



Karlsborgs kommun
Socialförvaltningen

Datum
2018-02-13

1(21)
Diarienummer
2018-22

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

År 2017



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund	3
Mål och Strategi	4
Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.....	4
Kvalitetsberättelse.....	5
<i>Processer och rutiner</i>	<i>5</i>
<i>Systematiskt förbättringsarbete.....</i>	<i>6</i>
Riskanalys	6
Egenkontroll.....	8
Utredning av avvikelser	9
Genomförda åtgärder	10
Förbättring av processer och rutiner	11
<i>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....</i>	<i>11</i>
<i>Dokumentationsskyldighet</i>	<i>11</i>
<i>Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete</i>	<i>12</i>
Patientsäkerhetsberättelse.....	12
<i>Egenkontroll.....</i>	<i>12</i>
Läkemedelsgenomgångar.....	12
Antibiotikaförskrivning.....	13
Hygienrutiner	13
Diskdesinfektorer	14
Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister	14
Trycksårsmätning.....	14
Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård	15
Nutrition	15
Demensvård	16
Svenska palliativregistret	16
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</i>	<i>17</i>
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet</i>	<i>18</i>
<i>Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete.....</i>	<i>19</i>
Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.....	21

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 kvarta. Den aktiva registreringen i avvikelssystemet tillsammans med prevalensmätningar som gjorts, har lett till att arbetssätt 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

Införandet av arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum) fortgår. Arbetssättet innebär en strukturerad dokumentation av den enskildes behov och kommer att fortgå under hela 2017. Dock avvaktas systemuppgradering i vissa delar till upphandlingen av nytt system är genomfört.

Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen och rutin för riskanalys finns och syftet med den är att ledningssystemet skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Andra styrdokument för att underlätta arbetet med kvalitetsledningssystemet är framtaget. Workshops för kunskapsspridning och arbete med systemet är genomförda under 2017.

Under året har arbetet med att bygga upp och fylla IT-systemet Stratsys pågått parallellt som arbetet med att ta fram processkartor, rutiner, riktlinjer, egenkontrollplaner mm pågår.

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 försystemet 2c8. Flertalet processer med tillhörande rutiner finns i dagsläget tillgängliga i Stratsys. De processer som finns registrerade är bland annat processerna för ledning och styrning, Lex Sarah, Lex Maria, klagomåls- och synpunktshantering, läkemedelshantering, delegering, handlägningsprocessen och verkställighetsprocesser inom flera olika områden, administrativa processer inom tex avgiftshantering, IT-stöd, budgetarbete, nämndsadministration, inköp och upphandling samt inom personalområdet tex rekrytering, rehabilitering, systematiskt arbetsmiljöarbete mm. Arbetet med att kartlägga processerna har bedrivits av enhetschefer i samarbete med medarbetarna. Arbetet med processkartläggningar och rutinbeskrivningar kommer fortskrida under 2018 enligt ett fastställt workshopschema.

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

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 kommunen 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 en vägledning 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.

Ledningssystemet är under uppbyggnad och arbetet handlar mycket om att samla ihop rutiner, riktlinjer och andra styrdokument som redan finns i förvaltningen. Vissa styrdokument behöver uppdateras och vissa saknas helt.

Risikanalys

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 året har riskanalyser skett i verksamheten, men inte dokumenterats i Stratsys. Exempel på det är risker kopplat till användandet av larm och andra digitala hjälpmedel på särskilda boendet, risker i samband med nerdragning inom integrationsverksamheten, organisationsförändring inom IFO/integration.

Under 2017 har en workshop genomförts där utbildning av chefer erbjudits. Syftet med utbildningen är att arbetet med riskanalyser ska bli mer systematiskt i verksamheten samt att resultatet av riskanalyserna ska dokumenteras och följas upp i Stratsys. Arbetet kommer fortgå under 2018 för att systemet ska bli mer komplett.

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. Resultatet av den fastställda internkontrollplanen redovisas i ett separat dokument.

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. 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", "medborgare", "samhällsutveckling" 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 presidie träffat kommunens förtroendevalda revisorer ett par gånger. Områden som varit uppe för granskning är tex budgetefterlevnad, målluppfyllelse, hur ledning och styrning fungerar samt hur socialförvaltningen jobbar med internkontrollen. Granskning har även genomförts inom området inköp- och upphandling.

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

Övriga egenkontroller som skett i verksamheten är bla uppföljning av beslut som fattats av

handläggare eller arbetsutskott/nämnd, genomförda möten för att följa upp och diskutera beslut och insatser. Rapporterade avvikelser diskuteras och genomförande av beslutade åtgärder följs upp på bland annat teamträffar. 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. På Haganäset görs årliga skyddsronder för att bli säkerställa att brandskyddet fungerar. Inom individ- och familjeomsorgen kontrolleras ärende så att lagens tidskrav håller på bland annat förhandsbedömningar och inledande av utredning. Varje månad kontrolleras uppdrag till öppenvården.

I samband med olika granskningar från IVO har egenkontroll genomförts inom tex handläggning av barn- och ungdomsärende och verkställande av HVB-insatser för ensamkommande flyktingbarn.

Under 2017 har workshops och utbildning skett i hur chefer ska arbeta mer systematiskt med att ta fram en egenkontrollplan för sin verksamhet samt hur resultatet av egenkontroller ska dokumenteras och följas upp i Stratsys.

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 10 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. De åtgärder som vidtagits är bla samtal med brukare och anhöriga, förändrade rutiner, omfördelning av personalresurser för att förbättra kontinuiteten, värdegrundsdiskussioner samt övriga diskussioner på APT. En mer detaljerad sammanställning av klagomålen och synpunkterna redovisas separat till socialnämndens möte i februari varje år.

Rapporteringskyldighet 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.

Enligt antagen rutin för hantering och utredning av lex Sarah (dnr 111/2014) 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, ex. 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 23 Lex Sarah-rapporter tagits emot och diarieförts. 16 av dessa avser IFO-enheten, där utredningar ej avslutats inom lagstadgad tid. Bedömningen är risk för missförhållande i 14 av utredningarna, missförhållande i 1 och ej missförhållande i 1 av rapporterna. Risker ligger framförallt i bristande rättssäkerhet i och med att skydds- och vårdbehovet inte utretts. I rapporten då missförhållande bedömdes har avvikelser medfört att insatser kunde genomförts på ett bättre och mer planerat sätt. Åtgärden för att komma tillrätta med problemen är att utredningarna startats upp igen och samtal med handläggare. Rapporterna inkom under perioden augusti till september. Integrationsenheten har rapporterat två händelser enligt Lex Sarah under 2017. Dessa rapporter handlade om missförhållande på grund av sekretessbrott och brister i bemötande. Åtgärder som vidtogs handlade om samtal med de boende, god man och personalen. Övriga fem rapporter kommer från hemvården, gruppboende LSS, bemanningsenheten, boendestöd samt särskilt boende. Tre av dessa fem bedömdes med missförhållande, två med risk för missförhållande och en som ej missförhållande

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.

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 avvikelser analyseras och att lämplig åtgärd sätts in för att undvika att samma typ av avvikelse händer igen. Inom individ- och familjeomsorgen har ett antal avvikelser rapporterats till socialnämndens arbetsutskott, tex brister i handläggning av ärende, brister i arbetsredskap som riskerar sekretessbrott, brister i överlämnande av ärende mm.

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. Insatser har justerats vid uppföljning av beslut.

Utbildningar inom social dokumentation, förflyttningsteknik mm har genomförts, arbetet med olika kvalitetsregister har utökats och ökad bemanning inom äldreomsorgen med hjälp av stimulansmedel. Kompetensen hos några av äldreomsorgens vikarier stärks genom ett statligt finansierat utbildningspaket för att uppnå undersköteskeexamen. Ett arbete med att förtydliga förvaltningens interna samverkansprocesser pågår, där bland annat en rutin för intern SIP tagits fram.

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 kartlägga 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. Samtlig personal har erbjudits att delta i medarbetarsamtal där individuella utvecklingsplaner tas fram. 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. Från och med 2017 ska socialnämndens mål följas upp och rapporteras i Stratsys. Även mål för verksamheterna ska registreras och följas upp i Stratsys.

Arbetet med att dokumentera processer och rutiner har fortlöpt under året, men är inte komplett ännu.

Arbetet med riskanalyser och egenkontroller är inte väldokumenterat, men plan finns för utbildning i dessa moment under 2018. Då ska varje enhet ha en egenkontrollplan registrerad i Stratsys. Rutinen för riskanalyser ska göras mer känd i verksamheten samt utbildning ska ske hur arbetet med riskanalyser går till 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 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. 26/2015) har arbetet med att identifiera och beskriva processer som behövs för att säkra att kvaliteten fortskridit. Processer är identifierade och sammanställda i ett klassificeringsdokument. Flertalet processer är kartlagda och registrerade i Stratsys. Fler nya riktlinjer och rutiner har tagits fram under året. Arbetet med avvikelser (klagomål/synpunkter, Lex Sarah och övriga avvikelser) har bidragit till rutinförbättringar och kompetensutveckling.

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 2017 fanns det 210 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varav 47% hade en medicinsk vårdplan. Karlsborg kommun ligger jämfört med övriga kommuner i Skaraborg ibland de kommuner som har högst andel individer med en medicinsk vårdplan.

En ökning av andelen medicinska vårdplaner har skett under 2017. Den främsta förklaringen till detta är att Närhälsan under året har erbjudit en fast Hemsjukvårdsläkare och tid har därmed funnits för hembesök och medicinska vårdplaneringar. Denna tjänst bemannades under 2016 av stafettläkare.

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 och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende och utförs nu via kvalitetsregistret Senior Alert.

Då arbetet med Senior Alert inte fungerat fullt ut under 2017 så är antalet personer som är registrerade inte rätt till antal, många är inte registrerade och en del registrerade är inte aktuella. Karlsborgs kommun har därmed inte deltagit i denna mätning i år då statistiken skulle bli missvisande. Arbetet med senior alert har nu gjorts omstart och vid vårens mätning beräknas Karlsborgs kommun åter att delta. Kommunen gjorde under våren 2017 en intern mätning. 76 individer observerades utifrån riskfaktorer för vårdrelaterad infektion, pågående vårdrelaterad infektion och antibiotikaanvändning. Resultatet blev tre stycken individer med riskfaktor, en individ med pågående infektion och en individ med antibiotikabehandling.

Hemsjukvårdsläkaren har under året jobbat aktivt med att minska antibiotika användandet och även informerat sjuksköterskor samt omvårdnadspersonal i vilka kriterier som krävs för insättande av antibiotika.

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 2017 har det uppmärksamats brister i följsamheten av basala hygienrutiner. Till följd av detta har utbildning i basala hygienrutiner erbjudits till all personal och genomförts via webbutbildning från Vårdhygien. Utbildningsdagar kommer också att äga rum av vårdhygien vid tre tillfällen under början av 2018 för all personal. Två nya hygienombud har utbildats under 2017. Basala hygienrutiner ingår som en del i den basutbildningen som Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska håller med all ny personal.

Intern mätning av Basala hygienrutiner har utförts under hösten och den visar på fortsatta brister i korrekt handdesinfektion.

Punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler genomförs två gånger per år. Särskild rutin finns för att hantera utbrott av calicievirus.

Under 2017 har en rutin tagits fram 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 2017-06 befann sig maskinparkens status på skala 5 vilket innebär nyskick. Kontrollanten betonade särskilt personalens positiva inställning till att kontrollen utfördes. Maskinparken har även vid kommunens interna halvårskontroll fått godkänt.

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

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 2017-01-01-2017-12-27 fanns det i Karlsborgs kommun 94 registrerade individer i Senior Alert. Av dessa var 97% bedömda med en risk. 77% hade en registrerad åtgärdsplan och 42% hade registrerade åtgärder.

På grund av stor personalomsättning och delvis bristande engagemang har arbetet med Senior Alert inte fungerat tillfredsställande under 2017. Främst finns det brister i åtgärder och uppföljning av åtgärder. Detta har medfört att man nu tar ett omtag, avdelning för avdelning. 5 personal kommer att gå utbildning i Senior Alert och kan ta över som registrerare då flera av de med den befogenheten har slutat sin anställning. 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.

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.

Under 2017 har utbildning ägt rum för inkontinensombuden och för förskrivare av inkontinenshjälpmedel ägt rum. Det är av yttersta vikt att inkontinensskyddet är individuellt

anpassat och korrekt hanterat för att undvika risker för trycksår. Under 2018 är det planerat utbildning för omvårdnadspersonalen vid två tillfällen. En större nationell mätning av trycksår är också planerad i början av 2018.

Under 2017 har bättre madrasser införskaffats för de pengar som var avsatta för detta ändamål. Alla madrasser med dålig kvalitet är nu utbytta. Detta för att minska risken för uppkomst av trycksår.

Enligt mätningen i Senior alert 2017 fanns det 10 individer med trycksår registrerade. I detta kvalitetsregister går det dock inte att ta bort registreringen om trycksåret läkt. I palliativa registret, andelen individer som avlidit utan trycksår, ligger Karlsborg på 94,4% vilket är över målet som är satt på 90%.

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.

Under 2017 har tre sjuksköterskor gått utbildning i förskrivning av Nödvändigt tandvårdskort. Totalt 11 stycken sjuksköterskor och två LSS handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att förskriva Nödvändiga tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att svara 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 extra utbildning ägde rum under våren 2017 för personal på Särskilt boende och Korttid Rehab. Detta efter en lex Sarah angående bristande munvård.

Under 2017 fanns det totalt 78 personer i Karlsborgs kommun med intyg av nödvändig tandvård. enligt tandvårdsenheten har 70 av de 78 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. 3 stycken sjuksköterskor från olika verksamheter i kommunen har gått utbildning under 2017. Efter detta har ett arbete påbörjats med att mäta nattfastan. Mätningen visar 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.

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 livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Sjösidan (demensenheten på Haganäset) har sedan 2012 använt sig av registret för att på så sätt få en bättre struktur i omvårdnadsarbetet.

16 personer har under 2017 gått administratörsutbildning i BPSD och ytterligare 8 är planerade i början av 2018. Detta inför införandet av BPSD på SÄBO somatik under 2018.

Statistik från kvalitetsregistret finns för perioden 2017-01-01 till 2017-12-31. Den visar att 11 nyregistreringar gjorts under 2017. 81,8 % av dessa är män vilket skiljer sig markant från riket i övrigt där siffran ligger på 34,5%. Kommunen har också fler inskrivna där en demensdiagnos saknas är för riket i övrigt. Vilket tolkas positivt då individen placeras efter behov. Kommunen ligger med strax under 60% lägre än riket, 85% vad det gäller genomförd läkemedelsöversyn.

Registrerad användning av sömnmedel är lägre än för riket i övrigt men högre för lugnande medel. Kommunen har fler insatta på behandling mot depression än 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 följer man de nationella vårdprogrammen för palliativ vård. I vårdprogrammet finns beskrivet olika hjälpmedel för att följa den egna enhetens kvalitet på vården i livets slutskede.

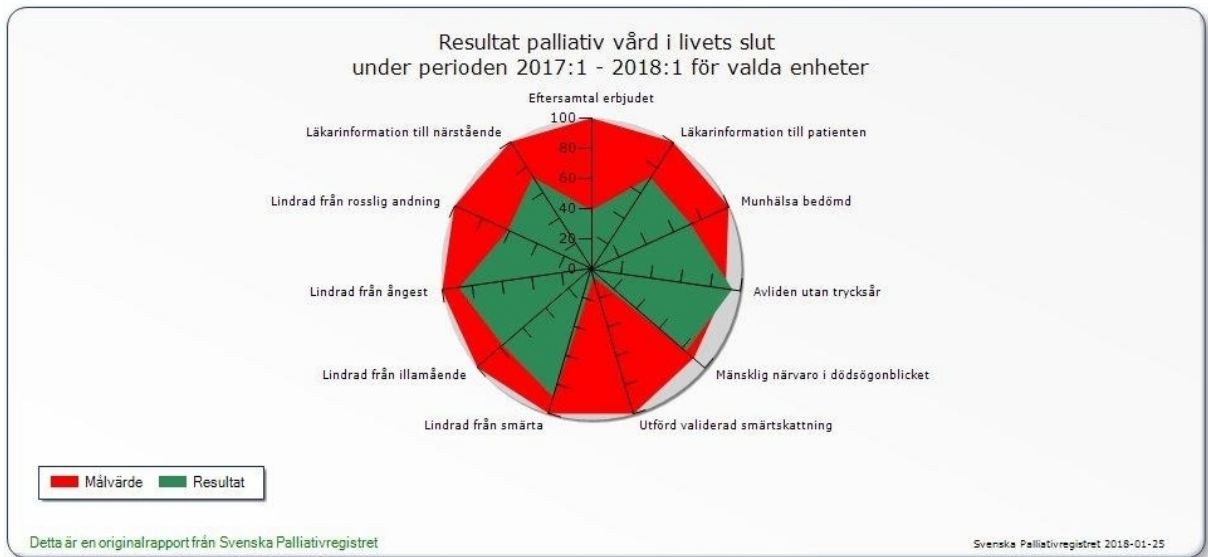
Socialstyrelsen har under 2017 utkommit med en rapport, Nationella riktlinjer - palliativ vård i livets slutskede. I den rapporten har nationella målnivåer satts för palliativ vård i livets slutskede.

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.

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.



Statistik från kvalitetsregistret för 2017 visar för kommunen att behovsläkemedel finns tillgängliga i tillräcklig omfattning. Under 2017 har det via vårdsamverkan tagits fram ett gemensamt dokument för trygghetsordinationer. Vilket har förbättrat ordinationen av dessa läkemedel. Jämfört med 2016 har det skett en betydlig förbättring vad det gäller erbjudande till anhöriga om efterlevandesamtal. Det är främst hemsjukvården som står för denna förbättring. Det är även inom hemsjukvården som smärtskattning via användande av smärtskattningsinstrument har ökat. Validerad smärtskattning är ett område som kommunen behöver arbeta vidare med då procenten, trots förbättringen, är mycket låg. Trots utebliven validerad smärtskattning är de flesta patienter lindrade från smärta vilket visar på att smärtskattning görs effektivt men inte dokumenteras utifrån validerad smärtskattning. Kommunen ligger fortfarande mycket högre än riksgenomsnittet vad det gäller mänsklig närvaro i dödsögonblicket och vi ligger över målgränsen på 92 % vad det gäller avsaknad av förekomst av trycksår.

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. I Västra Götalandsregionen finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna i Västra Götaland och regionen. För samordnad vårdplanering används SAMSA som informationssystem.

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 utskrivningsklar. Lagen börjar att gälla 2018 och ersätter nuvarande betalningsansvarslag. Som förberedelse inför den nya lagen och det nya sätt som man kommer att jobba utifrån så har kommunen haft ett flertal samverkansmöten med Närhälsan för att kunna möta upp mot de nya behov av samverkan som kommer att krävas.

Kommunens vårdplaneringsteam som funnits sedan 2013 har varit delaktiga i samverkansprocessen och även internt har samverkansmöten ägt rum.

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Under hösten tecknades en lokal överenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus, primärvården och Karlsborgs kommun. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och / eller missbruksproblematik. Trepartsmöten har ägt rum två ggr under 2017.

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 har bidragit till en säkrare, tryggare och en mer välplanerad vård.

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.

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 avvikelserrapporteringen framgår det att 546 fallrapporter inkommit under 2017 (485 under 2016 och 376 under 2015). I fall ingår allt från att kana 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. 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 glömmer bort att de tex har hjälpmedel i form av rullator och larm. Få fall har lett till sjukhusvård. En orsak till att avvikelserna gällande fall ökat kan

vara att personalen nu är mer noga med att skriva fallrapporter.

Läkemedel: Av avvikelserapporteringen framgår att 83 läkemedelsavvikelser inkommit under 2017 (70 under 2016). Framst gäller avvikelserna att läkemedel glömts bort att ges, vilket skulle kunna undvikas med införande av digitala signeringslistor. Avvikelserna gällande felaktigt delade dosetter, felaktig ordination har minskat under 2017. Arbete pågår med att få in fler individer på Apodos vilket ökar säkerheten i läkemedelshanteringen. Införandet av en servicegrupp i hemsjukvården har inneburit att det är färre personer som hanterar läkemedel.

Övrigt: 61 övriga avvikelser har rapporterats in under 2017. 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 gäller 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.

Lex Maria: Tre Lex Maria har rapporterats under 2017. Svar har inkommit från IVO på två av dessa och kommunen, anses i båda fallen, ha gjort tillräckligt för att förhindra att händelsen som lett till anmälan kommer att återupprepas. En anmälan är gjord sent på året så där pågår fortfarande utredning.

Avvikelseyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Fall	178	186	98	84
Läkemedel	23	15	18	27

Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete

Läkemedelsgenomgångar

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2017 fanns det 210 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varav 47 % hade en medicinsk vårdplan. Karlsborg kommun ligger jämfört med övriga kommuner i Skaraborg ibland de kommuner som har högst andel individer med en medicinsk vårdplan.

Antibiotikaförskrivning

Kommunen gjorde under våren 2017 en intern mätning. 76 individer observerades utifrån riskfaktorer för vårdrelaterad infektion, pågående vårdrelaterad infektion och antibiotikaanvändning. Resultatet blev tre stycken individer med riskfaktor, en individ med pågående infektion och en individ med antibiotikabehandling. Hemsjukvårdsläkaren har under året jobbat aktivt med att minska antibiotika användandet och även informerat sjuksköterskor samt omvårdnadspersonal i vilka kriterier som krävs för insättande av antibiotika

Hygienrutiner

Vid hygienrond 2017 har det uppmärksamats brister i följsamheten av basala hygienrutiner. Till följd av detta har utbildning i basala hygienrutiner erbjudits till all personal och genomförts via webbutbildning från Vårdhygien. Utbildningsdagar kommer också att äga rum av vårdhygien vid tre tillfällen under början av 2018 för all personal. Två nya hygienombud har utbildats under 2017. Basala hygienrutiner ingår som en del i den bas- utbildning som

medicinskt ansvarig sjuksköterska håller med all ny personal.

Intern mätning av basala hygienrutiner har utförts under hösten och den visar på fortsatta brister i korrekt handdesinfektion.

Under 2017 har en rutin tagits fram 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

Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll. Enligt rapporten 2017-06-09 har kommunen en bra maskinpark. Sköljrummen och diskdesinfektorerna är mycket välskötta, vilket har stor betydelse för vårdtagare och personal. En mycket positiv attityd till kvalitetssäkring bland personalen konstaterades

SeniorAlert

5 personal kommer att gå utbildning i Senior Alert och kan ta över som registrerare då flera av de med den befogenheten har slutat sin anställning. 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.

Trycksår

Under 2017 har utbildning ägt rum för inkontinensombuden och för förskrivare av inkontinenshjälpmedel ägt rum.

Under 2017 har bättre madrasser införskaffats för de pengar som var avsatta för detta ändamål. Alla madrasser med dålig kvalitet är nu utbytta. Detta för att minska risken för uppkomst av trycksår.

Enligt mätningen i Senior alert 2017 fanns det 10 individer med trycksår registrerade. I detta kvalitetsregister går det dock inte att ta bort registreringen om trycksåret läkt. I palliativa registret, andelen individer som avlidit utan trycksår, ligger Karlsborg på 94,4% vilket är över målet som är satt på 90%.

Nutrition

Under 2017 har tre sjuksköterskor gått utbildning i förskrivning av Nödvändigt tandvårdskort. 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 2017 fanns det totalt 78 personer i Karlsborgs kommun med intyg av nödvändig tandvård. Enligt tandvårdsenheten har 70 av de 78 som erbjudits en munhälsobedömning tackat ja och erhållit en sådan.

3 stycken sjuksköterskor från olika verksamheter i kommunen har gått utbildning i nutrition under 2017. Efter detta har ett arbete påbörjats med att mäta nattfastan. Mätningen visar att nattfastan är alltför lång för många individer och åtgärder för att minska den har satts in. Här har nattpersonalen ett stort ansvar och de har varit delaktiga i planeringen av insatserna.

Demensvård

16 personer har under 2017 gått administratörsutbildning i BPSD. Statistik från kvalitetsregistret finns för perioden 2017-01-01 till 2017-12-31. Den visar att 11 nya registreringar gjorts under 2017.

Palliativ vård

Statistik från kvalitetsregistret för 2017 visar för kommunen att behovs läkemedel finns tillgängliga i tillräcklig omfattning. Jämfört med 2016 har det skett en betydlig förbättring vad det gäller erbjudande till anhöriga om efterlevandesamtal. Det är främst hemsjukvården som står för denna förbättring. Det är även inom hemsjukvården som smärtskattning via användande av smärtskattningsinstrument har ökat. Kommunen ligger fortfarande mycket högre än riksgenomsnittet vad det gäller mänsklig närvaro i dödsögonblicket och Karlsborg ligger över målgränsen på 92 % 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 börjar att gälla 2018 och ersätter nuvarande betalningsansvarslag. Som förberedelse inför den nya lagen och det nya sätt som man kommer att jobba utifrån så har kommunen haft ett flertal samverkansmöten med Närhälsan för att kunna möta upp mot de nya behov av samverkan som kommer att krävas.

Kommunens vårdplaneringsteam som funnits sedan 2013 har varit delaktiga i samverkansprocessen och även internt har samverkansmöten ägt rum.

Under hösten tecknades en lokal överenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus, primärvården och Karlsborgs kommun. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och / eller missbruksproblematik. Trepartsmöten har ägt rum två ggr under 2017.

Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

En fortsatt satsning på införandet av arbetssättet, individens behov i centrum (IBIC), kommer att fortgå under hela 2018. Syftet med införandet är att göra vård och omsorgen mer likvärdig och rättssäker. Individen 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.

Arbete med olika kvalitetsregister kommer fortsätta under 2018 där målet är att få arbetssättet som en naturlig del av vardagsarbetet.

Fortsatt arbete med att kartlägga och dokumentera processer och rutiner kommer ske i workshopform även under våren 2018. Även kunskapsförstärkning och dokumentation inom det systematiska förbättringsarbetet kommer att ske i form av workshops där chefer, controller och MAS kommer vara delaktiga.

Under 2018 kommer personalen inom LSS och boendestödet att introduceras i arbetsverktyget FUNCA. FUNCA är ett nationellt arbetsverktyg inom LSS, personkrets 1 och 2. Syftet med FUNCA är att minska och förebygga, utmanande beteenden samt att minska skydds och begränsningsåtgärder FUNCA bygger på teamarbete och struktur.