



Karlsborgs kommun
Socialförvaltningen

Datum
2017-10-03

1(20)
Diarienummer
20-2017

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2016

Socialnämnden

År 2016



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	6
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>	11
<i>Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete</i>	12
Patientsäkerhetsberättelse	12
<i>Egenkontroll</i>	12
Läkemedelsgenomgångar.....	12
Antibiotikaförskrivning.....	13
Hygienrutiner	13
Diskdesinfektorer	14
Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister	14
Trycksårsmätning.....	14
Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård	15
Nutrition	16
Demensvård	16
Svenska palliativregistret	16
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	17
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet</i>	18
<i>Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete</i>	19
Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	20

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. Ett vårdplaneringsteam där biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska ingår, samordnar resurser och insatser samt följer upp beslut. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

Samverkansgrupper där de olika vårdgivarna finns representerade arbetar med att övergången mellan de olika vårdgivarna skall bli så sömlös som möjligt.

Personalen fortsätter att rapportera tillbud och negativa händelser i verksamhetens avvikelssystem och under 2016 rapporterades 692 avvikelser (554 st. år 2015). Av dessa var 546 fall- och 96 läkemedelsavvikelser. 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.

Arbetet med nationella kvalitetsregister fortgår.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka kvaliteten

Införandet av arbetsättet IBIC (Individens Behov i Centrum) fortgår. Arbetsättet innebär en strukturerad dokumentation av den enskildes behov och kommer att fortgå under hela 2017.

Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen finns och syftet med den är att ledningssystemet skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

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. En rutin för hur arbetet med riskanalyser är framtagen.

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 uppnått. 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?". I enlighet med riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen i Karlsborg (Dnr. 26/2015) har arbetet med att identifiera och beskriva processer fortsatt. 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 ledningsprocessen, budgetprocessen, Lex Sarah-processen, läkemedelshantering, delegering, handlägningsprocessen och verkställighetsprocesser inom flera olika områden. Arbetet med att kartlägga processerna har bedrivits av enhetschefer i samarbete med medarbetarna. Arbetet med processkartläggningar och rutinbeskrivningar kommer fortskrida under 2017 enligt en fastställd aktivitetsplan.

Under året har flertalet viktiga riktlinjer tagits fram eller uppdateras, bla riktlinjer för våld i nära relationer, riktlinjer för handläggning av barn- och ungdomsärenden, riktlinjer för sociala kontrakt samt riktlinjer för anhörigstöd. Riktlinjen för biståndsbedömning enligt Socialtjänstlagen är under revidering.

Arbetet med att utbilda medarbetarna i hur de ska använda ledningssystemet och få kunskap till Stratsys 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 riktlinjer 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.

Riskanalys

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.

Under 2016 har en rutin, för hur arbetet med riskanalyser ska genomföras, tagits fram. 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. Arbetet med att implementera rutinen i verksamheten återstår.

Under året har riskanalyser skett i verksamheten, men inte dokumenterats i Stratsys. De risker i hemvården som verksamheten identifierat är bla risken att insatser missas hos växelvårdare, att vårdtagaren släpps av vid fel ställe efter en taxiresa samt att vårdtagaren inte öppnar dörren mm. Åtgärden för att minska risken är att upprätta och förankra nya rutiner för att minska risken. För att minska risken att vårdtagare går ut och inte kan ta sig tillbaka igen, installeras dörrlarm vid behov. Dubbelbemanning sätts in om en vårdtagare riskerar att fara illa vid

förflyttning. Risken att smittas av tex magsjuka minimeras genom särskilda rutiner för utbrott av smitta. Om de nyckefria låsen inte skulle fungera, minskas risken av utebliven insats genom att en kopia på nyckeln förvaras i ett skåp på Haganäset. På boendeavdelningarna på Haganäset bedöms vårdtyngden och personalstyrkan anpassas efter behov för att minska risken för avvikelser. Även anpassad kompetens på avdelningarna beroende på de boendes status. Teknisk utrustning i form av trygghetslarm, rörelselarm, GPS och taggar används när det är stor risk att en boende ska gå ut och ha svårt att hitta tillbaka igen. Inom integrationsenheten har verksamheten identifierat risk för att de boende mår dåligt pga sina tidigare erfarenheter och oron för att inte få uppehållstillstånd. Då har verksamheten jobbat mycket med kompetensutveckling i området bemötande av personer i kris och konflikt. Personalen har också handledning för att utbyta erfarenheter och därmed minska risken för kvalitetsbrister. Anpassning av lokaler/bostäderna och personalstyrkan utifrån de boendes behov görs ständigt. Extra personal sätts in då det blir oroligt på boendet för att minska risken för att någon far illa. Under året har flera rutiner skrivits ner för att minska risken för kvalitetsbrister.

Arbetet med riskanalyser kan utvecklas och bli mycket bättre. Under 2017 kommer utbildning ske i hur chefer ska arbeta med riskanalyser mer systematiskt i sin verksamhet samt hur resultatet av riskanalyserna ska dokumenteras och följas upp i Stratsys.

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. Specifikt för socialnämnden för 2016 är att kontrollera efterlevnaden av rutinen för utredning av Lex sarah-rapporter samt sekretessmarkering av fakturor i fakturasystemet. 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". Resultatet av undersökningen visar att de flesta av de äldre som har insatser från socialförvaltningen är nöjda med hjälpen de får. Det finns dock utvecklingspotential för hur förvaltningen skulle kunna arbeta mer aktivt med analys av resultaten. 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. Det finns dock utvecklingspotential för hur förvaltningen skulle kunna arbeta mer aktivt med analys av resultaten.

Under året har socialnämndens presidie träffat kommunens förtroendevalda revisorer ett par gånger. Områden som varit uppe för granskning är tex budgetefterslevnad, måluppfyllelse, hur ledning och styrning fungerar samt hur socialförvaltningen jobbar med internkontrollen. Ett särskilt uppdrag har getts till revisionsbyrån att granska förvaltningens LSS-redovisning.

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.

I slutet av året ska verksamheterna kontrollera hur stor andel av brukarna som har en aktuell genomförandeplan. Resultatet av den granskningen visar att 81% av brukarna har en genomförandeplan och att 77 % av planerna är upprättade eller uppföljda de senaste 6 månaderna.

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 bla 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.

Arbetet med egenkontroller kan utvecklas och bli mycket bättre. Under 2017 kommer utbildning ske 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 12 klagomål tagits emot och diarieförts. Klagomålen har inkommit löpande under året och avser flera olika enheter inom verksamheten bla IFO och äldreomsorgen. Klagomålen rör främst brister i bemötande, men även brister i handläggning och/eller verkställande av beslut. De åtgärder som vidtagits är bla samtal med brukare och anhöriga, förändrade rutiner, extrainsatta personalresurser samt diskussioner på APT. En mer detaljerad sammanställning av klagomålen och synpunkterna redovisas separat till socialnämnden.

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.

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 rapporten 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 fyra Lex Sarah-rapporter tagits emot och diarieförts. Två rapporter avser särskilt boende somatik, en rapport avser särskilt boende demens samt en som avser hemvården. Rapporterna inkom i februari (demensenheten), maj (två stycken från säbo somatik) samt december (hemvården). Rapporterna handlar om brister i bemötande och utförande av insatser hos den egna personalen samt bristande dokumentation/information. I rapporten från demensenheten avser bristerna bemötande och utförande av behandling från tandhygienist. Samtliga händelserna har utretts och analyserats och beslutet i två av rapporterna har varit missförhållande och i de andra två rapporterna har beslutet varit missförhållande och/eller risk för missförhållande. De åtgärder som vidtagits på avdelningarna är bla utbildning i social dokumentation, tätare samarbete med sjuksköterskan samt riktade insatser på de boendes tandhälsa. 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 avvikelserna analyseras och att lämplig åtgärd sätts in för att undvika att samma typ av avvikelse händer igen. Inom individ- och familjeomsorgen har flertalet 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.

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, anhörigstöd genomförts. 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 2017. Då ska varje enhet ha en egenkontrollplan registrerad i Stratsys. Rutinen för riskanalyser ska göras 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 finns och behövs för att säkra att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och föreskrifter 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

Enligt 3 kapitlet 10§ PSL ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Av berättelsen ska det framgå hur

1. ansvaret varit fördelat
2. egenkontroll av patientsäkerheten genomförts
3. samverkan skett
4. riskanalyser har genomförts
5. rapporter (Lex Maria) hanterats
6. inkomna klagomål och synpunkter hanterats.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara så pass detaljerad att det ska gå att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet genomförts samt att externa intressenters informationsbehov tillgodoses.

Egenkontroll

Egenkontroll 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.

Läkemedelsgenomgångar

Utifrån den regionala handlingsplanen 2014 - 2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre har socialförvaltningen tillsammans med Närhälsan i Karlsborg utarbetat en lokal handlingsplan som följs upp två gånger per år. Ingen regional plan för 2016 är upprättad.

Ett av målen med 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 skall erbjudas de personer som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård.

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2016, fanns det 186 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, varav 64 personer (34%) som hade en medicinsk vårdplan.

En minskning av antalet patienter med en aktuell medicinsk vårdplan har skett under 2016. Den främsta förklaringen till detta är att Närhälsan inte kunnat erbjuda en fast läkarkontakt för kommunens vårdtagare med HSL. Denna tjänst har under året bemannats med olika stafettläkare. Tid har, pga läkarbrist, ej funnits för hembesök samt medicinska vårdplaneringar.

Antibiotikaförskrivning

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

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området.

Mätningen baseras på europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll som används för mätningar inom särskilt boende i Europa. Folkhälsomyndigheten har översatt och anpassat protokollet till svenska förhållanden och Karlsborgs kommun var en av de kommuner i Sverige som genomförde mätningen under två veckor i november.

Mätningen genomfördes via kvalitetsregistret Senior alert och totalt 68 brukare observerades. Ingen av dessa hade bekräftad infektion förvärvad på särskilt boende. Ingen brukare av de observerade hade någon pågående terapeutisk behandling.

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 hemtjänsten, särskilda boenden och inom omsorgen, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen.

Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittöverföring och enhetscheferna inom vård och omsorg kontrollerar med hjälp av utsedda hygienombud, hygien och klädregler regelbundet.

Korrekt handläggning av basala hygienrutiner innebär att:

1. Desinfektion av händer skall utföras direkt före patientnära arbete.
2. Desinfektion av händer skall utföras direkt efter patientnära arbete.
3. Att handskar skall användas vid risk för kontakt med kroppsvätskor.
4. Att engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock skall användas om det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Korrekt handläggning av klädregler innebär att;

1. Arbetskläderna skall ha korta ärmar, byts dagligen och vid behov.
2. Händer och underarmar ska hållas fria från armbandsur, smycken, lösnaglar, konstgjorda naglar, bandage och stödskenor eller motsvarande.
3. Att hår skall vara kort eller uppsatt.

Punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler utförs varje år, vår och höst,

inne på särskilt boende. Under hösten gjordes 34 observationer.

Höstens mätning visade bland annat att 87 % av observerad personal hade korrekt följsamhet enligt basala hygienrutiner. 97 % var fria från klockor, ringar och armband. All observerad personal använde också plasthandskar på ett korrekt sätt.

Diskdesinfektorer

Den utrustning som används inom vården måste uppfylla kraven på god hygienisk standard. Det 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 för alla landsting. Även spoldesinfektorer som används på vårdavdelningar måste kontrolleras enligt regler och anvisningar.

Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll.

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

Fall, undernäring och trycksår är problem som drabbar främst äldre personer i behov av vård och omsorg. De tre områdena har stark koppling till varandra. En undernärd person har lättare att falla och utveckla trycksår och vid till exempel 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.

Riskbedömning sker för närvarande inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Personalen inom särskilt boende på Haganäset, arbetar sedan januari månad 2013, med att riskbedöma, planera åtgärder och följer upp de planerade åtgärderna. Under perioden 2016-01-01 till 2016-12-27 genomfördes 100 riskbedömningar. Till följd av dessa riskbedömningar finns 94 planerade åtgärder och 77 uppföljningar utförda under perioden.

Under 2016 har även enligt plan Senior alert införts i hemvården. Från 2016-01-01 till 2016-12-31 har 51 riskbedömningar genomförts i hemvården, 41 åtgärder har planerats och 13 uppföljningar har gjorts. Ett antal utbildningstillfällen i bedömning utifrån Senior alert har genomförts för personalen både via nätet och som föreläsningar. Tid för teambaserad utredning samt uppföljning har varit svårt att få till optimalt i hemvården då vissa personalkategorier har haft svårt att närvara pga hög arbetsbelastning och alla tjänster ej varit fullt bemannade.

Trycksårsmätning

Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför mycket viktigt. Varje verksamhet som vårdar brukare med risk att få trycksår ska därför ha rutiner för att så snart som möjligt bedöma risken och vilka åtgärder som bör sättas in.

Riskbedömning görs regelbundet och relevanta åtgärder så som t.ex. 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 man skall göra och vad som är viktigt för varje enskild individ, för att undvika risker för trycksår.

En punktprevalensmätning av bland annat trycksår gjordes senast under vecka 42, via Senior Alert, i flera av Sveriges kommuner. 134 kommuner deltog i mätningen och totalt 20418 personer observerades. Andel personer med trycksår vid mätningen var 7,8%.

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal på Haganäset SÄBO/ Somatik, Demens och Korttid genomförde trycksårsmätningar under vecka 11 samt v 42 men avstod från att registrera mätningen i Senior Alert. Bedömningen gjordes utifrån 4 kategorier:

Kategori 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck, Kvarstående missfärgning, hel hud.

Kategori 2: Delhudskada, ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.

Kategori 3: Fullhudskada, sår ned till men inte genom fascian.

Kategori 4: Fullhudskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

Observation av antal trycksår 2016	Antal observerade personer	Andel personer med trycksår	Antal personer med trycksår	Totalt antal trycksår	Antal trycksår kategori 1	Antal trycksår kategori 2	Antal trycksår kategori 3	Antal trycksår kategori 4
SÄBO-Somatik, Våren	41	22%	9	11	6	5	0	0
SÄBO-Somatik, Hösten	38	8%	3	9	8	0	1	0
SÄBO-Demens, Våren	25	12%	3	3	2	1	0	0
SÄBO-Demens, Hösten	24	21%	5	12	12	0	0	0
Korttid, Våren	10	10%	1	3	1	2	0	0
Korttid, Hösten	11	9%	1	0	0	0	0	0

Totalt 12 % av personerna som observerades under hösten, på enheterna SÄBO/Somatik, Demens och Korttid hade trycksår, mot 17 % vid vårens mätning. I jämförelse med kommunerna som registrerat mätningen i Senior Alert under samma period (7,5 %) så ligger vi högt och ytterligare åtgärder för att minska andelen trycksår behövs. 2016 har 21 nya madrasser beställts samt två extra långa sängar med madrass ,detta för att förebygga uppkomsten av trycksår. Pengar har avsatts under 2017 för införskaffande av ytterligare madrasser till SÄBO samt korttiden då behovet av detta är stort.

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. Den 1 januari 2013 infördes därför ett nytt förstärkt stöd för patienter med risk för försämrad tandhälsa eller med stort tandvårdsbehov.

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. Brukaren skall slippa ha ont och vården skall bidra till förmågan att äta och tala bibehålls eller förbättras.

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

År 2016 fanns det totalt 112 personer i Karlsborgs kommun med intyg om nödvändig tandvård och enligt statistik från tandvårdsenheten har 70 personer av de 78, som erbjudits en munhälsobedömning tackat ja och erhållit en sådan. 87 stycken omvårdnadspersonal har utbildats inom munhälsovård.

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 näring är avgörande för patientsäkerheten, särskilt för 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.

En revidering av Karlsborgs kommuns kostprogram är gjord under 2016. Syftet med kostprogrammet är att måltiderna inom Karlsborgs kommun ska främja hälsa och välbefinnande, vara goda och näringsriktiga, serveras i trevliga miljöer och med gott bemötande samt värna om en miljömässig ansvarsfull utveckling.

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 demenssjukdom. Demensenheten på Haganäset ha sedan i maj 2012, vid behov, använt sig av registret för att på så sätt få en bättre struktur i omvårdnadsarbetet.

En bedömning enligt kvalitetsregistret är gjord under perioden 2016-01-01 till 2016-12-31. (7 st 2015). Underlaget för statistik understiger 10 personer varför någon graf för Karlsborgs kommun inte kan visas.

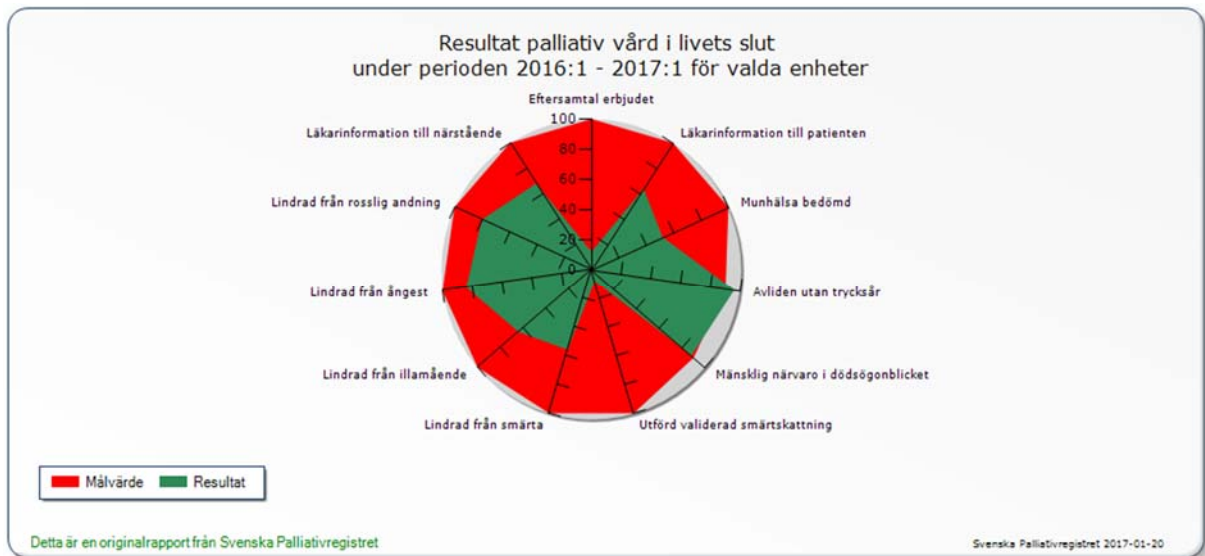
Exempel på kvalitetsindikatorer som ingår i BPSD är:

- andel personer som har olämpliga läkemedel- andel personer som har en bemötandeplan- andel personer med genomförd läkemedelsöversyn- andel personer med alzheimers sjukdom som har symtomlindrande läkemedel.

Svenska palliativregistret

Palliativ vård syftar till att göras den sista tiden i 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 i kommunen följs det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. I vårdprogrammet finns beskrivet olika hjälpmedel för att följa den egna enhetens kvalitet på vården i livets slutskede. Svenska palliativregistret är ett sådant hjälpmedel och syftet med registret är att åstadkomma en förbättrad palliativ vård oavsett diagnos, typ av vårdenhet och plats i landet. Via registrets hemsida kan man löpande ta fram rapporter från den egna enheten och följa utvecklingen över tid, bland annat genom spindeldiagram.



Spindeldiagrammet visar tydligt vilka områden vi måste bli bättre på, bland annat att dokumentera validerad smärtskattning samt att erbjuda efterlevandesamtal. Karlsborgs kommun ligger högt i statistiken över "mänsklig närvaro i dödsögonblicket".

Utifrån den regionala handlingsplanen 2014 - 2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre har socialförvaltningen tillsammans med vårdcentralen i Karlsborg utarbetat en lokal handlingsplan som följs upp två gånger per år.

Ett av målen med handlingsplanen är god vård vid livets slut

I Vårdsamverkan Skaraborg har utvecklingsgrupper för vård vid livets slut startats upp under 2016. Utvecklingsgruppen består av representanter från kommun, primärvård och de palliativa teamet. Gruppen har påbörjat arbetet med att bland annat utarbeta gemensamma dokument och rutiner för god vård vid livets slut.

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 VG regionen finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna i Västra Götaland och Regionen. Rutinerna är framtagna utifrån nationella mål och mått och beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från slutenvården. För samordnad vårdplanering används SVPL SAMSA som informationssystem. Även överrapportering mellan olika vårdnivåer inom den egna verksamheten är av mycket stor vikt.

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelsen handlar om huvudmännens samverkan runt enskilda individer. Syftet är att de lokala parterna skall besluta om gemensamma åtaganden och hur samverkan kring målgruppen kan utvecklas. Under hösten 2015 tecknades en lokal överenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus, Primärvården och Karlsborgs kommun. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruksproblematik. För samordnad vårdplanering inom psykiatri används SVPL SAMSA som informationssystem.

Ett vårdplaneringsteam har sedan april 2013 funnits i Karlsborgs kommun. I teamet ingår biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov

psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen. Vårdplaneringsteamet ska samordna resurser och insatser samt följa upp beslut.

Enligt den regionala handlingsplanen för mest sjuka äldre skall personer 65 år och äldre med risk, ha en förebyggande vårdplan. Vårdcentralen 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 och vid inflyttning till särskilt boende skall det alltid göras en läkemedelsgenomgång. Syftet med läkemedelsgenomgången är att åtgärda läkemedelsrelaterade problem.

Utifrån den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre", som pågått mellan åren 2010 och 2014 har flera olika förbättringsarbeten pågått för att optimera den nära vården av våra mest sjuka äldre. Målet har varit att undvika onödiga sjukhusvistelser. Gemensamt har regionen och kommunerna i Västra Götaland tagit fram en regional handlingsplan med olika aktiviteter för att stödja arbetet. I Skaraborg har införandet av medicinsk vårdplan prioriterats. Vid höstens mätning av andelen inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i Karlsborg med medicinsk vårdplan visade resultatet att 64 av totalt 186 brukare hade en medicinsk vårdplan. Resultatet visar på en minskning med 11 % från höstens mätning 2015

Införandet av ett standardiserat arbetssätt genom dokumentet, medicinsk vårdplanering, har bidragit till arbetet med en säker, trygg och 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/år.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

En avvikelse beskrivs både som en negativ händelse där avvikelsen medfört att brukaren 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 brukaren.

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 avvikelshantering 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 Medicinskt ansvarig sjuksköterska som kvartalsvis redovisar till socialnämnden. Nedan kommenteras de områden där antalet avvikelser är som störst.

Fall: Av avvikelserapporteringen framgår att 485 fallrapporter inkommit under 2016 (376 fall dokumenterade under 2015). I fall ingår allt från att kasta ur säng eller stol/ rullstol, fall vid förflyttning eller fall på grund av sjukdom, t.ex. plötsligt blodtrycksfall. En stor del av fallen kan härledas till ett fåtal personer där orsaken till fallen är relaterade till hög alkoholkonsumtion eller långt framskriden demenssjukdom. Enheterna har avvikelshantering som stående punkt på sina team-möten där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen. Enheterna inom SÄBO/somatik, SÄBO/demens och Korttiden arbetar aktivt med kvalitetsregistret Senior Alert.

Läkemedel: Av avvikelserapporteringen framgår att 70 läkemedelsavvikelser inkommit under

2016. (122 läkemedelsavvikelser under 2015) I läkemedelsavvikelser ingår läkemedel som glömts av, läkemedel som inte levererats i tid, feldelade dosetter, felaktiga ordinationer m.fl. Enheterna har avvikelshantering som stående punkt på sina team-möten, där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen.

Övrigt: Avvikelserna beskriver främst personer med demensdiagnos som på grund av oro och förvirring lämnar boendet. Personerna har försetts med "tag" som ger larm till personalens larmtelefoner då personen går ut genom någon av entrédörrarna. Avvikelserna innebär risk för vårdskada både för den person som lämnat boendet men också för de brukare som finns kvar på boendet då personal måste lämna boendet för eftersök.

Lex Maria: Två ärenden har anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg, enligt Lex Maria. Ett av dessa ärenden är avslutat. Resultatet blev att kommunen bedöms ha genomfört de åtgärder som krävs för att förhindra att ett liknande ärende uppstår.

Avvikelseyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Fall	99	105	129	152
Läkemedel	21	13	6	26
Rehabilitering	0	1	2	5
Omvårdnadshändelse	6	1	0	0
Larm/sökarsystem	1	0	1	1
Dokumentation	0	0	0	0
Informationsöverföring	2	1	1	0
Medicinteknik	0	0	0	1
Övrigt	3	7	8	5

Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete

Läkemedelsgenomgångar: En läkemedelsgenomgång skall genomföras i samband med den medicinska vårdplan som årligen skall erbjudas de personer som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård. Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2016, så fanns det 186 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, varav 64 personer (34 %) som hade en medicinsk vårdplan.

Antibiotikaförskrivning: En mätning (Svenska HALT) genomfördes via kvalitetsregistret Senior alert och totalt 68 vårdtagare observerades. Ingen av dessa hade bekräftad infektion förvärvad på särskilt boende. Ingen vårdtagare av de observerade hade en pågående terapeutisk behandling.

Hygienrutiner: Se avsnitt 6.1.3

Diskdesinfektorer: Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll. Alla sex maskiner är godkända enligt konceptet höggradigt rent. Enligt rapporten 2016-06-09, har kommunen efter vissa justeringar en bra maskinpark, när det gäller diskdesinfektorer och sköljrummen är välskötta, vilket har stor betydelse för smittskyddet.

Senior Alert: Under perioden 2016-01-01 till 2016-12-30 genomfördes 100 riskbedömningar. I dessa riskbedömningar finns 94 planerade åtgärder och 77 uppföljningar är utförda under perioden.

Trycksårsmätning: Se avsnitt 6.1.6

Munhälsovårdsbedömningar: År 2016 fanns det totalt 112 personer i Karlsborgs kommun med intyg om nödvändig tandvård och enligt statistik från tandvårdsenheten har 70 personer av de 78, som tackat ja till munhälsobedömning erhållit en sådan. 87 omvårdnadspersonal har utbildats inom munhälsovård.

Nutrition: Under perioden 2016-01-01 till 2016-12-30 genomfördes 100 riskbedömningar, där bland annat nutrition ingår. 94 planerade åtgärder och 77 uppföljningar är utförda utifrån de utförda riskbedömningarna.

Demensvård: En bedömning enligt kvalitetsregistret är gjord under perioden 2016-01-01 till 2016-12-31. Underlaget för statistik understiger 10 personer varför någon graf för Karlsborgs kommun inte kan visas.

Svenska palliativregistret: Se spindeldiagrammet under avsnitt 6.1.10

Personalen har under året genom teamarbete tagit fram, för avdelningarna, individuella lösningar för att minska de avvikelser där läkemedel glömts att ges. Detta har gett bra resultat då antalet läkemedelsavvikelser under året har minskat. I hemsjukvården är antalet avvikelser för läkemedel lågt med tanke på hur många vårdtagare som dagligen har hjälp med sin hantering av läkemedel. Här kommer man under 2017 att undersöka hur det fungerar i de kommuner som har infört digitala signeringslistor. Det totala antalet avvikelser under året har ökat, detta gäller främst avvikelser för fall. Personalen har genom kvalitetsregistret Senior Alert fått en ökad medvetenhet i att rapportera avvikelser vilket är positivt. Genom arbetet med Senior Alert har medvetenheten ökat för att arbeta förebyggande, med åtgärder, för att minska risken för fall, trycksår, undernäring och dålig munhälsa. Personalen arbetar mer teaminriktat där alla professioner har en viktig roll och vårdtagarens behov och önskemål står i centrum.

Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

En fortsatt satsning på införandet av arbetssättet, individens behov i centrum (IBIC), kommer att fortgå under hela 2017. 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.

Då målet att införa senior alert inom hemvården under 2016 har uppfyllts, fortsätter nu arbetet med detta. Styrgruppen fortsätter arbetet under 2017 med att försöka hitta bra förutsättningar i hemvården för teambaserade utredningar och uppföljningar.

I enlighet med riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen kommer arbetet med att identifiera och beskriva processer att fortgå och aktiviteterna kommer att finnas tillgängliga via Stratsys strategiverktyg.