

# **Omsorgssektion**

## **Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2017**

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	3
2	Bakgrund .....	4
2.1	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	4
2.2	Nya lagar och föreskrifter.....	4
3	Mål och strategi.....	5
3.1	Vision och strategisk plan .....	5
4	Organisatoriskt ansvar .....	6
5	Struktur för uppföljning och utvärdering.....	7
6	Arbete för ökad patientsäkerhet och kvalitet.....	7
6.1	Resultat 2017.....	9
7	Uppföljning genom egenkontroll .....	10
7.1	Resultat 2017.....	10
8	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
9	Händelse- och riskanalys .....	13
10	Informationssäkerhet.....	14
11	Rapporteringsskyldighet av missförhållande och vårdskada .....	14
11.1	Missförhållande och risk för missförhållande (lex Sarah).....	15
11.2	Vårdskada och risk för vårdskada (lex Maria) .....	16
12	Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete .....	16
12.1	Processer och rutiner.....	17
12.2	Avvikelsehantering.....	17
12.3	Kvalitetsdialog.....	19
12.4	Samverkan internt och externt.....	20
13	Klagomål och synpunkter .....	20
14	Resultatdiskussion .....	21
15	Övergripande mål och strategier för kommande år .....	22

# 1 Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2017 är:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, har utarbetats för sektionen och lämnats till politik för beslut.

för att öka patientsäkerheten:

- Omarbetning och anpassning till ny Hälso- och sjukvårdslag samt ett antal nya föreskrifter som påverkar arbetet med patientsäkerhet. Revidering av ett antal rutiner.
- Nytt vårdplaneringssystem, SAMSA, har införts i samverkan mellan slutenvården, primärvården och kommunen. Det har medfört att all vårdplanering inför hemgång från slutenvård sker via SAMSA.  
De allra flesta vårdplaneringarna i samverkan med slutenvården sker via videolänk. All inskrivning i kommunens hemsjukvård sker via SAMSA och vårdplaneringsteamet, vilket tryggar en likvärdig och rättsäker hantering.
- Deltagande i Svenska HALT, en rikstäckande undersökning av infektioner och antibiotikaanvändning.
- Under våren genomfördes en stor utbildningsinsats i social dokumentation för utförare. Utbildningen initierades av journalgranskningar. Inför utbildningen togs riktlinjer och instruktioner fram. Arbetet ska följas upp under 2018 med nya journalgranskningar
- Lex Maria-utredningar har lett till ett flertal åtgärder på olika nivåer, framför allt inom området läkemedelshantering.

för att öka verksamhetens kvalitet:

- Kvalitetsdialog har genomförts med områdeschefer på vård- och omsorgsboende, hemtjänst, hemsjukvård, korttids-, gruppboende- och serviceboende, daglig verksamhet, personlig assistans, ledsagning samt socialt stöd. Årets dialog har haft temat Reagera, Agera, Proagera med fokus på förebyggande arbete och analys av inträffade händelser som ett redskap i förbättringsarbetet. Införande av riskanalyser och händelseanalys i arbetet med analys av registrerade avvikelser. Alla områdeschefer, all HSL-personal och delar av baspersonalen deltog i dialogerna.
- Nya och uppdaterade riktlinjer, rutiner och instruktioner har efter hand publicerats på intranätet.
- Rutin för Lex Sarah antagits politiskt.
- Lex Sarah-utredningar har lett till ett flertal åtgärder på olika nivåer - från områdesnivå till sektionsnivå.
- Socialt ansvarig samordnare har bistått kommunens kvalitetsstrateg i arbetet med att omarbete Stratsys och skapa en kvalitetssupport för hela den kommunala verksamheten.
- Värdegrundsarbete har pågått i verksamheter enligt LSS.
- Utvärdering har skett av antagna värdighetsgarantier.

## 2 Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska beskriva:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts

Enligt 7 kap.1 § Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Berättelsen bör beskriva:

- hur arbetet med att säkra kvaliteten har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts

Tranemo kommun har valt att ha en sammanhållen patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

### 2.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriver hur kvalitetsarbetet ska göras. Ledningssystemet ska hjälpa verksamheten att göra rätt saker, i rätt ordning och på rätt sätt.

Under 2017 har riktlinjer för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbetet arbetats fram. Dessa kommer att antas politiskt i början av 2018. Kommunstyrelsen i Tranemo kommun, som är den som bedriver socialtjänst enligt socialtjänstlagen (SoL) och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är ansvarig för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

### 2.2 Nya lagar och föreskrifter

Under 2017 har en ny hälso- och sjukvårdslag (2017:30) och en ny hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) trätt i kraft. De nya lagarna knyter an till och förstärker patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

2017 kom också nya föreskrifter om:

Journalföring och hantering av personuppgifter (HSLF- FS 2017:3)

Läkemedelshantering (HSLF- FS 2017:37)

Patientsäkerhet (HSLF-FS 2017:40)

Anmälan av vårdskada eller risk för vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Verksamheten har i samverkan mellan olika professioner påbörjat ett arbete med att anpassa

verksamheten till lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) som trädde i kraft den 1 januari 2018. Effekten av lagstiftningen i Västra Götaland slår dock igenom först i september 2018. Detta på grund av att regionen ligger efter med att ställa om sin verksamhet.

### 3 Mål och strategi

Tranemo kommun har nio övergripande resultatmål. Fem av dessa berör omsorgssektionen och har omformulerats till sektionens resultatmål enligt tabellen nedan.

Omsorgssektionens mål med patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet är att patienter, brukare och klienter ska kunna känna sig trygga och säkra i kontakten med sektionens olika verksamheter. Omsorgssektionen i Tranemo kommun har som mål att samtliga anställda ska ha en god och adekvat kompetens för att ge klienten/brukaren/patienten bästa möjliga stöd, omsorg och vård.

Sektionens resultatmål
Verksamheten ska vara tillgänglig och erbjuda bredd, kvalitet och mångfald utifrån brukarnas behov.
Ge alla brukare förutsättningar att leva ett bra liv.
Alla som kommer i kontakt med omsorgssektionen ska uppleva att han/hon får ett gott bemötande, bra service och snabba och korrekta svar på sina frågeställningar.
Brukarens möjligheter till inflytande, delaktighet och möjlighet att påverka ska öka. Hon/han ska känna att hon/han blir lyssnad på.
Omsorgssektionens resurser skall användas på ett effektivt sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten

Sektionen, liksom hela kommunen, arbetar med att kvalitetssäkra resultatmålen med stöd av planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys. Hösten 2017 startade en genomlysning av målarbetet. Det kommer att pågå under hela 2018 och det påverkar hela den kommunala verksamheten. Arbetet innebär en översyn av målformuleringar, genomgång och bedömning av mått samt krav på att fler aktiviteter ska registreras.

#### 3.1 Vision och strategisk plan

Tranemo kommun antog en ny vision och en strategisk plan den 9 maj 2016. Den strategiska planen beskriver ett antal områden som är av betydelse för kommunens utveckling i ett flerårigt hållbarhetsperspektiv. Vård och omsorg är ett av två prioriterade områden. I planen beskrivs också kommunens värdegrund.

Kärnan i kommunens värdegrund är:

- Vår verksamhet ska vara tillgänglig för alla våra invånare.
- Alla invånare skall bli bemötta på ett positivt och professionellt sätt.
- Vi levererar tjänster med god service och hög kvalitet
- Alla invånare ska känna att de blir lyssnade på.

Individens rätt till inflytande och självbestämmande ska garanteras. Verksamheten ska kännetecknas av en meningsfull vardag. Både personal och brukare ska känna att de blir lyssnade på. Omsorgssektionens verksamheten omfattar myndighetsfunktion, verksamhet för

funktionsnedsättning, socialt stöd, äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Förebyggande arbete där individens styrkor och möjligheter tas tillvara och utvecklas för ett självständigt liv är en viktig uppgift för att komplettera det direkta omhändertagandet i verksamheterna.

För att lyckas att ge det stöd och den hjälp, omsorg och vård som våra kommuninvånare har behov av är samverkan mellan olika aktörer kring den enskilde central. En utvecklad samverkan med andra verksamheter, vårdgivare, myndigheter, anhöriga och organisationer, ska ge förutsättningar för möjlighet till ett gott liv.

## 4 Organisatoriskt ansvar

**Kommunstyrelsen** har det övergripande ansvaret för att utveckla och säkra verksamheternas kvalitet. Kommunstyrelsen ska fastställa övergripande mål och upprätta styrdokument samt kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Kommunstyrelsen är ansvarig för det stöd, den omsorg och den hälso- och sjukvård som utförs i kommunens regi.

**Sektionschef för omsorgssektionen** ansvarar för att leda, planera och fördela arbetet inom sektionen och för att verksamheten följs upp och utvecklas så att patientsäkerhet och kvalitet säkras. Sektionschefen gör det genom att säkerställa att både politiskt antagna och av verksamheten upprättade styrdokument implementeras. Sektionschef är processägare.

**Funktionschefer för myndighetsfunktionen** ansvarar för kvalitetssäkring av processer och styrdokument samt att ett systematiskt kvalitetsarbete genomförs inom myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Handläggningen ska vara rättssäker. Övergripande mål ska brytas ner och anpassa till funktionens verksamhet.

**Funktionschefer inom verkställighet** ansvarar tillsammans med **områdeschefer** för kvalitetssäkring av processer och styrdokument samt för att ett systematiskt kvalitetsarbete sker i utförandet av beviljade insatser enligt SoL och LSS. Utförandet ska vara rättssäkert. Funktionschef för vård och omsorg har även verksamhetsansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården som ytterst ska garantera patientsäkerhet och högkvalitativ vård.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att författningar och andra regler är kända och efterlevs, att direktiv, instruktioner och rutiner som behövs för hälso- och sjukvårdsverksamheten finns samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. MAS ansvarar vidare för att säkra att dokumentation förs i den omfattning som föreskrivs i lag. MAS meddelar kommunstyrelsen som har ledningsansvar för hälso- och sjukvård, om en patient i samband med åtgärder drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada (lex Maria) och anmäler detta till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

**Socialt ansvar samordnare (SAS)** ansvarar för att brukarna får en rättssäker och ändamålsenlig myndighetsprövning och individuellt utformade insatser utförda med god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. SAS ansvarar vidare för att säkra att dokumentation förs i den

omfattning som föreskrivs i lag (FL, SoL, LSS, LVU, LVM med flera). SAS meddelar kommunstyrelsen som har ledningsansvar för den sociala omsorgsverksamheten, om en brukare i samband med insatsen drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av ett allvarligt missförhållande (lex Sarah). SAS anmäler dessa händelser till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Alla **medarbetare** har ansvar för att aktivt delta i det systematiska kvalitetsarbetet och att arbeta utifrån fastställda riktlinjer, rutiner och instruktioner.

## 5 Struktur för uppföljning och utvärdering

I uppföljningen av patientsäkerheten ingår bland annat

- Egenkontroller (av t ex hygien)
- Revidering av rutiner
- Utredning och analys av missförhållanden och vårdskador samt risk för sådana (arbetet sker på flera nivåer: den enskilda händelsen analyseras på enhetsnivå och övergripande statistik analyseras av sektionsstab månadsvis och inför denna berättelse)
- Kontroll av de åtgärder som genomförts till följd av missförhållanden och vårdskador
- Analys av inkomna synpunkter och klagomål samt kontroll av de åtgärder dessa medfört
- Loggning av journalsystem

I uppföljning av kvalitetsarbetet ingår bland annat:

- möten och besök i verksamheten (till exempel kvalitetsdialoger och uppföljningar)
- granskning av journaler, genomförandeplaner eller hela akter
- analys av Socialstyrelsens *Öppna jämförelser* och *KKIK (kommunens kvalitet i korthet)*
- mål- och strategiarbete

## 6 Arbete för ökad patientsäkerhet och kvalitet

Varje januari skrivs en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse. Den fastställs av kommunstyrelsen i månadsskiftet februari-mars. I berättelsen presenteras och analyseras det föregående årets patientsäkerhets- och kvalitetsarbete och en presentation görs av de åtgärder verksamheten avser att arbeta med under kommande år.

### Avvikelse

Avvikelse är ett samlingsnamn för missförhållanden, vårdskador och risk för sådana samt synpunkter och klagomål. Missförhållande och vårdskador rapporteras som händelser i en avvikelsemodul som finns i verksamhetssystemet undantaget HVB och Myndighetsfunktionen. Dessa rapporterar sina händelser manuellt på särskilda blanketter. Under 2018 kommer en modul i verksamhetssystemet att installeras som medför att även dessa verksamheter kan rapportera elektroniskt.

Verksamheterna arbetar på olika sätt med att analysera rapporterade händelser. I vissa verksamheter förbereder områdeschefen arbetet och analyserar händelsen på egen hand innan

den diskuteras med hälso- och sjukvårdsteam och baspersonal vid möten för omvårdnadsplanering (OPL-möte) eller APT. I andra verksamheter sker analysarbetet i team där områdeschef och HSL-personal förarbetar avvikelserna. Det sistnämnda arbetssättet ska under 2018 införas i alla verksamheter. Områdeschef ansvarar för uppföljning och åtgärd av händelserna. Åtgärder ska föras in i brukarens aktuella genomförandeplan. Berörs flera brukare av händelsen ska erfarenheten sprids ut i verksamheten via de olika funktionernas chefsmöten. Inträffade händelser sammanställs per enhet månadsvis.

Händelser som kan leda till vårdskada utreds och bedöms av MAS enligt lex Maria. När fel eller brister framkommer gör MAS anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt kommunens delegationsordning. Missförhållanden utreds och bedöms enligt lex Sarah av SAS. Är dessa allvarliga anmäls händelsen till IVO av SAS enligt kommunens delegationsordning. Varje ärende som utreds av MAS och SAS redovisas till kommunstyrelsen.

### **Specifikt för patientsäkerhet**

- Läkemedelshanteringen granskas årligen av MAS. Ändringar och förbättringar genomförs av läkemedelsansvarig sjuksköterska och redovisas till MAS enligt rutin.
- Under hösten har kommunen deltagit i Svenska HALT. Vi arbetar med den som en egenkontroll.
- Egenkontroll av hygien sker årligen på samtliga enheter efter mall från vårdhygieniska enheten på SÄS Borås.

### **Kvalitetsregister**

Under 2017 gjordes en nystart när det gäller användningen av kvalitetsregister. Registren är ett gott stöd i att arbeta systematiskt och för att skapa kvalitet i verksamheten. Exempelvis hjälper Senior Alert till att minska risker för fall, trycksår, dålig munhälsa och undernäring. Övriga register är

- Palliativ registret (vård i livets slut)
- BPSD- beteendestörning och psykisk störning vid demens (strukturerat arbetssätt vid demenssjukdom).
- Swevac (vaccinationsregister)

### **Nytt arbetsverktyg**

Under 2018 kommer funktionen för funktionsnedsättning och socialt stöd att implementera ett nytt arbetsverktyg som heter FUNCA för att minska utåtagerande beteende för personer som tillhör personkrets 1 eller 2 enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade.

### **Social dokumentation**

Uppföljning av social dokumentation genomförs på olika sätt och med olika tidsintervall. Normalt används kollegial journalgranskning inom äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialt stöd. Under 2017 gjordes ingen samlad journalgranskning i utförlädet eftersom hela våren upptogs av en utbildningsinsats i social dokumentation. Utbildningsinsatsen ska följas upp under 2018 och den initierades av granskningar gjorda under 2016. Utbildningsinsatsen föregicks av ett arbete med att ta fram riktlinjer för social dokumentation. Områdeschefen ansvarar för och följer upp innehållet i den sociala dokumentationen. I utförlädet stöttar och



vägleder dokumentationsombuden sina kollegor.

På myndighetsfunktionen genomfördes under sommaren en stor granskning av ärenden som rapporterades till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Medicinskt dokumentation**

Inom den kommunala hälso- och sjukvården följs dokumentationen årligen upp genom kollegial journalgranskning. Områdeschef för hemsjukvård ansvarar för att följa upp att dokumentation sker på korrekt och tydligt sätt. MAS gör stickprovskontroller.

## **6.1 Resultat 2017**

Arbetet med kvalitetsregistren kräver att brukaren/patienten eller närståendes lämnar samtycke.

### **Senior Alert**

Senior Alert är ett kvalitetsregister som bygger på riskbedömning och åtgärder. Registreringen medför alltså ett systematiskt arbetssätt. Omsorgssektionen har under flera år använt arbetssättet på särskilt boende i samband med omvårdnadsplanering och uppdatering av genomförandeplaner. Under 2016 och början av 2017 har användandet av kvalitetsregistret minskat på flera enheter. Arbetssättet används, men resultatet förs inte in och följs inte upp. Under hösten gjordes därför en nystart.

Inom hemtjänsten har två av tre enheter påbörjat arbetet med registret. Den tredje enheten beräknas starta arbetet i april 2018.

### **Palliativregistret**

Under året har förvaltningen omarbetat checklistan vid palliativ vård. Smärtskattning ska ske med mer systematik, likaså ska efterlevandesamtal erbjudas närstående mer systematiskt. Under hösten har all personal på särskilt boende och inom hemtjänsten gått en webbutbildning i palliativ vård. Våren 2018 planerats en omstart av arbetsgruppen för palliativ vård, i gruppen ska också omvårdnadspersonal delta.

### **BPSD**

BPSD är ett register för systematiskt arbetssätt vid demens. Det fungerar som ett stöd för personalen i arbetet med att minska beteendestörningar och psykiska störningar hos demenssjuka. Alla brukare med demensdiagnos eller andra kognitiva störningar på särskilt boende är idag registrerade i registret. Inför en registrering efterfrågas samtycke. Registrering sker vid omvårdnadsplanering två gånger per år eller vid behov. Ett fåtal brukare inom hemtjänsten är registrerade i registret. Det är ett utvecklingsområde.

### **Swevac**

Swevac är ett register för registrering av administrerade vaccinationer mot säsongsinfluensa enligt Folkhälsomyndighetens riktlinjer. Samtliga vaccinationer registreras. Registret ger en översikt över vilka som vaccinerats i vår verksamhet, men även andra sjukvårdsinrättningar. Det minskar risken för dubbelvaccination.

## 7 Uppföljning genom egenkontroll

Under året har myndighetsfunktionen genomfört en granskning av utredningar och genomförandeplaner. Myndighetsfunktionen granskade 40 ärenden som redovisades till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under sommaren och som medförde ett granskningsbesök från IVO under november månad. Granskningen gjordes utifrån granskningsmallar för respektive område.

Rapporter avseende ej verkställda beslut har kvartalsvis rapporterats till IVO och redovisats till nämnd.

Inom den kommunala hemsjukvården gjordes under sommaren en kollegial journalgranskning. Vidare har verksamheten under hösten deltagit i Svenska HALT, en årlig undersökning av trycksår, vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling.

Vid sjukdomsutbrott av magsjuka förs loggbok, sammantaget resultat redovisas till MAS. Vid större utbrott kontaktas Smittskyddsenheten.

Hygienrond genomförs på alla enheter en gång per år. Dokumentation av hygienronden skickas till MAS. Egenkontroller av hygien omfattar också regelbunden kontroll av spol- och diskdesinfektorer.

Uppföljning av läkemedelshantering sker årligen i samband med kontroll av KAF-förråd (kommunalt akutförråd). Däremellan gör MAS stickkontroller på signeringslistor och läkemedelsrum.

### 7.1 Resultat 2017

#### **Social och medicinsk dokumentation**

Utfallet av granskningen av utredningar och genomförandeplaner på myndighetsfunktionen medförde ett besök från IVO i november. Diskussionerna var givande och utvecklande. IVO avslutade ärendet, men framförde samtidigt kritik mot kommunstyrelsen för att man inte i tillräcklig omfattning säkrade kvaliteten i myndighetsutövningen. Brister finns när det gäller rutiner och riktlinjer för utredningsarbetet, samverkan samt sammanställning och analys av avvikelser.

Under 2018 kommer riktlinjerna för social dokumentation att ses över och eventuellt revideras.

Kollegial granskning av medicinsk journal har skett med hjälp av enkätundersökning. Det finns fortfarande delar att arbeta med för att nå en enhetlig dokumentation av god kvalitet. All HSL-personal dokumenterar, men inte alltid på samma sätt eller enligt gemensamma rutiner. Det finns ett behov av att "städa" i många journaler, dvs att avsluta gamla vårdplaner som inte längre gäller.

HSV-chefer och MAS gör stickprov och läser journaler i samband med till exempel registrerade händelser eller synpunkter.

Rutin för journalföring inom hälso- och sjukvård är under omarbetande med utgångspunkt i ny

föreskrift.

### **Svenska HALT**

Kommunen har under 2016 och 2017 deltagit i Folkhälsomyndighetens undersökning Svenska HALT, som omfattar vårdtyngdsindikatorer, riskfaktorer samt frekvens av infektioner och antibiotikaanvändning. Myndigheten har redovisat siffror för kommunen och riket som helhet, jämförelsematerial för kommuner i närområdet kommer under våren.

Svenska HALT visar att Tranemo kommun ligger på samma nivå som riket i övrigt när det gäller antibiotikabehandling, 3 %. Däremot ligger vi lägre än rikssnittet när det gäller infektioner förvärvade på kommunalt vård- och omsorgsboende. Patienter som kommer hem från sjukhus har relativt sett oftare en infektion eller ett trycksår. Vidare har Tranemo något mindre antal kvarliggande urinkatetrar än rikssnittet, men fler sår än rikssnittet (gäller sammantaget trycksår, kirurgiska och andra sår).

När det gäller vårdtyngdsfaktorer har kommunen mer än 65% desorienterade brukare/patienter, vilket är mer än rikssnittet. Antalet personer med inkontinensproblem är däremot lägre. Sängliggande eller rullstolsburna är ca 40 % vilket motsvarar rikssnittet. I vår kommun är väldigt få helt sängliggande, i princip endast personer som vårdas i livets slutskede.

### **Hygienkontroll**

Egenkontroll av hygien sker årligen på samtliga enheter efter mall från vårdhygieniska enheten på SÄS Borås. Egenkontroll skickades ut i början av december. I skrivande stund har därför inte alla hunnit göra kontrollen än. Av de egenkontroller som lämnats in kan man konstatera att följsamheten till rutinen har ökat. Under förra årets skärptes rutinen med påföljder och all personal fick skriva på en förbindelse om att man fått information om hygienregler, vad dessa innebär och vad påföljden är om man inte följer dem.

Under 2017 infördes skärpta kontroller vid användning av disk- och spoldesinfektorer. Egenkontroll av spol- och diskdesinfektorer sker dagligen i verksamheten enligt riktlinjer från vårdhygieniska enheten på SÄS Borås. Arbetet följs årligen upp av MAS.

### **Läkemedelshantering**

Kontroll av läkemedelshantering görs av MAS. Under 2017 har kontrollerna omfattat stickprovskontroll och uppföljning av signeringslistor på samtliga enheter. Oannonserade besök i läkemedelsrum och uppföljning av journaler över hantering av narkotikaklassade läkemedel. Uppföljning har också skett i samband med utredning av risker för vårdskador.

## **8 Samverkan för att förebygga vårdskador**

SAMSA är ett IT-stöd för samordnad vårdplanering. Det ersatte under året det tidigare IT-stödet Klara SVPL. SAMSA innehåller gemensamma rutiner för vårdplanering och informationsöverföring för kommuner, sjukhus och primärvård i Västra Götaland. De flesta vårdplaneringarna sker numer via videolänk.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är ett samarbete mellan kommuner, primärvård och

slutenvård. Omsorgssektionen deltar i såväl övergripande styrgrupp, utvecklingsråd och lokal närvårdsgrupp. Utifrån en övergripande gemensam verksamhetsplan och mål tas årligen lokala mål och aktiviteter fram för grupperna: äldre personer med sammansatt vård- och omsorgsbehov, barn och unga med sammansatt problematik, personer med funktionsnedsättning och personer med psykisk ohälsa/sjukdom och/eller missbruk/beroende.

Tranemo kommun har i samverkan med Närhälsan Tranemo varit föregångare i arbetet med mobila vårdcentralsläkare; där läkare och distriktssköterskor tillsammans gör hembesök, årskontroller och läkemedelsgenomgång. Arbets sättet implementeras nu i hela VG- regionen.

Boråsregionens Kommunalförbund stöttar nätverksträffar för omsorgssektionens sektions- och funktionschefer samt MAS och SAS.

Ett nära samarbete sker också regelbundet med lokala myndigheter, skola och vårdgivare.

I tabellen nedan visas de samverkansmöjligheter omsorgssektionen har. Här finns pågående samarbeten, men också sådana som behöver utvecklas ytterligare.

Process	Samverkansmöjlighet	Kommentar
<b>Aktualisering</b>	Ansökan om insats från brukare Anmälan från närstående eller annan Vårdplanering enligt avtal med VG- regionen	
<b>Inhämtande av information</b>	Brukaren/patienten Slutenvården Närhälsan och andra primärvårdscentraler Arbetsförmedling Försäkringskassa	
<b>Utredning</b>		
<b>Beslut</b>		
<b>Uppdrag skickas till verkställande</b>	Egen organisation Enligt LOV	
<b>Nytt uppdrag</b>		
<b>Vårdsamverkan</b>	Vårdplanering sker enligt avtal i Hälso- och sjukvårdsavtalet. Vid vårdplanering används IT- stöd SAMSA.	
<b>Hemsjukvård</b>	Slutenvården Närhälsan och andra primärvårdsenheter Kommunens korttidsenhet	
<b>Läkemedel</b>	Slutenvården inom VG- regionen Närhälsan Läkemedelsgrupp enligt hälso- och sjukvårdsavtalet. Apoteket	
<b>Tandvård</b>	Regionens tandvårdsenhet Folktandvården	Folktandvården har under 2017 ansvarat för den uppsökande verksamheten, där alla personer med intyg om N- tandvård får ett besök och en årlig munvårdsbedömning
<b>Hjälpmedel</b>	Regionens hjälpmedelcentral	

Process	Samverkansmöjlighet	Kommentar
Habiliterande och rehabiliterande träning	Områdeschefer Baspersonal Närhälsans Rehab Slutenvårdens rehabenheter	
Basal hygien	Enheten för vårdhygien på södra Älvsborgs sjukhus	
Särskilda hygienregler vid pandemier, influensa och magsjuka	Smittskyddsgruppen på SÄS Borås Vårdhygieniska enheten på SÄS Borås Närhälsan Tranemo	
Särskilda hygienregler hos infektionskänsliga brukare	Smittskyddsgruppen på SÄS Borås Enheten för vårdhygien på SÄS Borås	
Särskilda hygienregler vid infektioner med multiresistenta bakterier	Smittskyddsgruppen på SÄS Borås Enheten för vårdhygien på SÄS Borås	
Avvikelsehantering i Treserva	Omsorgsverksamhetens personal CGI	
Avvikelser i vårdssamverkan	Regionens olika verksamhetsområden genom Närvårdssamverkan	
Rapport och utredning enligt Lex Sarah	Områdeschefer Personal i verksamheten Brukare och anhöriga	
Rapportering och utredning av vårdskador	Hälsa- och sjukvårdspersonal Områdeschefer Övrig personal i verksamheten	
Hot och våld	St Lukas-stiftelsen Psykiatriska öppenvårdsmottagningen/Barn- och ungdomspsykiatri Polis	
Stick och skärskador i samband med omvårdnads eller hälso- och sjukvårdsarbete	Infektionskliniken i SÄS Borås	
Intern samverkan	Omsorgssektionens ledningsgrupp Chefsgrupper Arbetsplatsträffar Omvårdnadsplanering	
Extern samverkan	Hälsa- och sjukvårdsavtalet med underavtal Närvårdssamverkan Västkom Yrkesbundna nätverk	
Närvårdssamverkan	Närvårdssamverkan med regionen Privata vårdgivare	
Informationssäkerhet	Medborgarservice och processtöd IT enheten	
Patientsäkerhet	Slutenvården Närhälsan Chefer och personal i verksamheten Inspektionen för vård och omsorg	

## 9 Händelse- och riskanalys

Risikanalyser kan användas i samband med större eller mindre förändringar som direkt eller indirekt påverkar brukare/patienter eller personal. Ett exempel från året är när riskanalysen använts i ett övergripande perspektiv var när verksamheten i januari tillfälligt flyttade korttids- och växelvårdsplatser från Gudarpsgården till Storgatan 40 och sedan under sommaren stängde Storgatan 40 och utlokaliserade platserna till våra tre vård- och omsorgsboende i kommunen.

I den kvalitetsdialog som genomförts under hösten har MAS och SAS fokuserat på att implementera brukarnära risk- och händelseanalyser. En anpassad riskanalys bör användas för att förebygga risker när en ny brukare får insatser från hemtjänst, flyttar till ett särskilt boende eller börjar på daglig verksamhet. Parallellt görs en riskbedömning av personalens arbetsmiljö utifrån brukarens behov och funktionstillstånd.

Bedömning av risk för försämrad hälsa hos brukare/patient görs minst två gånger per år i samband med revidering av genomförandeplanen. Vid bedömningen kan kvalitetsregistret Senior Alert användas som stöd för att förebygga risk för fall, trycksår, undernäring och försämrad munhälsa.

Händelseanalys, som har ungefär samma uppbyggnad som riskanalysen, fokuserar på en specifik händelse och bör användas vid analys av avvikelser för att säkerställa att verksamheten hittar och åtgärdar de bakomliggande orsakerna. Händelseanalysen beskriver i kronologisk ordning vad som hänt och söker efter orsaker till varför det hänt och hur verksamheten kan undvika att en liknande händelse uppstår igen.

Brandskyddsarbetet är inarbetat och brandskyddsombud finns på i stort sett alla enheter. Den värdighetsgaranti som antogs under året om brandskyddsgenomgång i samband med påbörjade insatser inom hemtjänsten har verksamheten däremot inte arbetat fram material för. Verksamhetsgarantin har inte implementerats.

## 10 Informationssäkerhet

Kommunens verksamhetssystem använder behörighetsstyrning för att begränsa tillgången till information. Under året har loggning skett i en mindre omfattning än tidigare på grund av byte av systemförvaltare. Myndighetspersonalen har inte loggats alls under året. Här ska vi under 2018 arbeta fram en ny rutin för att logga på ett tillförlitligt och meningsfullt sätt. Samma princip gäller för HSL-personal.

De loggningar som genomförts har skett utifrån brukare istället för utifrån personal. När loggningen skedde på personal fick vi ett svårtolkat resultat att analysera. Genom att logga på brukare ser vi om obehörig personal varit inne och läst och dokumenterat.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har med hjälp av ett SITHS-kort tillgång till SAMSA (samverkan vid vårdövergångar), Pascal (ordination och beställning av läkemedel), kvalitetsregister, ordination av N-tandvårdskort och förskrivning av hjälpmedel. SITHS-kortet är knutet till HSA-registret och beställs via regionen. Det är en form av digital legitimation och ger en ökad patient- och informationssäkerhet genom dubbelinloggning. Verksamhetssystem via SITHS kan vi inte logga lokalt.

Förskrivning och beställning av läkemedelsnära produkter styrs genom behörighet. Även denna kräver dubbelinloggning.

## 11 Rapporteringsskyldighet av missförhållande och vårdskada

All personal som jobbar inom omsorgssektionen har en skyldighet att rapportera händelser där

brukaren/patienten utsätts för risk för missförhållande/vårdskada eller när ett missförhållande/en vårdskada uppstått. Händelsen ska så snart som möjligt rapporteras i verksamhetssystemet. Myndighetsfunktionen och HVB rapporterar sina händelser manuellt. Den rapporterade händelsen skickas automatiskt till områdeschef. Merparten av händelserna diskuteras på möte för omvårdnadsplanering. Där beslutas också om åtgärder och vem som ska utföra åtgärden.

I vissa fall är utgången av händelsen så allvarlig att den kräver fördjupad utredning enligt lex Sarah eller lex Maria. Det är SAS respektive MAS som gör dessa utredningar.

Inträffade händelser sammanställs månadsvis. Den samlade informationen finns tillgänglig för verksamheten. Områdeschef ansvarar för uppföljning och utvärdering. Vidare presenteras en övergripande sammanställning och analys av rapporterade händelser i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen (PSKB) en gång per år.

Under året har verksamheten arbetat fram en rutin för hur arbetet med lex Sarah ska göras och rutinerna har antagits av kommunstyrelsen. Verksamheten kommer under 2018 att implementera rutinerna. Vidare har verksamheten arbetat med att uppdatera och ta fram nya rutiner för rapportering av missförhållande och vårdskador tillsammans med synpunkter och klagomål. Dessa förväntas antas under våren 2018 och vara implementerade under första halvåret.

### **11.1 Missförhållande och risk för missförhållande (lex Sarah)**

Under 2017 har 18 rapporterade händelser varit aktuella för fördjupad utredning av SAS. Fem av dessa har lett till lex Sarah-anmälningar hos tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De har berört:

- Brister i teknisk utrustning (mobiltelefoner som varit ur funktion inom hemtjänsten)
- Brister i verksamhetssystem (risk för registrering av felaktig omfattning på beslutade insatser)
- Brist i bemötande (personal som haft fostrande förhållningssätt gentemot brukare)
- Felaktigt utförd insats (lyft av brukaren på felaktigt sätt och av en och inte två personal)
- Felaktigt utförd insats (brukare glömdes bort i badrummet inför sänggående, troligtvis på grund av att personal varit påverkad)

Verksamhetssystemet har fortsatt att ha störningar under inledningen av 2018. Verksamheten kommer därför att behöva arbeta aktivt med uppgraderingar och backuprutiner under 2018. När det gäller mobiltelefoner har en handlingsplan arbetats fram. Brister i bemötande har medfört att medarbetarcentrum kopplats in i verksamheten för grupputveckling. Lyft på egen hand har medfört att personalen ändrat sina rutiner och gör nu kontinuerliga avstämningar för varje brukare. När det gäller brukaren som glömdes bort har samtliga vård- och omsorgsboende fått i uppdrag att se över sina rutiner för hantering av alkohol i verksamheten och ta fram gemensamma rutiner. Detta förväntas vara klart under första halvåret 2018.

De händelser som varit aktuella för fördjupad utredning, men som inte anmälts, har bland annat berört mindre summor pengar och personliga föremål som försvunnit från brukare,

utdragen handläggning av ett lex Sarah-ärende, problem med tillsynslarm och genomförandeplaner som saknas inom funktionsnedsättning och socialt stöd. Vidare har verksamheten uppmärksammat att rutiner för misstanke om övergrepp och missbruk saknas. Detta kommer att behöva arbetas fram under 2018.

Avsaknaden av uppdrag och genomförandeplaner inom funktionsnedsättning och socialt stöd uppmärksammades i början av 2017. Det fanns då en plan att myndighetsfunktionen skulle arbeta ikapp detta under 2017. En uppföljning av det arbetet kommer att ske under början av 2018 eftersom händelser rapporterats under hösten 2017 som tyder på att detta arbete ännu inte är klart.

För att komma tillrätta med att pengar och personliga föremål försvinner från brukaren har en rutin för hantering av personliga medel arbetats fram och implementerats i hela omsorgssektionen under 2017. Rutiner för arbetet med lex Sarah har också arbetats fram för att säkerställa att inte handläggningen drar ut på tiden.

År 2016 blev 14 händelser aktuella för fördjupad utredning varav fyra anmäldes till IVO. Resultat för 2017 visar på en liten ökning. Orsaken till det bedöms vara en ökad benägenhet att rapportera händelser. Det ska ses som något positivt. Det visar på att verksamheten vill vara transparent, att man tar ansvar för det arbete som utförs och att brukarens rättigheter värnas.

## 11.2 Vårdskada och risk för vårdskada (lex Maria)

5 utredningar lex Maria har gjorts under året och samtliga har anmälts till IVO.

De anmälda händelserna gäller

- Risk för vårdskada. Handtagen på rullstol gled av, rullstolen kom i rullning. Ingen skadad. Bedömdes som fel i material och anmäldes till IVO och läkemedelsverket
- Risk för vårdskada. Elektrisk hygienstol som fastnade snett i liggande. Reparerades av tillverkaren. Bedömdes som fel på material och anmäldes till IVO och läkemedelsverket.
- Risk för vårdskada. I samband med dispensering av läkemedel i dosett, förväxlades två dosetter. Dosetterna hamnade därför hos fel patient. Uppmärksammades av omvårdnadspersonal, ingen skadad. Bedömdes som svaghet i gällande rutin. Ny rutin utarbetas.
- Vårdskada. Patient som under minst 4 dagar inte fått den ordinerade mängden antikoagulantia. Resulterade i sjukhusvård för patienten. Bedömdes som dålig följsamhet till gällande rutin för alla inblandade yrkesgrupper. Ny rutin, se ovan, genomgång med aktuella personalgrupper.
- Risk för vårdskada. Personal inom LSS som inte följt gällande rutiner för läkemedelshantering och delegation. Anmälan skrivs.

## 12 Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Kvalitetsarbetet i Tranemo kommun följer Socialstyrelsens SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Under 2017 har en riktlinje för det systematiska kvalitetsarbete



tagits fram som planeras antas politiskt i början av 2018. Därefter kan uppbyggnad av ledningssystemet ske elektroniskt i verksamhetssystemet Stratsys.

Under 2017 har vi börjat arbeta med att kartlägga processer för bland annat uppfyllnad av värdighetsgarantier inom hemtjänsten och för att säkerställa ett bra flöde på korttids- och växelvård. En kartläggning av processen för trygg hemgång har också påbörjats för att möta den lagändring som träder i kraft 1 januari 2018.

## 12.1 Processer och rutiner

Arbetet med processer har påbörjats under 2017 och förväntas pågå både under 2018 och 2019. Ett IT-stöd förväntas implementeras för hela kommunen under slutet av 2018, början av 2019.

En ny struktur antogs under 2016 för kommunens styrdokument. Den kräver att många av sektionens riktlinjer, rutiner och instruktioner omarbetas och fastställs på rätt sätt. Det är ett omfattande, men välbehövligt arbete för att nå likformighet i arbetssätt mellan verksamhetens olika delar samt säkerställa verksamhetens kvalitet.

Stöd i arbete med standarder finns att hämta hos SIS (Swedish standards institute). De har bland annat tillsammans med socialdepartementet arbetat fram en standard för *"Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende"*. Standarden är till skillnad mot de flesta andra gratis eftersom socialdepartementet förbetalt den. Detta är något verksamheten planerar för att arbeta med, men när i tid arbetet kan påbörjas är i dagsläget oklart.

## 12.2 Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ett samlingsbegrepp för missförhållanden, vårdskador och risk för sådana samt synpunkter och klagomål. Missförhållanden, vårdskador och risk för sådana registreras i verksamhetssystemets avvikelsemodul medan synpunkter och klagomål registreras i kommunens diarie. I detta stycke används begreppet avvikelsehantering som liktydigt med missförhållanden, vårdskador och risk för sådana.

Totalt har 2148 händelser rapporterats i avvikelsemodulen under 2017. Av dessa är 1902 stycken rapporterade inom vård och omsorg (inklusive hälso- och sjukvård) och 806 stycken rapporterade inom hemtjänst/hemsjukvård. Framför allt är det fall och medicinhantering som medför många avvikelsehanteringar. Funktionsnedsättning har registrerat 246 händelser, vilket ligger på samma nivå som 2016. I förhållande till äldreomsorgen är rapporteringsfrekvensen dock fortsatt låg. Det beror främst på att funktionsnedsättningsverksamheterna först på senare år fått möjlighet att arbeta systematiskt. Myndighetsfunktionen och HVB har under året endast rapporterat ett fåtal händelser. Bedömningen är att det finns ett mörkertal inom dessa verksamheter. Detta styrks av den granskning IVO genomfört av handläggningen på Myndighetsfunktionen under året och där IVO riktat kritik mot verksamheten för att man inte arbetar systematiskt med avvikelsehantering.

Antalet välanalyserade avvikelsehanteringar, där alla yrkeskategorier deltagit med sin kompetens är

fortfarande för låg. På höstens kvalitetsdialog har därför fokus varit bearbetning och analys av avvikelser. Under 2018 ska nya rutiner för avvikelshantering implementeras i verksamheten. Förhoppningen är att det ska leda till att antalet avvikelser som analyseras grundligt ökar och att det leder till ökat förbättringsarbete.

I systemet fanns vid årsskiftet 509 avvikelser från årets nio första månader som inte hanterats och avslutats. Detta är ett tydligt förbättringsområde för att nå en god kvalitet.

*I tabellen nedan redovisas de avvikelser som bedöms vara viktiga områden.*

### **Bemötande**

Under 2017 har 33 avvikelser registrerats som gäller brister i bemötande. De är registrerade inom hemtjänst och funktionsnedsättning. En av dessa avvikelser ledde till en anmälan enligt lex Sarah.

### **Fallavvikelser**

Fallavvikelserna har under året minskat något. Det totala antalet registrerade fall är 929 stycken. Delar man in dygnet i tretimmarsintervaller, syns inga stora skillnader på när fallen inträffar. Den tendens som kan utläsas är att antalet fall är något högre på förmiddagen inom hemtjänsten och på eftermiddagen på vård och omsorgsboende. Frekvensen för fallavvikelser är ofta beroende av brukarnas hälsa och det förebyggande arbete som sker med hjälp av kvalitetsregistret Senior Alert.

Inom hemtjänsten är antalet fall jämt fördelade mellan hemtjänstområdena utifrån deras storlek. På vård- och omsorgsboende sticker vissa avdelningar ut, men vid närmre analys kan man då se att samma person fallit många gånger under en kort period, vilket påverkar summan för året.

Rapporterade skador vid fall är ömhet, svullnad, blåmärken, stukning, sårskada och fraktur. När man jämför åtgärder med registrerade skador blir det tydligt att antalet skador inte rapporteras i motsvarande omfattning. Här finns ett utvecklingsområde för vår hälso- och sjukvårdspersonal.

Få fall registreras inom LSS, men när det sker noteras skador i högre utsträckning jämfört med äldreomsorgen. Antalet registrerade fall är för få för att man ska kunna utläsa något systematiskt mönster.

### **Läkemedel**

Läkemedelsavvikelserna har under de senaste åren visat på en stigande trend, framför allt när det gäller antalet avglömda doser. Under 2017 har trenden brutits och 82 avvikelser färre än under 2016 har registrerats. Dalstorpområdet har utvecklats mest med 76 avvikelser färre än under förra året.

Inom de två andra hemtjänstområdena motsvarar fördelningen av antalet avvikelser verksamhetens storlek. På övriga vård- och omsorgsboenden varierar resultatet över tid och med verksamhetens storlek. Inom Funktionsnedsättning liknar 2017 års statistik året före, men lite färre registreringar är gjorda.

Till skillnad från tidigare år är flest avvikelser i läkemedelshantering 2017 registrerade under sommarmånaderna. Ökningen av antalet registrerade avvikelser i läkemedelshantering på en del enheter balanseras av minskning på andra enheter.

### Uteblivna insatser

I uteblivna insatser ingår uteblivna besök, personlig hygien och behandling. Antalet uteblivna insatser har minskat något sedan föregående år inom samtliga verksamheter. Uteblivna besök är fortfarande vanligast inom hemtjänsten. I statistiken kan man se att uteblivna insatser varierar över tid och att dessa ofta är kopplade till frånvaro i personalgruppen.

### Vårdsamverkan

Antalet avvikelser i vårdsamverkan har i det närmaste fördubblats och uppgick under 2017 till 59 stycken. Regionens personalproblem och omställning till ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård skapar både organisatoriska problem för kommunerna och frågetecken kring patienternas säkerhet.

### Avvikelse rapportering

Typ av avvikelse	Äldreomsorg	Funktionsnedsättning och socialt stöd
Behandling, fel	35	11
Bemötande	12	22
Fall	906	23
Larm	30	1
Läkemedel, avglömt	391	46
Läkemedel, fel dos	91	12
Läkemedel, saknas	74	9
Utebliven insats	166	40
Avvikelser i vårdsamverkan	Totalt: 59	

## 12.3 Kvalitetsdialog

Under hösten 2017 genomförde MAS och SAS kvalitetsdialoger med personal från samtliga områden förutom HVB och Myndighetsfunktionen. I dialogen deltog områdeschef och utvalda personer från verksamheterna samt HSL-personal. Diskussionerna blev bra när många yrkesroller kunde komma till tals samtidigt.

Temat för årets kvalitetsdialog var "Reagera, agera och proagera" och bygger på resultatet av förra årets patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse som visade på att analyser av inträffade händelser var ett utvecklingsområde.

På dialogen utbildades deltagarna i risk- och händelseanalys via Case-diskussioner. Ett stödmaterial för analys testades och diskussion fördes kring revidering av rutiner för avvikelshantering.

## 12.4 Samverkan internt och externt

### Extern samverkan

Samverkan med kommunalt råd för pensionärer och tillgänglighetsråd för personer med funktionsnedsättning sker fyra gånger per år.

Samhällsövergripande samverkan för integration sker med cirka tio möten per år och inkluderar både intern och extern samverkan samtidigt.

Närvårdssamverkan är en gemensam samverkansorganisation för regionens slutenvård, Närhälsan och privata vårdgivare samt kommunen. Samverkan sker på flera plan, i delregional styrgrupp, delregionala arbetsgrupper, lokal ledningsgrupp och i direkt samverkan med primärvården.

Den lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan har haft fem möten under året.

Samverkan finns med forskning och utveckling i Sjuhärad (FoUS), kommunalförbund och VG-regionen.

### Intern samverkan

Samverkan mellan hemtjänst, HSL och myndighetsfunktion sker via biståndsmöten. En utvärdering genomfördes i slutet av november. Resultatet av den är ännu inte klar. På biståndsmötet sätts brukarens behov i centrum och det ska underlätta arbetet i vår beställare-utförare-organisation.

På omvårdnadsplaneringsmöten (OPL) deltar områdeschef, baspersonal samt legitimerad personal och i förekommande fall brukaren. Inom några verksamheter används det rekommenderade arbetssättet där legitimerad personal och områdeschef diskuterar och prioriterar rapporterade händelser tillsammans inför OPL-mötet. På mötet fokuserar man sedan på att analysera de fall som är viktigast tillsammans med baspersonalen.

Det saknas en naturlig samverkanspunkt mellan myndighetsfunktionen och våra HVB-hem. Eftersom HVB-verksamheten varit under konstant förändring har det varit svårt att arbeta fram bra samverkansrutiner. Detta behöver utvecklas under 2018.

## 13 Klagomål och synpunkter

I samband med förra årets patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse konstaterades att sektionen saknade en rutin för synpunkter och klagomål och att detta var ett förbättringsområde för 2017. Ett helhetsgrepp har tagits kring arbetet med avvikelser under året och en rutin för hantering av synpunkter och klagomål är under arbete. Beslut om att anta och implementera rutinen förväntas ske under början av 2018.

18 synpunkter och klagomål har lämnats och diarieförts gällande omsorgssektionens verksamheter för år 2017. Dessa synpunkter och klagomål har lämnats in skriftligen. Av erfarenhet vet vi att synpunkter och klagomål även lämnas muntligt ute i verksamheterna och att de också åtgärdas där utan att diarieföras. Det innebär att det finns ett mörkertal som påverkar arbetet med att systematiskt följa upp dessa avvikelser.

Två av de synpunkter som diarieförts ger omsorgssektionen beröm. Övriga synpunkter och klagomål handlar bland annat om brister i information till anhöriga, hantering av läke- och hjälpmedel och stängningen av korttids- och växelvårdsplatser.

Som ett led i att tydliggöra vikten av ett gott agerande i hanteringen av synpunkter och klagomål har omsorgssektionen inom äldreomsorgen infört en värdighetsgaranti som innebär att en synpunkt/klagomål ska återkopplas inom 7 dagar och att ett uppföljande samtal ska ske inom 3 månader. I utvärderingen av värdighetsgarantierna framgår att de klagomål som lämnats direkt ute i verksamheterna har åtgärdats inom satta tidsgränser. Däremot har inte alla synpunkter och klagomål som diarieförts handlagts lika snabbt. Här finns några ärenden som har flera månaders handläggningstid, vilket är oacceptabelt och något sektionen behöver arbeta extra med under 2018.

## 14 Resultatdiskussion

### Avvikelser

Avvikelser är enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ett samlingsbegrepp för missförhållanden, vårdskador och risk för sådana samt synpunkter och klagomål.

Missförhållanden, vårdskador och risk för sådana registreras i verksamhetssystemets avvikelsemodul medan synpunkter och klagomål registreras i kommunens diarie. I detta stycke används begreppet avvikelser som liktydigt med missförhållanden, vårdskador och risk för sådana.

Våren 2016 fastslogs en ny rutin för analys av avvikelser på enhetsnivå. I analysarbetet ska en bedömning av konsekvens för brukaren/patienten och sannolikheten för upprepning göras. Detta ger en allvarlighetsgrad på händelsen som sedan avgör om den är aktuell för fördjupad utredning MAS eller SAS. Rutinen är implementerad, men fungerar inte fullt ut. Allvarlighetsgraden bedöms sällan och skador dokumenteras inte alltid i avvikelssystemet, vilket påverkar statistiken.

I samband med uppgraderingar av verksamhetssystemet för något år sedan försvann det automatiska meddelandet om att en avvikelse registrerats. Det har medfört att dubbelregistreringar förekommer, vilket medför merarbete i samband med analys av avvikelserna.

Verksamheterna inom funktionsnedsättning registrerar fler avvikelser än tidigare, men de är fortsatt långt ifrån äldreomsorgens nivå. De registreringar som görs är inte alltid korrekta och man kan räkna med att det finns ett mörkertal. Förståelsen för behovet av avvikelsehantering i det systematiska förbättringsarbetet har ökat och utvecklingen är fortsatt positiv.

Siffrorna för inträffade avvikelser och risk för avvikelse ligger i paritet med tidigare år. Vissa enheter har färre avvikelser än tidigare, framför allt läkemedel. På andra enheter har personalen blivit duktigare på att registrera avvikelser, vilket är ett tecken på att det systematiska förbättringsarbetet är på rätt väg.

Under 2017 har inga ärenden som rör Tranemo kommun anmälts till Patientnämnden.

## Kvalitetsregister

Det arbetssätt som finns i kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret och BPSD (Beteende och psykiska störningar vid demens) används genomgående inom äldreomsorgen. Antalet registreringar i registren minskade under 2016. Därför gjordes en nystart av arbetet med registren under 2017. Funktionen för funktionsnedsättning och socialt stöd kommer under 2018 att börja arbeta med ett eget arbetsverktyg som heter FUNCA, registret fungerar som BPSD och är ett stöd för personalen i arbetet med utåtagerande beteende hos personer som tillhör personkrets 1 och 2 enligt LSS.

## Vårdsamverkan

Omsorgssektionen har höga ambitioner när det gäller en samverkan där patienten får en trygg och säker vård på sina villkor i vårdens övergångar.

Samverkan med Närhälsan fungerar mycket bra och tillgången till "egna" läkare har medfört att många patienter inom hemsjukvården kan få sina läkemedelsgenomgångar och årskontroller i hemmet tillsammans med patientansvarig distrikts/sjuksköterska istället för att åka till vårdcentralen.

Det finns flera delar som fungerar mindre bra när det gäller vårdsamverkan med slutenvården i samband med hemgång, till exempel:

- Information som ges vid vårdplanerings tillfället är ofta bristfällig
- Läkemedelshantering i samband med hemgång är av olika anledningar inte säker. Patienten kan komma hem med en annan läkemedelslista än den sjuksköterskan fått i medföljande dokumentation.
- Följsamheten till överenskommelser runt tidpunkt för hemgång är dålig. Det leder till att kommunens personal får vänta ibland flera timmar i hemmet hos patienten, eller att patienten inte får de hjälpmedel som krävs eftersom kommunens rehab- personal slutat för dagen.

Problemet är lyft inom den lokala ledningsgruppen i Närvårdssamverkan. Problemen med läkemedelshantering i vårdens övergångar är ett känt problem som lyfts på alla samverkansnivåer. Kommunens vårdplaneringsteam arbetar hårt, utifrån de förutsättningar som finns, för att göra hemgången för patienterna så trygg och bra som möjligt. Tranemo kommun var tidigt på banan med videovårdplanering, vilket gör att det finns en stor flexibilitet i verksamheten för att vårdplanera och en god förutsättning när lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvården (2017:612) träder i kraft.

## 15 Övergripande mål och strategier för kommande år

### Omsorgssektionens utvecklingsområden

I dagsläget arbetar vi utifrån att kvalitet finns i verksamheten när kraven enligt lagstiftningen är uppfyllda. Vi mäter detta genom att följa resultatmål och mått. Denna definition kommer att kompletteras med en kvalitetsdefinition under 2018 i samband med att *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9) antas. Till detta har omsorgssektionen tagit fram en verksamhetsidé. I den framgår att vi ska vara ett komplement till individens resurser och att de som möter oss ska uppfatta oss som kunniga, lyhörda, nytänkande och pålitliga.

2017 påbörjades ett arbete med att publicera styrdokument på intranätet. Med det arbetssättet säkerställs att alla använder rätt version av dokumenten. En fortsatt utveckling av arbetet med Intranätet är att vänta och ett övergripande kommunalt arbete pågår med att öka tillgängligheten till e-tjänster.

### **Systematiskt arbete och kompetens**

Under 2018 planerar vi för att införa social dokumentation enligt ICF, den så kallade IBIC-modellen, både på myndighetsfunktionen och inom verkställigheten. Vi avser också att följa upp den stora utbildningssatsningen som gjordes våren 2017 inom social dokumentation. Till detta måste en uppföljning göras av uppdragen inom LSS, vilket under 2017 lett till att flertalet avvikelser registrerats. Sammanfattningsvis behöver vi arbeta med:

- Uppföljning av uppdrag inom LSS
- Uppföljning av utbildningsinsats social dokumentation

Arbetet med kvalitetsregistren är värdefullt och ger ett stöd i att arbeta systematiskt. I dessa delar är det särskilt angeläget att följa upp:

- Antalet registreringar i kvalitativa register (så att vi inte tappar det igen)
- Att Senior Alert och BPSD används inom samtliga hemtjänstområden
- Att omstart av en arbetsgrupp för palliativ vård kommer igång

I samband med att ny rutin för delegation av hälso- och sjukvårdsuppgifter fastställdes, minskade antalet hälso- och sjukvårdsinsatser som behöver delegeras. Arbeta med att implementera detta påbörjades under 2017, då personal instruerades i enkla hälso- och sjukvårdsuppgifter istället för individuell delegation. För att behålla en hög kompetensnivå bland omvårdnadspersonalen planerar verksamheten för regelbundna workshops, 3 - 4 per år, där personalen får testa och fortbilda sig när det gäller exempelvis blodtryckstagnung, såromläggning, stomihantering och hantering av hjälpmedel. I samverkan med kommunens folkhälsostrateg finns tankar på att bjuda in pensionärsföreningar till workshops för information i hälsofrågor och möjlighet att ta sitt blodtryck eller blodsocker, vilket ger ökade övningsmöjligheter för omsorgspersonalen.

### **Samverkan**

I den interna samverkan behöver en samverkansform för HVB arbetas fram. Det behövs också samverkansformer kring vuxna med missbruk och personer som får socialt stöd.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) ställer nya och till del andra krav på kommunens organisation, från det att en person skickas till sjukhus, via vårdplanering till myndighetsbeslut och verkställighet. Lagen innebär att planering för hemgång ska startas tidigare och tiden för förberedelse för mottagande av färdigbehandlad patient i kommunens organisation minskas. Ansvar vid utskrivning från slutenvård tydliggörs och förs över från slutenvården till primärvården. Lagen kommer på grund av organisatoriska och tekniska skäl inom VG-regionen, inte att fungera fullt ut förrän i slutet av september.

Samverkan med övriga aktörer, inom ramen för den lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan, tar omtag för att skapa en vårdkedja som fungerar på alla plan. Våra

brukare/patienter ska uppleva en trygg och säker vård i övergångar mellan vårdgivare samt en möjlighet att styra och vara delaktighet i diskussionen av den egna vården.

### **Avvikelse och klagomålshantering**

Under 2018 kommer vi att behöva arbeta med att öka medvetenheten hos sektionens personal om det värdefulla med klagomål och synpunkter i förbättringsarbetet. Vi behöver utveckla interna arbetsmetoder för att synliggöra, systematisera och analysera den information som vi får från andra om oss. För Myndighetsfunktionen och HVB har en modul köpts in till verksamhetssystemet så att även de kan rapportera händelser digitalt. Detta ses som avgörande faktor för att öka transparensen i den verksamheten.

Analys och hanteringen av avvikelser/händelser från registrering, till utredning, åtgärd och dokumentation är fortsatt ett prioriterat område under 2018. Att särskilt följa upp:

- Implementering av nya rutiner för avvikelser och följsamhet till arbetssättet
- HSL-personalens registrering och bedömning av skador av i samband med analyser av avvikelser
- Allvarlighetsbedömning av avvikelser (sannolikhet och konsekvens)
- Arbetet med risk- och händelseanalys på personnivå i avvikelseanalysen

Arbetet med missförhållanden (lex Sarah) har synliggjort behov av att ta fram några nya rutiner för verksamheten:

- Rutin för att upptäcka och förebygga övergrepp och missbruk
- Rutin för hantering av gemensam alkohol på vård- och omsorgsboende

I arbetet med vårdskador (lex Maria) har framkommit rutiner som praktiseras vid läkemedelshantering, men som inte fullt ut kan anses ge en patientsäker vård. Under 2017 kom en ny föreskrift kring läkemedelshantering (HSLF-FS 2017:37), ny lokal rutin är framtagen och implementering har påbörjats. Att följa upp:

- Fortsatt implementering av ny rutin
- Läkemedel dispenserar i patientens hem, om inte särskilda hinder föreligger
- Aktuella läkemedel förvaras i patientens hem
- Läkemedelshantering och delegationer i samband med vård i livets slut.