundersökning Svenljunga 2019 .....	18
Synpunkter och klagomål .....	19
Händelser och vårdskador .....	19
Utvecklingsarbete.....	20
Mål och aktiviteter för kommande år .....	22

---

## Förvaltningens arbete med kvalitets- och patientsäkerhet

Socialförvaltningens arbete med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor pågår löpande och ska sammanfattas årsvis. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs förvaltningens arbete utifrån perspektiven struktur- process- och resultat kvalitet. Utgångspunkten är i lagkrav, verksamhetsplan, resultat från egenkontroll och riskanalys samt inkomna avvikelser.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskriver vilka åtgärder förvaltningen vidtagit för att behålla och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

### Sammanfattning

Styrmodell och process för ledning och styrning fungerar väl och har medfört att den systematiska uppföljningen, utifrån kvalitetsperspektivet, har etablerats. Arbetet har lett till att förvaltningen alltid har en uppdaterad bild av kvaliteten i verksamheterna. Arbetet med att identifiera och förtydliga huvud- och delprocesser inom förvaltningen behöver ses över.

Enhetschefen har en uppdaterad bild av sin verksamhet och arbetar utifrån ständiga förbättringar på ett annat sätt än tidigare. Enheterna driver sin utveckling tydligare och man granskar t.ex. själv dokumentation och/eller genomförandeplaner. Vid behov finns stöd vid de löpande uppföljningarna och förvaltningen mognar mer och mer i detta arbetssätt. Då det finns prioriterade aktiviteter inom kvalitetområdet för 2020 är det viktigt att följa målarbetet samt förvaltningens arbete med indikatorer. Det som mäts ska ge information om de insatta åtgärderna gett tänkta effekter samt bidrar till att nå vårt grunduppdrag.

Under 2019 har det blivit tydligt att förvaltningens arbetsmodell för avvikelshantering (HSL/SoL/LSS) behöver uppdateras, det gäller både kunskap, flöde och teknik. Det finns ett mörkertal kring avvikelser vilket har arbetats med, både inom chefsled och bland medarbetare. Avvikelser inom SoL/LSS-området kan rapporteras direkt in i verksamhetssystemet men används inte fullt ut.

Förra året arbetade förvaltningen med att säkerställa att alla brukare hade en genomförandeplan. Under 2019 har arbetet följts upp och man har genomfört stickprover gällande planernas kvalitet. Det har identifierats ett antal förbättringsområden som kommer att hanteras under 2020. Lagen om "samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård" ställer höga krav på alla vårdgivare och kommer från april 2020 även att innefatta psykiatriområdet. Under hösten har utbildningsinsatser med handläggare inom socialpsykiatri/LSS/IFO påbörjats och planeras vara klara i mars -20.

Under året har den tidigare bristen på legitimerad personal (sjuksköterska, fysio- och arbetsterapeut) kunnat lösas och arbetsgrupperna är fulltaliga. I mars 2019 gick det nya journalsystemet för hälso- och sjukvården i drift. Systemet har visat sig vara mycket tidskrävande och speglar inte alltid verksamhetens behov. Sammantaget upplevs dokumentationsarbetet onödigt svårt vilket kräver löpande utvecklings- och förbättringsarbete för att säkerställa kvalitet- och patientsäkerheten.

---

## Struktur

### Övergripande mål och strategier

Den kommunala socialtjänsten och hälso- och sjukvården svarar mot ett antal nationella kvalitetsprinciper för att säkerställa att insatser ges med hög kvalitet och att säker vård utförs. Vårt arbete ska vara kunskapsbaserat och ändamålsenligt, vi ska visa respekt för människans självbestämmande och integritet och vi ska ge patientfokuserad vård och insatserna ska präglas av kontinuitet och effektivitet.

I verksamhetsplan för 2019 tydliggör vidare att socialförvaltningen ska ge kvalitetssäkrad vård och omsorg utifrån en ekonomi i balans där det tydligt framgår för medborgaren vilket uppdrag och ansvar förvaltningen har. Kvalitet uppnås när verksamheterna svarar upp mot de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt de politiska mål kommunen beslutat om. Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och med tilldelade resurser nå avsett resultat.

### Fokusområden för kvalitet 2019

- ✓ Systematisk enhetsuppföljning utifrån egenkontrollplan och målarbete på enhetsnivå
- ✓ Dokumentationen ska vara rättssäker och alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan
- ✓ Öka det digitala användandet
- ✓ Kvalitetssäkra Hälsoplaner inom hälso- och sjukvårdsdokumentation
- ✓ Avvikelsehantering ska vara en naturlig del av vårt systematiska förbättringsarbete
- ✓ Forum för hygienombud och hygiensjuksköterska
- ✓ Utveckla arbetet kring demensvård
- ✓ Förbättringsarbete kring preventivt arbete, palliativ vård

### Värdegrund och verksamhetsidé

Socialnämnden har en etisk värdegrund och en formulerad verksamhetsidé som tillsammans med lagstiftning och övriga bestämmelser ligger till grund för förvaltningens arbete. Socialnämndens etiska värdegrund innebär att;

- ✓ verksamheten ska grundas på en humanistisk människosyn, som innebär att alla människor är unika och har lika värde
- ✓ varje människa ska behandlas utifrån sina specifika behov och med utgångspunkt från aktuell livssituation
- ✓ insatserna ska präglas av helhetssyn
- ✓ alla ska ha rätt till ett värdigt liv och ett gott bemötande vilket innebär respekt för den enskildes integritet och självbestämmande

Verksamhetsiden beskriver vidare att Socialförvaltningen ska, på kommuninvånarnas uppdrag;

- ✓ förebygga – genom att stödja folkhälsoarbetet i vid mening
- ✓ möjliggöra – genom att erbjudas stöd och service på ett sätt där människans egna resurser stimuleras och tillvaratags
- ✓ aktivt hjälpa – genom att ge vård och omsorg till dem vars behov inte kan tillgodoses på annat sätt

Verksamheten ska också stärka den enskildes eget ansvar genom delaktighet och självbestämmande i det dagliga livet och arbetet ska utföras på ett sätt som inte försvårar för kommande generationer.

## Organisatoriskt ansvar för kvalitets-och patientsäkerhetsarbetet

### **Nämnd**

Nämnden är vårdgivare och har ett övergripande ansvar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Vidare har vårdgivaren ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller kraven på god och säker vård samt ytterst för verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhet.

### **Förvaltningschef**

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att ett systematiskt och ändamålsenligt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

### **Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård**

Delegerat vårdgivaransvar och ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet.

Verksamhetschefen ska tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska och för rehabilitering) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet i enlighet med Patientsäkerhetslagen. Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet så att kvaliteten säkerställs.

### **Verksamhetschef/Enhetschef**

Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar inom sitt verksamhetsområde för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdgivaransvaret och verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera det systematiska förbättringsarbetet.

### **Socialt ansvarig samordnare (SAS)**

SAS har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt bedriva uppföljning i samverkan med verksamheten. SAS ska utforma, revidera eller initiera rutiner och system samt bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS ska utreda lex Sarah rapporter samt redovisa resultat av utredningar och åtgärder. SAS anmäler ärenden enligt lex Sarah till IVO.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig rehabilitering**

MAS/MAR arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår, att i samarbete med verksamhetschef, kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS/MAR anmäler ärenden enligt lex Maria till IVO.

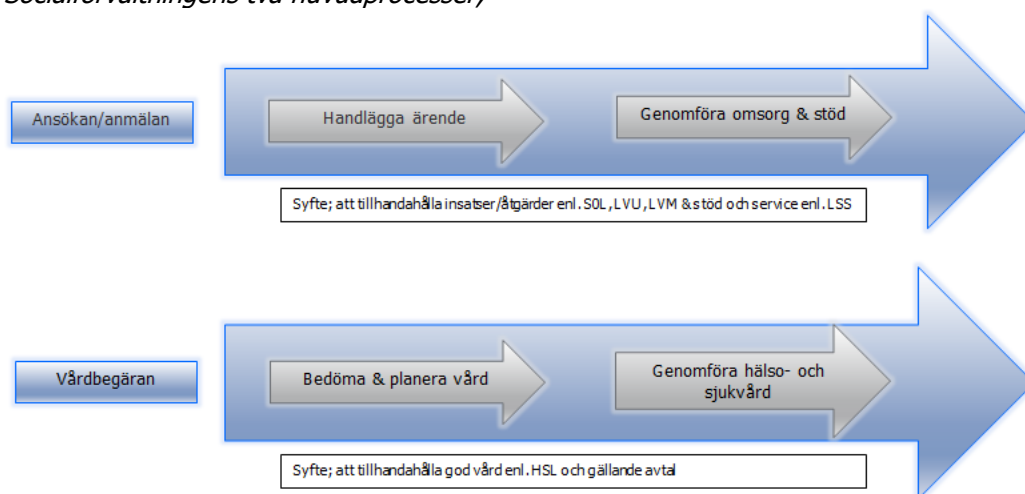
## Medarbetarna

Alla medarbetare har ett yrkesansvar som bland annat innebär att följa styrdokument, rapportera negativa händelser eller risker. Alla medarbetare ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

## Ledningssystem och processer

Arbetet med att befästa förvaltningens ledningssystem och därmed tydliggöra processen kring det systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9, är ett pågående utvecklingsarbete. Arbetet innebär bland annat att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

*Socialförvaltningens två huvudprocesser;*

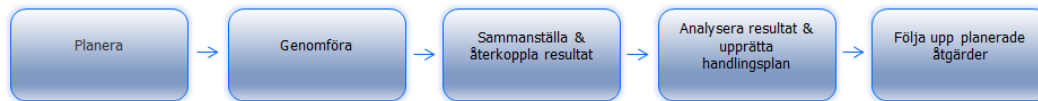


Huvudprocesserna består av ett antal delprocesser, t.ex. myndighetsutövning, bedöma och planera vård samt genomföra vård, omsorg och stöd. Hälsöfrämjande och förebyggande åtgärder är ytterligare delprocesser inom förvaltningens ramar och innefattar delar som t.ex. vårdpreventivt arbete och anhörigstöd.

Arbetet med att identifiera/förtydliga huvud- och delprocesser inom förvaltningen behöver påbörjas/vidareutvecklas för att kvalitetssäkra processer/arbetsflöden, hitta riskområden och minimera dessa.

## Struktur för uppföljning och utvärdering

Förvaltningen arbetar månadsvis med "Kvalitetsuppföljning" för att kunna säkerställa arbetsätt och följsamhet mot rutiner. Syftet är att stödja enhetschefen i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt bistå vid egenkontroll och följa nyckeltal.



Uppföljning, analys och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt lex Maria och lex Sarah.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Samverkan med andra vårdgivare, regional nivå

Samverkan mellan regionen och kommunen gällande hälso- och sjukvård regleras i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt Ramavtal för läkarmedverkan som finns mellan Västra Götalandsregionen och VästKom. Vidare finns andra regionsövergripande rutiner och avtal t.ex. *Samarbetsavtal för försörjning av personliga hjälpmedel*, *Överenskommelse och rutin för samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*.

### Samverkan med andra vårdgivare, delregional nivå

Samverkan på delregional nivå mellan kommun, Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) och Närhälsan regleras i styrdokument och avtal beslutade i Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Varje kommun finns representerad för att kunna påverka och förbättra samarbetet mellan olika vårdgivare. Varje kommun har även en lokal ledningsgrupp med regelbundna samverkansmöten representanter från Närhälsan och SÄS deltar.

### Samverkan Närhälsan

Samverkan mellan Svenljunga vårdcentral och kommunens hälso- och sjukvård regleras i lokalt avtal och gemensamma rutiner/riktlinjer/handlingsplaner. Regelbundna samverkansmöten hålls mellan verksamhetschef och andra företrädare för Svenljunga vårdcentral samt Vårdchef och MAS/MAR.

På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Verksamhetens sjuksköterskor anser att samarbetet och följsamhet till avtalet i stort sett fungerar bra.

### Avvikelser i vårdssamverkan

En gemensam rutin finns för att rapportera och utreda avvikelser i mellan SÄS, primärvård och kommun. I förbättringssyfte och lärande mellan vårdgivarna redovisas vissa avvikelser i den lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan. Avvikelser mellan Svenljunga vårdcentral och kommunen kan hanteras på ett grundligare sätt på grund av närhet och upprättat samarbete.

### Samverkan mellan interna aktörer

Intern samverkan regleras via rutiner och i forum mellan olika professioner. Ett centralt forum är enheternas Teammöten där ansvarig enhetschef tillsammans med bas- och legitimeras personal samt handläggare samverkar kring brukare/patient.

## Samverkan med patient, brukare och närstående

Socialförvaltningens medarbetare verkar för att öka upplevelsen av inflytande och delaktighet för den enskilde och dess närstående. Samverkan innebär att man ska beredas

möjlighet att vara med och kunna påverka sin livssituation. Den enskildes delaktighet ska synliggöras i utredning, planering och genomförande samt uppföljning av insatser. Inom förvaltningens verksamheter görs detta på olika sätt, t.ex. genom vårdplanering, hälsoärende, inskrivningssamtal och genomförandeplan. Anhörigstöd och Demensteam finns också som resurs samt stöd till närstående. Inom LSS-området arbetar man med brukarråd där syftet är att stärka individens engagemang och inflytande över sin vardag.

## Rapporteringskyldighet

### Avvikelse, synpunkter och klagomål

En avvikelse som inträffar inom socialförvaltningens verksamheter kan vara ett fall, ett uteblivet läkemedel eller beslutad insats som t.ex. städ som inte utförs. Synpunkter är en inkommen åsikt/beröm/missnöje (klagomål) från medborgare om en tjänst/service kommunen tillhandahållit eller förväntats tillhandahålla.

Socialförvaltningen arbetar utifrån kommuns riktlinje för hantering av synpunkter samt rutinen för rapportering av avvikelse enligt SoL/LSS och HSL. Varje enskild avvikelse/synpunkt ska utredas och följas upp av ansvarig chef och/eller sjuksköterska.



Ansvariga ska identifiera orsak och varför det inträffade och åtgärder ska vidtas för att förhindra liknande händelser. Ansvarig chef och/eller sjuksköterska återkopplar sedan till berörd personal samt ansvarar för att patient/brukare/närstående informeras.

När analys och åtgärder är genomförda informeras MAS/MAR/SAS. Händelser som av verksamheten bedöms som särskilt allvarliga ska omgående rapporteras till MAS/MAR/SAS som beslutar om fördjupad utredning och eventuell anmälan enligt lex Maria och/eller lex Sarah.

## Systematisk uppföljning och egenkontroll

Egenkontroll innebär att en verksamhetsutövare själv ska kontrollera att verksamheten följer de regler som styr verksamheten. Inom förvaltningen finns en rad olika forum, rutiner och checklistor för att säkerställa ett strukturerat arbetssätt genom egenkontroll, t.ex.

- ✓ enhetsuppföljning kvalitet
- ✓ brukarundersökningar
- ✓ granskning av dokumentation via granskningsmallar
- ✓ följsamhet till läkemedelsrutin
- ✓ följsamhet basala hygienrutiner



---

## Process

### Åtgärder för att öka kvalitets- och patientsäkerheten

#### **Risikanalys**

Risikanalys ska utföras vid väsentliga förändringar i verksamheten och/eller om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa/medföra brister i kvalitet. Verksamheten ska uppskatta sannolikheten för att sådana händelser kan inträffa samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

#### **Risikanalys utifrån ett brukar/patientperspektiv**

Det har skett en ökad medvetenhet hos chefer om att på ett strukturerat sätt arbeta med risk- och händelseanalyser i samband med förändringar i verksamheten. De analyser som har utförts har dock huvudsakligen varit inriktade på arbetsmiljöperspektivet.

Det finns därmed en risk/brist utifrån ett patient- och brukarperspektiv som behöver säkerställas. Förvaltningen måste hitta en modell där en kombinerad riskanalys väger in alla perspektiven, medarbetare, patient/brukare och organisation. När en brukare med särskilda behov flyttar in på ett boende och t.ex. har ett utåtagerande beteende behöver en riskanalys göras som involverar den enskilde, medboende, personal och organisation. Ett annat exempel som påverkar fler än den enskilde är när man inför ny teknik i verksamheten, t.ex. boendelås. Syfte är att skydda den enskilde och medboende men det är en förändring som behöver analyseras för att minimera risker/brister. Vad gör man om låset inte fungerar, om det börjar brinna, osv.

#### **Utredning av händelser**

Under 2019 har avvikelserapporteringen inom Hälso- och sjukvårdsområdet fortsatt skett på pappersblanketter och arbetet utgår från rutinen som togs fram 2018. Metoden hjälper verksamheten att arbeta mer strukturerat och systematiskt för att hitta bakomliggande orsaker och att de åtgärder som vidtas är ändamålsenliga. Inom SoL/LSS-området finns möjlighet att rapportera digitalt och från IFO:s verksamheter rapporteras alla negativa händelser direkt i verksamhetssystemet efter en given struktur. Från utförarsidan kommer dock flertalet av de inrapporterade händelser fortsatt via blanketter. I de fall händelsen är omfattande och komplex kan en fördjupad händelseanalys genomföras. Arbetet utgår då från SKR:s nationella händelseanalys, "Modell för risk och händelseanalys".

#### **Samverkansavvikelser externa aktörer**

Den regionsövergripande rutinen för avvikelser i samverkan har till syfte att rapportera, utreda och undanröja risker i samverkan mellan sluten hälso- och sjukvård, primärvård och kommun. Under 2019 har Svenljunga kommun, tillsammans med Tranemo, Bollebygd och Borås varit med i ett pilotprojekt gällande ett gemensamt avvikelssystem. Kommunerna har fått tillgång till regionens system och har därmed kunnat registrera avvikelser digitalt mot tidigare blanketthantering. Projektet avslutades i december.

#### **Informationssäkerhet**

##### *Ny hälso- och sjukvårdsjournal i verksamhetssystemet*

2018 startade arbetet med att uppdatera verksamhetssystemets patientjournal med ett fullgott klassificeringssystem avseende process- och informationssäkerhet. Innan driftsstart, mars 2019, gick legitimerad personal en utbildning och i maj hölls en uppföljningsdag med kunskapsfördjupning.

Modulen har dock visat sig vara tidskrävande då systemet, i vissa fall, kräver att verksamheten följer systemet och inte tvärt om, att systemet ska spegla verksamhetens

behov. Det är mycket kännbart vid t.ex. in- och utskrivningar som korttidsverksamheterna hanterar ofta och löpande. Vidare är processarbetet annorlunda än i tidigare journal vilket upplevs svårt och inte alltid användarvänligt. Dokumentationen upplevs svårhanterad vilket gör att det finns en patientsäkerhetsrisk som måste tas på allvar, bevakas och åtgärdas.

För att förbättra och skapa en tydlig struktur i den gemensamma dokumentationen finns en dokumentationsgrupp som hanterar uppkomna problem och arbetar med en gemensam struktur för legitimerad personal. Vidare har dokumentationsgruppen haft utbildningsinsatser för sjuksköterskorna i små lokala grupper, vilket visat sig vara en framgång. Arbetet med utbildningsinsatser kommer att fortsätta då det finns tydliga behov av att skapa standards kring t.ex. hälsoärenden. Verksamhetssystemet ska uppdateras under 2020 och leverantören menar att följsamheten kommer att förbättras. Löpande uppföljningsarbete, t.ex. journalgranskning, är nödvändig för att säkra kvalitet- och patientsäkerheten.

#### *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*

Den samordnade planering mellan hälso- och sjukvård och kommun sker i SAMSA, vilket är ett gemensamt planeringsverktyg för vårdgivarna. För den samordnade planeringen krävs att patienten lämnar samtycke till informationsöverföring.

Vårdplaneringsteamet har under året totalt varit delaktiga i 348 ärenden om samordnad vård- och omsorgsplanering. 20 ärenden har rört patienter inom psykiatri och övriga 328 är ärenden inom somatiken. 36 ärenden är kopplade till Skene/övriga och 312 ärenden är kopplade mot Borås.

Planering	Antal	Andel
SIP	4	1 %
SAMSA (enbart)	190	56 %
Video/Scype	106	31 %
Telefon	24	7 %
SÄS, fysiska möten	16	5 %
<b>Totalt</b>	<b>340</b>	<i>Kom: 8 pl. aldrig påbörjad, tacka nej/avliden</i>

Sedan 2010 finns i lagstiftningen, SoL och HSL, bestämmelser om att kommun och region ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns sedan 2015 en länsgemensam riktlinje för SIP men antalet SIP:ar som upprättas är fortfarande lågt. Ett övergripande arbete med att se över, och vid behov revidera, riktlinjen pågår. Ex. på anledning till revidering av riktlinjen:

- ✓ anpassa SIP-processen och riktlinjen till ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- ✓ förtydliga SIP-processen för verksamheterna inom Västra Götalandsregionen och länets kommuner, med målet att de ska känna ett stöd i riktlinjen
- ✓ öka samsynen kring SIP-processen och huvudmännens ansvar

Samordnade vårdplaneringar sker dagligen och löpande mellan huvudmännen men arbetet skiljer sig något från riktlinjen och dokumentationen sker inte alltid i avsedd del i

SAMSA. I Svenljunga och inom t.ex. IFO:s verksamheter arbetar handläggarna regelbundet med SIP-modellen för att säkerställa att den enskildes behov står i centrum.

#### *Nationell patientöversikt*

I juni 2019 infördes Nationell patientöversikt (NPÖ) i Svenljunga. NPÖ innebär att patientinformation på ett säkert sätt kan läsas av annan vårdgivare än den egna. Informationen är dock endast tillgänglig efter individens dokumenterade samtycke och det är bara legitimerad personal som har möjlighet att utnyttja denna tjänst. Responserna har varit positiva.

#### *Loggning*

Socialförvaltningen har en rutin där användarna av våra verksamhetssystem slumpvis och återkommande loggas för att säkerställa dess aktiviteter. I och med införandet av NPÖ har arbetet med att uppdatera förvaltningens loggrutin påbörjats (vinter -19). Viss granskning sker av ärenden i SAMSA (gemensam IT-tjänst mellan olika vårdgivare) men befintlig rutin ska uppdateras och ska vävas in i den övergripande rutinen.

### **Vårdprevention/riskbedömningar**

#### *Risk för undernäring*

Rutinen beskriver att riskbedömningar avseende fall, undernäring och trycksår ska göras löpande. Nedan syns en sammanställning från vård- och omsorgsboende i juni 2019 vilken visar att det genomförs riskbedömningar och att det finns identifierade personer med risk för undernäring. Tabellen speglar även att åtgärder är insatta och uppföljning pågår.

	Antal personer med risk	Totalt antal boende
<b>Norr</b>	5	23
<b>Centrala</b>	12	35
<b>Söder</b>	3	13

Åtgärder kan vara berikade måltider, konsistensanpassad mat och mellanmål. Vidare erbjuds näringsdrycker/puddingar och personalen uppmuntrar och stöter på där det finns behov. Vid behov kan sjuksköterskan konsultera dietist via Närhälsan.

#### *Fallriskbedömningar*

Verksamheterna genomför riskbedömningar gällande fall men det finns en skillnad mellan boendena och hur aktiv man är. Vidare syns också en tydlig skillnad mellan vård- och omsorgsboende och hemtjänst. Det pågår ett utvecklingsarbete med att uppdatera gällande rutin samt att hitta det mest effektiva flödet i arbetet.

### **Följsamhet mot läkemedelsrutin**

Under våren 2019 genomfördes en egenkontroll riktad till enhetschef och baspersonal i samarbete med sjuksköterska. Egenkontrollen avsåg följsamhet till den övergripande läkemedelsrutinen inom områdena ansvar, ordination, iordningställande, kontroll och förvaring samt hygien och avvikelshantering.

Enhetschefen upprättade en handlingsplan utifrån eventuella bristområden med beslut om åtgärd, ansvar och tidsplan för genomförande samt återkoppling till personalgruppen. För att säkerställa egenkontrollen gjordes en extern granskning (MAS annan kommun) av ett antal upprättade handlingsplaner är man bl.a. tittade på åtgärdernas relevans.

Internt gjordes en övergripande analys och förbättringsområden identifierades inom områden som ansvar, hygien och avvikelshantering.

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i Kommunala Akutförråd (KAF)**

Under våren 2019 gjorde egenkontroll på tre av våra fyra KAF där svaren tyder på en fungerande läkemedelshantering. Det fann dock några områden som behövdes ses över;

- ✓ vid muntliga ordinationer får man inte alltid skriftligt ordinationsunderlag från ordinatören i efterhand
- ✓ läkemedelsordinationer är inte alltid fullständiga
- ✓ Skriftliga instruktioner saknas/bör revideras inom områdena;
  - *ordningställande av läkemedel som ska administreras senare*
  - *hantering och dokumentation av synonymbyten*
  - *hantering (inkl. kassation) kontroll av narkotikaklassade läkemedel*

## Resultat och analys

### Uppföljning genom egenkontroll

#### **Kvalitetsuppföljning med enhets- och vårdchef**

Kvalitetsuppföljningarna blir bättre utifrån tydligare styrning men också för att en gemensam analys genomförs. För att det ska bli tydligt inom vilket område det finns behov av förbättringsarbete används nedan begrepp;

- ✓ strukturkvalitet – personal, organisation
- ✓ processkvalitet – metod och arbetssätt
- ✓ brukarkvalitet – synpunkter/klagomål, skattning av kvalitet, avvikelser mm.

Det har blivit mera tydligt, via uppföljningarna, att flera enheter kan stå inför samma problematik vilket gör att övergripande åtgärder kan sättas in. Exempel på detta kan vara utveckling av loggkontroller, stickprover på genomförandeplaner, kunskapsbrister inom dokumentation för baspersonal, bristande följsamhet till teamrutinen och vårdpreventivt arbete.

#### **Läkemedelsgenomgång med symtomskattning**

Samtliga patienter som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård och där det skett ett läkemedelsövertag ska en läkemedelsgenomgång göras minst en gång per år. Under året har de allra flesta patienter haft en läkemedelsgenomgång med symtomskattning.

Läkemedelsgenomgången görs alltid av ansvarig läkare och symtomskattningen utförs oftast av sjuksköterskan men ibland av patientens kontaktperson och ibland görs skattningarna gemensamt. Uppföljning gällande rutinens följsamhet görs i samverkan med Närhälsan samt följs internt.

#### **Genomförandeplaner**

Efter att förvaltningen haft en nästintill 100 % andel upprättade, aktuella genomförandeplaner vid årsskiftet 2018-19 har det under 2019 varit fokus på egenkontroll och uppföljning. Det finns fortfarande inte möjlighet att ta ut rapporter som beskriver antal upprättade genomförandeplaner. Förvaltningens ska under 2020 kunna ta fram statistik och rapporter som säkerställer redovisade resultat. Enhetscheferna har tillsammans med dokumentationsombuden god kontroll och utifrån en checklista görs stickprover gällande antal och kvalitet. De förbättringsområden som syns berör bl.a.

- ✓ dokumenterat samtycke
- ✓ individuella mål samt
- ✓ förtydligande av insatsens utförande

Frågeunderlaget till genomförandeplanerna inom LSS och funktionshinderområdet behöver också anpassas för att bättre fånga målgruppens behov.

Stickprover kommer att göras centralt inför delårsrapport för att se över antal upprättade och uppdaterade genomförandeplaner samt att kvalitén på innehållet granskas utifrån granskningsmall.

### **Basala hygienregler och klädregler**

Ansvar för de basala hygienreglerna och gällande rutin för arbetskläder åligger verksamhetens enhetschefer. För att förtydliga uppdraget har en arbetsgrupp på övergripande nivå bildats med representanter från chefs- och sjuksköterskegrupperna. MAS/ MAR adjungerar vid behov samt sammanställer resultat på övergripande nivå.

- ✓ Varje enhet har sjuksköterskor med ett utökat ansvar för vårdhygien samt utsedda hygienombud

Under hösten 2019 genomfördes egenkontroll gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultatet visar att det generellt finns en god följsamhet till de båda rutinerna men att det saknas ett tydligt system för hur medarbetare årligen uppdateras och hur den löpande utbildningen ska utformas. Chef, hygienombud och sjuksköterska behöver en modell för ett aktivt samarbete där hygienfrågorna blir en naturlig del av vardagen.

### **Dokumentation, Hälso- och sjukvård**

I samband med införandet av den nya patientjournalen i mars 2019 fattades beslut att inte utföra någon granskning under sommaren. Under hösten har det blivit tydligt att den legitimerade personalen upplever dokumentationen svårhanterad vilket gör att det finns en patientsäkerhetsrisk som måste tas på allvar och bevakas. För att löpande åtgärda uppkomna problem finns en gruppen som träffas regelbundet och hanterar både teknik och kvalitet. Dokumentationsgruppen vidare haft utbildningsinsatser för sjuksköterskorna i små lokala grupper, vilket visat sig vara en framgång. Arbetet med utbildningsinsatser kommer att fortsätta då det finns tydliga behov av att skapa standards kring t.ex. hälsoärenden.

Verksamhetssystemet ska uppdateras under 2020 och leverantören menar att följsamheten kommer att förbättras. Internt parallellt uppföljningsarbete, som t.ex. journalgranskning, kommer att göras under året, och är nödvändig, för att säkra kvalitet- och patientsäkerheten.

### **Social dokumentation**

En dokumentationsgrupp för baspersonal är etablerad och har haft sex inbokade träffar. Gruppen, som har ca.30 ombud, samordnas av SAS och MAS/MAR och har i uppdrag att stödja sina kollegor i dokumentationsfrågor. De ska se till att rutiner och manualer är kända och används på arbetsplatsen. Vidare ska de tillsammans med enhetschefen och/eller sjuksköterska förmedla nyheter inom SoL- och HSL- dokumentation, genomförandeplaner och avvikelseberättelser.

Dokumentationsgruppen ser behov av att fortsätta implementeringen av genomförandeplaner och då främst arbetet med uppdatering av genomförandeplaner då det upplevs svårhanterat. Åtgärder kommer att ske under våren 2020. Det finns även behov av att

introducera nya dokumentationsombud och att arbetssätt för detta ska vara så effektivt som möjligt.

### **Dokument, Rutiner och riktlinjer**

Ett förbättringsarbete på "Y-disken" har genomförts i syfte att uppdatera förvaringen av förvaltningens dokument samt att det också ska bli enklare att söka dokument. Den nya strukturen har lagts upp utifrån förvaltningens organisation och nämndens arbete och det finns en tydlig rutin för upprättande av dokument. Det var välbehövligt då det har varit många olika lösningar för förvaring utifrån att det varit chefsbyten, projekt och arbetsgrupper med olika direktiv.

### **Handläggning**

Det har tidigare genomförts en genomlysning av myndighet och handlägningsprocessen vilket bl.a. lett till forum för ärendegenomgångar och checklistor för att säkerställa handläggningen och dokumentationen. Det har ändå förekommit brister som inneburit att dokumentation har blivit försenad.

Utifrån problematiken genomförs ärendegranskningar månadsvis inom IFO, utifrån IVOs granskningsmall. Granskningen utförs av SAS i samråd med enhetschef och 1:e socialsekreterare i syftet är att säkerställa innehåll och att handläggning sker i direkt anslutning till när den enskilde varit i kontakt med handläggare.

## Avvikelsehantering

### **Avvikelser i samverkan**

I patientens vårdensövergångar, mellan olika verksamheter eller olika huvudmän finns riks att inte väsentlig information överförs. Ett av de vanligaste riskområdena är brister i kommunikation och samverkan. Riskerna uppmärksammas via avvikelser i vårdsamverkan där syftet är att identifiera eventuella negativa mönster och/eller systemfel i vårdsamverkan samt utifrån analys skapa underlag för kvalitetsförbättringsarbete.

Socialförvaltningen har skickat 11 avvikelser i vårdsamverkan till andra vårdgivare vilka till största delen handlat om brister i informationsöverföring med också inom rehabilitering och behandling

2019	Antal	Komentar
<b>Närhälsan Svenljunga</b>		
<b>SÄS, olika avdelningar</b>	10	Psyk, Rehab, Vårdavd., mott.
<b>Ambulanssjukvården</b>		
<b>Övrigt</b>	1	Administration
<b>Totalt;</b>	11 (+3)	
<b>Svar inkommit</b>	5	

Förvaltningen har inte fått svar på alla avvikelser (6/12) och ytterligare 3, för sista delen av december, har skickats in. Det finns en övergripande problematiken med lång svarstid mellan vårdgivarna trots en övre gräns på 60 dagar. Arbetet är i fokus och för 2020 har Närvårdssamverkan bl.a. satt som mål att "Antal svarsdagar på avvikelser över beslutad tidsperiod ska vara max 5 %".

Förvaltningen har även ett antal inkomna avvikelser vilka också rör informationsöverföring men även kontaktvägar och rapportering. Två av avvikelserna har lämnats efter den 6/12-19.

2019	Antal	Komentar
Närhälsan Sveljunga	1	Bristfällig SIP
SÄS, olika avdelningar	2	Psyk, vårdavd.
Ambulanssjukvården	3	Visam
Övrigt		
<b>Totalt;</b>	<b>6</b>	
<b>Svar lämnat;</b>	4 (+2)	

### Hälsa- och sjukvårdsavvikelser

Under 2019 har det registrerats 395 avvikelser vilket är 154 st. fler än 2018.

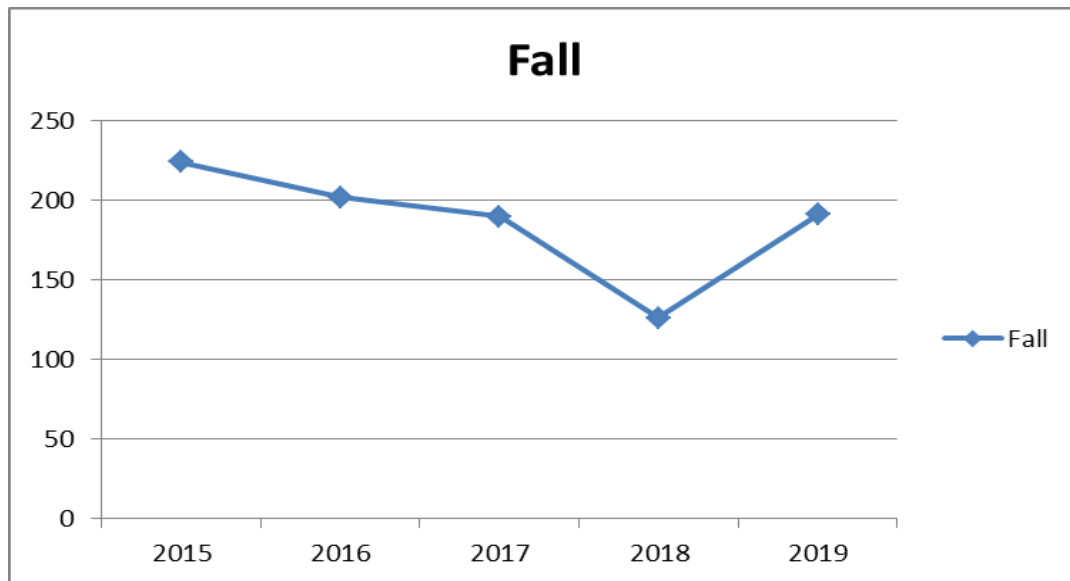
År	2017	2018	2019
<b>Antal totalt</b>	561	241	395

Det är fall och läkemedel som står för den stora delen av avvikelserna – vilket inte är något unikt för Svenljunga, då trenden är densamma i hela landet.

År	2017	2018	2019
<b>Fall</b>	190	126	191
<b>Läkemedel</b>	312	105	159
<i>Administrering utebliven</i>	x	26	70
<i>Administrering brist Narkotika (svinn/sign)</i>	x 12	34 där av 12	58 där av 25
<b>Rehab</b>	11	1	3
<b>MTP/Grundutrustning</b>	2	6	8
<b>Övrigt (teknik/beh/dok)</b>	46	3	34
<b>Totalt</b>	<b>561</b>	<b>241</b>	<b>395</b>

### Fallavvikelser

Antalet inrapporterade fall minskade markant mellan åren 2017 och 2018 för att åter stiga under 2019. Då det funnits enheter som rapporterat få avvikelser finns det sannolikt ett mörkertal. Nedan syns antalet inrapporterade fall över tid.

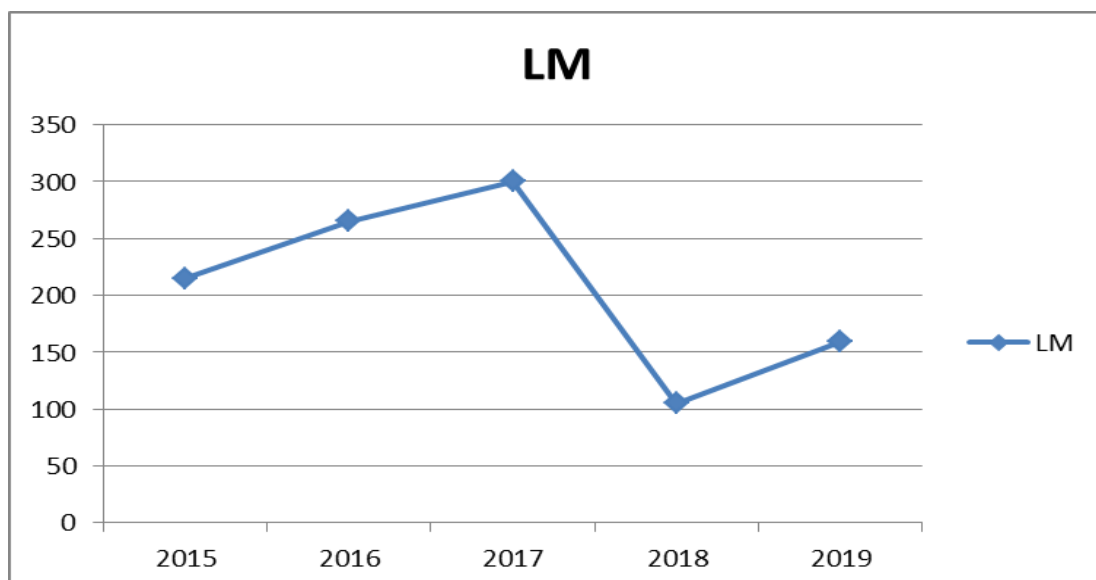


Av de 191 inkomna fallavvikelserna 2019 har

- ✓ 4 st. inrapporterade falltrauman som lett till bekräftad höftfraktur
- ✓ 5 st. inrapporterade falltrauman som lett till bekräftad annan allvarig skada

#### Läkemedelsavvikelser

Bland antalet inrapporterade läkemedelsavvikelser syns en positiv vändning mellan åren 2018 och 2019 men det finns sannolikt även ett mörkertal här. Jämför man utfallet över tid (2015-2019) speglar detta troligtvis årets siffra mera rättvist.



En koppling till årets resultat bör vara införandet av "e-läkemedel" vilket är ett system för elektronisk läkemedelslista och signering. Systemet beskrivs mycket positivt av både bas- och legitimerad personal. Det finns en upplevd känsla av stöd/tillgänglighet och läkemedelshanteringen kan följas live då systemet är tillgängligt via mobiltelefon och webb.



.....

### Avvikelser inom SoL och LSS

År	2017	2018	2019	Digitala -19
Myndighet	12	38	4+(26)=30	(26)
Verkställighet	87	98	111+(16)=127	(16)
Organisation	2	7	15	0
Lex Sarah till IVO	2	3	1	1
Totalt	103	146	173	(42)

År	2017	2018	2019
Brister i bemötande	8	21	4
Brister i omsorgen	53	37	39
Brist i handläggning och dokumentation	13	33	39
Digitala avvikelser – larm, appar mm	Ej mätt	6	29
Annat (lås, omgivning, schema)	14	25	24

## Brukarundersökning Svenljunga 2019

Under våren besvarade totalt 31 personer Socialstyrelsens enkät inom vård- och omsorgsboende, vilket motsvarade 51,7%. Inom hemtjänsten var det totalt 118 brukare som valde att besvara enkäten, vilket motsvarade 58,4%. Resultatet visade att;

Brukarundersökning Särskilt boende ÄO	2016	2017	2018	2019
Sammantaget nöjd med boendet helhetssyn	91	94	91	93
Känner förtroende för personalen som kommer	100	93	90	93
Får bra bemötande av personalen	100	100	100	100
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	97	96	93	100
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	91	80	89	88
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	64	68	61	59
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	43	50	65	47
Tycker att maten smakar bra	77	70	74	81
Upplever måltiderna som en trevlig stund	83	83	74	77

Brukarundersökning i Hemtjänst	2016	2017	2018	2019
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn	91	94	91	93
Känner förtroende för personalen som kommer	93	93	96	95
Får bra bemötande av personalen	97	95	98	100
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	87	88	86	89
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	91	86	93	89
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	64	58	55	61
Personalen kommer på avtalad tid	86	86	86	92
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	63	67	57	69

### Brukarundersökning LSS 2019

Svlj/andra kommuner	Grupp Bostad	Service Bostad	LSS Daglig Verks.	Boende Stöd	Personlig Assistans 4 svar för få för att jämföra	Sol. Sysse-sättning 2 svar för få för att jämföra
Inflytande/Valfrihet	89/78	80/83	76/73	87/83	x/54	x/73
Rätt stöd	78/80	100/78	86/85	96/84	x/87	x/84
Omtanke	78/83	100/84	86/88	91/92	x/88	x/88
Kommunikation P-B	67/68	80/69	81/76	96/86	x/82	x/77
Kommunikation B-P	56/67	80/71	81/76	96/86	x/76	x/79
Förtroende för personalen	67/74	100/74	80/81	91/84	x/81	x/80
Trygghet/Frihet(PA)	89/63	40/65	76/73	/	x/77	x/70
Trivsel	100/76	100/76	75/82	96/88	x/86	x/80
Synpunkter	100/86	40/85	86/90	96/76	/84	x/91
Betydelse	ej	ej	71/82	ej	ej	x/78

### Synpunkter och klagomål

Socialförvaltningen arbetar utifrån kommuns riktlinje för hantering av synpunkter och klagomål. Varje enskild händelse utreds och följs upp av ansvarig chef och vid behov i samverkan med berörd personal. Vid de löpande kvalitetsuppföljningarna följs arbetet upp för att säkerställa att åtgärder blivit genomförda och gett effekt.

Det har inkommit *13 synpunkter/klagomål* under året. Synpunkterna handlar om handläggning av enskilda ärenden, dålig täckning av Wifi på äldreboende samt förändring av aktiviteter på vård- och omsorgsboenden.

### Händelser och vårdskador

#### Anmälan till IVO enligt Lex Sarah

En händelse har SAS bedömt som allvarligt missförhållande och en Lex Sarah anmälan har gjorts till IVO. Anmälan, som gällde allvarlig brist inom handläggning och dokumentation, bedömdes som allvarligt missförhållanden i verksamheten som kan leda till risk för allvarligt missförhållande för den enskilde. IVO kommer att utföra en tillsyn under maj månad 2020.

---

### **Oanmäld inspektion**

I oktober 2019 gjorde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en oanmäld inspektion avseende läkemedelshantering vid korttidsboendet på Klockaregården. IVO intervjuade enhetens två sjuksköterskor, en undersköterska samt MAS vilka alla har fått möjlighet att granska protokollen.

IVO kommer att fatta beslut i ärendet och återkoppla till förvaltningen under våren 2020.

### **Fördjupad händelseanalys av interna avvikelser**

Fördjupad händelseanalys har initierats av SAS och MAS/MAR under slutet av 2019 då det har inkommit ett antal (5) interna organisationsavvikelser som främst anger otydlighet i roller och samverkan. Resultatet för detta presenteras i delårsrapporterna 2020.

## Utvecklingsarbete

### **E-hälsa och välfärdsteknik - Digitalisering**

Det finns en etablerad arbetsgrupp med representanter från alla områden av förvaltningen och gruppens arbete utgår från den strategiska handlingsplanen för e-hälsa och välfärdsteknik. Fokuserade områden för gruppen är att;

- ✓ bevaka välfärdstekniken utifrån socialstyrelsens indikatorer
- ✓ delta i det regionala nätverket för e-hälsa och välfärdsteknik

Trygghetskamera har identifierats som ett bra komplement för att öka och förbättra kvaliteten för den enskilde. Under året har fem brukare provat vilket innebär att tillsynen görs via en kamera i stället för att personal gör fysiska tillsynsbesök. Syftet med kamerorna är att skapa trygghet och samtidigt bidra till ostörd nattsömn.

Wifi har installerats på våra äldreboenden och är tillgängligt i gemensamhetsutrymmen så som dagrum och aktivitetsytor. Utifrån socialtjänstlagens portalparagraf vill vi göra det möjligt för våra brukare att vara delaktiga i den digitala utveckling som hela vårt samhälle går igenom. Vi hoppas att brukare och personal ska få nya möjligheter till aktivering och stimulans och hitta nya arbetssätt som ger en bättre kvalitet.

Förvaltningen har köpt in Ipads som är tillgängliga på våra tre boenden inom äldreomsorgen. Tanken är att dessa ska göra det möjligt och stimulera boende att prova och använda digital teknik. Ipads kan användas till olika aktiviteter, t.ex. i grupp för att lösa korsord eller titta på film. Personal kan också använda tekniken individuellt utifrån identifierade behov som finns med i genomförandeplan.

Digitala inköp av matvaror till våra brukare är initierat och arbetet med e-tjänster påbörjades hösten 2019.

## Socialstyrelsens 29 indikatorer för utveckling av hälsa och välfärdsteknik

### 7 områden

<b>1 etjänster</b>	<p><b>1. Kommunen har minst en e-tjänst riktad till invånare eller brukare</b></p> <p><b>2. Kommunen kan erbjuda e-tjänster av följande slag: tidbokning, ansökan, tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal</b></p> <p><b>3. Kommunen kan erbjuda följande slags e-tjänster på annat språk än svenska:</b></p>	
<b>2 välfärdsteknik</b>	<p><b>8. Kommunen tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i arbetet med trygghetslarm i enlighet med SOSFS 2011:9. Kommunen har i detta:</b></p>	
<b>3 Trygghetslarm</b>	<p>Bygger på kommunikation via bredband eller mobilnät. Varje led i larmkedjan är digital, från brukaren till larmcentralen.</p> <p><b>8. Kommunen tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i arbetet med trygghetslarm i enlighet med SOSFS 2011:9. Kommunen har i detta:</b></p>	
<b>4 NPÖ</b>	<p>Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.</p>	
<b>5 Säker roll och behörighets identifikation</b>	<p>Med säker roll- och behörighetsidentifikation menar vi tvåfaktorsinloggning med SITHS-kort, engångslösenord mm. Personen är registrerad i en katalog som är knuten till tjänsten. I katalogen finns uppgifter om vilken roll och behörighet personen har.</p>	
<b>6 Läs och dokumentera mobilt</b>	<p>Inom socialtjänsten och den kommunala hemsjukvården finns personal som besöker brukare och patienter i hemmet. Vid dessa besök kan de ha behov av information från kommunens verksamhetssystem; socialtjänstens dokumentation, kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation eller från nationella system, tex NPÖ och Pascal. Vidare kan personalen ha behov av att dokumentera vad som framkommit vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, t.ex. mobiler, surfplattor och bärbara datorer.</p>	
<b>7 strukturerad dokumentation</b>	<p><b>27. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i handläggningen inom följande områden.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn och unga</li> <li>• Personer med funktionsnedsättning (Sol- eller LSS-insatser)</li> <li>• Vuxna med missbruksproblem</li> </ul>	

---

## Mål och aktiviteter för kommande år

Under 2020 kommer arbetet med e-hälsa och teknikutveckling inom vård- och omsorg fortsatt vara i fokus. Förvaltningen arbetar bl.a. utifrån socialstyrelsens uppsatta indikatorer via "Strategiska planen för e-hälsa" där bl.a. e-hälsogruppen kommer att följa måluppfyllelse.

Ett annat prioriterat område är dokumentationskunskap och avvikelshantering, dess innehåll, flöde och teknik.

- ✓ Brukarundersökningar används för att följa kvalitet
- ✓ Bedömd kvalitet i verksamheterna – finns som indikator 2020 i VP
- ✓ Upprättade/aktuella genomförandeplaner som följer beslut och behov
- ✓ Patientjournaler som uppfyller HSL krav på patientsäker dokumentation
- ✓ Avvikelse – att förbättra rapportering
- ✓ Mål – och resultatstyrning finns, följs och fungerar – att medarbetare är delaktiga via tydligt arbete med målformuleringar för sin enhet – enkät skickas ut samt finns som indikator 2020