



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019

Socialnämnden

År 2019



Innehållsförteckning

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

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten

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

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

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

Arbetet med nationella kvalitetsregister fortgår.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka kvaliteten

Verksamhetssystemet Stratsys har kompletterats med flera processer, styrdokument, egenkontroller, riskanalyser och åtgärder. Rapportering av avvikelser (lex Sarah, klagomål och synpunkter och andra negativa händelser) fortlöper och utreds enligt gällande rutiner och riktlinjer.

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

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

Bakgrund

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

Skillnaden mellan det lagstadgade kravet på en patientsäkerhetsberättelse och det allmänna rådet om en kvalitetsberättelse ligger i berättelsens omfattning. Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. Kvalitetsbegreppet kan innefatta mer än enbart arbetet med patientsäkerhet.

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

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

Mål och Strategi

Varje brukare ska känna sig trygg och säker i kontakten med socialtjänsten i Karlsborg och

inte riskera att drabbas av en händelse som upplevs som negativ (avvikelse). Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg ska kunna ges. I mötet med den enskilda människan skall socialförvaltningen sträva efter att utveckla ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt som skapar trygghet och tillit till såväl profession som organisation. Den antagna värdegrunden ligger som en bas i allt arbete inom förvaltningen där ledorden respekt, bemötande och självbestämmande är viktiga. Socialförvaltningen i Karlsborgs kommun skall därför bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att via ledningssystemet, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra i verksamheten. Detta så att åtgärder kan vidtas för att förebygga att brukare drabbas av avvikelser så som vårdskador, missförhållande odyl. Det är också viktigt att kunna tydliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, brukare och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Socialförvaltningen i Karlsborg ska också ge brukarna och deras anhöriga 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. Alla processer med tillhörande rutiner finns tillgängliga i Stratsys. Arbetet med att kartlägga processerna har bedrivits av enhetschefer i samarbete med medarbetarna, förvaltningschef och administrativ personal. Arbetet med processkartläggningar och rutinbeskrivningar har delvis skett under genomförda kvalitetsworkshops, dels i det dagliga arbetet tex på APT.

Rutiner och andra styrdokument ska tas fram för att beskriva hur processens aktiviteter ska utföras. Under året har en rad olika riktlinjer, rutiner och anvisningar tagits fram för att säkra kvaliteten på utfört arbete.

- Riktlinje för samverkan.
- Riktlinje för digitaliseringsarbetet
- Riktlinje beslut kommunal hälso- och sjukvård
- Riktlinje våld i nära relationer
- Riktlinje vid psykisk ohälsa och suicid
- Rutin för delegering av medicinska arbetsuppgifter
- Riktlinje för kost och nutrition i ordinärt boende
- Lokal anvisning för tillämpning rutin in- och utskrivning.
- Rutin vid driftstopp i verksamhetssystem
- Rutin delegering av medicinska uppgifter
- Rutin besiktning lyftselar
- Rutin vid dödsfall och omhändertagande av avliden
- Rutin för hantering av farligt gods
- Rutin för mat och måltider i ordinärt boende
- Rutin Alfa e-läkemedel
- Rutin och information kring konsekvens då brukare inte öppnar vid besök
- Rutin ersättningsskyldighet vid placerat barn.
- Rutiner för att främja hälsosamma levnadsvanor hos deltagare på daglig verksamhet LSS samt boende i LSS bostad.
- Anvisning för stödpedagogernas arbete inom LSS.

Utöver rutiner och riktlinjer finns även anvisningar som med detaljerat beskriver hur arbetet ska utföras.

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

Systematiskt förbättringsarbete

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

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

organisationen lär av sina misstag.

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

Risakanalys

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

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

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

Arbetet med riskanalyser är framåtblickande och förebyggande och ska genomföras löpande i

verksamheten. Vad "löpande" innebär är upp till verksamheten att bedöma, men situationer som organisationsförändringar, införandet av ny teknik, där flera avvikelser påträffats mfl är särskilt riskfyllda.

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

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

Förvaltningsövergripande riskanalyser är genomförda i samband med budgetbesparingar och organisationsförändring.

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

Egenkontroll

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

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

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

med hjälp av IT-stödet Picto-Stat. De utvecklingsområden som finns bör ligga till grund för verksamhetsplaneringen inför kommande års målarbete.

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

Under året har socialnämndens presidieträffat kommunens förtroendevalda revisorer ett par gånger. Dialogen har handlar om efterlevnad av styrdokument, budgetutfall, kvalitetskontroller mm.

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

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

Utredning av avvikelser

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

Klagomål och synpunkter

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

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

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

Under året har 15 klagomål och synpunkter tagits emot och diarieförts. Klagomålen har inkommit löpande under året och avser flera olika enheter inom verksamheten bla IFO, funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen. Klagomålen rör främst brister i handläggning och/eller verkställande av beslut samt brister i bemötande och/eller kommunikation. De åtgärder som vidtagits är bla samtal med brukare och anhöriga, förändrade rutiner, förtydligad information mm. En mer detaljerad sammanställning av klagomålen och synpunkterna redovisas separat till socialnämndens möte i februari varje år, där varje ärende beskrivs separat. Det går inte att utläsa något direkt mönster i när klagomålen lämnas in, utan de inkommer utspritt över året. Den verksamhet som har fått in flest rapporterade klagomål under året är IFO.

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.

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

Under året har 4 Lex Sarah-rapporter tagits emot och diarieförts. Bedömningen är risk för missförhållande i 2 av utredningarna, missförhållande i 1 och ej missförhållande i 1 av rapporterna. 2 av rapporterna avser särskilt boende, 1 avser IFOs verksamhet och 1 avser hemvård.

De inkomna rapporterna och slutförda utredningarna har löpande informerats till nämnden. De åtgärder som vidtagits har godkänts av socialnämnden. Ingen av händelserna har rapporterats till IVO. En mer detaljerad sammanställning av rapporteringarna redovisas separat till socialnämndens möte i februari varje år, där varje ärende beskrivs separat.

Övriga avvikelser

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

Genomförda åtgärder

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

Under året har en rad förbättrande åtgärder vidtagits. Flera nya rutiner har tillkommit då risker och brister identifierats eller till följd av att en avvikelse rapporterats. Se avsnitt för processer och rutiner. Avvikelser diskuteras löpande på APT och ledningsmöten. Medarbetarna informeras om nya rutiner. Samverkan med andra enheter bidrar till en kvalitetssäkrad verksamhet. Användning av rörelselarm, tagg och GPS för att förhindra att boende lämnar enheten obemärkta. Dörrsignaler på kommunens gruppboendestäder har införts. Möjligheter att skicka krypterade mail har införts för att säkerställa sekretessen. Larmsystem på Haganäset ska uppdateras i början av 2019 för att säkerställa alla funktioner. Digitala signeringslistor har införts under första kvartalet för att minska avvikelser kring läkemedelshantering och delegeringsförfarandet. För att öka informationen kring hur klagomål och synpunkter kan lämnas har informationen tryckts upp i visitkortsformat och lämnats till brukare och anhöriga.

Genomförandeplanen är ett viktigt moment när det gäller hur vården ska utformas och att skapa delaktighet. Insatserna ska genomföras utifrån den enskildes önskemål i så stor utsträckning som möjligt. Personalen genomför samtal med brukaren för att utforma genomförandeplanen. Under året har särskild satsning gjorts på nattpersonalen för att göra dem mer delaktiga i genomförandeplanen.

Utbildningar har skett på flera olika enheter och inom olika områden, tex HLR, brand, trafikutbildning, användandet av olika kvalitetsregister, BBIC-dokumentationsstruktur mm. Kvalitetsregister som BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom) och Senior Alert ger brukaren en tydlig handlingsplan för hur bemötande och insatser ska genomföras.

Under året har kommunen övertagit städning av lokaler i egen regi, då upphandlat företag inte nådde de krav på kvalitet. Karlsborg har varit en del av ett projekt för att uppmärksamma vardagsrasism och motverka främlingsfientlighet. Projektet hette Hjetiborg mot rasism och drevs ihop med grannkommunerna. Utbildning för personal, workshops och föreläsningar för allmänheten genomfördes.

En organiserad volontärsverksamhet håller på att formas i Karlsborgs kommuns regi. Syftet med volontärsverksamheten är att öka kvaliteten i verksamheten samt ge invånarna möjlighet att känna att de bidrar till något positivt för samhället och individer.

Förbättring av processer och rutiner

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

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

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

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

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

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

Dokumentationsskyldighet

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

Arbetet med att dokumentera och uppdatera processer och rutiner har fortlöpande under året.

Arbetet med riskanalyser, egenkontroller och åtgärder är dokumenterat. Varje enhet ska ha en egenkontrollplan registrerad i Stratsys.

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

Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete

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

Kunskap om kvalitetsarbetets olika delar tack vare genomförda kvalitetsworkshops med ledningsgrupp och administrativ personal.

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 skall erbjudas de personer som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård.

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2019 fanns det 203 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varav 5% hade en medicinsk vårdplan. Detta är en stor försämring från 2018 då andelen var 41%.

En minskning av andelen medicinska vårdplaner har skedd redan under 2018 men har försämrats markant under 2019. Den främsta förklaringen till detta är att Närhälsan fortfarande inte kunnat erbjuda en fast Hemsjukvårdsläkare utan denna tjänst har bemannats av olika stafettläkare eller inte kunnat bemannats alls. Därmed har det inte funnits tid för en planerad och förebyggande vård såsom hembesök, läkemedelsgenomgångar och medicinska vårdplaneringar utan vården är mer inriktad på mer akuta insatser.

Det är i nuläget oklart hur bemanningen av tjänsten som hemsjukvårdsläkare ser ut för 2020.

Kommunens läkemedelsförråd är nu koncentrerade till 3 stycken. Skötsel av dessa samt granskning av kontrolläkemedel sker regelbundet månadsvis. En extern kvalitetsgranskning av läkemedelsförråden är utförd av Apoteket AB under våren 2019. Granskningen visar att kommunens läkemedelshantering är mycket god med små brister gällande märkning, förvaring och lokalernas utformning.

De legitimerade sjuksköterskorna i kommunen har även gått en webbaserad utbildning i Antikoagulantia-behandling via apoteket AB.

Antibiotikaförskrivning

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

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

Karlsborgs kommun har 2019 deltagit i mätningen. Totalt deltog 77 personer i mätningen som genomfördes på särskilt boende demens, särskilt boende somatik och korttid/rehab. 1 person

hade vid mätningen tecken på pågående infektion, 5 personer behandlades med antibiotika och 3 av dessa behandlades profylaktiskt. Alla hade inlett behandlingen efter att odling gjorts. Närhälsan arbetar med STRAMA vilket innebär restriktivare profylaktisk behandling med antibiotika. För att antibiotikabehandling ska sättas in måste vissa krav uppfyllas.

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

Vårdtyngden visar på att kommunens demensenhet, Sjösidan, har betydligt fler desorienterade och fler har även inkontinensproblem. Demensenheten har färre sängliggande och eller rullstolsburna personer än för demensboenden i riket för övrigt. På särskilt boende är andelen desorienterade färre än för riket i övrigt, färre är sängliggande och / eller rullstolsburna jämfört med förra året. Korttid/ rehab har färre med antal desorienterade än korttid i riket, färre med Kad samt färre sängliggande. Totalt sett visar HALT mätningen att kommunen har en något lägre vårdtyngd på sina boenden än riket i övrigt.

Hygienrutiner

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

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

Vid hygienrond 2019 har det uppmärksammats fortsatta brister i följsamheten av basala hygienrutiner. Två nya hygienombud har utbildats under 2019. Två ytterligare hygienombud kommer att genomföra utbildning under jan / febr 2020. Basala hygienrutiner ingår som en del i den basutbildningen som medicinskt ansvarig sjuksköterska håller med all ny personal. Det uppmärksammades även att hygienombuden önskade fortbildning. Därför ordnades så att en föreläsare från vårdhygien kom och föreläste i ämnena multiresistenta bakterier, vinterkräksjuka samt djur i vården.

Intern mätning av förutsättningarna till att följa basala hygienrutiner samt följsamheten till basala hygienrutiner har utförts under hösten och den visar på goda förutsättningar men fortsatta stora brister i korrekt handdesinfektion samt följsamhet till korrekta klädregler. Som en åtgärd i att komma till rätta med detta ska hygien vara en stående punkt på APT där hygienombuden kan ges möjlighet till att informera eller visa filmer gällande basala hygienrutiner. All personal förnyar hygienkörtkortet innan förnyelse av delegering utförs. Detta infördes under 2019. Hygienkörtkortet är ett webbaserat test som är framtaget av vårdhygien och anpassat till kommunal verksamhet.

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

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

Kommunen har sedan 2017 en rutin gällande husdjur som vistas / besöker kommunens boenden och dagliga verksamheter. Rutinen är framtagen med tanken att förhindra

smittspridning av främst multiresistenta bakterier som i allt större utsträckning förekommer både på sjukhus med även på äldreboenden. I samråd med vårdhygien är det bestämt att en risk och konsekvensanalys ska tas fram i varje planerat djurmöte som äger rum inom kommunens äldreboende och dagverksamhet. Mötena ska även dokumenteras för att kunna följas vid en smittspårning.

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 2019 Godkändes alla 6 maskiner, som är i bruk, enligt konceptet höggradigt rent, vissa efter justeringar. Två doseringspumpar renoverades. Kommunen har enligt kontrollanten en bra maskinpark. Både sköljrummen och desinfektorerna är mycket välskötta. En mycket positiv attityd till kvalitetssäkring bland personalen konstaterades

Maskinparken har även vid kommunens interna halvårskontroll fått godkänt.

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

Senior Alert

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

Riskbedömningar sker för närvarande inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Under perioden 201-01-01-201-12-27 fanns det i Karlsborgs kommun 70 registrerade individer i Senior Alert. Av dessa var 89% bedömda med en risk. 97% hade en registrerad åtgärdsplan och 47% hade registrerade åtgärder. Under 2019 har andelen registrerade åtgärdsplaner ökat och åtgärder har minskat.

Det finns fortfarande brister främst vad det gäller åtgärder och uppföljning av åtgärder. Statistiken visade även på att stort antal individer som hade ett BMI på under 22, vilket är definitionen på undernäring. 2018 togs det fram en riktlinje och rutin för särskilt boende och korttid, för att aktivt jobba förebyggande med de individer som har risk för undernäring samt att i möjligaste mån sätta in åtgärder där undernäring föreligger. Andelen individer med ett BMI under 22 har sedan dess minskat från 40% till 31%.

Fortfarande förekommer inget arbete med Senior Alert i hemvården och det finns brister i arbetet på särskilt boende och korttid / rehab. Projektanställningen på 10% med Senior Alert upphörde vid årsskiftet och det drivande arbetet återgick då till verksamheten. När ingen utsedd person ansvarar för det övergripande drivande arbetet med Senior Alert tenderar arbetet att stanna av.

FUNCA

FUNCA är ett nationellt arbetsverktyg inom LSS, personkrets 1 och 2. Syftet med FUNCA är

att minska och förebygga utmanande beteende samt att minska skydds- och begränsningsåtgärder. FUNCA bygger på teamarbete och struktur.

Arbetet med Funca påbörjades under 2018 då personalen inom LSS och boendestöd gick utbildning i FUNCA. Totalt har 36 personer genomfört utbildningen.

Arbetsverktyget används inte i den utsträckning som vore önskvärt. Endast 4 personer har fått bedömning och / eller uppföljning under 2019. Inom boendestödet och daglig verksamhet används verktyget inte alls. Även här kan detta till viss del förklaras av det saknas en utsedd person som är ansvarig och pådrivande vilket gör att arbetet stannar av.

Trycksårsmätning

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

Det är av yttersta vikt att inkontinensskyddet är individuellt anpassat och korrekt hanterat för att undvika risker för trycksår. Under 2018 upphandlades ett nytt sortiment av inkontinensskydd. Därmed har flera välkända och välanvända inkontinensskydd tvingats att bytas ut. Övergången till ett annat sortiment har i många kommuner så även i Karlsborg medfört bekymmer med inkontinensskydd som brustit i både passform och funktion, vilket ger ökad risk för uppkomsten av trycksår. Avvikelse kring detta lämnades in 2018 från Masgruppen. Det har resulterat i att informationsmaterial skickats ut för de nya inkontinensskydden kring handhavande och passform. Informationsträffar med representanter från de nya företagen har också ägt rum för inkontinensombuden under året.

Under 2019 har verksamheten arbetat enligt riktlinjen och rutinen för nutrition som tagits fram för särskilt boende och korttid med avsikt att se till att individerna har ett gott näringsintag och därmed minska risken för uppkomsten av trycksår.

Enligt mätningen "mål och mått" i Senior alert 2019 hade 3,5% av de inskrivna individerna trycksår, vilket är lägre än för riket i övrigt. I detta kvalitetsregister och i denna mätning är inte hemvården delaktiga.

I Palliativa registret ligger andelen individer som avlidit utan trycksår i Karlsborg 2019 på 86,4%, vilket är under målet som är satt på 90%. Det är dock en förbättring sedan 2018 då siffran var 71,1%. Karlsborg är en liten kommun och statistiken bygger på ganska få individer vilket ger ett lite missvisande resultat i jämförelser.

Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård

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

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

Enligt kvalitetsregistret senior alert har 37% av de registrerade ohälsa i munnen av grad 2, vilket är en ökning från förra mätningen.

Totalt 10 stycken sjuksköterskor och två handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att

förskriva Nödvändiga tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att spåra upp berättigade personer, utfärda intyg om nödvändig tandvård och erbjuda munhälsobedömningar. Tandhygienister utför munhälsobedömningar och tandvårdsleverantören ska varje år erbjuda kommunens vårdpersonal utbildning i allmän munhälsovård. Ingen utbildning har ägt rum under 2019 Under 2019 fanns det totalt 130 personer i Karlsborgs kommun med intyg av nödvändig tandvård. Enligt tandvårdsenheten har 47 av de 130 som erbjudits en munhälsobedömning tackat ja och erhållit en sådan.

Nutrition

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

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

På hela boendet är det, enligt kvalitetsregistret senior alert, 31% av vårdtagarna som har ett BMI under 22, vilket är gränsen för undernäring. Det totala antalet har minskat från 40% sedan förra mätningen som gjordes innan insatserna togs fram. Arbetet fortgår och är främst inriktat på insatser för de personer som bedöms ha en risk för undernäring för att därmed kunna förhindra att fler diagnostiseras med undernäring.

Under hösten 2018 beslutades om en riktlinje för kost och nutrition i ordinärt boende samt en rutin för mat och måltider i ordinärt boende. Arbetet med implementering av dessa har pågått under 2019 och det finns mycket arbete kvar att göra innan de ses som självklara.

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

Demensvård

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) är ett kvalitetsregister vars syfte är att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och genom detta öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. Sjösidan (demensenheten på Haganäset) har sedan 2012 använt sig av registret för att på så sätt få en bättre struktur i omvårdnadsarbetet och 2018 infördes arbetet på särskilt boende somatik.

Statistik från kvalitetsregistret finns för perioden 2019-01-01 till 2019-12-31. Kommunen har 22 aktiva inskrivna i registret. Av dessa har 22 en bedömning registrerad under 2019. Kommunen har liksom 2018 fler inskrivna än riket i övrigt där en demensdiagnos saknas,

vilket tolkas positivt då kommunen därmed placerar individen efter behov och inte efter diagnos. Bland de inskrivna som har en konstaterad diagnos är Alzheimer med sen debut den vanligaste diagnosen. Medelåldern för de inskrivna är 84,6 år vilket är som för riket i övrigt. Alla individer har en individuell bemötandeplan. Karlsborgs kommun ligger lägre än landet i övrigt och lägre än för regionen vad det gäller förekomst av olämpliga läkemedel. Däremot ligger kommunen betydligt sämre vad det gäller personer som verkar smärtfria. Där ligger kommunen på 40% jämfört med riket i övrigt som ligger på 70%. Andelen personen som fått en läkemedelsöversyn ligger på endast 24 % jämfört med riket som ligger på 89%.

Kommunen har under hela 2019 saknat en fast hemsjukvårdsläkare vilket troligen påverkar resultatet med läkemedelsöversyn och ordinerad smärtlindring negativt. Detta är också ett stort hot mot patientsäkerheten och flertalet avvikelser samt en särskild skrivelse i ämnet är lämnad till vårdsamverkan för att påtala detta.

Arbetet med BPSD inom särskilt boende somatik har inte fungerat under 2019 då endast en vårdtagare finns registrerad på området. En bidragande orsak till detta kan vara att ingen särskild person är utsedd att vara den drivande och den som leder arbetet. Det finns stora fördelar med att arbeta med BPSD även inom särskilt boende då där finns många patienter med demenssymtom som skulle ha nytta av en bemötande plan och åtgärder, vilket skulle underlätta även för personalen i deras arbete.

Svenska palliativregistret

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

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

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

Indikatorer

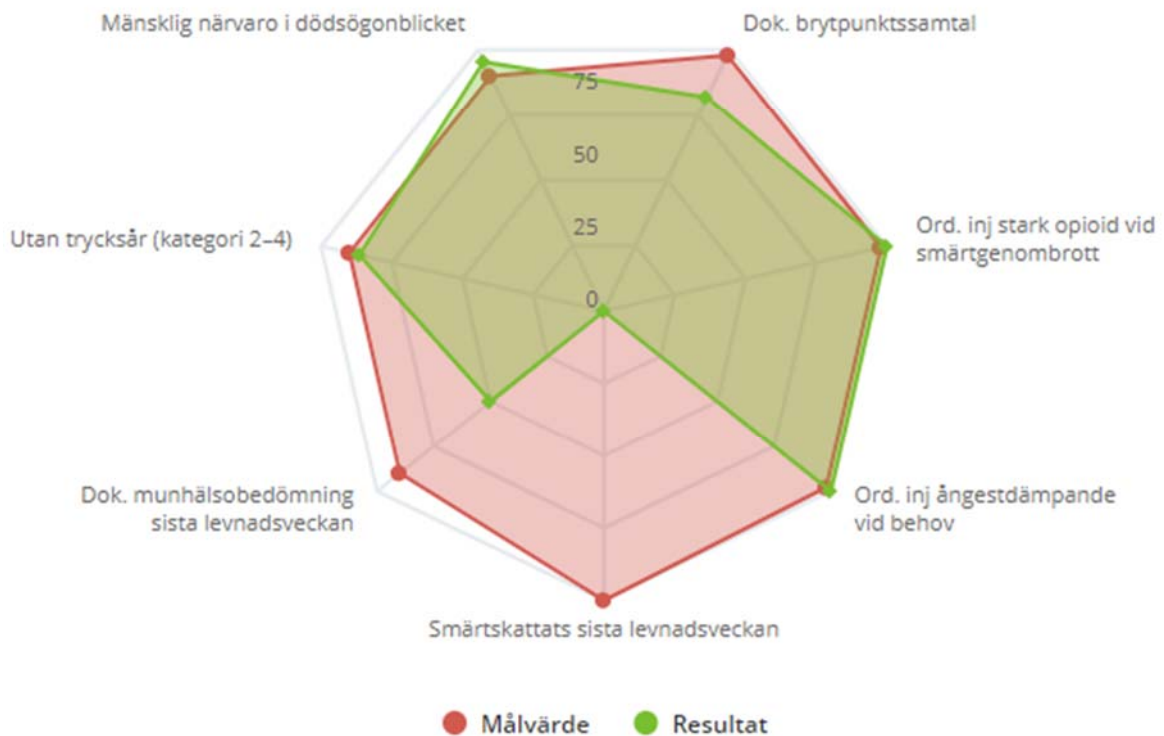
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	90%
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100%
Vid behovs ordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	98%
Vid behovsläkemedel av ångestdämpande under sista levnadsveckan	98%
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	90%
Brytpunktssamtal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

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

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

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2018-12 - 2019-12



Kommunens resultat redovisas i % nedan.

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	50%
Smärtskattning under sista levnadsveckan	0%
Vid behovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	100%
Vid behovsläkemedel av ångestdämpande under sista levnadsveckan	100%
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	86,4%
Brytpunktssamtal	81,8%

Dokumenterad smärtskattning är ett område som kommunen behöver arbeta vidare med då detta försämrats under de senaste åren och nu inte har utförts. Sjuksköterskorna ska vid smärtskattning använda ett validerat bedömningsinstrument såsom Abbey pain scale eller VAS skalan och noga dokumentera resultatet av mätning samt resultat av eventuell smärtlindring i patientjournalen. Trots utebliven validerad smärtskattning är de flesta patienter lindrade från smärta vilket visar på att smärtskattning görs effektivt men inte dokumenteras utifrån validerad smärtskattning. Validerad smärtskattning är ett område som kommunen behöver arbeta med under 2020. Vid byte av verksamhetssystem hösten 2020 kommer det naturligt att krävas validerad smärtskattning. Det nya verksamhetssystemet kommer att vara uppbyggd utifrån ICF och därmed kommer validerad smärtskattning ingå som en mer naturlig del i de hälsoärenden, hälsoplaner och åtgärder som där efterfrågas. Även dokumentation kring munhälsobedömning är eftersatt och behöver arbetas med. Här används ROAG som bedömningsformulär och den ingår som en del i registrering av individen i kvalitetsregistret

senior alert. Då hemsjukvården inte i nuläget registrerar i senior alert görs inte munhälsobedömning i hemsjukvården i den utsträckning som det borde.

Föreläsning i munvård planeras under 2020 för att öka medvetenheten hos omvårdnadspersonalen om vikten av en god munhälsa.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

Överrapportering mellan olika vårdgivare är av stor vikt för att undvika vårdskador. Representanter från kommunen ingår i den samverkansgrupp som verkar för att övergången mellan olika vårdgivare skall bli så sömlös som möjligt. Som system för överrapportering och planering mellan vårdgivarna används systemet SAMSA som under 2019 utvecklats ytterligare.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukhusvård som togs 2017 och började att gälla från 2018. Kring samverkanslagen finns det en riktlinje och en rutin för Västra Götalandsregionen och en lokal rutin för Skaraborg framtagna. Lagen ska särskilt främja att en person med behov av samordnade insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att personer är utskrivningsklara. Lagen innebär även andra villkor för när kommunens betalningsansvar inträder. I arbetet kring samverkan har kommunen regelbundet haft ett flertal samverkansmöten med Närhälsan under 2019 både på ledningsnivå och verksamhetsnivå. Arbetet kring samverkan lokalt är en löpande process som kommer att fortsätta under 2020. Kommunen har även haft interna möten kring samverkansprocessen både på ledningsnivå samt med legitimerad personal, bistånd samt verkställighet. Som ett stöd i arbetet med samverkan och de frågeställningar som kan uppkomma kring detta har en rutin för Skaraborg gällande inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård tagits fram av MAS nätverket. Det har även tagits fram en lokal rutin kring samverkansarbetet i kommunen.

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

Läkarbemanningen har under 2019 varit mycket bristfällig då tjänsten som hemsjukvårdsläkare inte varit bemannad. Olika stafettläkare har tjänstgjort under kortare perioder och under några veckor har ingen läkare varit tillgänglig mer än för akuta insatser via telefon. Det har även funnits veckor då ingen läkare alls varit tillgänglig. Ett flertal avvikelser gällande både läkarbemannning samt påverkan av detta på patienter har skickats till ansvarig för avvikelser inom primärvården. En gemensam skrivelse från 4 kommuner däribland Karlsborg har skickats till vårdssamverkan i ämnet.

Det finns en överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. I den lokala överenskommelsen mellan Skaraborgs sjukhus, primärvården och Karlsborgs kommun finns direktiv om samarbetet. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruksproblematik. Möten på ledningsnivå, sk Trepartsmöten, där representanter från kommun, närhälsan och öppenspsykiatrien deltar har endast ägt rum en gång under 2019. Under 2019 har det varit svårt att få alla parter att delta och möten har därmed tvingats att ställas in. Trepartsmöten ska enligt handlingsplan äga rum fyra gånger per år.

Enligt den regionala handlingsplanen för mest sjuka äldre skall personer 65 år och äldre med

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

Arbetet med medicinsk vårdplanering bidrar till en säkrare, tryggare och en mer välplanerad vård på rätt vårdnivå. I mätningen som genomfördes under hösten 2019 låg Karlsborg sämst till i Skaraborg med endast 5% av patienterna som hade en aktuell medicinsk vårdplan. En kraftig minskning från 2018 då Karlsborg låg på 41%. Detta kan förklaras med den bristande tillgången på läkare. Brist på läkare leder till att den planerade vården såsom medicinska vårdplaneringar och läkemedelsgenomgångar bortprioriteras för mer akuta insatser.

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 avvikelse rapporteringen framgår det att 646 fallrapporter inkommit under 2019 (515 under 2018). 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. Många fall i hemsjukvården kan härledas till intag av alkohol.

Fallförebyggande åtgärder är insatta och många av fallen går inte att förhindra då det rör sig om individer som inte kan förhindras att röra sig på egen hand och som många gånger glömmer bort att de tex har hjälpmedel i form av rullator och larm. Ett fåtal fall har lett till sjukhusvård. Många av dom som faller i hemmet saknar en dokumenterad fallriskbedömning. En bidragande orsak till detta kan vara att hemsjukvården inte använder sig av kvalitetsregistret Senior Alert.

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

Läkemedel: Av avvikelse rapporteringen framgår att 56 läkemedelsavvikelser inkommit under 2019 (69 under 2018). Främst gäller avvikelserna att läkemedel givits på fel tid. Avvikelser gällande läkemedel som missats att ges har sedan kommunen infört digitala signeringslistor minskat betydligt. Avvikelserna gällande felaktigt läkemedelslistor och att fel läkemedel ordinerats har ökat.

Övrigt: 45 övriga avvikelser har rapporterats in under 2019. Dessa är främst fördelade på, brister i informationsöverföring, larm / sökarsystem och omvårdnadshändelse. Som exempel

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

Kommunen har skrivit 6 avvikelser gentemot Närhälsan under 2019. Dessa gäller främst brist på eller avsaknad av läkarbemannning samt felaktiga ordinationer

Till SKAS har 15 avvikelser skickats. Dessa gäller främst brister i informationsöverföring och läkemedel.

Kommunen har mottagit en avvikelse under 2019 denna gäller brister i telekommunikation. Denna avvikelse rapporterades från kommunen som en lex Maria.

Lex Maria: 1 Lex Maria har rapporterats under 2019 gällande telekommunikation. Problemet åtgärdades omedelbart och IVO var nöjda med de åtgärder som vidtagits.

Avvikelseyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Fall	163	122	104	149
Läkemedel	15	14	19	8

Uppnådda resultat av årets patientsäkerhetsarbete

Läkemedelsgenomgångar

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2019 fanns det 203 personer som omfattades av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varav 5 % hade en medicinsk vårdplan. Detta är en klar försämring från 2018 då andelen medicinska vårdplaner låg på 41% Minskningen av de medicinska vårdplanerna kan härledas till att Närhälsan sedan hösten 2018 inte kunnat erbjuda en fast hemsjukvårdsläkare. Denna tjänst har varit obemannad eller bemannad med olika stafettläkare vilket inte innebär kontinuitet och är ett hot mot patientsäkerheten.

Antibiotikaförskrivning

Kommunen deltog under hösten 2019 i svenska HALT. 77 individer observerades utifrån riskfaktorer för vårdrelaterad infektion, pågående vårdrelaterad infektion och antibiotikaanvändning. Resultatet blev en individ med pågående infektion och fem individer med antibiotikabehandling. Närhälsan jobbar aktivt med Strama och är därmed mer restriktiva än tidigare med förskrivning av antibiotika.

Hygienrutiner

Vid hygienrond 2019 har det uppmärksammats brister i följsamheten av basala hygienrutiner. Till följd av detta har utbildning i basala hygienrutiner rekommenderats till all personal och har på APT genomförts via webbutbildning från Vårdhygien. Bristande följsamhet till rekommendationen har noterats. Två nya hygienombud har utbildats under 2019. Basala hygienrutiner ingår som en del i den bas-utbildning som medicinskt ansvarig sjuksköterska håller med all ny personal.

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

förnyas.

Sedan 2017 har kommunen en gällande rutin för husdjur som vistas / besöker kommunens boenden och dagliga verksamheter. Rutinen är framtagen med tanken att förhindra smittspridning av främst multiresistenta bakterier som i allt större utsträckning förekommer både på sjukhus med även på äldreboenden. På rekommendation från vårdhygien har beslut tagits på att det ska genomföras en risk- och konsekvensanalys vid inför de djurmöten som äger rum på boende och daglig verksamhet. Delaktighet vid dessa möten ska dokumenteras i patientjournal för att vid behov kunna genomföra smittspårning

Diskdesinfektorer

Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll. Enligt rapporten 2019-06-09 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

Arbetet med Senior Alert fortskrider och det görs riskbedömningar och man beslutar om åtgärder vid teamträffar. Sedan årskiftet finns ingen ansvarig för detta arbete utan det ligger på enhetschef att driva arbetet framåt. Detta innebär att arbetet avstannat och Senior Alert utnyttjas inte som den resurs som det skulle kunna vara i det dagliga kvalitetsarbetet. Senior Alert är fortfarande inte infört som arbetssätt i hemvården

Trycksår

Avtalet för inkontinenshjälpmedel som ingicks 2018 gäller fortfarande. Visningar av det nya sortimentet har ägt rum på olika orter i Sverige, men kommunens förskrivare har inte haft möjlighet att delta. Inkontinensombuden har under 2019 haft möjlighet att lokalt träffa representanter för inkontinenssortimentet och kunna ställa frågor.

Madrasserna i kommunen håller god kvalitet och byts ut regelbundet. Satsningen på madrasser som ägt rum de senaste åren har haft mycket gynnsam effekt på andelen trycksår hos patienterna

Enligt mätningen i Senior alert 2019 hade 3,5 % av individerna trycksår registrerade. Detta är lägre än för riket i övrigt. I denna mätning deltar inte hemsjukvården. I palliativa registret är andelen individer som avlidit utan trycksår 86,4%, vilket är under målet som är satt på 90%.men en förbättring sedan 2018 då kommunen låg på 71,1%

Nutrition

Totalt 10 stycken sjuksköterskor och två LSS handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att förskriva Nödvändiga tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att spåra upp berättigade personer, utfärda intyg om nödvändig tandvård och erbjuda munhälsobedömningar. Under 2019 fanns det totalt 130 personer i Karlsborgs kommun med intyg av nödvändig tandvård. Enligt tandvårdsenheten har 47 som erbjudits en munhälsobedömning tackat ja och erhållit en sådan.

Mätningar av nattfastan som gjorts visar att denna är alltför lång för många individer och många individer är diagnosticerade med undernäring. Till följd av detta togs en riktlinje och rutin för nutritionsarbetet fram och omvårdnadsplaner med åtgärder har upprättats för att minska och förebygga malnutrition. Här har nattpersonalen ett stort ansvar och de har varit delaktiga i planeringen av insatserna. Arbetet har fortgått under 2019. I kvalitetsregistret senior alert kan man se att individerna med undernäring har minskat från 40 % 2018 till 31% under 2019.

Demensvård

Kvalitetsregistret BPSD infördes under 2018 på särskilt boende somatik. Statistik från kvalitetsregistret finns för perioden 2019-01-01 till 2019-12-31. Den visar att registret inte implementerats ordentligt då ingen registrering är gjord under 2019 på SÄBO. Totalt finns 23 individer registrerade i registret

Personalen har fått föreläsning i munvård vid demenssjukdom av tandvårdsenheten.

Palliativ vård

Statistiken från palliativa kvalitetsregistret visar för kommunen att behovsläkemedel för smärta och ångest finns tillgängliga i tillräcklig omfattning. Det har även skett en betydlig förbättring vad det gäller erbjudande till anhöriga om efterlevandesamtal. Det är främst hemsjukvården som står för denna förbättring. Kommunen behöver arbeta med validerad smärtskattning som arbetsmetod då 0% av individerna den sista levnadsveckan har fått en validerad och dokumenterad smärtskattning. I kommande verksamhetssystem kommer det att krävas att validerad smärtskattning används för att kunna dokumentera i journalen. Karlsborgs kommun ligger under målgränsen på 90% vad det gäller avsaknad av förekomst av trycksår.

Samverkan

Under hösten 2017 togs en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukhusvård. Lagen ska särskilt främja att en person med behov av samordnade insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att personer är utskrivningsklara. Lagen började att gälla 2018 och ersatte nuvarande betalningsansvarslag. Kommunen haft ett flertal samverkansmöten med Närhälsan under 2019 för att kunna möta upp mot de nya behov av samverkan som krävs av lagen. Samverkan fungerar mycket bra. Under våren har även en riktlinje för inskrivning i HSL, gemensam för Skaraborgs kommuner tagits fram av Mas nätverket och godkänts av socialnämnden.

Den lokala handlingsplanen är uppdaterad under 2019.

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

Kommunen har under 2019 inte haft tillgång till en fast hemsjukvårdsläkare. Detta har medfört att patientsäkerheten varit hotad bla har medicinska vårdplaneringar inte kunnat genomföras samt att flertalet avvikelser gällande läkemedel och bristande informationsöverföring upprättas.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna Karlsborg, Töreboda, Essunga och Vara som har liknande problem har sammanfattat en skrivelse till vårdsamverkan i ärendet.

Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

En fortsatt satsning på införandet av arbetssättet, individens behov i centrum (IBIC), kommer att fortgå under hela 2020. Syftet med införandet är att göra vård och omsorgen mer likvärdig och rättssäker. Individerna skall få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. I och med införandet av det nya arbetssättet kommer också arbetet med utbildning av all hälso- och sjukvårdspersonal i den internationella dokumentationsstrukturen ICF. Detta för att bättre kunna dokumentera med ett samlat och standardiserat språk.

Arbete med olika kvalitetsregister kommer fortsätta under 2020 där målet är att få arbetssättet som en naturlig del av vardagsarbetet.

Fortsatt utbildning och introduktion i Stratsys kommer ske under 2020, för att alla

medarbetare lätt ska kunna ta till sig information så som processer och rutiner.
Under 2020 kommer arbetet med att införa ett nytt verksamhetssystem slutföras.