



HÖRBY
KOMMUN

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för Hörby Kommun

2019

Anna Jungquist MAS
Jens Sämfors MAR
Sanna Sandström SAS

Begreppsförklaringar

Förkortning	Betydelse
ADL	Aktivitet i det dagliga livet
AT	Arbetsterapeut
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
EC	Enhetschef
FT	Fysioterapeut
FU	Förebyggande underhåll
HLR	Hjärt- lung räddning
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSV	Hemsjukvård
ICF	Internationell certifiering
LSS	Lag om stöd och service
MNA	Mini nutrition assessment
NPÖ	Nationell patientöversikt
OAS	Omvårdnadsansvarig Sjuksköterska
SIP	Samordnad individuell planering
SITHS-kort	Elektronisk tjänstelegitimation
SJG	Sjukgymnast
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter
SoL	Socialtjänstlagen
SSK	Sjuksköterska
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SvU	Samordning vid utskrivning
SÄBO	Särskilt boende
USK	Undersköterska
VOMS	Vård och omsorg

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	4
2 Övergripande mål och strategier	4
3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
4 Struktur för uppföljning/utvärdering	8
5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
6 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
7 Riskanalys	10
8 Informationssäkerhet	12
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet	12
10 Klagomål och synpunkter	12
11 Samverkan med patienter och närstående	13
12 Resultat	13
12.1 Avvikelser.....	13
12.2 Resultat egenkontroller	14
12.3 Resultat åtgärder	20
13. Måluppfyllelse	21
14 Övergripande mål och strategier för kommande år	22

1 Sammanfattning

Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroller i Stratsys och genom verksamhetsförlagda uppföljningar.

Vårdskador och risk för vårdskador har identifierats och hanterats genom rapportering i avvikelssystem i Procapita, där enhetschef för respektive område under slutet av 2019 börjat med att införa kvalitetsråd, där enhetschefen följt upp och diskuterat avvikelserna med legitimerad personal samt specifikt utsedda kvalitetsansvariga. Resultaten har sedan redovisats på APT.

Inkomna synpunkter och klagomål har hanterats av berörd enhetschef och har diarieförts i systemet W3D3.

2 Övergripande mål och strategier

Mål

Socialnämndens övergripande mål för 2019 var Självständighet och Trygghet för medborgarna/patienterna.

Specifika mål för 2019 var att fortsätta och förbättra arbetet med egenkontroller i verksamheten, minska antalet HSL avvikelser, vidare implementering av E-hälsa, samt förbättrade resultat i kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativregistret och BPSD. Ett mål var också att kommunen skulle bli producenter i NPÖ (nationell patientöversikt).

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Kvalitet- och utvecklingsenheten arbetar för att Självständighet och Trygghet uppnås genom användandet av kvalitetsledningssystemet i Stratsys med utskjutande egenkontroller och åtgärder samt verksamhetsuppföljningar.

Egenkontroller: Verksamhetsuppföljning inom Vård och Omsorg och Myndighet inriktning Vård och Omsorg i Socialförvaltningen utgörs av egenkontroller och tillsynsbesök. Egenkontrollerna riktade mot HSL analyseras av MAS och MAR och tas vidare till målstyrningen om åtgärder behöver vidtas. Egenkontroller riktade mot SoL analyseras av SAS och tas även de vidare till målstyrningen vid behov. Struktur för verksamhetsuppföljning genom tillsynsbesök på enheterna justeras varje halvår utefter resultat. Varje enhet besöktes två ggr under året.

För att minska antalet avvikelser infördes ett digitalt signeringssystem, Appva.

Senior Alert har implementerats i verksamheten och ett arbetssätt har tagits fram, där Senior Alert under 2019 var en stående punkt på de tvärprofessionella teamträffarna.

Organisationsförändringar: Under 2019 har arbetet med organisationsförändringen med bildandet av multiprofessionella team i Socialförvaltningen fortgått. En del team har flyttat till nya lokaler, men inte alla.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Rapporteringen från enhetschefernas egenkontroller i kvalitetsledningssystemet har sedan lanseringen

ökat. Därmed får kvalitetsrådet en god överblick över vilka områden som behöver förbättras. Patienterna i hemsjukvården har erbjudits SIP (samordnad individuell planering). När patienterna har en SIP vet alla berörda parter vilken plan som gäller för den individuella vården. Detta leder till en ökad trygghet för patienten och anhöriga och underlättar för vårdpersonal att ge rätt vård på rätt vårdnivå. Onödiga sjukhusvistelser undviks vilka många gånger kan vara mycket påfrestande för patienterna.

Resultaten på verksamhetsuppföljningen genom tillsynsbesök visar att en höjning av kvaliteten har skett, ex medvetenhet om vad som gäller vid skyddsåtgärder.

Under 2019 blev kommunen bli producenter i NPÖ (Nationell Patientöversikt)

Digital signering implementerades i början av 2019.

En blick framåt

Befintligt avtal med företaget som levererar verksamhetssystemet Procapita har setts över och nya funktioner har avtalats för 2020. Bland dessa kan nämnas Lifecare avvikelser vilket förväntas förbättra avvikelshanteringen. E-hälsosatsningen kommer fortskrida till att omfatta kameratillsyn.

Ett fortsatt arbete där team och omvårdnadspersonal tar till vara på resultat från kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD och palliativregistret är nödvändigt för att upprätthålla kvalitet och arbeta proaktivt för att minska risk för vårdskador.

Utbildningssatsningar planeras i form av en omfattande utbildning till omvårdnadspersonal i social dokumentation, upprättande av genomförandeplan, rapporteringsskyldighet och lagstiftning kring skyddsåtgärder.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet

Kvalitet och Utvecklingsenheten har identifierat och tagit fram processer, metoder och rutiner för att säkerställa den enskildes behov i enlighet med Socialnämndens kvalitetsledningssystem. Det finns riktlinjer och rutiner som klargör ansvaret för samverkan utifrån den enskildes behov av insatser.

Regelbunden uppföljning, utvärdering och revidering av riktlinjer och rutiner görs minst en gång/år av utsedd ansvarig person på Kvalitet och Utvecklingsenheten.

Ansvarsfördelning

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för den verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Nämnden har som vårdgivare det yttersta ansvaret för den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Nämnden ansvarar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheterna.

Socialnämnden ansvarar för att:

- fastställa mål för verksamheten i enlighet med fullmäktiges övergripande mål och riktlinjer
- följa upp och utvärdera dessa mål
- ge förutsättningar för att verksamheten kan uppfylla de krav som regleras i lagstiftning,

förordningar och föreskrifter

- fastställa ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- följa upp och utvärdera verksamheterna utifrån mål och riktlinjer

Socialchefen ansvarar för att:

- det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- följa upp kvalitets- och säkerhetsarbetet
- intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt, enligt fastställd rutin
- planera och genomföra det övergripande kvalitetsarbetet
- fastställa vilka särskilda insatser verksamheten skall arbeta med för att uppnå de politiska målen och säkerställa ett fortlöpande kvalitetsarbete
- fastställa processer, rollfördelningar och rutiner som krävs i kvalitetsarbetet
- personal med lämplig kompetens finns inom området
- kvalitetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år
- tillgodose hög patientsäkerhet, att vården i verksamheten är av god kvalitet och kostnadseffektiv
- att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbetet
- medarbetarna har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas
- övriga medarbetare informeras av MAS, MAR och SAS om hälso- och sjukvårdens rutiner samt rutiner med utgångspunkt från SoL.
- delta i samverkansforum med olika vårdgivare och informera om riktlinjer och överenskommelser
- riktlinjer och rutiner upprättas och följs, samt för återkoppling när riktlinjer och rutiner inte fungerar.
- implementera rutinerna tillsammans med enhetschef/sektionschef och verksamhetschef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:

- upprätta hälso- och sjukvårdsrutiner utifrån gällande lagstiftning
- verksamheten följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på god och säker hälso- och sjukvård, att vård och behandling är patientsäker, ändamålsenlig, håller god kvalitet och hygiensäker standard
- medarbetare får adekvat utbildning och kompetensutveckling inom området
- beslut om delegerade vårduppgifter är förenliga med god och säker vård
- utreda och bedöma avvikelser
- i förekommande fall bedöma samt utreda och anmäla enligt Lex Maria samt informera nämnden
- granska verksamheter genom regelbundna uppföljningar utifrån fastställd rutin
- göra verksamhetsbesök, granskning av dokumentation och samverka med verksamhetschef och övrig ledningspersonal i patientsäkerhetsarbete
- patientsäkerhetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- driva och utveckla arbetet inom hjälpmedelsförsörjning
- upprätta hälso- och sjukvårdsrutiner utifrån gällande lagstiftning och att verksamheten följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på kommunen avseende medicintekniska hjälpmedel
- anmäla risker och eventuella vårdskador samt för att rapportera till nämnden i sådana

hänseenden

- medarbetare får adekvat utbildning och kompetensutveckling inom området
- hjälpmedel är patientsäkra, ändamålsenliga, håller god kvalitet och hygiensäker standard
- utreda och bedöma avvikelser gällande hjälpmedel

SAS ansvarar för att:

- säkerställa god kvalitet och säkerhet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- utbilda medarbetare och utveckla rutiner för social dokumentation
- granska verksamheter genom regelbundna uppföljningar utifrån fastställd rutin och genom verksamhetsbesök och granskning av dokumentation
- att lyfta fram, tydliggöra och synliggöra det sociala innehållet inom sektorns verksamhetsområde
- se till att verksamheterna rapporterar in avvikelser och att avvikelshantering görs på ett ändamålsenligt sätt
- utreda händelser utifrån Lex Sarah, rapportera till Inspektionen för vård- och omsorg, IVO samt informera nämnden.

IT-samordnare

- verksamhetssystemet hålls uppdaterat samt att medarbetare har tillgång till support och utbildning (systemansvarig)
- utbilda superanvändare
- kontinuerligt hanteringen av SITHS-korten säkerställs
- Systemförvaltare för Procapita/ Lifecare och TES planering.

Enhetschef/sektionschef ansvarar för att:

- upprätta och dokumentera samt uppdatera rutiner och arbetssätt på enhetsnivå
- säkerställa att rutiner, riktlinjer och arbetssätt är tillgängliga för medarbetare och de tillämpas i verksamheten
- följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten
- den löpande interna kontrollen är tillräcklig
- fördela arbetsuppgifter för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten
- leda och ge stöd till medarbetarna i kvalitetsarbetet
- medarbetare får adekvat utbildning och kompetensutveckling inom området

Gruppansvarig ansvarar för att:

- säkerställa en god kvalitet genom att planera och säkerställa ett bra genomförande av vården och omsorgen
- ansvarar för att vara en länk mellan enhetschefer och medarbetare samt tillse att medarbetarna följer rutiner och riktlinjer
- skapa goda relationer med brukare, anhöriga och medarbetare
- bidra till att utveckla verksamheten genom att vara lyhörd och ha ett lösningsfokuserat förhållningssätt

Medarbetare ansvarar för att:

- utföra vård och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet i de fall det är tillämpligt: bedriva

- rättssäker myndighetsutövning
- följa verksamhetens rutiner, riktlinjer och arbetsätt
- delta i uppföljning, analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet
- rapportera alla iakttagelser som avviker från gällande rutiner och riktlinjer i verksamheten, avvikelshanteringsrutiner

Ett flertal stödfunktioner konsulteras vid behov. Ett ex på sådan är Vårdhygien, Smittskydd, Patientnämnden, läkare och andra professioner inom slutenvården.

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Enhetscheferna följer upp respektive verksamhet genom målstyrningens aktiviteter och kvalitetsledningssystemets egenkontroller. Verksamhetsuppföljningar och resultat på Egenkontroller redovisas i rapporter enhetsvis och övergripande för Socialförvaltningen två gånger om året till Enhetschefer, Socialchef och Socialnämnd. Kvalitet och utvecklingsenheten analyserar resultaten från föregående rapport i Kvalitetsråd, där resultatet sedan används vid planering inför nästa års Verksamhetsuppföljning.

5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

E-Hälsa

Patientsäkerheten bedöms ha förbättrats genom vård och omsorgs kontinuerliga arbete inom E-hälsa-området. Ett utökat arbete har gjorts med att analysera resultatet från arbetsätt inom planeringssystem, digitala larm och lås samt digitala system inom läkemedelshantering. Enhetscheferna har fått stöd och utbildning i systemen från It-samordnare, E-strateg och MAS.

E-Coacher har fått utbildning under året och planeras vara färdigutbildade februari 2020.

Hjälpmedel

Hörby har genom HÖS (Hjälpmedelscentrum Östra Skåne) regelbundet förebyggande underhåll på rullstolar, rollatorer och personlyftar. Lyftselar kontrolleras regelbundet av ansvarig förskrivare i enlighet med riktlinjer för periodisk inspektion av lyftselar. Personal som hanterar personlyft ska enligt kommunens riktlinjer genomgått kommunens interna lyft- och förflyttningutbildning. Under 2019 har denna utbildning genomförts månadsvis och inför sommaren.

Under året har fyra negativa händelser eller tillbud med förskrivningsbara hjälpmedel registrerats i avvikelssystemet. Av dessa har två anmälts till läkemedelsverket av MAR. Svar har inkommit och händelserna är avslutade utan vidare åtgärd.

Senior Alert och Teamarbete

Teamen inkluderat legitimerad personal på varje område har arbetat vidare med Senior Alert. Förebyggande arbete har inletts på områdena fall, trycksår och nutrition. Munvårdsutbildning har hållits på flera enheter.

6 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

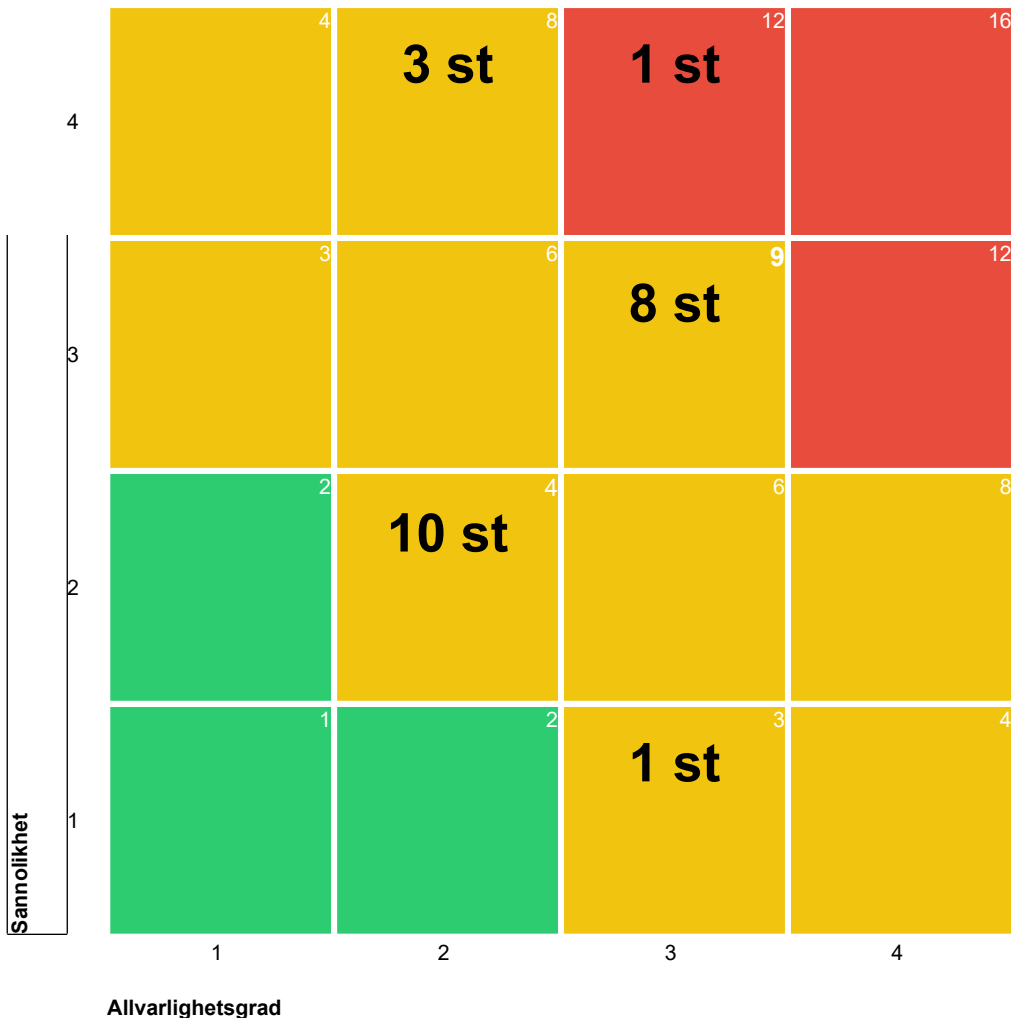
Process	Samverkansmöjligheter
Handlägga Sol/LSS ärende	Socialsekreterare, enhetschef, gruppansvarig
Handlägga avvikelser	MAS, MAR, SAS, EC, SSK, AT, FT
Handlägga synpunkter och klagomål	SAS, EC
Handlägga enligt Lex Sarah	SAS, EC
Handlägga enligt Lex Maria	MAS, MAR, EC
Utföra beställningar Sol/LSS	EC, Omvårdnadspersonal
Aktiv och meningsfull vardag	EC, Omvårdnadspersonal
Utföra HSL-uppdrag	Personal och sjuksköterskor alt fysioterapeut/ sjukgymnast eller arbetsterapeut.
Samverkan vid utskrivning (SvU)	Trygg hemgång, Primärvård, SUS, MAS
SIP	Kräver nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård.
Läkemedelsgenomgångar	MAS, VC, SSK
Samverkan primärvård-kommun	MAS, EC, VC
Inskrivning i kommunal hälso-och sjukvård	Samverkan sker internt med övrig leg personal samt baspersonal i olika verksamheter såsom säbo, hemtjänst, boendestöd, gruppboende
Hantering av läkemedel	SSK, omvårdnadspersonal, VC, apotek
Förskriva medicintekniska produkter/ hjälpmedel	Samverkan med patient, personal och närstående.
Kvalitetssäkra egna medicintekniska produkter/ hjälpmedel.	Samverkan med hjälpmedelsleverantör samt samverkan mellan leg personal och baspersonal, enhetschef på säbo, gruppboende.
Förebygga undernäring	Enligt rutin Senior Alert
Förebygga fall enligt Senior Alert	Enligt rutin Senior Alert
Förebygga trycksår enligt Senior Alert	Enligt rutin Senior Alert
Arbeta för god munhälsa enligt Senior Alert	Enligt rutin Senior Alert
Öppna jämförelser	EC, omvårdnadspersonal
Förebygga BPSD (beteende och psykotiska symtom vid demens)	SSK, omvårdnadspersonal, EC
Arbeta för god palliativ vård	SSK, omvårdnadspersonal, EC
Arbeta mot nollvision skyddsåtgärder	Teamen har en viktig funktion i att handleda personal
Vårdhygien	Omvårdnadspersonal, SSK, MAS

Lokala samverkansmöten

Lokala samverkansmöten där verksamhetschefer för primärvårdsenheter i kommun deltar tillsammans med kommunens MAS och en enhetschef inom VOMS har skett vid sex tillfällen under 2019.

7. Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §



	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
Kritisk 1st	4	Hög (dödsfall/självmod, fysiska/sexuella övergrepp)
Medium 22 st	3	Betydande (allvarlig skada/påtaglig risk för skada av klienters hälsa & utveckling)
Låg 0 st	2	Måttlig (risk för skada av klientens hälsa & utveckling)
	1	Mindre (obehag för klienten, exempelvis som en följd av brist i handläggning)

För att få fram riskpoäng multipliceras sannolikhet med allvarlighetsgrad.

Process	Aktivitet	Risk	Riskvärde
Handlägga SoL/LSS ärende	Behandla aktualisering	Aktualiseringen kommer fel	8

Process	Aktivitet	Risk	Riskvärde
	Utreda	Utdragen utredningstid	6
	Besluta	Otydlig besvärshänvisning	4
	Beställa	Otydliga mål	3
	Följa upp	Utebliven uppföljning	9
Handlägga avvikelser	Rapportera Avvikelse	Avvikelser rapporteras ej	9
	Utreda Avvikelse	Åtgärder vidtas ej för att minska risk att avvikelser sker	6
Handlägga synpunkter och klagomål	Hantera synpunkter och klagomål	Handlingen diarieförs inte	4
	Utreda synpunkter och klagomål	Dokumentation görs inte	4
		Återkoppling sker inte till den enskilde	4
Handlägga enligt Lex Sarah	Följa upp åtgärder efter avvikelse	Uppföljning uteblir	4
Utföra beställningar SoL/LSS	Verkställa beslut	Beslut verkställs fel	4
	Upprätta genomförandeplan	Genomförandeplan upprättas inte	4
	Dokumentera	Dokumentation görs ej	9
		Mer än en journal ligger öppen	6
		Driftstopp	8
Avsluta verkställighet	Avslut av verkställighet glöms bort	4	
Inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård	Genomföra bedömda åtgärder/Delegering	Delegering eller instruktion till baspersonal.	9
	Avsluta insatser i kommunal hemsjukvård	Patienter avslutas inte i hemsjukvården när de ej längre uppfyller kriterierna för hemsjukvård	6
Förskriva medicintekniska produkter/ hjälpmedel	Följa upp och utvärdera förskrivet hjälpmedel.	Olämplig användning av hjälpmedel.	4
Kvalitetssäkra egna medicintekniska produkter/ hjälpmedel.	Se till att underhåll av medicintekniska produkter sker.	Medicintekniska produkter som ej uppfyller säkerhetskrav/ är hela och fungerande.	6
Förebygga undernäring	Gör riskbedömning MNA	Riskbedömning undernäring blir inte gjord	9
	Planera förebyggande åtgärder	Planerade och förebyggade planering undernäring blir ej gjord	9
Förebygga fall enligt Senior Alert	Gör riskbedömning Downton	Downton fallriskbedömning görs inte vid ny patient	4
Arbeta för god munhälsa enligt Senior Alert	Gör riskbedömning Roag	Att ROAG bedömning ej blir gjord	6
Förebygga BPSD (beteende och psykotiska symtom vid demens)	Omvårdnadsåtgärder	Omvårdnadsåtgärder utförs inte, därmed ingen effekt	6
Arbeta för god palliativ vård	Symtomkontroll	Patienter inte får symtomlindring i palliativt skede	8
	Efterlevnadssamtal	Åsikter från anhöriga tas inte till vara	9
Arbeta mot nollvision skyddsåtgärder	Bedöma behov	Att utredning inte görs enligt rutin	12
Vårdhygien	Ordination/Åtgärd	Att omvårdnadspersonal inte följer basal vårdhygien rutin/rutin vid smittsamma sjukdomar	9

Kvalitetsenheten bedömer och justerar riskerna två ggr om året då rapport till Socialnämnd lämnas. Riskerna påverkas av resultat på utförda egenkontroller och insatta åtgärder.

8. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Granskning har utförts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring genom aktiva loggkontroller av enhetschef en gång i månaden.

Appva läkemedelssystem skickar loggkontroll till MAS varje kvartal om resultat från loggkontroller avseende läkemedelshantering.

Avseende säkerställande av informationshantering i TES, planeringsverktyget för omvårdnadspersonal, har det under 2019 inte funnits tillfredsställande kontroller ex. avseende behörigheter. Detta kommer förbättras och åtgärdas under våren 2020 då en övergripande omtag på helheten kommer utföras.

9. Hälso och sjukvårdens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsehantering

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterade under 2019 HSL avvikelser i verksamhetsystemet Procapitas avvikelssystem, merparten gjordes av ansvarig sjuksköterska efter att avvikelse inkommit i pappersformat från omvårdnadspersonalen. Ansvarig enhetschef delgavs därefter avvikelsen. Enhetscheferna har under 2019 börjat införa kvalitetsråd, där avvikelser på varje enhet analyseras systemvis. Avvikelser som bedömdes ha riskväde över 8 (på en 12 gradig skala där 12 är allvarligast) skickades till MAS alternativt MAR för vidare hantering. MAS och MAR utredde de allvarligaste händelserna och gjorde i ett fall en Lex Maria anmälan. Fallets åtgärder godkändes av IVO, inspektionen för vård och omsorg. Fallet gällde bristande vändningar nattetid av omvårdnadspersonal.

Avvikelser gällande SoL rapporterades i pappersformat och lämnades till närmsta chef. En omfattande underrapportering avseende SoL-avvikelser har konstaterats i verksamheten. Åtgärder i form av utbildningssatsningar till omvårdnadspersonal samt ett förbättrat avvikelserapporteringssystem i form av införande av Lifecare planeras för våren 2020.

10. Klagomål och synpunkter

Hur inkomna synpunkter och klagomål hanteras

När ett skriftligt klagomål inkommer till socialförvaltningen diarieförs detta i systemet W3D3 av socialt ansvarig samordnare, SAS. Handlingen som inkommer scannas in i systemet och blir härmed ett ärende som sedan sänds till berörd chef för handläggning.

En synpunkt/klagomål kan också inkomma direkt till verksamheten. Den tjänsteman som får in synpunkter/klagomål lämnar ärendet till sin närmsta chef som registrerar och behandlar ärendet i systemet W3D3 enligt ovan.

När någon lämnar muntliga synpunkter/klagomål antecknas dessa i en tjänsteanteckning av den som mottar synpunkten/klagomålet. Handlingen lämnas sedan till närmsta chef för registrering i W3D3 och hanteras sedan på samma sätt som skriftliga synpunkter.

En inkommen synpunkt/klagomål ska handläggas skyndsamt. Om uppgiftslämnaren önskar bli kontaktad ska detta enligt beslut från Socialnämnden 2012, ske inom 10 arbetsdagar efter att synpunkten tagits emot. Om det inte framgår av synpunkten om den enskilde önskar kontakt eller ej skickas enbart ett bekräftelsebrev med information om att vi mottagit synpunkten. I de fall den enskilde är anonym skickas inget bekräftelsebrev.

11. Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående görs delaktiga genom medverkan i s.k boråd, där boende får tycka till om vården och lämna önskemål om aktiviteter. Patienter och anhöriga är även delaktiga genom medverkan i avvikelseutredningar och hörsammas i möjligaste mån vid inlämnande av synpunkter och klagomål. Patienter och närstående är alltid inbjudna vid SIP-möten (samordnad individuell planering).

12. Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

12.1 Avvikelser

Under 2019 sågs en ökning av antalet avvikelser. Detta kan förmodligen härledas till att kommunen införskaffat ett digitalt signeringssystem, Appva. Systemet lyfter upp felaktig hantering och fördröjning i signering som inte alltid framkommit i det tidigare manuella systemet. Slutsatsen är, trots att antalet ökat, att vi har fått en bättre kvalitetssäkring i vår läkemedelshantering.

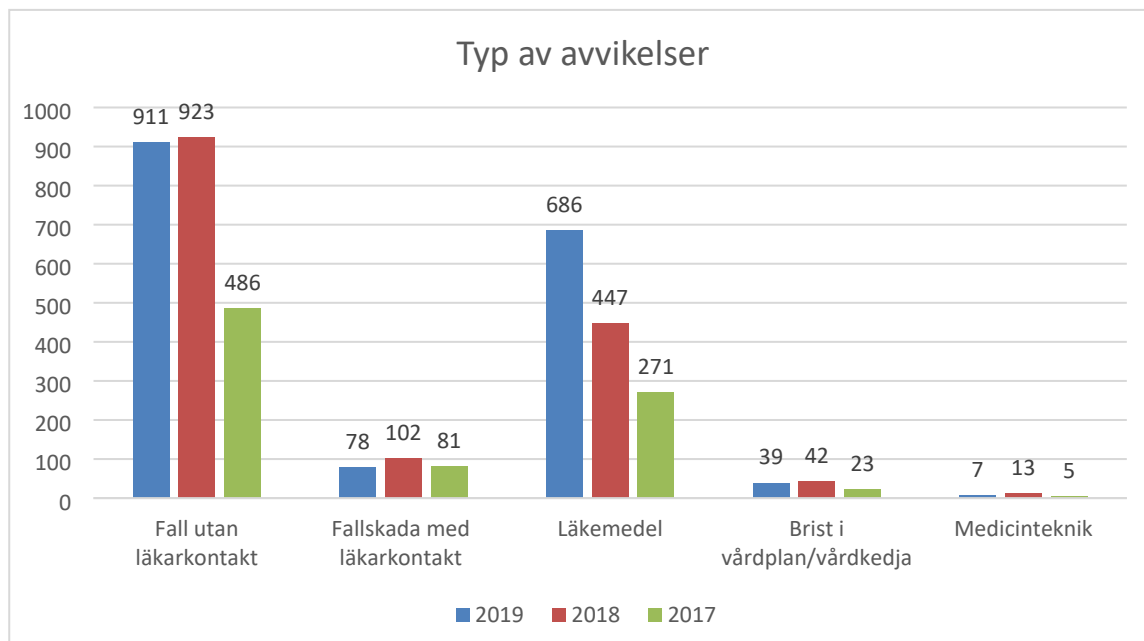


Diagram över typ av avvikelser och antal

12.2 Resultat av egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Handlägga SoL/LSS ärende

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Behandla aktualiseringar	Stämna av så att områdesindelning är aktuell	Stickprov	Halvårsvis	● Godkänd
Utreda	Stickprov av handläggningsprocessen	Dokumentation	Kvartalsvis	● Godkänd
Beställa	Utveckling av målformuleringar	Dokumentation	Halvårsvis	● Godkänd
Följa upp	Avstämning uppföljningar	Stickprov	Månad	◆ Delvis godkänt



Kommentar: Uppföljningar blir inte alltid gjorda.

Handlägga avvikelser

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Rapportera Avvikelse	Kännedom om var personal kan hitta avvikelserutiner med tillhörande blanketter	Stickprov	Årligen	● Godkänd
Utreda Avvikelse	Följa upp vidtagna åtgärder efter avvikelser	Stickprov	Halvårsvis	● Godkänd
Följa upp Avvikelse	Statistik Avvikelser	Statistik	Kvartalsvis	■ Ej godkänd
	Kvalitetsråd	Dokumentation	Månad	◆ Delvis godkänd


Kommentar: Samtliga enheter har arbetat med att säkerställa kunskapen hos personalen om avvikelserutin och tillgänglighet av blanketter. Avvikelse för halvår 1 2019 visar att det rapporterats 317 läkemedelsavvikelser. Siffran för föregående år är 179. Vi misstänker fortsatt stort mörkertal. Systemet APPVA hjälper till att synliggöra brister i verksamheten. Ytterligare åtgärder behövs för att få rätt på bristerna. Alla enheter är inte igång med kvalitetsråd. Hjälp med uppstart har erbjudits dem som inte kommit igång än.

Handlägga synpunkter och klagomål

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Hantera synpunkter och klagomål	Känd rutin Synpunkter och klagomål och tillgänglig blankett	Stickprov	Årligen	 Godkänd
Utreda synpunkter och klagomål	Översyn i w3d3	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd


Kommentar: Sammanställning för 2019 är gjord. Totalt 42 synpunkter och klagomål är diarieförda. 9 st. har ingen diarieförd återkoppling, 26 st. har korrekt återkoppling. 7 st. önskade ingen återkoppling. Mall för utredning används i större utsträckning än tidigare. Beröm har lämnats och avser bemötande i hemtjänst och Hagadal.

Handlägga enligt Lex Sarah

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Utreda avvikelse	Att rutin Lex Sarah är känd för samtlig personal.	Stickprov	Årligen	 Godkänd

Kommentar: Samtliga enheter har vidtagit åtgärder för att göra rutinen känd för all personal. Vad som blivit tydligt under verksamhetsuppföljningarna är att den trots hårda ansträngningar inte blivit känd för all personal. Ett nytt omtag görs för VOMS under utbildningsatsningen januari - februari 2020.



Utföra beställningar SoL/LSS

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Verkställa beslut	Översyn av verkställigheter	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd
Upprätta genomförandeplan	Kontroll Genomförandeplan	Stickprov	Halvårsvis	 Delvis godkänt
Dokumentera	Loggkontroll Procapita SoL/LSS	Stickprov	Månad	 Godkänd
	Kontroll av behörighet SITH-kortUt	Stickprov	Kvartalsvis	 Godkänd
	Rutin för Journalanteckning vid driftstopp	Dokumentation	Årligen	 Godkänd
	Tillgänglig rutin gällande dokumentation enligt SoL & LSS	Dokumentation	Årligen	 Godkänd
	Journalhantering	Stickprov	Kvartalsvis	 Godkänd
Avsluta verkställighet	Kontrollera verkställigheter	Stickprov	Kvartalsvis	 Godkänd

Kommentar: Verksamhetsuppföljningarna visar på att merparten enheter har gällande genomförandeplaner. I utbildningsatsningen januari - maj 2020 tas genomförandeplan upp med all baspersonal.

Kontroller gällande aktuella SITHS kort är gjorda.

Aktiv och meningsfull vardag

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Kontaktmannaskap	Alla brukare har en utsedd kontaktman	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd
Social aktivitet	Egentid	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd
Delaktighet och inflytande	Levnadsberättelse	Stickprov	Halvårsvis	 Delvis godkänt
	Brukares delaktighet i upprättande samt uppföljning av genomförandeplan	Dokumentation	Årligen	 Godkänd
Utvistelse	Utevistelse erbjuds till samtliga brukare	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd

Kommentar: Alla brukare har en utsedd kontaktman.

Begreppet egentid presenteras för omvårdnadspersonal under utbildningarna januari - april

Vid våra verksamhetsuppföljningar halvår 2 2019 märker vi att det sällan finns levnadsberättelser. Personalen erbjuder inte aktivt brukaren/närstående att upprätta en. Ett omtag kring detta görs vid utbildningsatsningen januari - april 2020. Alla har inte svarat på egenkontrollen gällande levnadsberättelse. Vid verksamhetsuppföljningarna är det tydligt att man arbetar på olika sätt vad gäller genomförandeplanen. All baspersonal får utbildning i detta under januari - maj 2020. Samtliga enheter erbjuder utevistelse på ett tillfredställande sätt.

Samverkan vid utskrivning (SvU)

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följa upp samordning vid utskrivning	Statistik tid mellan utskrivningsklar och hemtagning	Statistik	Månad	 Godkänd


Kommentar: Inga betalningsvite har gått ut, kommunen klarar hemtagning inom givna ramar.

Läkemedelsgenomgångar

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följ upp vidtagna åtgärder	Redovisa antal utförda läkemedelsgenomgångar i patientsäkerhetsberättelse	Statistik	Årligen	 Godkänd



Kommentar: Redovisas årligen i patientsäkerhetsberättelsen. Under 2019 gjordes 60 stycken utförliga läkemedelsgenomgångar med apotekare.

Samverkan primärvård-kommun

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Hålla lokala samverkansmöten	Sammanställ antal inskrivna i mobilt team	Statistik	Kvartalsvis	 Godkänd

Kommentar: Vid årets slut 2019 var 120 (VC Hörby) patienter plus 11 (Brahehälsan) patienter, dvs. totalt 132 patienter inskrivna i mobilt vårdteam.

Inskrivning i kommunal hälso-och sjukvård

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Inskrivning i kommunal hemsjukvård	Uppföljning inskrivna patienter i kommunal hälso-och sjukvård	Dokumentation	Kvartalsvis	 Godkänd
Genomföra bedömda åtgärder/Delegering	Avvikelse gällande rehabilitering	Avvikelse rapport	Kvartalsvis	 Godkänd




Kommentar: Antal inskrivna patienter i hemsjukvården var 401 st vid årets slut. Inga inrapporterade avvikelser gällande rehabilitering. Att det inte finns några avvikelser registrerade i verksamheten kan bero på att de inte rapporteras in. Frågan lyfts av MAR till rehabpersonal och enhetschefer.

Hantering av läkemedel

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följ upp läkemedelsbehandling	Statistik Appva	Statistik	Halvårsvis	 Ej godkänd


Kommentar: Målet är satt till 85% givna läkemedel i tid, totalt sett sker 84% läkemedelsöverlämningar i tid. Enheterna Källhaga och Hagadal har enskilda enheter som når målen. Vidare arbete med läkemedelshanteringen planeras.

Förskriva medicintekniska produkter/ hjälpmedel

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följa upp och utvärdera förskrivet hjälpmedel.	Kontroll av att uppföljning av förskrivet hjälpmedel görs i tillräcklig omfattning.	Granskning av journaler	Kvartalsvis	 Delvis godkänt
	Avvikelse med medicintekniska produkter	Avvikelse rapport	Kvartalsvis	 Godkänd
	All rehabpersonal ska ha gått Socialstyrelsens förskrivartutbildning	Dokumentation	Årligen	 Godkänd



Kommentar: Sedan införandet av KVÅ-registrering kan inte statistik gällande uppföljning av åtgärder göras som tidigare. Behov av att utarbeta nytt sätt att följa hur uppföljning av hjälpmedel fungerar i verksamheten. Det finns under perioden fyra inrapporterade avvikelser som berör förskrivningsbara hjälpmedel.

Förebygga undernäring

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Gör riskbedömning MNA	Rutin förebygga och behandla undernäring ska vara känd av personal	Stickprov	Årligen	 Godkänd


Kommentar: Rutinen har tagits upp på APT av enhetschefer.

Förebygga fall enligt Senior Alert

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Planera fallförebyggande åtgärder	Att Downton görs på nyinflyttade	Stickprov	Halvårsvis	 Delvis godkänt
Följ upp fallförebyggande åtgärder	Statistik över fallrapporter	Statistik	Kvartalsvis	 Godkänd


Kommentar: Av tre slumpvis utvalda nyinflyttade patienter fanns Downton registrerad på två. Fallförebyggande åtgärder följs upp av Enhetschef på kvalitetsråd

Arbeta för god munhälsa enligt Senior Alert

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Gör riskbedömning Roag	Munvårdsutbildning erbjuds omvårdnadspersonalen	Dokumentation	Årligen	 Godkänd

Kommentar: Munvårdsutbildningar har utförts på samtliga SÄBO i kommunen.

Förebygga BPSD (beteende och psykotiska symtom vid demens)

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följ upp med ny skattning	Statistik från BPSD registret	Kvalitetsregister	Halvårsvis	 Ej godkänd

Kommentar: Statistik visar betydligt sämre resultat jämfört med 2018. Demenssjuksköterskan utbildade personal i början av året men avslutade sedan sin tjänst och ingen ersatte och kunde fortsätta arbetet.

Arbeta för god palliativ vård

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Symtomkontroll	Följ upp att smärtskattning görs enligt rutin	Stickprov	Årligen	 Ej godkänd

Kommentar: Egenkontrollen ej gjorts av enhetschefer.


Resultat från palliativregistret

Parametrar	Procent-2019	Procent-2018
Antal medicinskt bedömda i livets slut	63%	Ingen uppgift.
Antal genomförda brytpunktssamtal	50%	52%
Antal ordinerade opioid mot smärta v.b	88%	88%
Antal ordinerade läkemedel mot ångest v.b	88%	78%
Antal smärtskattade sista levnadsveckan	63%	52%

Antal dokumenterade med munvårdsbedömning	25%	40%
Andel som avlider utan trycksår	88%	98%
Andel som avlider med mänsklig närvaro	63%	72%
Andel anhöriga som erbjuds efterlevnadssamtal	75%	Ingen uppgift



Målvärde är 100% för samtliga parametrar, dock kan det vara praktiskt svårt att uppnå då en del dödsfall inte är väntade. Kommunen har aktivt arbetat med att höja parametern smärtskattning sista levnadsveckan. Dokumentationen över att smärtskattning har gjorts kunde varit högre, men har dock förbättrats från 52% föregående år till 63% 2019. Viktigt att poängtera är att resultatet avser smärtskattning i ett validerat instrument, som Abbey Pain Scale eller VAS. Sjuksköterskorna prioriterar smärtskattning hos palliativa patienter, men det blir inte alltid dokumenterat då smärta inte föreligger. Resultatet visar att vårdpersonalen prioriterar att arbeta för att en smärtlindring och orosdämpande behandling ska vara möjlig i livets slut. Munvårdsbedömningar ligger på en låg nivå och behöver förbättras kommande år.

Arbeta mot nollvision skyddsåtgärder

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följa upp skyddsåtgärd	Kännedom om rutin skyddsåtgärder	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd



Kommentar: MAS och SAS har varit ute på flera APT både för hemtjänstpersonal och SÄBO och informerat om skyddsåtgärder.

Journalföring i Hälso-och Sjukvård och behandling av personuppgifter

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Patientjournalens struktur och innehåll	Lämna HSL-statistik	Statistik	Kvartalsvis	 Godkänd
Åtkomst till journaluppgifter	Loggkontroll HSL journal	Stickprov	Månad	 Delvis godkänd


Kommentar: Statistik lämnad enligt lag. Loggtroll är ej utförd av samtliga enhetschefer.

Kompetensutveckling

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Hörbyakademin	Uppföljning av användandet av Hörbyakademin	Statistik	Halvårsvis	 Delvis godkänt
Introduktion medarbetare	Sekretess/Tystnadsplikt	Stickprov	Årligen	 Godkänd





Kommentar: Sekretess och tystnadsplikt finns påskrivna på samtliga enheter. Varje enhetschef följer upp sina medarbetares kompetensutveckling i Hörbyakademin. Rapporteringen in till kvalitetsledningssystemet är inte gjord av samtliga enhetschefer.

Vårdhygien

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Följa upp	Fyll i Checklista Vårdhygien i Stratsys	Dokumentation	Halvårsvis	 Godkänd

Kommentar: Checklistan ifylld enligt rutin.

Säkerhet i verksamheten

Aktivitet	Egenkontroll	Kontrollmoment	Frekvens	Bedömning
Nyckelhantering	Tillgänglig lokal rutin nyckelhantering	Dokumentation	Årligen	 Godkänd
Larmhantering	Upprättad lokal rutin larmhantering	Dokumentation	Årligen	 Godkänd
Systematiskt brandskyddsarbete	Personalens kännedom om rutiner vid brand	Stickprov	Årligen	 Godkänd
Privata medel	Kontrollavräkning av privata medel	Stickprov	Halvårsvis	 Godkänd

Kommentar: nyckelrutin finns på enheterna. Två hemvårdsområden behöver dock uppdatera sina.

Lokal rutin för larmhantering finns. Det finns dessutom en ny rutin för larmhantering hemtjänst, uppdaterad januari 2020. Fattas svar från flera enheter. Avseende systematiskt brandskyddsarbete. Samtliga enheter har svarat gällande privata medel.

12.3 Resultat av åtgärder

Handlägga avvikelser

Åtgärd	Kommentar
Information om SoL avvikelser på APT	Enheterna brister lite i kunskapen om vad en SoL/LSS avvikelse kan vara. Ett omtag på detta görs i en utbildningsåtgärdsplan januari-mars 2020.
Införande av kvalitetsråd	SÄBO Källhaga och Hagadal är igång. Hemvård Norr, Öster, Söder har påbörjat, men har haft chefsbyte, så uppföljning behövs. Utökar åtgärd till resterande enheter fr. om Januari 2020.

Handlägga enligt Lex Sarah

Åtgärd	Kommentar
Rapporteringsskyldighet vid allvarliga missförhållanden eller risk för missförhållanden (Lex Sarah)	LSS verksamheterna har mycket god kännedom gällande rapporteringsskyldigheten. AO verksamheterna har något sämre koll, detta kommer åtgärdas i en utbildningsåtgärdsplan jan-mars 2020.

Utföra beställningar SoL/LSS

Åtgärd	Kommentar
Genomförandeplan	Genomförandeplaner finns i samtliga kontrollerade verksamheter. Vad vi däremot ser är att alla inte är aktuella, att man har otillräcklig kunskap om hur dem ska gallras, att brukaren inte varit delaktig i uppföljningen av genomförandeplanen samt att kvalitén på dokumentationen varierar. Detta kommer att åtgärdas med en utbildningssatsning i jan-mars 2020.

Aktiv och meningsfull vardag

Åtgärd	Kommentar
Mätbara mål i genomförandeplan	Ett omfattande arbete har gjorts av socialsekreterarna med tydligare och mätbara mål.
Levnadsberättelse	Vid verksamhetsuppföljning ser vi att det fattas en del levnadsberättelser och förstår att inte all personal arbetar aktivt med att erbjuda dem. Ett omtag kring detta görs i en utbildningssatsning jan-mars 2020

Kompetensutveckling

Åtgärd	Kommentar
Varje fast anställd medarbetare ska ha genomgått två utbildningar i kunskapsboken under året	LSS verksamheterna, landsbygd och Solbacken/Bokegårdens EC har svarat att de har tillsyn till medarbetarnas utbildningar i kunskapsboken

Vårdhygien

Åtgärd	Kommentar
Informera medarbetare om basala hygienrutiner	Samtliga enheters personal är informerade förutom enheterna Solbacken, Bokegården, Väster, LSS Daglig verksamhet/Boende/Korttid som inte har svarat.
Hygienrond av extern kontrollant	Hygienrond med Vårdhygien har utförts på Bokegården under 2019

13. Måluppfyllelse

Kvalitet och utvecklingsenheten har tillsammans med enhetscheferna uppfyllt målen för 2019 genom att egenkontroller som skjutits ut till enhetscheferna har följts upp och analyserats. Framtida förbättringsarbete kommer bygga på föregående resultat. Målet med det utökade teambaserade arbetssättet har delvis uppnåtts i verksamheten, det är dock en bit kvar för att teamen ska vara kompletta och fungera optimalt.

E-hälsosatsningen har implementerats vidare enligt plan, exempelvis har digital läkemedelssigenering implementerats. Målet med att förbättra resultaten i kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativregistret och BPSD har haft varierade framgångar. Avseende Senior Alert är det för tidigt att dra några slutsatser, då implementeringen har dragit ut på tiden. Palliativregistrets resultat visar att parametrar som smärtskattning har blivit bättre, men munvårdsbedömningar har tyvärr blivit färre. BPSD registrets resultat har nästan helt gått i stå då kommunens demenssjuksköterska avslutat sin tjänst.

Kommunen har blivit producenter i NPÖ (Nationell Patientöversikt) vilket bidrar till ett förbättrat samarbete med andra vårdgivare och en mer patientsäker vård.

14. Övergripande mål och strategier för kommande år

Utökat arbete i Stratsys så kvalitetsarbetet omfattar hela Socialförvaltningen.

Under 2020 kommer Kvalitet och utvecklingsenheten se över sin struktur på kvalitetsråden. Ett mål är att samtliga medarbetare i kommunen på ett enkelt sätt kan lämna synpunkter och ideér till enheten. Detta är tänkt att uppnås genom införskaffandet av en funktionsbrevlåda.

Teamarbetet i Socialförvaltningen kommer fortsätta förbättras efter hand som tillänkta lokaler blir tillgängliga och arbetssätt justeras.

Lifecare avvikelser kommer att säkerställa uppföljningar av avvikelser på ett nytt sätt.