



Karlsborgs kommun
Socialförvaltningen

Datum
2019-03-04

1(25)
Diarienummer
240/2018

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018

Socialnämnden

År 2018



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund	3
Mål och Strategi	4
Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet	4
Kvalitetsberättelse	5
<i>Processer och rutiner</i>	5
<i>Systematiskt förbättringsarbete</i>	6
Riskanalys	7
Egenkontroll.....	8
Utredning av avvikelser	9
Genomförda åtgärder	11
Förbättring av processer och rutiner.....	11
<i>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet</i>	11
<i>Dokumentationsskyldighet</i>	12
<i>Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete</i>	12
Patientsäkerhetsberättelse	12
<i>Egenkontroll</i>	12
Läkemedelsgenomgångar.....	13
Antibiotikaförskrivning.....	13
Hygienrutiner	14
Diskdesinfektorer	14
Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister	15
Trycksårsmätning.....	15
Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård	16
Nutrition	17
Demensvård	17
Svenska palliativregistret	18
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	20
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet</i>	21
<i>Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete</i>	22
Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	24

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten

Verksamheten har under året arbetat med att identifiera och beskriva processer som finns och behövs för att säkra att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som finns för verksamheten, enligt gällande lagar och föreskrifter. Arbetet med den nya samverkanslagen har pågått under hösten för att göra övergången mellan olika vårdgivare så säker och trygg som möjligt.

Personalen fortsätter att rapportera tillbud och negativa händelser i verksamhetens avvikelssystem. Avvikelseerna åtgärdas och rapporteras till socialnämnd varje kvartal. Den aktiva registreringen i avvikelssystemet tillsammans med prevalensmätningar som gjorts, har lett till att arbetsätt och åtgärdsplaner lyfts fram att arbeta med. Områden som behöver förbättras har identifierats och förbättringsarbeten inletts.

En rad olika rutiner och riktlinjer har tagits fram och/eller uppdaterats.

Arbetet med nationella kvalitetsregister fortgår.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka kvaliteten

I början av 2018 gjorde IVO (inspektionen för vård och omsorg) en omfattande tillsyn vad gäller socialnämndens arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Brister hittades inom framförallt handläggning av barn- och ungdomsärenden, men även missbruksärenden. IVO ansåg även att socialnämnden inte tar sitt ansvar när det gäller styra, planera, genomföra och följa upp verksamheten. Ett stort arbete genomfördes i hela förvaltningen och rapportering sker löpande till nämnden för att informera om hur åtgärderna genomförs. Rapportering till IVO skedde i maj samt i september. Alla ärenden är avskrivna utan anmärkning från IVO.

Rutin för rapportering av Lex Sarah samt hantering av klagomål och synpunkter har uppdaterats under året. Ett stort antal andra styrdokument, framförallt inom individ- och familjeomsorgens verksamhet, har tagits fram eller uppdaterats. Verksamhetssystemet Stratsys har kompletterats med flera processer, styrdokument, egenkontroller, riskanalyser och åtgärder. Rapportering av avvikelser (lex Sarah, klagomål och synpunkter och andra negativa händelser) fortlöper och utreds enligt gällande rutin.

Workshops för chefer och administrativ personal har genomförts under flera tillfällen under året. Resultatet har blivit ökad dokumentation av pågående kvalitetsarbete på alla nivåer i organisationen.

Verksamheten har under året jobbat med att GDPR-säkra information och system.

Bakgrund

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år senast den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Enligt SOSFS 2011:9 bör vårdgivaren sammanställa en kvalitetsberättelse som sammanfattar årets kvalitetsarbete. En samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan göras så länge det går att utläsa de uppgifter som anges i PSL och i SOSFS 2011:9.

Skillnaden mellan det lagstadgade kravet på en patientsäkerhetsberättelse och det allmänna rådet om en kvalitetsberättelse ligger i berättelsens omfattning. Patientsäkerhet handlar om

skydd mot vårdskada. Kvalitetsbegreppet kan innefatta mer än enbart arbetet med patientsäkerhet.

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller samtliga mål och krav enligt gällande lagar, förordningar och föreskrifter samt andra beslut om mål och krav.

Arbetet med kvalitet, inklusive patientsäkerhet, ska bedrivas på ett systematiskt sätt med syfte att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Mål och Strategi

Varje brukare ska känna sig trygg och säker i kontakten med socialtjänsten i Karlsborg och inte riskera att drabbas av en händelse som upplevs som negativ (avvikelse). Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg ska kunna ges. I mötet med den enskilda människan skall socialförvaltningen sträva efter att utveckla ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt som skapar trygghet och tillit till såväl profession som organisation. Den antagna värdegrunden ligger som en bas i allt arbete inom förvaltningen där ledorden respekt, bemötande och självbestämmande är viktiga. Socialförvaltningen i Karlsborgs kommun skall därför bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att via ledningssystemet, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra i verksamheten. Detta så att åtgärder kan vidtas för att förebygga att brukare drabbas av avvikelser så som vårdskador, missförhållande odyl. Det är också viktigt att kunna tydliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, brukare och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Socialförvaltningen i Karlsborg ska också ge brukarna och deras närstående möjlighet att delta i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till god kvalitet i verksamheten. Socialnämnden ansvarar för att det finns ett väl fungerande kvalitetsledningssystem. Nämnden skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialchefens ansvar

Socialchefens ansvar är att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet, se till att det finns riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och analysera verksamheten så att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten samt bevaka verksamhetens totala resursbehov.

Verksamhetschefens ansvar (HSL)

Verksamhetschefen skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det

ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina uppgifter. Enhetschefen ansvarar också för det systematiska kvalitetsarbetet på enheten där kartläggning av processer, upprättande av rutiner, genomförande av riskanalyser, egenkontroller och åtgärder bla ingår.

Medarbetarnas ansvar

Alla medarbetare ska kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att arbeta enligt gällande riktlinjer och rutiner, bidra till utveckling på enheten, rapportera kvalitetsbrister samt delta i uppföljning av verksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar dessutom för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kvalitetsberättelse

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller krav och mål enligt gällande lagar, förordningar och andra uppsatta kvalitetsmål. Ett kvalitetsledningssystem består av en översikt av de processer och rutiner som finns i verksamheten. Av processerna och rutinerna ska det framgå hur samverkan sker. Kvalitetsledningssystemet ska göra det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att avvikelser kan undvikas. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att fortlöpande och systematiskt förbättra kvaliteten i verksamheten. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder med hjälp av fortlöpande riskanalyser. Den egna verksamheten kontrolleras i efterhand med hjälp av egenkontroll. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras.

Socialstyrelsen anser i sina allmänna råd att socialtjänsten varje år bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. I sammanställningen bör det framgå hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet fortlöpt under året, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra kvaliteten samt vilka resultat som uppnåtts. Berättelsen bör vara så pass detaljerad att det går att bedöma hur arbetet gått och att externa intressenters informationsbehov tillgodoses.

Processer och rutiner

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Aktiviteterna ska vara identifierade och det ska framgå av processkartan i vilken ordning aktiviteterna ska utföras. Processkartan svarar på frågan "Vad ska göras?". Till varje aktivitet ska det finnas en rutin som beskriver tillvägagångssättet. Rutinen till aktiviteten svarar på frågan "Hur ska det göras?". De processer som behövs, för att säkra att socialförvaltningen

uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och föreskrifter, har identifierats i ett klassificeringsdokument. I dokumentet beskrivs sju olika områden i vilka processerna klassificeras. Områdena är:

- 1) Ledning och administration
- 2) Tillgänglighet
- 3) Samverkan
- 4) Systematiskt förbättringsarbete
- 5) Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet
- 6) Personal- och kompetensförsörjning
- 7) Handläggning, verkställighet och öppen verksamhet.

Processerna ska beskriva arbetsflöden, ansvarsfördelning samt vilka rutiner som finns i de olika aktiviteterna och kommer att finnas tillgängliga via Stratsys (strategiverktyg).

Processerna kartläggs i förssystemet 2c8. Alla processer med tillhörande rutiner finns tillgängliga i Stratsys. De processer som tillkommit under året är bla handläggningsrutiner för barn och unga, vuxna, familjehem, ekonomiskt bistånd, process för öppenvård, processer för olika områden inom familjerätten, flertalet hälso- och sjukvårdsprocesser, krisledning, hot och våld, chef i beredskap, mottagning av elever, föräldrar ersättningskyldighet vid placering av barn, SIP och intern-SIP, nämndsadministration, post och diariesföring, GDPR, begäran allmän handling, budget- och skuldrådgivning, skuldsanering, dödsboanmälan, mfl. Arbetet med att kartlägga processerna har bedrivits av enhetschefer i samarbete med medarbetarna, förvaltningschef och administrativ personal. Arbetet med processkartläggningar och rutinbeskrivningar har delvis skett under genomförda kvalitetsworkshops, dels i det dagliga arbetet tex på APT.

Rutiner och andra styrdokument ska tas fram för att beskriva hur processens aktiviteter ska utföras. En ny riktlinje för styrdokument är framtagen under året för att förtydliga vilka styrdokument som används till vad samt hur de ska beslutas/fastställas. Under året har ett flertal styrdokument tagits fram som kopplar till de kartlagda processerna som beskrivs ovan.

Arbetet med att utbilda medarbetarna i hur de ska använda ledningssystemet och få kunskap till Stratsys pågår på vissa enheter, men arbete återstår. Introduktionsmaterial har tagits fram och instruktionsfilmer ska produceras.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt krävs fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Systematiskt förbättringsarbete innefattar riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser (klagomål/synpunkter, Lex Sarah/Lex Maria samt övriga avvikelser), förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner.

Om en verksamhet inte når upp till de krav och mål som ställts föreligger en avvikelse. En avvikelse kan också uppstå om personalen inte arbetar enligt fastställda processer och rutiner. Avvikelsen ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att risken för att samma typ av avvikelse händer ingen minimeras. Detta arbete ska ske på ett systematiskt sätt och därför kallas det för systematiskt förbättringsarbete. Förbättringsarbetet ska innebära att organisationen lär av sina misstag.

Kvalitetsarbetet i socialförvaltningen styrs till stor del av Socialstyrelsens föreskrifter och

allmänna råd SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". Lokalt för Karlsborg finns en framtagen riktlinje för det systematiska kvalitetsarbetet ska genomföras samt anvisningar till det praktiska arbetet i Stratsys och 2c8. Kvalitetsarbetet har också sin grund i socialtjänstens antagna värdegrund där ledorden respekt, bemötande och självbestämmande väger tungt.

Risakanalys

Förvaltningen ska löpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. När en riskanalys genomförs ska ansvarig uppskatta sannolikheten för att händelsen ska inträffa och sedan bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Bedömningen görs på en skala mellan 1 och 4, där 1 är mycket låg sannolikhet eller allvarlighetsgrad och 4 är mycket stor sannolikhet eller katastrofal allvarlighetsgrad. Genom att multiplicera sannolikheten och allvarlighetsgraden framkommer ett riskvärde från 1-16. I riskmatrisen graderas riskvärdet och beslut om åtgärder tas. Inom det röda fältet ska åtgärder vidtagas snarast och inom det gröna fältet kan risken accepteras.

Sannolikhet	4	4	8	12	16
	3	3	6	9	12
	2	2	4	6	8
	1	1	2	3	4
		1	2	3	4
		Allvarlighetsgrad			

Lågt riskvärde	Måttligt riskvärde	Högt riskvärde	Akut riskvärde
----------------	--------------------	----------------	----------------

Arbetet med riskanalyser är framåtblickande och förebyggande och ska genomföras löpande i verksamheten. Vad "löpande" innebär är upp till verksamheten att bedöma, men situationer

som organisationsförändringar, införandet av ny teknik, där flera avvikelser påträffats mfl är särskilt riskfyllda.

Rutin för hur arbetet med riskanalyser ska genomföras är framtagen. I rutinen framgår när en riskanalys ska initieras, hur riskerna identifieras, hur riskvärdet bedöms och hur åtgärder ska beslutas utifrån riskvärdets storlek. I rutinen framgår också hur åtgärderna ska genomföras och följas upp. Arbetet med riskanalyser ska dokumenteras och följas upp i Stratsys.

Under 2018 har chefer, MAS och annan personal arbetat med att planera, genomföra och dokumentera riskanalyser. Riskanalyser har genomförts inom områdena barn- och ungdomshandläggning (bla skyddsbedömning, förhandsbedömning, beslut inom lagstadgad tid mfl), medicindelning, uppföljning av delegering, journalföring HSL, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, ordination från läkare, om vårdtagare ej öppnar för personalen, om en boende lämnar avdelningen obemärkt, risker kopplat till för låg mattemperatur samt temperatur i kyl och frys, förebyggande av smittspridning av legionellabakterier, om genomförandeplan upprättas för sent, information kring klagomålshantering, kännedom om skyldighet att rapportera enligt Lex Sarah mfl.

Enligt de genomförda riskanalyserna finns de största riskerna inom läkemedelshantering, hygienrutiner samt att boende lämnar avdelningen.

Egenkontroll

Egenkontroll (eller internkontroll) är systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten. Syftet med egenkontrollen är att undersöka om verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet. Resultatet av egenkontrollerna ska leda till förbättringar av verksamheten. Egenkontroll kan innefatta tex jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter från olika kvalitetsregister, jämförelser att verksamhetens tidigare egna resultat, brukarundersökningar, granskning av journaler och dokumentation mm. Till skillnad från riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits. Egenkontroll ska göras i den omfattning som verksamheten bedömer är nödvändig för att säkra kvaliteten.

Socialnämnden har en fastställt internkontrollplan som till stora delar är gemensam med övriga förvaltningen i kommunen. I årets plan ingår bla att kontrollera efterlevnaden av olika policydokument och delegationsordningen samt hur efterlevnaden av rutiner för handhavande av kontanta medel, utbetalning av traktamenten mfl. Kontrollmomenten är genomförda och visar inga större avvikelser. En mer detaljerad redovisning görs separat.

Under året har de personer som är över 65 år fått möjlighet att svara på Socialstyrelsens undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" samt övriga brukare har fått möjlighet att besvara motsvarande frågor i en brukarundersökning. Resultatet av undersökningen visar att 90% av de som har insatser från socialförvaltningen är nöjda med stödet de får. Årets resultat visar att de allra flesta är nöjda med hur de blir bemötta av samt känner förtroende socialförvaltningens medarbetare. De områden som visar att brukarna är minst nöjda handlar om hur de kan påverka när insatserna genomförs samt att de inte i full utsträckning känner till hur de kan lämna klagomål. Inom funktionshinderområdet har undersökningar genomförts med hjälp av IT-stödet Picto-Stat. De utvecklingsområden som finns bör ligga till grund för verksamhetsplaneringen inför kommande års målarbete.

Alla verksamheter ska ha tydliga och mätbara mål som är dokumenterade i ett styrkort. Varje verksamhet ska ha minst ett mål inom perspektivet "medarbetare", "boende/besökare",

"sambhällsutveckling" och "ekonomi". Verksamheternas mål ska ligga i linje med socialnämndens beslutade mål. Målen dokumenteras och följs upp i Stratsys.

Socialstyrelsen genomför även undersökningar inom flera områden som kallas "öppna jämförelser". Karlsborg har svarat på de allra flesta av undersökningarna och resultatet av årets Öppna jämförelser finns tillgängligt på nätet. Några av enheterna i socialförvaltningen har analyserat resultatet och identifierat utvecklingsområden. Förvaltningen har deltagit i ett gemensamt utvecklingsarbete med Skaraborgskommunerna vad gäller arbetet med öppna jämförelser.

Under året har socialnämndens presidieträffat kommunens förtroendevalda revisorer ett par gånger. Områden som varit uppe för granskning är tex budgetefterlevnad, måluppfyllelse, hur ledning och styrning fungerar samt hur socialförvaltningen jobbar med internkontrollen. Granskning har även genomförts området avgifter.

Budget- och verksamhetsplan följs upp kvartalsvis då en ekonomisk prognos med eventuella åtgärder presenteras för nämnden. Årets prognoser har visat på ett negativt utfall i årsredovisningen.

Rapporterade avvikelser diskuteras och genomförande av beslutade åtgärder följs upp på bland annat teamträffar. Egenkontroller som genomförts och dokumenteras är bland annat att flera av verksamheterna kontrollerar mattemperaturen för att säkerställa att den mat som levereras är säker. Inom hemvården finns rutiner för att kontrollera om trygghetslarmen fungerar ändamålsenligt. De beslutade insatserna i hemvården följs upp i Phoniros system. Egenkontroll sker också för att säkerställa att kontaktpersoner är utsedda för brukare i hemvården. På Haganäset görs årliga skyddsronder för att bli säkerställa att brandskyddet fungerar. Uppföljning av att alla brukare/boende har en aktuell genomförandeplan görs på flera enheter. På enheterna för boende för äldre kontrolleras vattentemperaturen för att förhindra spridning av legionellabakterier. Inom individ- och familjeomsorgen kontrolleras ärende så att skyddsbedömningar och förhandsbedömningar görs på rätt sätt och inom rätt tid, om utredningens omfattning är tillräcklig, att lagens tidskrav håller på när det gäller att avsluta utredningar samt att det finns en vårdplan/uppdrag till utförare. Varje månad kontrolleras uppdrag till öppenvården. Egenkontroller genomförs även inom hälso- och sjukvården. Detta redovisas mer detaljerat i sammanställning av patientsäkerhetsarbetet.

Utredning av avvikelser

En avvikelse är en händelse eller ett tillbud som inte stämmer med normal rutin och förväntat vårdförlopp, dvs då verksamheten inte lever upp till den beslutade kvaliteten. Att en avvikelse inträffar i en verksamhet är något negativt, men som en del i det systematiska förbättringsarbetet är det viktigt att betona att varje upptäckt av en avvikelse är något positivt. Genom att upptäcka avvikelsen kan den åtgärdas och verksamheten får en möjlighet att se över processer och rutiner så att risken för att avvikelsen händer igen minimeras. Inkomna klagomål, synpunkter och rapporter ska sammanställas och analyseras för att mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten framträder tydligare.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter kan komma från brukare, anhöriga, andra vårdgivare, personal, andra myndigheter eller organisationer mfl.

Ett klagomål avser att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. En synpunkt avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, tex förbättringsförslag. De

mottagna klagomålen och synpunkterna ska utredas och leda till att verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit en avvikelse.

Under året har 20 klagomål och synpunkter tagits emot och diarieförts. Klagomålen har inkommit löpande under året och avser flera olika enheter inom verksamheten bla IFO, funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen. Klagomålen rör främst brister i handläggning och/eller verkställande av beslut samt brister i bemötande och/eller kommunikation. De åtgärder som vidtagits är bla samtal med brukare och anhöriga, förändrade rutiner, förtydligad information mm. En mer detaljerad sammanställning av klagomålen och synpunkterna redovisas separat till socialnämndens möte i februari varje år, där varje ärende beskrivs separat. Det går inte att utläsa något direkt mönster i när klagomålen lämnas in, utan de inkommer utspritt över året. Den verksamhet som har fått in flest rapporterade klagomål är hemvården/hemsjukvården, men detta är ganska naturligt eftersom det är en stor verksamhet med många brukare.

Rapporteringsskyldighet av missförhållanden - Lex Sarah

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Enligt 14 kap. 3 § SoL och 24b§ LSS är de som jobbar inom socialtjänsten mfl skyldiga att rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande. Den som bedriver verksamheten är skyldig att utreda rapporten.

Rutinen för hur rapportering och utredning ska ske är uppdaterad under 2018. Enligt den antagna rutinen (dnr 2018-163) ska varje enhetschef se till att samtlig personal (inkl praktikanter, vikarier mfl) inom hans/hennes verksamhet har kunskap om och förstår vad rapporteringsskyldigheten innebär. Enhetschefen har ett särskilt ansvar att förebygga och förhindra övergrepp, brister och missförhållanden genom utbildning, stöd och handledning till personalen. Enhetschefen ansvarar för att rapporteringsskyldigheten kontinuerligt informeras/diskuteras, till exempel på APT och att personalen intygar sin kunskap om detta skriftligt minst en gång per år. I rutinen framgår även att rapport om misstänkt missförhållande ska lämnas på angiven blankett till närmaste chef. Mottagaren av rapporten bedömer om omedelbara åtgärder är nödvändiga. Snarast efter mottagande ska enhetschefen fylla i en annan blankett och överlämna till socialchef. Socialchef har ansvar för att samordna och sammanställa utredningsarbetet tillsammans med berörda. Socialchef har även ansvar för att vidarebefordra utredningen till socialnämnd och i allvarliga fall även till IVO. I den årliga kvalitetsberättelsen ska alla inkomna rapporter sammanställas och analyseras.

Under året har 17 Lex Sarah-rapporter tagits emot och diarieförts. Bedömningen är risk för missförhållande i 1 av utredningarna, missförhållande i 12 och ej missförhållande i 4 av rapporterna. 7 av rapporterna avser särskilt boende, 4 avser IFOs verksamhet och övriga 6 avser korttiden och hemvård. Huvuddelen av rapporterna inkommer under sommarmånaderna och under december månad. Vid analys kan två olika typer av händelser urskiljas. Den ena är att vårdtagare lämnas boende (korttidsboende eller särskilt boende) utan att personalen uppmärksammas på detta. Orsaken till dessa händelser att dels för att dörrlarm var ur funktion, dels att personal inte har möjlighet att alltid kontrollera rörelselarm. Den andra händelsen är att fax (med känsliga uppgifter) skrivs ut i skrivare och blir liggande. Orsaken till dessa händelser är att uppsatt regel för hur inkommande fax ska styras till en särskild brevlåda hade fallit bort.

De inkomna rapporterna och slutförda utredningarna har löpande informerats till nämnden. De åtgärder som vidtagits har godkänts av socialnämnden. Ingen av händelserna har

rapporterats till IVO. En mer detaljerad sammanställning av rapporteringarna redovisas separat till socialnämndens möte i februari varje år, där varje ärende beskrivs separat.

Övriga avvikelser

Inom vård och omsorgen rapporteras avvikelser i verksamhetssystemet Magna Cura. Avvikelser kan tex handla om fallincidenter, uteblivna insatser, fel vid medicindelning mm. Enhetschef ansvarar för att avvikelserna analyseras och att lämplig åtgärd sätts in för att undvika att samma typ av avvikelse händer igen. MAS rapporterar avvikelser och åtgärder löpande varje kvartal till socialnämnden.

Genomförda åtgärder

Genom de olika aktiviteterna som ingår i det systematiska förbättringsarbetet kan de som bedriver verksamheten få kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller. Om avvikelserna åtgärdas kan verksamhetens kvalitet säkras.

Under året har en rad förbättrande åtgärder vidtagits. Flera nya rutiner har tillkommit då risker och brister identifierats eller till följd av att en avvikelse rapporterats (mathantering, uppkomst av legionellabakterier, bilhantering mm). Avvikelser diskuteras löpande på APT och ledningsmöten. Medarbetarna informeras om nya rutiner. Samverkan med andra enheter bidrar till en kvalitetssäkrad verksamhet. Användning av rörelselarm, tagg och GPS för att förhindra att boende lämnar enheten obemärkta. Faxrutiner uppdaterade. Larmsystem på Haganäset ska uppdateras i början av 2019 för att säkerställa alla funktioner. Beslut om att införa av digitala signeringslistor är fattat och planeras också till början av 2019.

Utbildningar har skett på flera olika enheter och inom olika områden, tex HLR, brand, trafikutbildning, användandet av olika kvalitetsregister, BBIC-dokumentationsstruktur mm.

Under året har socialnämnden begärt att få löpande information om hur kvalitetsarbetet fortskrider. Nämnden har då bland annat informerats om vilka processer som kartlagts, vilka styrdokument som tagits fram, vilka egenkontroller och riskanalyser som dokumenterat

Förbättring av processer och rutiner

Om det systematiska arbetet visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra kvaliteten, ska processerna och rutinerna förbättras. Den största tillgången i förbättringsarbetet är personalen och vårdtagarna. Det är därför viktigt att verksamheten har en kultur som främjar personalen att lämna in rapporter samt att brukarna lämnar synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Att arbeta med att genomföra åtgärder då risker eller brister uppmärksammas leder till att verksamheten blir en lärande organisation.

Under året har verksamheten arbetat med att uppdatera processerna och upprätta eller uppdatera rutiner som hör till processen då det visar sig att de inte är ändamålsenliga.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

För att uppnå en god kvalitet och säkerhet är medarbetarnas engagemang och delaktighet nödvändig. Enligt HSL, SoL och LSS är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet. Det är viktigt att personalen har rätt utbildning så att de kan ge gott stöd och god omvårdnad. För att kunna utveckla och säkra kvaliteten är det därför viktigt att verksamheten planerar för personalförsörjning och kompetensutveckling. För att personalen ska kunna medverka i kvalitetsarbetet är det nödvändigt att de har rätt kunskap om rutinerna kring tex Lex Sarah-rapporter och avvikelshantering. Respektive chef ska

säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Verksamheten ska se till att de ledningssystemet finns lätt tillgängligt och är begripliga.

Under året har utbildningar kring tex social dokumentation genomförts. Rutinerna kring välkomstsamtal i samband med inflyttning, arbetet med kvalitetsregister, kontaktmannaskap mm har tagits fram ihop med personalen. Under året har medarbetarna fått ett uppdrag kopplat till verksamhetens mål. Syftet med detta är att få en tydlighet i organisationen och därmed skapa bättre förutsättningar för att uppnå en bra kvalitet. Arbetet med att ta fram processer och rutiner har fortskridit på APT, planeringsmöten odyl där personalen varit delaktiga. Under hösten har arbetet med verksamheternas mål intensifierats och där personalen varit delaktiga.

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Socialnämndens mål finns dokumenterade i budget- och verksamhetsplan inklusive styrkort för innevarande år. Arbetet med måluppfyllelse följs upp och dokumenteras löpande under året. Socialnämndens mål följs upp och rapporteras i Stratsys. Även mål för verksamheterna registreras och följs upp i Stratsys.

Arbetet med att dokumentera processer och rutiner har fortlöpt under året och är nu komplett. Arbetet med riskanalyser, egenkontroller och åtgärder är dokumenterat. Varje enhet ska ha en egenkontrollplan registrerad i Stratsys.

Arbetet med inkomna avvikelser (klagomål, synpunkter eller Lex Sarah-rapporter) diarieförs. Även utredningar, åtgärder, svarsbrev mm diarieförs. En sammanställning av klagomål och synpunkter samt Lex Sarahrapporter tas fram i slutet av året och redovisas till socialnämnden.

Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete

I enlighet med riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen i Karlsborg (Dnr. 2018-104) har arbetet med att identifiera och beskriva processer som behövs för att säkra att kvaliteten fortskridit. Processer är kartlagda och registrerade i Stratsys. Fler nya riktlinjer och rutiner har tagits fram under året. Egenkontroller, riskanalyser och åtgärder är dokumenterade. Arbetet med avvikelser (klagomål/synpunkter, Lex Sarah och övriga avvikelser) har bidragit till rutinförbättringar och kompetensutveckling.

Kunskap om kvalitetsarbetets olika delar tack vare genomförda kvalitetsworkshops med ledningsgrupp och administrativ personal. Socialnämnden har också fått ökad kunskap i vilket ansvar som ligger på en socialnämnd när det gäller att styra, planera och följa upp verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelse

Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten. Syftet med egenkontrollen är att undersöka om verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet. Resultatet av egenkontrollerna ska leda till förbättringar av verksamheten.

Läkemedelsgenomgångar

Socialförvaltningen har tillsammans med Närhälsan utarbetat en lokal handlingsplan som följs upp två gånger om året. Ett av målen i handlingsplanen är god läkemedelsbehandling. För att uppnå målet med en god läkemedelsbehandling kartläggs bland annat förekomsten av olämpliga läkemedel, antipsykotiska läkemedel och användningen av antiinflammatoriska läkemedel.

Enligt den lokala handlingsplanen skall en individuell läkemedelsgenomgång enkel eller fördjupad genomföras minst en gång per år. I anslutning till inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning till särskilt boende skall det alltid göras en läkemedelsgenomgång. Syftet med den läkemedelsgenomgången är att åtgärda läkemedelsrelaterade problem. En läkemedelsgenomgång skall också genomföras i samband med den medicinska vårdplan som årligen skal erbjudas de personer som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård.

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2018 fanns det 199 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varav 41% hade en medicinsk vårdplan. Detta är en minskning från 2017 både vad det gäller andelen inskrivna patienter samt antalet med en medicinsk vårdplan. 84 % av de medicinska vårdplanerna är upprättade före 2018.

En minskning av andelen medicinska vårdplaner har skett under 2018. Den främsta förklaringen till detta är att Närhälsan under senare delen av året inte kunnat erbjuda en fast Hemsjukvårdsläkare utan denna tjänst har bemannats av olika stafettläkare eller inte kunnat bemannats alls. Därmed har det inte funnits tid för hembesök och medicinska vårdplaneringar.

Det är i nuläget oklart hur bemanningen av tjänsten som hemsjukvårdsläkare ser ut för 2019.

Antibiotikaförskrivning

Arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) och minska spridning och uppkomst av antibiotikaresistenta bakterier anses, såväl nationellt samt internationellt, som en viktig patientsäkerhetsfråga.

Svenska HALT är en återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner, trycksår och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende och utförs nu via kvalitetsregistret Senior Alert.

Arbetet med senior alert har under 2018 gjort en omstart och därmed har Karlsborgs kommun i år kunnat delta i mätningen då antalet registrerade individer i senior alert nu har ökat och statistiken därmed blir mer rättvisande. Totalt deltog 77 personer i mätningen som genomfördes på säbo demens, säbo somatik och korttid/rehab. 1 person hade vid mätningen tecken på pågående infektion, 5 personer behandlades med antibiotika och 1 av dessa behandlades profylaktiskt. Övriga 4 hade inlett behandlingen efter att odling gjorts. Närhälsan arbetar med STRAMA vilket innebär restriktivare profylaktisk behandling med antibiotika. För att antibiotikabehandling ska sättas in måste vissa krav uppfyllas.

I mätningen HALT mäts även vårdtyngd och riskfaktorer. Som riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner räknas KAD-behandling, trycksår samt övriga sår. Karlsborgs kommun har färre individer jämfört med riket i övrigt som har en KAD. Färre individer har trycksår men kommunen har fler individer med övriga sår. Av dessa uppvisar ingen individ tecken på infektion vid mätningen.

Vårdtyngden visar på att kommunens demensenhet, Sjösidan, har betydligt fler desorienterade patienter jämfört med riket i övrigt. Fler har även inkontinensproblem vilket ofta kan relateras

till en demensdiagnos. Även på särskilt boende är andelen desorienterade högre än för riket i övrigt fler är också sängliggande och / eller rullstolsburna. Totalt sett visar HALT mätningen att kommunen har högre vårdtyngd på sina boenden än riket i övrigt.

Hygienrutiner

Basala hygienrutiner är grundläggande för att minska smittspridning och infektioner i Vård och Omsorg. Samma hygienregler som gäller i sjukvården gäller också vid arbete inom hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden och inom omsorgen, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen.

Inom vård och omsorg finns utsedda hygienombud för varje enhet och de har som ansvar att hålla sig uppdaterade inom området hygien samt informera och göra hygienrutinerna kända för sina kollegor. De ska också vara uppmärksamma på om hygienrutinerna inte följs samt larma om detta och delta vid hygienronden som genomförs två ggr per år.

Vid hygienrond 2018 har det uppmärksammats brister i följsamheten av basala hygienrutiner. Till följd av detta har MAS rekommenderat till enhetschefer att ha utbildning i basala hygienrutiner för all personal och den genomförs via webbutbildning från Vårdhygien. Två nya hygienombud har utbildats under 2018. Två ytterligare hygienombud kommer att genomföra utbildning under jan / febr 2019. Basala hygienrutiner ingår som en del i den basutbildningen som Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska håller med all ny personal.

Intern mätning av förutsättningarna till att följa basala hygienrutiner samt följsamheten till basala hygienrutiner har utförts under hösten och den visar på goda förutsättningar men fortsatta stora brister i korrekt handdesinfektion. Som en åtgärd i att komma till rätta med detta ska all personal under 2019 ta hygienkörkortet. Hygienkörkortet är ett webbaserat test som är framtaget av vårdhygien och anpassat till kommunal verksamhet.

Hygienrond utförs en gång per år och mätning av basala hygienrutiner , förutsättningar och följsamhet en gång per år .

På vårdhygiens hemsida finns rutiner att använda vid olika utbrott av virus och bakterier samt råd för tvätt och städ.

Kommunen har sedan 2017 en rutin gällande husdjur som vistas / besöker kommunens boenden och dagliga verksamheter. Rutinen är framtagen med tanken att förhindra smittspridning av främst multiresistenta bakterier som i allt större utsträckning förekommer både på sjukhus med även på äldreboenden.

Diskdesinfektorer

Den utrustning som används inom vården måste uppfylla kraven på god hygienisk standard. Detta gäller inte bara den medicintekniska utrustningen utan även annan utrustning i vårdlokalerna. All utrustning måste uppfylla relevanta krav så att den inte riskerar att sprida smittämnen till brukare, personal och besökare. Diskdesinfektorer och olika typer av sterilisatorer ska genomgå validering, regelbundna kontroller och upprepade prestandakontroller enligt SIS standarder som finns tillgängliga. Även spoldesinfektorer som används på vårdavdelningar måste kontrolleras enligt regler och anvisningar. Dagliga kontroller utförs av berörd enhets personal. Två gånger per år genomförs också en

kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll.

Vid kontroll 2018-06 Godkändes alla 6 maskiner, som är i bruk, enligt konceptet höggradigt rent, vissa efter justeringar. Kommunen har enligt kontrollanten en bra maskinpark. Både sköljrummen och desinfektorerna är mycket välskötta. En mycket positiv attityd till kvalitetssäkring bland personalen konstaterades

Maskinparken har även vid kommunens interna halvårskontroll fått godkänt.

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

Senior Alert

Fall, undernäring och trycksår är problem som drabbar främst äldre personer i behov av vård och omsorg. Dessa tre områden har en stark koppling till varandra. En undernärd person har lättare för att falla och även för att utveckla trycksår. Vid en höftfraktur ökar risken att utveckla trycksår och näringsproblem. Senior Alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg.

Riskbedömningar sker för närvarande inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Under perioden 2018-01-01-2018-12-27 fanns det i Karlsborgs kommun 82 registrerade individer i Senior Alert. Av dessa var 89% bedömda med en risk. 88% hade en registrerad åtgärdsplan och 58% hade registrerade åtgärder. Under 2018 har andelen registrerade åtgärdsplaner och åtgärder ökat markant.

Arbetet med Senior Alert har tagit ny fart under 2018. Hela demensenheten har genomgått utbildning i Senior Alert samt upprättat handlingsplaner för varje avdelning. Det har även tagits fram ett fungerande arbetssätt för de som arbetar natt att bli mer delaktiga i arbetet med åtgärder. Fortfarande visar det sig att det finns brister främst vad det gäller åtgärder och uppföljning av åtgärder. Mätningar av nattfasta har genomförts under våren och den visade på ett stort antal individer med en nattfasta på över 11 timmar. Statistik visade även på att stort antal individer som hade ett BMI på under 22, vilket är definitionen på undernäring. Utifrån det har en riktlinje och rutin tagits fram för särskilt boende och korttid, för att aktivt jobba förebyggande med de individer som har risk för undernäring samt att i möjligaste mån sätta in åtgärder där undernäring föreligger. Andelen individer med ett BMI under 22 har sedan i våras minskat till 40%.

Fortfarande förekommer inget arbete med Senior Alert i hemvården. Projektanställningen på 10% med Senior Alert upphör vid årsskiftet och det drivande arbetet återgår då till verksamheten.

FUNCA

Under 2018 har personalen inom LSS och boendestöd gått utbildning i FUNCA. Totalt har 36 personer genomfört utbildningen. FUNCA är ett nationellt arbetsverktyg inom LSS, personkrets 1 och 2. Syftet med FUNCA är att minska och förebygga utmanande beteende samt att minska skydds och begränsningsåtgärder. FUNCA bygger på teamarbete och struktur.

Trycksårsmätning

Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför

mycket viktigt. Riskbedömningar görs regelbundet i verksamheten och relevanta åtgärder som tex kroppspositionering i säng / stol, bruk av tryckutjämnande underlag, hjälpmedelsförskrivning, förflyttningsträning, hudvård, berikning av kost mm sätts in. Av vikt är att all personal har kunskap om vad som är viktigt för varje enskild individ, för att undvika risker för trycksår.

Det är av yttersta vikt att inkontinensskyddet är individuellt anpassat och korrekt hanterat för att undvika risker för trycksår. Under 2018 har det upphandlade sortimentet av inkontinensskydd byts ut och därmed har flera välkända och välanvända inkontinensskydd tvingats att bytas ut. Ingen utbildning för inkontinensombud och förskrivare har kunnat äga rum som planerat under året i kommunen då de nya leverantörerna inte haft denna möjlighet. Däremot har informationsträffar ägt rum på olika orter i Sverige ingen från Karlsborgs kommun har haft möjlighet att delta. Övergången till ett annat sortiment har i många kommuner så även i Karlsborg medfört bekymmer med inkontinensskydd som brustit i både passform och funktion, vilket ger ökad risk för uppkomsten av trycksår. Avvikelse kring detta har lämnats från Mas-gruppen. Resultatet har blivit att de företag som tillhandahåller produkterna hävdar att problemet är ett handhavandefel. Det har nu sänts ut informationsmaterial kring handhavande och passform. Utbildning i det nya sortimentet kommer att äga rum under 2019.

Under 2018 har riktlinje och rutin för nutrition tagits fram för särskilt boende och korttid bla med avsikt att se till att individerna har ett gott näringsintag och därmed minska risken för uppkomsten av trycksår

Enligt mätningen "mål och mått" i Senior alert 2018 hade 3,5 % av de inskrivna individerna trycksår, vilket är lägre än för riket i övrigt. I detta kvalitetsregister och i denna mätning är inte hemvården delaktiga. I Palliativa registret ligger andelen individer som avlidit utan trycksår i Karlsborg på 71,1% vilket är under målet som är satt på 90%. Det är också en försämring sedan 2017 då siffran var 94,4%. Karlsborg är dock en liten kommun och statistiken bygger på ganska få individer vilket ger ett lite missvisande resultat i jämförelser.

Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård

De som har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser har ofta ett så påverkat allmäntillstånd att de löper stor risk för en kraftigt försämrad munhälsa. Många saknar också initiativförmåga att själva efterfråga tandvård.

De som behöver omfattande vård och omsorg har rätt till munhälsobedömningar, rådgivning om hur munhälsan bör skötas på bästa sätt, förebyggande och nödvändig tandvård, när det behövs. Individen ska slippa ha ont och vården ska bidra till förmågan att äta och tala bibehålls eller förbättras.

Enligt kvalitetsregistret senior alert har 35% av de registrerade ohälsa i munnen av grad 2, vilket är en minskning från förra mätningen.

Totalt 10 stycken sjuksköterskor och två LSS handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att förskriva Nödvändiga tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att spåra upp berättigade personer, utfärda intyg om nödvändig tandvård och erbjuda munhälsobedömningar. Tandhygienister utför munhälsobedömningar och tandvårdsleverantören ska varje år erbjuda kommunens vårdpersonal utbildning i allmän munhälsovård. En utbildning i allmän munhälsovård ägde

rum under våren 2018 för personal i hemvården där 18 personer deltog. En extra utbildning ägde rum för demensenheten under hösten, där inriktningen var tandvård vid demensjukdom. Detta enligt önskemål från personalen. Där deltog 26 personer.

Under 2018 fanns det totalt 147 personer i Karlsborgs kommun med intyg av nödvändig tandvård. Enligt tandvårdsenheten har 70 av de 147 som erbjudits en munhälsobedömning tackat ja och erhållit en sådan.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och för att återvinna hälsa. Alla individer friska, sjuka, unga och gamla har rätt att erhålla en, till individen och dennes (sjukdoms-) tillstånd, anpassad näringstillförsel. Rätt mat och rätt näring är avgörande för patientsäkerheten, särskilt för den äldre. Genom kvalitetsregistret Senior Alert kan personalen arbeta systematiskt och bland annat skapa rutiner för att säkerställa att de som bor på äldreboende bland annat inte har för lång nattfasta. Mätningar på demensenheten har visat att nattfastan är alltför lång för många individer och åtgärder för att minska den har satts i. Här har nattpersonalen ett stort ansvar och de har varit delaktiga i planeringen av insatserna.

Med bakgrund av att nattfastan är för lång och andelen personer på boendet, enligt kvalitetsregistret senior alert, med risk för undernäring och personer med undernäring är många till antalet har riktlinjer för att motverka detta tagits fram under 2018. Riktlinjen för nutritionarbetet på särskilt boende och korttid samt rutin för utredning och behandling av malnutrition på särskilt boende och korttidsboende var klara under hösten. De utgår ifrån socialstyrelsens rekommendationer och utifrån det arbetssätt som tagits fram under våren.

På hela boendet är det, enligt kvalitetsregistret senior alert, 40% av vårdtagarna som har ett BMI under 22, vilket är gränsen för undernäring. Detta har minskat sedan förra mätningen som gjordes innan insatserna togs fram. På demensenheten som arbetat längst med detta har andelen personer med BMI under 22 minskat till 26%. Arbetet fortgår och är främst inriktat på insatser för de personer som bedöms ha en risk för undernäring för att därmed kunna förhindra att fler diagnostiseras med undernäring.

Under hösten har även förslag på riktlinje för kost och nutrition i ordinärt boende tagits fram samt förslag på rutin för mat och måltider i ordinärt boende. Nutritionarbetet i ordinärt boende är mer komplext då kommunen inte har samma möjligheter att kontrollera och styra över måltider och näringsintag hos den enskilde individen. Hemsjukvården är inte heller med i kvalitetsregistret senior alert och genomför därmed inga riskbedömningar. Riktlinjen för kost och nutrition i ordinärt boende samt rutin för mat och måltider är tänkt att få fler individer riskbedömda och att fler får åtgärder insatta vid bedömd risk för undernäring.

Demensvård

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) är ett kvalitetsregister vars syfte är att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och genom detta öka livskvalitén för personer med demensjukdom. Sjösidan (demensenheten på Haganäset) har sedan 2012 använt sig av registret för att på så sätt få en bättre struktur i omvårdnadsarbetet.

14 ytterligare personer har under 2018 gått administratörsutbildning i BPSD .

Kvalitetsregistret BPSD är under våren 2018 infört på avdelningarna inom SÄBO somatik.

Statistik från kvalitetsregistret finns för perioden 2018-01-01 till 2018-12-31. Kommunen har 31 aktiva inskrivna i registret. Av dessa har 29 en bedömning registrerad under 2018.

Kommunen har liksom 2017 fler inskrivna än riket i övrigt där en demensdiagnos saknas,

vilket tolkas positivt då kommunen därmed placerar individen efter behov och inte efter diagnos. Bland de inskrivna som har en konstaterad diagnos är Alzheimer med sen debut den vanligaste diagnosen. Medelåldern för de inskrivna är 85,1 år vilket är något högre än för riket i övrigt. Fler individer har en individuell bemötandeplan än riket i övrigt. Färre vistas enligt registret utomhus regelbundet än riket i övrigt

Registrerad användning av sömnmedel är betydligt lägre än för riket i övrigt. Andelen personer som fått behandling mot depression är högre än för riket i övrigt och användandet av lugnande medel ligger på samma nivå som riket i övrigt.

Svenska palliativregistret

Palliativ vård syftar till att göra den sista tiden livet så bra och smärtfri som möjligt. Vårdtagaren och dess närstående ska känna trygghet och vårdtagaren ska kunna vårdas där han / hon önskar. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

Som sjuksköterska anställd i kommunen ska man följa det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. I vårdprogrammet finns beskrivet olika hjälpmedel för att följa den egna enhetens kvalitet på vården i livets slutskede.

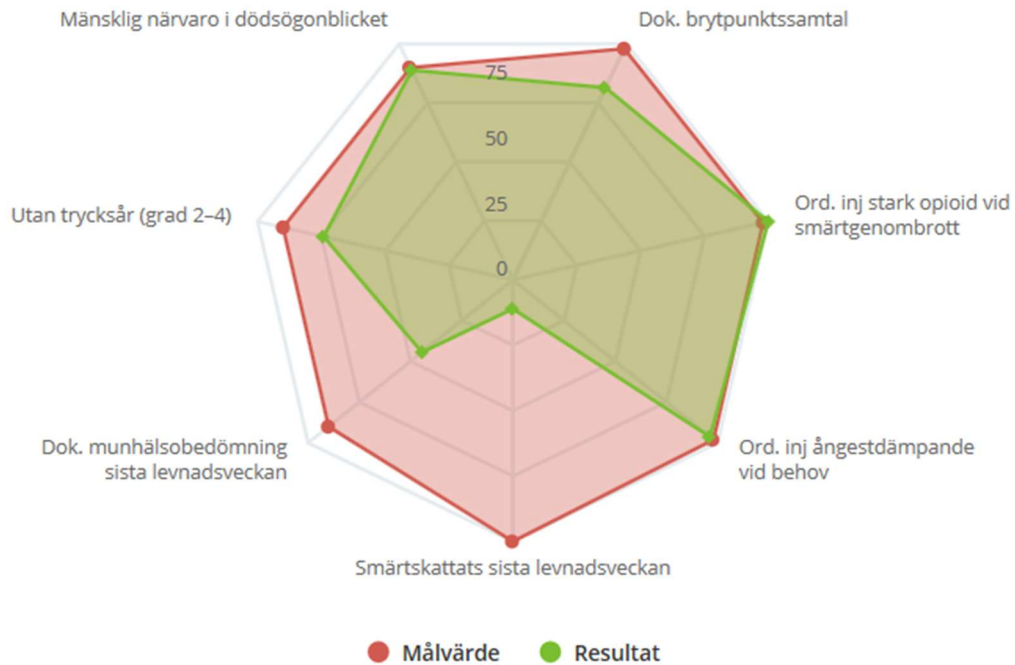
Socialstyrelsen har 2017 utkommit med en rapport, Nationella riktlinjer - palliativ vård i livets slutskede. I den rapporten har nationella målnivåer satts för palliativ vård i livets slutskede.

Indikatorer

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	90%
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100%
Vid behovs ordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	98%
Vid behovsläkemedel av ångestdämpande under sista levnadsveckan	98%
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	90%
Brytpunktssamtal	98%

Målnivåerna som fastställts i rapporten har en hög nivå och det kan ta tid för kommunerna att nå upp till dessa. Det kan därför vara lämpligt för kommunen att sätta upp delmål för att nå de eftersträvande målen. Karlsborgs kommun har inte satt upp några delmål.

I kommunen används Svenska palliativ registret som ett hjälpmedel för att åstadkomma en förbättrad palliativ vård. Via registrets hemsida kan man löpande ta fram rapporter från den egna enheten och följa utvecklingen över tid



Detta är en modif

Under 2018 har statistiken från kvalitetsregistret omarbetats och utgår nu ifrån de målnivåer som Socialstyrelsen tagit fram. Därmed kan statistik för 2018 inte jämföras med statistik från tidigare år. Kommunens resultat redovisas i % nedan.

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	44,4%
Smärtskattning under sista levnadsveckan	11,1%
Vid behovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	100%
Vid behovsläkemedel av ångestdämpande under sista levnadsveckan	96,3%
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	74,1%
Brytpunktssamtal	81,5%

Dokumenterad smärtskattning är ett område som kommunen behöver arbeta vidare med då procenten är mycket låg. Sjuksköterskorna ska vid smärtskattning använda ett validerat bedömningsinstrument såsom Abbey pain scale eller VAS skalan och noga dokumentera resultatet av mätning samt resultat av eventuell smärtlindring i patientjournalen. Validerad smärtskattning har endast använts och dokumenterats i 3 fall av 29. Trots utebliven validerad smärtskattning är de flesta patienter lindrade från smärta vilket visar på att smärtskattning görs effektivt men inte dokumenteras utifrån validerad smärtskattning. Validerad smärtskattning är ett område som kommunen behöver arbeta med under 2019. Under våren 2019 kommer kommunen att införa en gemensam Magna Cura journal för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Denna journal är uppbyggd utifrån ICF och därmed kommer validerad smärtskattning ingå som en mer naturlig del i de hälsoärenden, hälsoplaner och åtgärder som där efterfrågas. Även dokumentation kring munhälsobedömning är eftersatt och behöver arbetas med. Här används ROAG som bedömningsformulär och den ingår som en del i registrering av individen i kvalitetsregistret senior alert. Då hemsjukvården inte i nuläget registrerar i senior alert görs inte munhälsobedömning i hemsjukvården i den utsträckning som det borde.

Socialförvaltningen har i samverkan med Närhälsan utifrån den regionala handlingsplanen med särskilt focus på mest sjuka äldre tagit fram en lokal handlingsplan som följs upp två gånger om året.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Överrapportering mellan olika vårdgivare är av stor vikt för att undvika vårdskador. Representanter från kommunen ingår i den samverkansgrupp som verkar för att övergången mellan olika vårdgivare skall bli så sömlös som möjligt. Som system för överrapportering och planering mellan vårdgivarna används systemet SAMSA som under hösten 2018 fått ett nytt utseende och större funktion.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukhusvård som togs 2017 och började att gälla från 2018 innebär ett nytt sätt för vårdgivarna att tänka och samverka. Kring samverkanlagen finns det en riktlinje och en rutin för Västra Götalandsregionen och en lokal rutin för Skaraborg framtagna. Lagen ska särskilt främja att en person med behov av samordnade insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att personer är utskrivningsklara. Lagen innebär även andra villkor för när kommunens betalningsansvar inträder. Som samverkan kring den nya lagen och för att hitta nya arbetssätt har kommunen regelbundet haft ett flertal samverkansmöten med Närhälsan under 2018 både på ledningsnivå och verksamhetsnivå, vilket även kommer att fortsätta under 2019

Kommunen har även haft interna möten kring samverkansprocessen både på ledningsnivå samt med legitimerad personal, bistånd samt verkställighet. Utbildning i nya SAMSA har ägt rum för under september 2018 för kommunens legitimerade personal, biståndshandläggare samt enhetschefer.

Samverkansprocessen mellan kommun, primärvård och slutenvård fungerar överlag bra även om det finns mycket att arbeta vidare på för alla parter.

Läkarbemanningen har under hösten varit bristfällig då tjänsten som hemsjukvårdsläkare inte varit bemannad. Olika stafettläkare har tjänstgjort under kortare perioder och under några veckor har ingen läkare varit tillgänglig mer än för akuta insatser via telefon. Ett flertal avvikelser gällande både läkarbemannning samt påverkan av detta på patienter har skickats till ansvarig för avvikelser inom primärvården.

Det finns en överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Under hösten 2017 tecknades en lokal överenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus, primärvården och Karlsborgs kommun. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruksproblematik. Treparsmöten på ledningsnivå har ägt rum en gång under 2018. Treparsmöten ska enligt handlingsplan äga rum fyra gånger per år. Under 2018 har det varit svårt att få alla parter att delta.

Enligt den regionala handlingsplanen för mest sjuka äldre skall personer 65 år och äldre med risk, ha en förebyggande vårdplan. Närhälsan har det övergripande samordningsansvaret för sina listade personer över 65 år. I vårdplanen ingår att årligen genomföra läkemedelsgenomgångar för alla över 75 år. I anslutning till inskrivning i hemsjukvård vid inflyttning till särskilt boende skall det alltid göras en läkemedelsgenomgång.

Arbetet med medicinsk vårdplanering bidrar till en säkrare, tryggare och en mer välplanerad

vård på rätt vårdnivå.

Karlsborgs kommun och Närhälsan i Karlsborg har samverkat kring en handlingsplan med god och sammanhållen vård och omsorg som mål. En uppföljning av handlingsplanen sker kontinuerligt två gånger per år. Under 2018 har även samverkansavtalet uppdaterats och förnyats.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

En avvikelse beskrivs som en negativ händelse där avvikelsen medfört att individen fått en vårdskada, något har inträffat som leder till konsekvenser. En avvikelse kan också beskrivas som ett tillbud/ incident där avvikelsen kunnat medföra vårdskada men där avvikelsen inte lett till några konsekvenser för individen.

Enligt rutin skall eventuella avvikelser dokumenteras i verksamhetssystemet Magna Cura där respektive enhetschef utreder och tar ställning till om ytterligare åtgärder behövs. Beslutet dokumenteras i verksamhetssystemet. Enheterna har avvikelsehantering som stående punkt på sina teammöten där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att avvikelsen händer igen. Enhetschefen skickar sedan sammanställningen till MAS som kvartalsvis redovisar till socialnämnden. Nedan kommenteras de områden där antal avvikelser är störst.

Fall: Av avvikelse rapporteringen framgår det att 515 fallrapporter inkommit under 2018 (546 under 2017 och 485 under 2016). I fall ingår allt från att kasta ur säng eller stol / rullstol, fall vid förflyttning eller fall på grund av sjukdom, tex plötsligt blodtrycksfall. En stor del av fallen kan härledas till ett fåtal personer. Som exempel står en ensam individ för hela 43 fall. Där har alla insatser som går satts in för att förhindra att individen faller. Många fall kan härledas till intag av alkohol. Fallförebyggande åtgärder är insatta och många av fallen går inte att förhindra då det rör sig om individer som inte kan förhindras att röra sig på egen hand och som många gånger glömmet bort att de tex har hjälpmedel i form av rullator och larm. Ett fåtal fall har lett till sjukhusvård. Många av dom som faller i hemmet saknar en dokumenterad fallriskbedömning. En bidragande orsak till detta kan vara att hemsjukvården inte använder sig av kvalitetsregistret Senior Alert.

Personalen är noga med att skriva fallrapporter. I Magna Cura saknas däremot ofta utredning och åtgärdsförslag från enhetschef för vissa avdelningar.

Läkemedel: Av avvikelse rapporteringen framgår att 69 läkemedelsavvikelser inkommit under 2018 (83 under 2017). Framst gäller avvikelserna att läkemedel glömts bort att ges. Dessa kommer att minska under 2019 då kommunen inför digitala signeringslistor. Avvikelserna gällande felaktigt delade dosetter har minskat ytterligare under 2018. Detta är ett resultat av att fler individer sätts in på APODOS, vilket ökar säkerheten i läkemedelshandlingen. Införandet av en servicegrupp i hemsjukvården 2017 har inneburit att det är färre personer som hanterar läkemedel.

Övrigt: 56 övriga avvikelser har rapporterats in under 2018. Dessa är jämt fördelade på bemötande, brister i informationsöverföring, dokumentation, larm / sökarsystem, medicinteknisk utrustning, omvårdnadshändelse, rehabilitering och övrigt. Som exempel

gäller avvikelserna, uteblivna insatser som dusch och städ pga hög arbetsbelastning, utebliven träning och brister i bemötande. Brister i informationsöverföring har ökat och gäller både gentemot slutenvård och Närhälsan. Larm / sökarsystem gäller främst individer vars larm inte fungerat eller individer som lämnat avdelningen och där larm för att göra personalen uppmärksam på detta inte fungerat eller saknas.

Kommunen har skrivit 4 avvikelser gentemot Närhälsan under 2018. Dessa gäller främst brist på eller avsaknad av läkarbemannning.

Till SKAS har 7 avvikelser skickats.

Lex Maria: Ingen Lex Maria har rapporterats under 2018. Svar har inkommit från IVO under 2018 på en Lex Maria som skickades 2017. Kommunen har där enligt önskan från IVO tagit fram en anvisning att ge till privata assistansbolag med information om vad kommunens läkemedelsansvar innebär och hur man ska gå tillväga för att kommunen ska kunna ansvara för detta vid brist på kompetens eller personal, anställda vid det privata assistansbolaget. Kommunen har från IVO under 2018 erhållit en begäran om yttrande och handlingar i ett klagomålsärende. Kommunen har yttrat sig i ärendet och bifogat begärda handlingar.

Avvikelseyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Fall	125	118	149	157
Läkemedel	25	23	21	15

Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete

Läkemedelsgenomgångar

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2018 fanns det 199 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varav 41 % hade en medicinsk vårdplan. 84% av de medicinska vårdplanerna är upprättade före 2018. minskningen av de medicinska vårdplanerna kan härledas till att Närhälsan under hösten 2018 inte kunnat erbjuda en fast hemsjukvårdsläkare. Denna tjänst har varit obemannad eller bemannad med olika stafettläkare vilket varken innebär kontinuitet eller patientsäkerhet.

Antibiotikaförskrivning

Kommunen deltog under hösten 2018 i svenska HALT. 77 individer observerades utifrån riskfaktorer för vårdrelaterad infektion, pågående vårdrelaterad infektion och antibiotikaanvändning. Resultatet blev en individ med pågående infektion och fem individer med antibiotikabehandling. Närhälsan jobbar aktivt med Strama och är därmed mer restriktiva än tidigare med förskrivning av antibiotika.

Hygienrutiner

Vid hygienrond 2018 har det uppmärksamats brister i följsamheten av basala hygienrutiner.

Till följd av detta har utbildning i basala hygienrutiner rekommenderats till all personal och skulle genomförts via webbutbildning från Vårdhygien. Bristande följsamhet till rekommendationen har noterats. Två nya hygienombud har utbildats under 2018. Basala hygienrutiner ingår som en del i den bas-utbildning som medicinskt ansvarig sjuksköterska håller med all ny personal.

En intern mätning av basala hygienrutiner har utförts under hösten och den visar på fortsatta stora brister i korrekt handdesinfektion. Som åtgärd ska all personal via webben ta hygienkörtkort och uppdatera sig i kunskapen om basala hygienrutiner.

Sedan 2017 har kommunen en gällande rutin för husdjur som vistas / besöker kommunens boenden och dagliga verksamheter. Rutinen är framtagen med tanken att förhindra smittspridning av främst multiresistenta bakterier som i allt större utsträckning förekommer både på sjukhus med även på äldreboenden.

Diskdesinfektorer

Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll. Enligt rapporten 2018-06-09 har kommunen en bra maskinpark. Sköljrummen och diskdesinfektorerna är mycket välsköta, vilket har stor betydelse för vårdtagare och personal. En mycket positiv attityd till kvalitetssäkring bland personalen konstaterades

SeniorAlert

Under våren 2018 har demensenheten genomgått utbildning i Senior Alert och utifrån det upprättat handlingsplaner främst för att göra nattarbetarna mer delaktiga i det förebyggande arbetet. Man har gjort mätningar av nattfasta på en avdelning och gjort vårdplan utifrån de åtgärder man befunnit lämpliga. Nya rutiner har tillsammans med nattpersonalen tagits fram för att individerna med bedömd risk och åtgärd ska få insatser även nattetid. Från årskiftet upphör projektanställningen på 10% med Senior Alert och det drivande arbetet återgår till respektive avdelning.

Trycksår

Under 2018 har sortimentet för inkontinenshjälpmedel bytts ut. Visningar av det nya sortimentet har ägt rum på olika orter i Sverige, men kommunens förskrivare har inte haft möjlighet att delta. Den inplanerade föreläsningen om inkontinens som skulle äga rum under våren 2018 blev inställd pga sjukdom och det nya företaget har inte haft möjlighet att erbjuda utbildning under hösten.

Alla madrasser med dålig kvalitet är nu utbytta. Detta för att minska risken för uppkomst av trycksår.

Enligt mätningen i Senior alert 2018 hade 3,5 % av individerna trycksår registrerade. Detta är lägre än för riket i övrigt. I denna mätning deltar inte hemsjukvården. I palliativa registret är andelen individer som avlidit utan trycksår 71,1%, vilket är under målet som är satt på 90%.

Nutrition

Totalt 11 stycken sjuksköterskor och två LSS handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att förskriva Nödvändiga tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att spåra upp berättigade personer, utfärda intyg om nödvändig tandvård och erbjuda munhälsobedömningar. Under 2018 fanns det totalt 147 personer i Karlsborgs kommun med intyg av nödvändig tandvård. Enligt tandvårdsenheten har 70 som erbjudits en munhälsobedömning tackat ja och erhållit en sådan.

Mätningar av nattfastan visar att denna är alltför lång för många individer och många

individer är diagnosticerade med undernäring. Till följd av detta har en riktlinje och rutin för nutritionsarbetet tagits fram och omvårdnadsplaner med åtgärder har upprättats för att minska och förebygga malnutrition. Här har nattpersonalen ett stort ansvar och de har varit delaktiga i planeringen av insatserna.

Demensvård

14 personer har under 2018 gått administratörsutbildning i BPSD. BPSD är under 2018 införd på SÄBO somatik. Statistik från kvalitetsregistret finns för perioden 2018-01-01 till 2018-12-31. Den visar att 29 nya registreringar gjorts under 2018.

Palliativ vård

Statistiken från palliativa kvalitetsregistret är under 2018 omgjord och är nu anpassad utifrån de mål som är satta av socialstyrelsen. För kommunen visar den att behovsläkemedel för smärta och ångest finns tillgängliga i tillräcklig omfattning. Det har även skett en betydlig förbättring vad det gäller erbjudande till anhöriga om efterlevandesamtal. Det är främst hemsjukvården som står för denna förbättring. Kommunen behöver arbeta med validerad smärtskattning då endast 11% av individerna den sista levnadsveckan har fått en validerad och dokumenterad smärtskattning. Karlsborgs kommun ligger under målgränsen på 90% vad det gäller avsaknad av förekomst av trycksår.

Samverkan

Under hösten 2017 togs en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukhusvård. Lagen ska särskilt främja att en person med behov av samordnade insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att personer är utskrivningsklara. Lagen började att gälla 2018 och ersatte nuvarande betalningsansvarslag. Kommunen haft ett flertal samverkansmöten med Närhälsan under 2018 för att kunna möta upp mot de nya behov av samverkan som krävs av lagen.

Kommunens vårdplaneringsteam som funnits sedan 2013 är nu upplöst och andra arbetsformer har tagits fram. Alla har varit delaktiga i samverkansprocessen och även internt äger samverkansmöten rum.

Den lokala handlingsplanen är uppdaterad under 2018.

En lokal överenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus, primärvården och Karlsborgs kommun finns. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och / eller missbruksproblematik. Trepartsmöten har ägt rum två ggr under 2018. Vid dessa möten har Närhälsans part uteblivit.

Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

En fortsatt satsning på införandet av arbetssättet, individens behov i centrum (IBIC), kommer att fortgå under hela 2019. Syftet med införandet är att göra vård och omsorgen mer likvärdig och rättssäker. Individerna skall få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. I och med införandet av det nya arbetssättet kommer också arbetet med utbildning av all hälso- och sjukvårdspersonal i den internationella dokumentationsstrukturen ICF. Detta för att bättre kunna dokumentera med ett samlat och standardiserat språk. Under 2019 kommer digitala signeringslistor införas, för att säkerställa kvaliteten på vissa hälso- och sjukvårdsinsatser, bla medicindelning.

Arbete med olika kvalitetsregister kommer fortsätta under 2019 där målet är att få arbetssättet som en naturlig del av vardagsarbetet.

Utbildning och introduktion i Stratsys kommer ske under 2019, för att alla medarbetare lätt ska kunna ta till sig information så som processer och rutiner.

Under 2019 kommer arbetet med att införa ett nytt verksamhetssystem påbörjas. Avtalstecknande beräknas till första kvartalet 2019 och därefter ska det nya systemet installeras.