

Plats och tid

Herrljunga kommun, kommunhuset, Nossan (A-salen) kl. 13.00–14.25

Beslutande

Beslutande

Eva Larsson (C), ordförande
Anette Rundström (S), vice ordförande
Kitty Andersson (S)
Harry Nilsson (S) tjug. ers. för Carina
Fredriksen (S)
Inger Gustavsson (L)
Magnus Lennartsson (M)
Jan Knudsen (KV)

Beslutande

Börje Aronsson (KV) tjug. ers. för
Ronnie Rexwall (KV)
Göran Lindgren (M) tjug. ers. för
Jacob Brendelius (SD)
Marita Einarsson (C) tjug. ers. för
Margareta Yngvesson (C)
Kerstin Setterberg (KD)

Ej tjänstgörande ersättare

Anette Aleryd (L)

Övriga deltagare

Magnus Stenmark, socialchef
Aniko Andersson-Persson,
verksamhetschef
Christina Mattelin, verksamhetschef
Jennie Turunen, verksamhetschef
Maarit Eklund-Johnsson, enhetschef
§§ 24-27
Berith Källerklint, MAS §§ 24-29
Selma Mukaca, IT-strateg §§ 24-29

Jenny Andersson, controller
Linnea Holm, stabschef
Mattias Strandberg,
nämndsamordnare
Michaela Hektor, enhetschef §§ 24-
27

Utses att justera

Inger Gustavsson (L)

Justeringens
plats och tid

Kommunhuset, Herrljunga, 2019-03-28 kl. 15.30

Under-
skrifter

Sekreterare


Mattias Strandberg

Paragrafer 24, 27-34

Ordförande


Eva Larsson (C)

Justerande


Inger Gustavsson (L)

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ

Socialnämnden

Sammanträdesdatum

2019-03-26

Datum för
anslags uppsättande

2019-03-29

Datum för
anslags nedtagande

2019-04-20

Förvaringsplats
för protokoll

Socialförvaltningen, Torggatan 4 A, Herrljunga

Underskrift





Innehållsförteckning

§ 24	Ändring av dagordningen	3
§ 25	Direktjusterad paragraf - sekretess	4
§ 26	Direktjusterad paragraf - sekretess	6
§ 27	Socialförvaltningen informerar (information)	7
§ 28	Månadsuppföljning per 2019-02-28	8
§ 29	Patientsäkerhetsberättelse 2018	9
§ 30	Revidering av socialnämndens reglemente	10
§ 31	Revidering av taxor och avgifter för socialnämnden	11
§ 32	Övrigt	13
§ 33	Meddelanden	14
§ 34	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2019-02-01 - - 2019-02-28	15



SN § 24

Ändring av dagordningen

Förslag till beslut

Ordföranden föreslår att följande ärende läggs till dagordningen:

- Beslut om återkallelse av färdtjänstillstånd

Inger Gustavsson (L) föreslår följande tillägg till dagordningen:

- Fråga om återbetalning av statsbidrag för insatser mot psykisk ohälsa

Jan Knudsen (KV) föreslår följande tillägg till dagordningen:

- Fråga om dusch

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förslagen antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

Följande ärenden läggs till dagordningen:

1. Beslut om återkallelse av färdtjänstillstånd.
2. Fråga om återbetalning av statsbidrag för insatser mot psykisk ohälsa.
3. Fråga om dusch.



SN § 27

Socialförvaltningen informerar (information)

Sammanfattning

Selma Mukaca, IT-strateg, informerar nämnden om ett projekt som innebär ett förändrat arbetssätt för hemtjänsten, hemsjukvården och LSS-servicebostaden. Arbetssättet innebär att datorbaserad dokumentation ersätts av dokumentation på mobila enheter i syfte att underlätta både för personal och brukare. Arbetssättet har testats i två pilotgrupper under två veckor och tagits emot väl av personalen. Testet har utvärderats och några mindre justeringar har gjorts. I mitten av maj ska projektet vara helt genomfört inom samtliga berörda verksamheter.

Maarit Eklund-Johnsson, ny enhetschef vid Hemgårdens äldreboende, presenterar sig för nämnden och hälsas välkommen.

Michaela Hektor, enhetschef hemtjänst tätort och nattpatrull, informerar nämnden om enhetens verksamhet. Hemtjänsten utför bland annat delegerade uppgifter från sjuksköterskor enligt hälso- och sjukvårdslagen och följer upp trygghetslarm.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 28

DNR SN 7/2019

Månadsuppföljning per 2019-02-28

Sammanfattning

Socialförvaltningen har sammanställt en rapport med budget och prognos för helåret 2019.

Socialförvaltningen prognostiserar ett resultat för 2019 på +200 tkr. I denna prognos ingår resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 200 tkr. Prognos för ordinarie verksamhet är +-0 tkr.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-03-13
Månadsrapport per 2019-02-28

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner månadsrapporten.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Månadsrapport per 2019-02-28 godkänns.

För kännedom till: Kommunstyrelsen



SN § 29

DNR SN 38/2019

Patientsäkerhetsberättelse 2018

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen säger att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska ges möjlighet att utöva sitt arbete så att en god säker vård kan ges. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående sker vid inflyttning på särskilt boende eller vid inskrivning i hemsjukvård. Information ges hur klagomål och synpunkter kan framföras.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsarbetet har under 2018 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser. Statistik av avvikelserna visar ett tydligt behov av att verksamheterna ökar sin följsamhet till rutin för avvikelshantering. Ett flertal verksamheter har anmärkningsvärt låga siffror för inkomna avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser. För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister, bland annat Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), Svenska Palliativregistret. Egna mätningar av följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-03-06
Patientsäkerhetsberättelse 2018

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2018 och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Patientsäkerhetsberättelse för 2018 (bilaga 1, SN § 29/2019-03-26) godkänns och läggs till handlingarna.



SN § 30

DNR SN 46/2019

Revidering av socialnämndens reglemente

Sammanfattning

Den 1 juli 2019 träder en ny tobakslag i kraft, lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Den nya lagen ersätter den tidigare tobakslagen (1993:581) och lagen om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (2017:425) och beslutades av riksdagen 12 december 2018. Med anledning av den nya lagen behöver reglementet för socialnämnden ändras för att omfatta den nya lagen med undantag från de bestämmelser som behandlar tillsyn av rökfria offentliga miljöer som sedan tidigare är delegerat till bygg- och miljönämnden.

Utifrån dessa föreslås följande ändring under 2 § Socialnämndens ansvarområde:
Punkten Tobakslagen samt punkten kontrollen av försäljning av elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare enligt lag (2017:425 om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare stryks och följande punkt läggs till: Ärenden enligt lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Dock inte tillsyn av rökfria offentliga miljöer (delegerat till bygg- och miljönämnden.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-03-18
Socialnämndens reglemente, kommunfullmäktige § 110/2018-09-04

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Kommunfullmäktige föreslås revidera 2 § i socialnämndens reglemente i enlighet med upprättat förslag.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Kommunfullmäktige föreslås revidera 2 § i socialnämndens reglemente i enlighet med upprättat förslag.

Expedieras till: Kommunfullmäktige
För kännedom till: Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun



SN § 31

DNR SN 45/2019

Revidering av taxor och avgifter för socialnämnden

Sammanfattning

Ärendet avser avgifter för ansökningar om tobakstillstånd och avgifter för tillsyn med anledning av en ny lag som träder i kraft 1 juli 2019. Den nya lagen innebär nya obligatoriska uppgifter för kommunen vad gäller att pröva tillstånd för försäljning av tobak samt ett utökat ansvar vad gäller tillsyn. De nya reglerna om att den som säljer tobaksvaror måste ha tillstånd för sin försäljning gäller både för den som säljer tobak till konsumenter (detaljhandel) som den som ägnar sig åt annan försäljning av tobak (partihandel). Huvudsyftet med tillståndsplikten är att stävja den illegala handeln med tobaksprodukter och ligger även i linje med flera direktiv och rådsrekommendationer från EU liksom regeringens ANDT-strategi för perioden 2016-2020 där ett av målen är att tillgång till tobak ska minska (prop. 2017/18:156). I den nya lagen är det kommunen som har ansvar för att lämna tillstånd för tobaksförsäljning och kommunen har enligt den nya lagen rätt ta ut avgift för uppgiften enligt de grunder som beslutas av kommunfullmäktige liksom rätt att ta ut skälig avgift för sin tillsyn. Avgifterna ska spegla kommunernas faktiska kostnader för hantering av tillståndsansökningar. Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun, som Herrljunga kommun köper tjänsten avseende tobakslagen idag, har med utgångspunkt från de faktiska kostnaderna räknat ut ett förslag till taxa. Revideringen av taxan föreslås börja gälla i samband med att lagen träder i kraft 1 juli 2019.

Förslag på revidering:

- Ansökan om försäljningstillstånd tobak; 7 200 kronor
- Ansökan om tillfälligt försäljningstillstånd; 5 600 kronor
- Anmälan om ändrade ägar- eller bolagsförhållanden; 4 400 kronor
- Anmälan om förändrat försäljningstillstånd; 2000 kronor
- Tillsyn av försäljningstillstånd; 6000 kronor

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-03-18

Ansöknings- och tillsynsavgifter enligt alkohollagen, tobakslagen och lag om handel med vissa receptfria läkemedel, kommunfullmäktige § 179/2015-11-10

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Kommunfullmäktige föreslås fastställa tillägg och revidering av taxan: "Ansöknings och tillsynsavgifter för alkohol, tobak och receptfria läkemedel" enligt upprättat förslag.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.



Fortsättning SN § 31

Socialnämndens beslut

1. Kommunfullmäktige föreslås fastställa tillägg och revidering av taxan:
”Ansöknings och tillsynsavgifter för alkohol, tobak och receptfria läkemedel”
enligt upprättat förslag.

Expedieras till: Kommunfullmäktige
För kännedom till: Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun



SN § 32

Övrigt

Inger Gustavsson (L) frågar om varför erhållet statsbidrag för insatser mot psykisk ohälsa betalats tillbaka och om det inte fanns en plan för hur medlen skulle användas vid ansökningstillfället.

Magnus Stenmark, förvaltningschef, svarar att socialförvaltningen årligen söker många statsbidrag och att det alltid finns en plan för hur medlen ska användas. På grund av tidsbrist och ett stort antal konsulter fanns ingen möjlighet att realisera planen för det aktuella statsbidraget. Det fanns vid tillfället inget utrymme att dra igång något utöver ordinarie verksamhet.

Jan Knudsen (KV) frågar om hur hemtjänsten ställer sig till brukares önskemål om kön hos den medarbetare som hjälper till med duschning.

Aniko Andersson-Persson, verksamhetschef, svarar att hemtjänsten brukar försöka tillgodose sådana önskemål.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 33

Meddelanden

Följande meddelanden redovisades vid sammanträdet

<i>Nr</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	
1	Domar inkomna under tidsperioden 2019-02-26- -2019-03-25	--	VS
2	KF § 10/2019-02-12 Äskande om ramförstärkning från socialnämnden	SN 43/2018	X
3	Information från Arbetsmiljöverket om förtroendevaldas arbetsmiljöansvar	Postlista SN 2019:7	X
4	Ungdomsmottagningen i Herrljungas årsrapport 2018	SN 39/2019	X
5	Verksamhetsberättelse för Tillståndsenheten i Samverkan 2018	Postlista SN 2019:9	X
6	KF § 13/2019-02-12 Förslag till digitaliseringsstrategi efter remissvar	Postlista SN 2019:10	X

Socialnämndens beslut
Meddelandena läggs till handlingarna.



SN § 34

**Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2019-02-01 - -
2019-02-28**

Följande delegeringsbeslut anmäldes vid sammanträdet

<i>Nr</i>	<i>Delegationsbeslut</i>	<i>DNR</i>
1	Delegeringsbeslut – IFO, fattade under tidsperioden 2019-02-01 - - 2019-02-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
2	Delegeringsbeslut – bistånd, fattade under tidsperioden 2019-02-01 - - 2019-02-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
3	Delegeringsbeslut – färdtjänst, fattade under tidsperioden 2019-02-01 - - 2019-02-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga

Socialnämndens beslut

Redovisningen av delegeringsbeslut godkänns.

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

DIARIENUMMER: 38/2019
FASTSTÄLLD: 2019-03-26
DOKUMENTANSVAR: Aniko Andersson Persson
Verksamhetschef Vård och Omsorg
Berith Källerklint MAS/Kvalitetssamordnare
2018-02-28

Patientsäkerhetsberättelse 2018

Socialförvaltningen Herrljunga kommun



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Sammanfattning	3
Struktur	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
<i>Verksamhetschefens ansvar</i>	5
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar</i>	5
<i>Enhetschefens ansvar</i>	5
<i>Medarbetarens ansvar</i>	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
<i>Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård</i>	6
<i>Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett</i>	7
<i>Samverkan Närsjukvårdsteamerna Alingsås lasarett och SÄS</i>	7
<i>Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare</i>	7
<i>Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering – SVPL</i>	8
<i>Samverkan Läkarmedverkan</i>	8
<i>Intern och extern samverkan för en god och säker vård</i>	9
Patienters och närståendes delaktighet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	10
Egenkontroll	10
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheter	11
Riskanalys	11
Utredning av händelser – vårdskador	12
Informationssäkerhet	12

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

Resultat och analys.....	12
<i>Nationell punktprevalensmätning basala hygienregler.....</i>	12
<i>Svenska HALT.....</i>	13
Senior alert.....	13
<i>Svenska palliativ registret.....</i>	14
<i>BPSD.....</i>	14
<i>Delegering.....</i>	15
Egenkontroll.....	15
<i>Skydds- och begränsningsåtgärder.....</i>	16
Avvikelse.....	16
<i>Avvikelse i Närvårdssamverkan.....</i>	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	18
Mål och strategier för kommande år.....	18

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen säger att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska ges möjlighet utöva sitt arbete så att en god säker vård kan ges.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående sker vid inflyttning på särskilt boende eller vid inskrivning i hemsjukvård. Information ges hur klagomål och synpunkter kan framföras.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsarbetet har under 2018 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

Statistik av avvikelserna visar ett tydligt behov av att verksamheterna ökar sin följsamhet till riktlinjen för avvikelshantering. Ett flertal verksamheter har anmärkningsvärt låga siffror för inkomna avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister så som Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), Svenska Palliativregistret samt Folkhälsomyndighetens Svenska HALT-register, en årligt återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende. Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Enligt 3 kap 1§ i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. För varje år beskrivs ett antal mål inom de olika verksamhetsgrenarna på olika detaljerad nivå. Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Ett ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Herrljunga kommuns vision och politiska mål skall vara vägledande för kommunens verksamheter. Socialnämnden har i en Socialtjänstplan formulerat den grundsyn som utgör basen för socialnämndens arbete. Socialtjänstplanen syftar till att tydliggöra etiska värden och normer som ska vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete ska genomföras av socialnämndens värdegrund.

Organisation och ansvar

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

Herrljunga kommun bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg (ÄO), Hälso- och sjukvård (HS) samt Funktionshinder (FH). Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterföljs av alla utförare i kommunen. Socialnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att fördela kvalitetsarbetet i enlighet med kommunens direktiv och gällande lagstiftning. Verksamhetschef rapporterar till socialnämnden.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skall det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS är ansvarig för bedömning om en HSL-avvikelse är så pass allvarig (händelse som medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada) att den skall anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att socialförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. I arbetet ingår att göra personalen delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt rutin. Utvärdering av avvikelser i verksamheten skall leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som skall öka patientsäkerheten.

Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen samt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. I enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet, rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt riktlinjen för avvikelsehantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen.

Medarbetarens ansvar

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal skall bidra med en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskador eller händelser som kunnat medföra eller har medfört skada. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmännen eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhuset, vårdcentralerna och kommunen.

Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument och överenskommelser.

Närvårdsamverkan (NVS) Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård är inom primärvård, sjukhusvård och habilitering i Södra Älvsborg.

Närvårdsamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser.

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

Samverkan skall ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Närvårdssamverkan skall möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner som resulterar i samordning av olika insatser som ges och berör personer från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Målet med samverkan är att skapa smidiga övergångar för patienten i kontakten mellan sjukhus, primärvård och kommuner för de patienter som har stort behov av vård- och omsorg.

Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett

Vård och omsorg i livets slutskede benämns palliativ vård. Det är en aktiv helhetsvård i ett skede när det saknas möjligheter att bota patienten. Målet är att ge bästa lindrande vård och behandling och förebygga plågsamma symtom så långt som det är möjligt. Palliativ vård ges utifrån den sjukes behov och önskemål oberoende av vem som är vårdgivare. Den palliativa vården indelas i olika faser. En tidig fas som är lång, en sen fas som är kort och kan omfatta dagar, veckor eller någon månad.

Palliativa teamet Alingsås lasarett utgår från Alingsås lasarett. Team arbetar i fyra kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Arbetet sker över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett.

Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och SÄS

Närsjukvårdsteam vänder sig till patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov där vården kräver en samverkan över organisationsgränserna.

Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett utgår från Medicinkliniken Alingsås lasarett. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett. Herrljunga kommun ingår i Alingsås lasarettets upptagningsområde.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås.

Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare

Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om Mobil hemsjukvårdsläkare. Målgruppen för mobil hemsjukvårdsläkare är vuxna patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård i eget boende, med omfattade vård- och omsorgsbehov av teambaserad vård i hemmet. Teamet består av en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård samt läkare från vårdcentral. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt, det vill säga arbetar bland annat med riskbedömningar, vårdplaner, och läkemedelsgenomgångar för att förhindra undvikbara försämringar och komplikationer. Hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta vårdkontakt.

Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering - SVPL

Vid samordnad vård – och omsorgsplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med in/utskrivning på sjukhus. I Västra Götalandsregionen finns det organisation för samverkan kring dessa frågor på delregional nivå samt regional nivå.

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vård- och omsorgsplanering av utskrivningsklara patienter mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/utskrivning slutenvården. Rutin för vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdsamverkan då rutinerna inte följs.

Under 2018 har vård- och omsorgsplanering via videolänk gjorts mellan SÄS eller Alingsås lasarett och Herrljunga kommun. Det är en väl fungerande vårdplaneringsform. Även 2-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård via IT-stödet är nu en fungerande vårdplaneringsform.

Den delregionala arbetsgruppen (DRAG) har 2018-01-01 övergått till uppdragsgrupp Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP) och syftar till att stötta och utveckla vårdprocessen samordnad vård- och omsorgsplanering. Uppdragsgruppen är en arbetsgrupp åt Styrgrupp Närvård samt den tillfälliga uppdragsgruppen gällande den nya lagen ”Samverkan vid utskrivning”, 2017:612 som gäller från 1 januari 2018.

Uppdragsgruppens SVOP prioriterade områden under 2018 var:

- öka följsamheten till regiongemensam rutin
- medverka vid införandet av ny IT-tjänst för samordnad vård- och omsorgsplanering samt
- följa följsamheten till de rutiner som skapats gällande den nya Samverkanlagen 2017:612

Samverkan Läkarmedverkan

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Samverkansavtal mellan primärvården Västra Götalands Regionen och Herrljunga kommun finns. Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Samverkansavtalet mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun har fungerat bra under 2018 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet

Intern och extern samverkan för en god och säker vård

För resultat i det förebyggande arbetet krävs ökad samverkan mellan olika professioner och verksamheter inom kommunens vård och omsorg. Den vård och omsorg som planeras och som ska ges kräver planering tillsammans med patienten.

Teammöten har genomförts på särskilda boenden i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet som består av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktperson går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och BPSD och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I Patientsäkerhetslagen 2010:659 sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan/rehabplan och genomförandeplan så långt som möjligt. Patienten och i förekommande fall närstående tillfrågas om deltagande. För att uppnå optimal delaktighet för patient och närstående sammankallas berörda till vårdplanering eller SIP (Samordnad Individuell Plan).

Vid deltagande i nationella studier tillfrågas patienten eller i förekommande fall närstående om samtycke. Vid deltagande i kvalitetsregister tillfrågas patienten eller i förekommande fall närstående.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal som arbetar inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och Hälso- och sjukvård har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens systematiskt utvecklas och säkras.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna handlar om fallincidenter och läkemedel. Arbetet med avvikelser är grunden för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen, därför uppmuntras all personal att registrera avvikelser och händelser.

Antal registrerade fallolyckor/fallavvikelser har under 2018 ökat med 197 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i tre av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2018 ökat jämfört med året innan. Vanligt förekommande orsak är avglömd given läkemedelsdos.

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

Under 2018, tillika 2017 har det skett en ökning av avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medför vård skador eller risk för vård skador inom hälso- och sjukvården.

Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder och rapporterar MAS avvikelser till IVO. MAS tar beslut om en Lex Maria-anmälan skall upprättas.

Inkomna avvikelser utreds och sammanställs. Under året analyseras och återkopplas till enhetschefer vid gemensamma sittningar tillsammans med SAS och MAS kontinuerligt. Här söker man efter mönster eller trender som kan ge indikation på brister i verksamhetens kvalitet, det vill säga systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamhet	Antal avvikelser rapporter HSL	Antal avvikelser ej givna läkemedelsdoser	Antal avvikelser fallolyckor	därav antal allvarliga fallolyckor
Hemsjukvård 2018	785	784	887	3

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 6 §, 7 kap 2 § p 6

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

Inkomna klagomål kan även leda till att avvikelser skrivs in i avvikelshanteringssystemet. Återkoppling ges så fort som möjligt till den som lämnat synpunkt eller klagomål. Beroende på vad som har hänt görs förbättringsåtgärder och uppföljning på ändrat arbetssätt/rutin.

Under 2018 har inkommit ett klagomål/synpunkt inom HSL.

Egenkontroll

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

Som ett led i egenkontroll har under året genomförts mätning av vårdrelaterade infektioner och profylaktisk antibiotikabehandling genom Svenska HALT, Folkhälsomyndigheten.

Resultatet av Svenska HALT-mätningen 2018 visade inga bekräftade vårdrelaterade infektioner eller profylaktiskt antibiotikabehandling under mättillfället. Mätning genomfördes på särskilda boende samt korttidsenhet.

Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Arbetet med kvalitetsregistren BPSD samt Senior alert har under 2018 visat en nedgång i inrapportering och ny satsning på detta kvalitetsarbete kommer att genomföras under 2019.

Under året har det på samtliga enheter införts arbetssättet SBAR. Det är ett strukturerat sätt att kommunicera inom vården. SBAR står för: Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation. SBAR ger en säkrare överrapportering mellan vårdgivare såsom sjukhus och ambulans men även inom den egna kommunen. Risken för att information glöms bort eller misstolkas minimeras. Därmed minskar också risken för vårdskador.

Bemanningen har utökats under året med demenssjuksköterska.

Arbetet under 2018 har varit inriktat på att få till en kultur där patientinformation i första hand söks via NPÖ (Nationell PatientÖversikt). Nationell patientöversikt gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

En riskanalys ska alltid genomföras vid:

- organisationsförändringar
- personalförändringar: vid väsentliga förändringar av kompetens och/eller resurser

En riskanalys kan också behöva göras:

- på resultat från olika analyser
- på uppgifter som framkommer genom omvärldsbevakning på uppgifter som kommer från Personal Ekonomi Genomgång (PEKG)
- på processer som bedöms innehålla många risker vid införande av ett nytt arbetssätt
- när en ny metod eller teknik ska införas

För att förebygga risk för att patient drabbas av vårdskada samverkas med flertal vårdgrannar. Uppkomna händelser har bedömts utifrån sannolikhet att händelsen ska inträffa igen samt vilka negativa händelser som skulle kunnat bli följden av händelsen.

Utredning av händelser – vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. I samband med inskrivning i Hälso- och sjukvårdsorganisationen informeras alltid vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter.

Det finns kritiska punkter som återkommer generellt oavsett inom vilket område för händelsen. De kritiska punkterna för vårt förbättringsarbete som vi behöver jobba vidare med och säkerställa är brister i information, kommunikation och dokumentation.

Ingen avvikelse har under 2018 varit föremål för utredning som kunde lett till vårdskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Systemförvaltare har ansvar för att loggning sker enligt rutin i nätverket och dokumentationsprogram.

Slumpmässiga systematiska loggkontroller görs kontinuerligt sex gånger per år av systemförvaltare och enhetschef i dokumentationsprogrammet VIVA för hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal enligt rutin. Under 2018 inrapporterades inga incidenter .

För vårdtagares samtycke i NPÖ (Nationell PatientÖversikt) inregistreras underskriven blankett i VIVA, anpassad enligt GDPR.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

MAS sammanställer rapporterade avvikelser efter första halvåret samt i årlig patientsäkerhetsberättelse vilken redovisas för nämnden.

Enhetschefer ansvarar för uppföljning och utvärdering av avvikelser på arbetsplatsträff, samt framtagande av handlingsplan i ett förbättringsarbete.

En halvårsrapport gällande avvikelser sammanställdes av MAS och SAS och rapporterades till nämnden under hösten 2018.

Nationell punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler

På uppdrag av Sveriges kommuner och landsting (SKL) har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård mm. (SOSFS 2007:19). Herrljunga kommun har inte deltagit i dessa mätningar under 2018 på grund av vakans på MAS-tjänst.

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

Mätning har gjorts under året på enheterna angående basala hygienrutiner och klädregler med gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna.

Svenska HALT

Nationell punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilda boenden. Herrljunga kommun deltog i denna mätning hösten 2018.

Under mätveckan uppmättes inga vårdrelaterade infektioner eller antibiotikaanvändning.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Senior alert ska användas inom alla de vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer med behov av vårdprevention, både inom kommunal- privat- och landstingsverksamheter. Enheterna kan vara särskilda boenden, korttidsboenden, hemvård, LSS, sjukhusavdelningar och vårdcentraler.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- planera och genomföra förebyggande åtgärder
- följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Verksamhet	Antal patienter	Riskbedömda tryckskada	Riskbedömda fall	Riskbedömda malnutrition	Riskbedömda munhälsa
Särskilt boende/LSS	46	8	19	17	14
Demens	15	2	0	2	5
Korttidsenhet	6	2	0	3	0
Hemvård	28	12	6	14	12

Svenska palliativ registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonal kan gemensamt, utifrån patientens önskemål, komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. Ett gemensamt mål sätts upp. Oavsett sjukdom så är det kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall känna en trygghet inom följande punkter

Jag...

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

Verksamhet	Antal registreringar i pall reg	Munhälsobedömning sista levnadsveckan	Ordinerat ångestdämpande vid behov	Närvarande vid dödsögonblicket <i>Förväntat dödsfall</i>
Herrljunga kommun	22	54,5 %	100 %	95,5 %
Målvärde	-	90 %	98 %	90 %

BPSD-registret

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. BPSD drabbar någon gång c:a 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symptom på BPSD kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

För verksamheter med inriktning för personer med demenssjukdom ska det beskrivas hur verksamheten arbetar med registrering i BPSD-registret, för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

18 stycken BPSD-bedömningar med åtgärder registreras under 2018 jämfört med 42 stycken 2017.

Verksamhet	Antal patienter som är skattade	Antal skattningar	Antal bedömningar som lett till åtgärder
Herrljunga kommun	27	38	18

Delegering

SOSFS 1997:14.

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket t.ex. innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS- behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal i Herrljunga kommun har under året kontinuerligt delegerat omvårdnadspersonal enligt ledningssystemets rutin för delegering. Tillfällen för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året.

Första delen av delegationsutbildning består av en webbutbildning, vilken ska göras av varje ny personal innan delegering kan ges. Personal erhåller diplom som intyg på avklarad webbutbildning. Därefter kan steg II i delegationsutbildning gå, utbildningen ges av legitimerad sjuksköterska.

Revidering av delegerings/utbildningsmaterial för ny personal, vikarier och sommarvikarier har genomförts enligt mål för året. Webbutbildning läkemedel har lagts till som obligatoriskt moment inför delegering.

Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg kan man förebygga fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Loggningskontroll sker regelbundet och systematiskt i syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten eller obefogad åtkomst till uppgifter ur det administrativa verksamhetssystemet VIVA. Inga avvikelser/överträdelser i genomförda loggningar har förekommit under året i verksamhetssystemet VIVA.

Genom att delta i den nationella Svenska HALT- mätningen erhåller kommunen verktyg att följa upp kvaliteten i vården. Egna mätningar i basala hygienrutiner- och klädregler har genomförts under året och genom registrerade avvikelser läkemedel, fall och hälso- och sjukvård samt inkomna synpunkter och klagomål i verksamhetssystemet VIVA följs systematiskt verksamhetens kvalitet upp och förbättringsområden identifieras.

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Användning av Senior alerts register innebär våldsprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2018 genomfördes internkontroll inom skydds- och begränsningsåtgärder.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad enligt grundlag mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar.(2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hens rörelsefrihet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall ”vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”.

HSL, SoL och LSS bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd dokumenteras i vård/rehabplan samt genomförandeplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. I vårdplaner skall också tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

Internkontroll har gjorts under hösten 2018 på skydds- och begränsningsåtgärder för boende på särskilt boende och korttidsenheten. Mätningresultat visar att vi använder oss av få skydds- och begränsningsåtgärder på boende och korttid. Dokumentationen runt beslut om begränsningsåtgärder är inte tillfredsställande då det ej dokumenterats orsak till beslut om begränsningsåtgärd likaså uppföljning under tid då begränsningsåtgärd används.

Avvikelser

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten. Rapportering av avvikande händelser är en av grundpelarna i arbetet med att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. Avvikelse rapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

Bilaga 1, SN § 29/2019-03-26

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal inklusive studenter/elever och volontärer har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalité systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering skall utföras beskrivs i rutin "Avvikelshantering". rapportera sådant som motverkar eller utg r hot mot att brukaren:

F r att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det  r möjligt, förebygga att liknande avvikelser sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshanteringen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna vid förebyggande arbete.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna  r fall och läkemedel.

Antal registrerade fallolyckor/fallavvikelser har under 2018 ökat med 197 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i tre av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2018 ökat jämfört med året innan. Vanligt förekommande orsak är avgl md given läkemedelsdos.

Under 2018, tillika 2017 har det skett en ökning av avvikelser d r beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare  r. Osäkerhet uppstår om beställd insats  r utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera tr ningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande och revidering av en del riktlinjer och rutiner.

Enhetschefer, SAS och MAS har under hösten kvalitetsmöte (analysverkstad) för att analysera bland annat avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner.

Avvikelserapportering i Närvårdssamverkan

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering (SVPL) mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdsamverkan skulle kunna vara exempelvis brister i informationsöverföring SAMSA och aktuella läkemedel.

All personal ska rapportera händelser som kunnat leda till eller har lett till negativ händelse f r brukaren, d r leverantörer och andra huvudmän exempelvis statliga myndigheter, kommunal förvaltning, sjukhus, primärvård eller annan likartad organisation helt eller delvis har ansvaret för händelsen. Vård- och omsorgsförvaltningen har utrett händelser påtalade av ovanstående aktörer.

Under 2018 har det skrivits 34 avvikelser i samverkan. Mottaget en avvikelse till Herrljunga kommun.

Klagomål och synpunkter

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. Enhetschefer, SAS och MAS har under hösten kvalitetsmöte (analysverkstad) för att analysera bland annat avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner. Bedömning görs om det finns grund för att genomföra riskanalys. När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

Händelser och vårdskador

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. I samband med inskrivning i Hälso- och sjukvårdsorganisationen informeras alltid vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter.

Riskanalys

Legitimerad personal har observerat flertalet risker som man signalerat/skrivit avvikelser till enhetschef och MAS där arbete nu pågår i olika samverkansgrupper t.ex. med landstinget. Exempelvis

- patienten är inte färdigbehandlad från landstinget trots hemgångsklar
- det saknas plan för fortsatt vård från landstinget
- SIP behöver göras på fler patienter innan ankomst till korttids
- brister i informationsöverföring/rapport från landstinget
- brister i ordinationer, utsättning, maxdoser
- avsaknad av/felaktiga läkemedelslistor

Mål och strategier för kommande år

Egenkontroller

Vi behöver utarbeta en struktur och tydlighet i egenkontroller för att få bättre underlag för analys och utveckling av verksamheten.

NPÖ

Under året förväntas att vi går in som producenter i NPÖ (Nationell PatientÖversikt).

Analysverkstad

utöka arbetet tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal analysera brister i verksamheten för att förebygga vårdskador

Munvård

- att all omvårdnadspersonal utbildas i ROAG – riskbedömning av munhälsa samt munhälsoutbildning
- att utöka samarbetet ytterligare mellan tandvård och utfärdare

Kvalitetsregistren

- att öka bedömningar i kvalitetsregistren BPSD och Senior alert.
- öka antalet utbildade inom BPSD

Avvikelser

- minska antal fallincidenter. Alla ska ha riskbedömning samt ordentlig vårdplan med åtgärder som ska vara väl kända och jobbas efter av omvårdnadspersonal. Fallavvikelser ska utredas enligt ledningssystem för kvalitet.
- att enhetschefer, SAS och MAS har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser
- sänka antalet avvikelser, fall. Läk, ej signerat

Nattfasta

Att kartlägga så att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar för boende/brukare.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Ökad medvetenhet och dokumentation enligt riktlinje i ledningssystemet samt kontinuerlig uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder.