



Plats och tid Herrljunga kommun, Kommunhuset, Nossan (A-salen) kl. 13.00-14.30

Beslutande
Eva Larsson (C), ordförande
Anette Rundström (S), vice ordförande
Carina Fredriksen (S)
Magnus Lennartsson (M)
Kerstin Setterberg (KD)
Ronnie Rexwall (Kv)
Jimmie Stranne (SD)
Jan Knudsen (Kv)

Övriga deltagare
Sandra Säljö, socialchef
Jennie Turunen, verksamhetschef
Linn Marinder, controller
Heléne Backman-Carlsson, SAS/kvalitetssamordnare
Berith Källerklint, MAS/MAR/kvalitetssamordnare
Linnea Nilsson, nämndsamordnare

Utses att justera Magnus Lennartsson (M)

Justeringens plats och tid Kommunhuset, Herrljunga, 2020-03-25, kl. 16.00

Under- skrifter	Sekreterare	_____	Paragrafer	54-65
		Linnea Nilsson		
	Ordförande	_____		
		Eva Larsson (C)		
	Justerande	_____		
		Magnus Lennartsson (M)		

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ Socialnämnden

Sammanträdesdatum 2020-03-24

Datum för anslags uppsättande 2020-03-26 Datum för anslags nedtagande 2020-04-17

Förvaringsplats för protokoll Socialförvaltningen, Torggatan 4 A, Herrljunga

Underskrift _____



Innehållsförteckning

§ 54 Socialförvaltningen informerar	3
§ 55 Kvalitetsberättelse 2019	4
§ 56 Patientsäkerhetsberättelse 2019.....	5
§ 57 Information om statsbidrag 2019-2020	6
§ 58 Månadsuppföljning per 2020-02-29	7
§ 59 Uppföljning av handlingsplan för att hantera utmaningar i Budget och verksamhetsplan 2020.....	9
§ 60 Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.....	10
§ 61 Svar på skrivelse från FUB angående brister i kommunens dagliga verksamhet	11
§ 62 Beslut om att utse dataskyddsombud enligt brottsdatalagen	12
§ 63 Återrapport från kontaktpolitiker	13
§ 64 Meddelanden	14
§ 65 Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2020-02-25-2020-03-23.....	15



SN § 54

Socialförvaltningen informerar

Sammanfattning

Sandra Säljö, socialchef, och Jennie Turunen, verksamhetschef, informerar nämnden om följande:

- Ett tillfälligt särskilt boende med sju lägenheter kommer att öppnas den 14 april. Åtgärden görs eftersom utbyggnaden av Hagens äldreboende har dragit ut på tiden. När utbyggnaden är färdig kommer personerna istället att flyttas till Hagens äldreboende. Sex personer har nu tackat ja till erbjudande om boende på korttidsboendet, vilket kommer att minska trycket på hemtjänsten.
- Kommunen har inga konstaterade fall av coronaviruset Covid-19. Det finns ett bortfall av personal inom verksamheterna. Situationen är ansträngd, inte minst inom hemtjänsten, men hanterbar.
- Två nya enhetschefer är på plats. En ny rekrytering kommer att ske för tjänsten som enhetschef inom funktionsnedsättning.
- Michaela Hektor och Rickard Larsson, enhetschefer inom hemtjänsten, har inlett ett samarbete med Hemköp i Herrljunga. Från och med maj kommer brukare och personal att kunna beställa livsmedel tillsammans genom en app, varpå Hemköp kommer att packa varorna. Hemtjänsten hämtar sedan varorna och lämnar den hos brukarna. Detta kommer att effektivisera arbetet för personalen samtidigt som brukarna själva kan välja sina varor.

Heléne Backman-Carlsson, SAS/kvalitetssamordnare, informerar nämnden om följande:

- En Lex Sarah-rapport inkom till socialförvaltningen i mars och en anmälan enligt Lex Maria kommer också att komma. Det gäller en brukare inom Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Brukaren föll från sin duschstol vilket ledde till en höftledsfraktur.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 55

SN 32/2020

Kvalitetsberättelse 2019

Sammanfattning

Varje år dokumenteras arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten i en kvalitetsberättelse, enligt föreskrift och råd från Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9). Kvalitetsberättelsen beskriver hur arbetet gällande utveckling av verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Verksamheten Myndighet har 2019 rapporterat ett stort antal avvikelser gällande brister i myndighetsutövningen. En anmälan enligt Lex Sarah har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ett omfattande förbättringsarbete har påbörjats. Vidare har det genomförts internkontroller, granskningar i enskilda ärenden samt verksamhetsgranskning. Utifrån den genomgång som gjorts visar det sig att chefer inte använder de verktyg som finns i sitt arbete med analyser av resultat. Planering av åtgärder och dokumentering uteblir därför. Tre riskanalyser inför verksamhetsförändringar upprättades under 2019.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar att nämnden inte nådde upp till alla inriktningsmålen 2019. Bemötandet från personalen får en hög andel positiva svar. Verksamhet Myndighet har inte deltagit i årets brukarundersökning. Inom daglig verksamhet, LSS har den nationella brukarundersökningen genomförts, och resultatet visar att brukarna upplever att personalen bryr sig om dem och att de får den hjälp de behöver. Resultaten tas om hand och ingår i dialoger på arbetsplatserna för fortsatt utveckling.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-02-24
Kvalitetsberättelse 2019

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner kvalitetsberättelsen för 2019 och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Kvalitetsberättelsen för 2019 godkänns och läggs till handlingarna (bilaga 1, SN § 55/2020-03-24).

Expedieras till:
För kännedom
till: Revisorerna



SN § 56

SN 45/2020

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Sammanfattning

I patientsäkerhetslagen framgår det 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 och 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.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Verksamheterna har också följt upp arbetet med patientsäkerhet på olika sätt, 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 läkemedelshantering.

För att säkerställa och öka kvaliteten i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister. Egna mätningar rörande hygienrutiner och klädregler har också genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-04
Patientsäkerhetsberättelse 2019

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2019 och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Patientsäkerhetsberättelsen för 2019 godkänns och läggs till handlingarna (bilaga 1, SN § 56/2020-03-24).



SN § 57

SN 40/2020

Information om statsbidrag 2019-2020

Sammanfattning

Heléne Backman-Carlsson, SAS/kvalitetssamordnare, informerar nämnden om de statsbidrag och stimulansmedel som socialförvaltningen ansökt om eller rekviderat under 2019 och inför 2020.

För 2019 sker en återrapportering om i vilken mån beloppen har redovisats och den återbetalning som sker i vissa fall. För 2020 redovisas medel, budget och kriterier för respektive statsbidrag och stimulansmedel. Medlen berör bland annat barn och unga med psykisk ohälsa, stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården, habiliteringsersättning samt att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen av personer med demenssjukdom.

Informationen läggs till handlingarna.

SN § 58

SN 8/2020

Månadsuppföljning per 2020-02-29

Sammanfattning

Socialförvaltningen prognostiserar ett underskott motsvarande 6 850 tkr för 2020. Detta inkluderar resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 1 200 tkr. Ordinarie verksamhet har ett underskott på 8 050 tkr.

Ansvarsområde	Ansvar	År Budget	1902 Prognos	Avvikelse Helår
Nämnd	Nämnd	559	559	0
Summa Nämnd		559	559	0
Förvaltningsledning	Förvaltningsledning	12 168	12 268	-100
Summa Förvaltningsledning		12 168	12 268	-100
Myndighet	Myndighet	635	1 035	-400
Myndighet	Myndighet Vuxen	28 910	26 910	2 000
Myndighet	Myndighet Barn och familj	13 188	20 888	-7 700
Summa Myndighet		42 733	48 833	-6 100
Vård och omsorg	Vård och omsorg	43 309	44 009	-700
Vård och omsorg	Hemtjänst Herrljunga Landsbygd	1 382	1 382	0
Vård och omsorg	Hemtjänst Herrljunga Tätort	4 816	4 816	0
Vård och omsorg	Hemtjänst Ljung	1 048	1 348	-300
Vård och omsorg	Stöd i ord.boende	11 833	11 833	0
Vård och omsorg	Hagen säbo	13 512	13 512	0
Vård och omsorg	Hemgården demens	15 587	15 587	0
Vård och omsorg	Hälso och sjukvård	20 912	21 412	-500
Vård och omsorg	Hemgården omvårdnad	7 590	7 590	0
Summa Vård och omsorg		119 988	121 488	-1 500
Socialt stöd	Socialt stöd	2 012	2 012	0
Socialt stöd	Funktionshinder	15 186	15 186	0
Socialt stöd	Verkställighet	6 958	7 308	-350
Socialt stöd	Ensamkommande	0	0	0
Socialt stöd	Sysselsättning	5 989	5 989	0
Summa Socialt stöd		30 144	30 494	-350
Summa Socialnämnden		205 592	213 642	-8 050
Resultat flyktinggrupp 2015			-1200	1 200
Prognos inkl flykting	Belastar resultatet		212 442	-6 850

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-06

Månadsrapport per 2020-02-29



Forts SN § 58

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner månadsuppföljningen.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Månadsuppföljningen godkänns.



SN § 59

SN 120/2019

Uppföljning av handlingsplan för att hantera utmaningar i Budget och verksamhetsplan 2020

Sammanfattning

Socialnämnden gav den 17 december socialförvaltningen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att hantera de i Budget och verksamhetsplan 2020 nämnda utmaningarna för 2020 (SN § 121/2019-12-17). Den 28 januari presenterades handlingsplanen och nämnden beslutade då också att en uppföljning av handlingsplanen skulle ske på nämndens sammanträden i mars, juni, september och december (SN § 5/2020-01-28). Den första uppföljningen av handlingsplanen är nu framtagen. Uppföljningen redogör för nuläget och hur arbetet med handlingsplanen fortskrider.

I uppföljningen framgår det bland annat att alla tjänster inom verksamheten Myndighet är tillsatta, även om alla inte är på plats ännu. Förvaltningen ser över möjligheterna att verkställa vuxenplaceringar i Herrljunga istället för externt. Under mars månad har en placering tagits hem och det planeras för ytterligare en under sommaren. När det gäller ökade behov inom hemtjänst ser förvaltningen nu en minskning av underskottet och förhoppningen är att minska underskottet ytterligare. Gällande frågan om konsultkostnader så har den tidigare planen om att rekrytera i vissa svårrekryterade grupper verkställts. Två överanställningar har genomförts. Fokus är att behålla personal genom en mer hållbar arbetsmiljö och arbetsbelastning samt erbjuda en god introduktion.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-10
Socialnämndens Budget och verksamhetsplan 2020

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Uppföljning av handlingsplan läggs till handlingarna.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Uppföljning av handlingsplan läggs till handlingarna.



SN § 60

SN 76/2019

Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Sammanfattning

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har genomfört en inspektion av stödboendet för barn och unga vid Sveagatan stödboende i Herrljunga. Inspektionen har varit inriktad på ungdomars trygghet och säkerhet, personal och bemanning, inskrivning samt lokaler. IVO har funnit brister gällande verksamhetens dokumentation, att inskrivning inte följer gällande bestämmelser samt att kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inte alltid har utförts innan anställning. IVO begär att nämnden redovisar sin inställning gällande dessa brister samt avseende eventuella vidtagna eller planerade åtgärder för att komma tillrätta med bristerna.

Bristerna som IVO uppmärksammat i verksamheten bedöms som adekvata. Åtgärder i form av utbildningsinsatser och översyn av befintliga rutiner kommer att ske. För ökad följsamhet till gällande rutiner ska information lämnas till berörda i gällande verksamhet. Den bedömning i övrigt som IVO gör är att personalens kompetens möjliggör en trygg och säker insats, att bemanningen är anpassad efter de inskrivnas behov av stöd samt att lokalernas utformning ger förutsättningar för självständighet och även tillgodoser ungdomarnas behov av trygghet och säkerhet. IVO påtalar dock att all personal som har kontakt med ungdomarna bör känna till vilka behov av stöd varje ungdom har. Personalen vid hemtjänst och nattpatrull har inte den kännedomen.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2020-03-05

Yttrande enligt begäran daterat 2020-03-05

Beslut från Inspektionen för vård och omsorg daterat 2020-03-02

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden beslutar att till Inspektionen för vård och omsorg redovisa förvaltningens förslag till yttrande.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Förvaltningens förslag till yttrande redovisas till Inspektionen för vård och omsorg (bilaga 1, SN § 60/2020-03-24).



SN § 61

SN 93/2019

Svar på skrivelse från FUB angående brister i kommunens dagliga verksamhet

Sammanfattning

Socialnämnden har fått in en skrivelse från FUB med följdfrågor på tidigare skrivelse avseende brister i daglig verksamhet vid stängning av verksamheten under sommarledighet (SN § 95/2019-10-29) De brister som FUB tidigare lyfte är att den enskilde behöver göra en ny ansökan under den semesterstängda perioden på daglig verksamhet trots att kommunen är skyldiga att tillhandahålla annan sysselsättning.

Inför semesterperioden 2020 begär FUB nu svar på två frågor. Vilken LSS-insats anser nämnden att den enskilde ska söka då hen redan är beviljad daglig verksamhet enligt LSS? Vilken annan insats bedömer ansvarig biståndsbedömare kan tillgodose behovet av sysselsättning och omvårdnad enligt LSS när daglig verksamhet är stängd?

Socialförvaltningen har tagit fram ett förslag till svar till FUB, se bilaga.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2020-03-02

Svar på skrivelse från FUB om brister inom daglig verksamhet daterad 2020-03-02

Skrivelse från FUB daterad 2020-02-10

SN § 95/2019-10-29 Svar på skrivelse till socialnämnden angående brister i kommunens dagligverksamhet

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Svar på inkommen skrivelse från FUB angående brister i daglig verksamhet godkänns och överlämnas till FUB.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Svar på inkommen skrivelse från FUB angående brister i daglig verksamhet godkänns och överlämnas till FUB (bilaga 1, SN § 61/2020-03-24).

Expedieras till: Kjell Nyvaller, FUB
För kännedom till:



SN § 62

SN 41/2020

Beslut om att utse dataskyddsombud enligt brottsdatalagen

Sammanfattning

Socialnämnden kan enligt Brottsdatalagen (2018:1177) verkställa straffrättsliga påföljder om ungdomar döms till vård inom socialtjänsten. Enligt Brottsdatalagen 3 kap. 13 § ska personuppgiftsansvarige, i Herrljungas fall socialnämnden, utse ett eller fler dataskyddsombud och anmäla till tillsynsmyndigheten när dataskyddsombud utses och entledigas.

Herrljunga kommun anställer inget eget dataskyddsombud utan köper tjänsten från Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2020-03-05

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden utser Magnus Blomqvist och Dan Bodin vid Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund till dataskyddsombud enligt dataskyddslagen.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Magnus Blomqvist och Dan Bodin vid Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund utses till dataskyddsombud enligt dataskyddslagen.

Expedieras till: Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund, Datainspektionen
För kännedom till:



SN § 63

Återrapport från kontaktpolitiker

Sammanfattning

Ingen av de närvarande kontaktpolitikerna har varit på besök i verksamheterna sedan det senaste nämndsammanträdet.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 64

Meddelanden

Följande meddelanden redovisades vid sammanträdet:

<i>Nr</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2020-01-28 - - 2020-03-23	--
2	Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus	SN 27/2020
3	Verksamhetsberättelse för Tillståndsenheten i Samverkan 2019	SN postlista 7/2020
4	Årsrapport från Ungdomsmottagningen i Herrljunga 2019	SN 35/2020
5	KF § 17/2020-02-18 Avsägelse av uppdrag som ersättare i socialnämnden	SN postlista 8/2020
6	KF § 16/2020-02-18 Avsägelse av uppdrag som ledamot i socialnämnden	SN postlista 9/2020
7	KF § 37/2020-03-09 Avsägelse och fyllnadsval av uppdrag som ersättare i socialnämnden	SN postlista 10/2020
8	KF § 13/2020-02-18 Revidering av riktlinjer för färdtjänst	SN 100/2019

Socialnämndens beslut

1. Meddelandena läggs till handlingarna.



SN § 65

**Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2020-02-25-
2020-03-23**

Följande delegeringsbeslut anmäldes vid sammanträdet

<i>Nr</i>	<i>Delegationsbeslut</i>	<i>DNR</i>
1	Delegeringsbeslut – IFO, fattade under tidsperioden 2020-02-25- - 2020-03-23	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
2	Delegeringsbeslut – bistånd, fattade under tidsperioden 2020-02-25- -2020-03-23	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
3	Delegeringsbeslut – färdtjänst, fattade under tidsperioden 2020-02-25- -2020-03-23	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
4	Ansökan om tillfälligt tillstånd till allmänheten, Herrljunga Folkets Park	32-2020-00029

Socialnämndens beslut

1. Redovisningen av delegeringsbeslut godkänns.

DIARIENUMMER: 32/2020

FASTSTÄLLD: 2020-03-24

Kvalitetsberättelse 2019

Beslutsinstans, Socialnämnden
Omfattar socialförvaltningens samtliga verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2020-02-21

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	4
2	BAKGRUND	5
2.1	KVALITET I VERKSAMHET	5
3	ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET	6
3.1	SOCIALNÄMND	6
3.2	FÖRVALTNINGSCHEF	6
3.3	SAS/KVALITETSSAMORDNARE	6
3.4	VERKSAMHETSCHEF	6
3.5	STABSCHEF	6
3.6	ENHETSCHEF	6
3.7	PERSONAL I VERKSAMHET	6
4.	MÅL OCH MÅLUPPFYLLELSE	7
4.1	VISION OCH MÅL	7
4.2	MÅLUPPFYLLELSE	7
5	SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	9
5.1	RISKANALYS	9
5.2	EGENKONTROLL	9
5.2.1	INTERNKONTROLL	9
5.3	UTREDNING AV AVVIKELSER	10
5.3.1	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	11
5.3.2	AVVIKELSER SoL/LSS	11
5.3.3	LEX SARAH	12
6	EXTERNA GRANSKNINGAR	13
6.1	INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	13
6.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	13
6.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	14
6.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	14
7	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	14
8	UTMANINGAR	15

8.1	INRIKTNING 2020	15
	BILAGOR	18
	NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR	18
	KVALITET OCH RESULTAT	18

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS¹) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS² varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten.

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak socialtjänstlagen, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, områden.

Uppdateringar av riktlinjer och rutiner i ledningssystemet är ett fortsatt och ständigt pågående arbete. Ytterligare en processkartläggning, hemtjänst har genomförts under året och uppföljningar av andra processer. Handboken med de styrande dokumenten finns på intranätet, tillgänglig för samtlig personal. Information ska naturligt ingå bl.a. vid introduktion för samtliga personalkategorier.

Ett fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål sker i introduktion av nya medarbetare och chefer. Fokus under flera år har varit på medarbetarnas skyldighet att rapportera, vad och hur det ska dokumenteras. Avvikelsehantering generellt behöver nu lyftas till enhetschef/chefsnivå för ett förbättrat analys- åtgärds- och uppföljningsarbete. Lex modulen i verksamhetssystemet har införts vilket innebär att samtliga verksamheter nu kan rapportera avvikelser i Viva vilket bättre säkerställer processen.

Återkommande träffar med dokumentationsombud, har genomförts. Dokumentationsombud är särskild utsedd personal, som finns för stöd till kollegor och har så kallad spetskompetens gällande dokumentation och verksamhetssystemet Viva. Den planerade webbutbildningen i handläggning och dokumentation för socialsekreterare inom barn och unga fullföljdes inte. Dokumentation på handläggarnivå och verkställighetsnivå är ett fortsatt utvecklingsområde.

Kvalitetssamordnarna har till uppgift och har deltagit i verksamheternas fortsatta förbättringsarbete, i samarbete med förvaltningsledning och enhetschefer bl.a. genom återkommande träffar med enhetscheferna, deltagande på APT³ samt genom utbildning, granskning och kontroll.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att nämnden inte nådde upp till alla inriktningsmål 2019. Verksamhet Myndighet, har år 2019 inte genomfört den nationella brukarundersökningen inom individ och familjeomsorg, IFO. Daglig verksamhet, LSS har år 2019, för första gången deltagit i den årliga nationella brukarundersökningen. Resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2020.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

³ Arbetsplatsträff

2 Bakgrund

2.1 KVALITET I VERKSAMHET

Socialtjänstlagen 3 kap § 3 säger: *”Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”*

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat

- rättssäkerhet
- bemötande
- delaktighet
- socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagstiftningen anger

Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning, via tillsyn, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Nämnden har beslut om måldata indikatorer, dessa ska följas upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via synpunkt- och avvikelshantering.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras.

3 Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

3.1 SOCIALNÄMND

Socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten.

3.2 FÖRVALTNINGSCHEF

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

3.3 SAS⁴/KVALITETSSAMORDNARE

SAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och ser till att uppföljning och utveckling sker inom området socialtjänst. SAS/Kvalitetssamordnare och förvaltningschef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef samt förvaltningschef. SAS arbete sker i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

3.4 VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschefer för myndighet, socialt stöd samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sina verksamheter. Verksamhetschefer har ett ledningsansvar tillsammans med förvaltningschef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare. Rapporterar till förvaltningschef.

3.5 STABSCHEF⁵

Stabschef för bemanningsenhet, administrativ enhet och stab har ansvar för att leda och utveckla sin enhet, som har till uppdrag att stödja övriga verksamheter. Rapporterar till förvaltningschef.

3.6 ENHETSCHEF

Enhetschefer har ansvar för att leda och utveckla sina enheter. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

3.7 PERSONAL I VERKSAMHET

Ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och följa fastställda processer, riktlinjer och rutiner. Rapporterar till enhetschef.

⁴ SAS Socialt ansvarig samordnare

⁵ Funktionen upphör 2020

4. Mål och måluppfyllelse

4.1 VISION OCH MÅL

Kommunfullmäktige har antagit övergripande mål för Herrljunga kommun. Med dessa som underlag beslutar nämnderna om sina inriktningsmål. Socialförvaltningens mål utifrån visionen är utifrån brukarperspektivet följande två mål:

- en välmående verksamhet skall präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt som skapar trygghet och delaktighet
- förbättra integrationen av nyanlända med positiva effekter på samhällsutveckling genom medverkan och delaktighet av anställda och medborgare.

Socialnämnden har inom vissa verksamheter brutit ner målen till målandikatorer med andel nöjdhet i procent. Resultat år 2018 inom parentes.

Äldreomsorg	Mål 2019 (%)	Resultat 2019 (%)
Brukare inom äldreomsorgen ska känna förtroende för den personal som kommer hem till dem	100	88 (91)
Brukare inom äldreomsorgen ska vara delaktig i planering av hjälpen och kunna påverka vid vilken tid personalen kommer hem	74	71 (72)
Närstående/brukare i äldreomsorgen upplever ett bra bemötande i kontakten med personal	100	98 (89)
Andelen avvikelser inom SoL och LSS gällande utebliven insats ska minskas och högst utgöra % andel av samtliga avvikelser med	28	22 (34)

Daglig verksamhet enligt LSS		
Bemötande	100	85
Delaktighet	74	62

4.2 MÅLUPPFYLLELSE

Varje verksamhet har en upprättad arbetsplan där socialnämndens övergripande mål finns dokumenterade. Målandikatorerna eller andra mätbara mål är inte, i alla verksamheter, kända och dokumenterade i arbetsplanerna. Resultaten från egenkontrollerna/uppföljningarna i förhållande till mätbara målen saknas i en del av arbetsplanerna men ett arbete pågår inom verksamheterna.

Vård och omsorg

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar att andel positiva svar inom hemtjänsten har ökat på 11 av 14 frågor och inom särskilt boende en ökad andel positiva svar på 8 av 20 frågor i jämförelse med 2018 års resultat. Resultaten för målandikatorerna i tabellen ovan är hämtade från denna nationella brukarundersökning inom äldreomsorgen⁶.

- ✚ Andel positiva svar gällande helhetsbedömningen om hemtjänsten är **88** procent (86)
- ✚ Andel positiva svar gällande helhetsbedömningen om särskilt boende är **77** procent (88)

⁶ Socialstyrelsen lämnar årligen ut en omfattande enkät till samtliga personer 65 år och äldre i särskilt boende eller med insatser från hemtjänsten. Enkäten handlar till stor del om den äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen.

Svarsfrekvensen för hemtjänsten är 50 % och antalet svarande är 70 personer, för särskilt boende är motsvarande siffror 48 % och 35 personer som svarat. Både hemtjänst och boende ligger på en lägre svarsfrekvens än riket.

Upplevelsen om att det är ett bra bemötande från personalen har förbättrats markant. En alltid pågående dialog på arbetsplatserna har bidragit till det. En återkommande punkt på APT. En försämring har skett gällande brukares/anhörigas kännedom om vart man vänder sig med synpunkter och klagomål vilket är oroväckande. Enhetschefer informerar och uppmuntrar i stor utsträckning och är bekymrade för ett sviktande resultat. Att känna till bör ju alla göra, att ha orsak att lämna synpunkter och klagomål är en annan sak. Den nationella mätningen av personalkontinuitet sker en gång per år. Vid tidpunkten för årets mätning genomförde hemtjänsten en organisationsförändring vilket innebar att många timvikarier fick sättas in. Detta sägs ha påverkat resultatet. Det finns en hel del deltidstjänster vilket innebär ett glapp mellan dagen och kvällen och det kan bli ytterligare annan personal som kommer till brukaren. Att viss personal saknar delegeringar kan vara en annan orsak. Enhetschefer tror inte att heltidsprojektet kan förbättra resultatet. En fördjupad analys av resultatet kan behöva göras.

Att resultaten i brukarundersökning går upp och ner från ett år till ett annat kan ha sin naturliga förklaring. Nya brukare, nya boende som har en annan upplevelse. Närstående som är sina anhöriga behjälplig i svarandet kanske inte känner till eller är insatta i sin närståendes vardag och lämnar svar utifrån sin egen bedömning. Att följa resultaten över flera år, se trender är mera realistiskt och viktigt att beakta.

Myndighet

År 2018 var ett första år när förvaltningen deltog i den nationella brukarundersökningen inom Myndighets områden missbruk/beroende, barn och familj/vårdnadshavare och unga 13 år och äldre samt ekonomiskt bistånd. Svarsfrekvensen var låg och en analys gjordes med en handlingsplan för att inför 2019 års mätning kunna förbättra svarsfrekvensen. I 2019 års brukarundersökning finns inget resultat att rapportera in nationellt. Endast ett fåtal enkätsvar har inkommit. Orsaken uppges bero på att handläggare inte lämnat enkäter vid besök.

Inom Myndighet pågår ett omfattande förbättringsarbete. Avsaknad av chefer och handläggare är en bidragande, kanske avgörande orsak till att uppföljningar, analyser och förbättringar inte har skett i den utsträckning som behövts. De uppgifter, öppna jämförelser som nu rapporteras in till Socialstyrelsen kommer att bli ett bra underlag för vilka prioriteringar som behöver göras i det fortsatta förbättringsarbetet. Att återigen delta i den nationella brukarundersökningen 2020 (hösten) bör vara självklart.

Socialt stöd, verkställighet

Daglig verksamhet enligt LSS har deltagit i den nationella brukarundersökningen. Resultatet baserar sig på 13 inkomna enkätsvar. Flera positiva svar t.ex. att personalen bryr sig om brukarna och att de får den hjälp de behöver. Till en av frågorna med en lägre andel positiva svar var frågan om upplevelsen av om det är meningsfulla uppgifter/innehåll på den i dagliga verksamheten. En förklarande orsak kan vara att det finns personer som är i gränslandet för att kunna vara ute på den reguljära arbetsmarknaden eller alternativet är att vara på daglig verksamhet. Det finns även förbättringsområden såsom delaktighet och trygghet. Resultatet har presenterats i berörd personalgrupp och resultatet har tagits omhand. En fortsatt dialog sker på arbetsplatsen.

I övrigt se Verksamhetsberättelse 2019-12-31

5 Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 RISKANALYS

Att analysera risker är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal- och på verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och händelseanalyser ska också ses som en del i arbetet med ständiga förbättringar. Riskanalyser ska ses som ett verktyg att på ett strukturerat sätt identifiera, planera och genomföra åtgärder i förebyggande syfte. Det kan gälla utifrån uppmärksammade risker som rapporterats/avvikelser eller inför en till synes liten, med dock förändring t.ex. schemaändringar eller i mindre eller större organisationsförändringar. Rutin finns som beskriver detta.

Trots att bedömningen är att det skett en ökad medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra risk- och händelseanalyser och att vid behov skriva handlingsplaner i det förebyggande arbetet för att kunna följa upp och utvärdera, så har endast ett fåtal riskanalyser gjorts strukturerat 2019. Risk- och händelseanalyser med handlingsplaner ska dokumenteras.

År 2019 har tre risk- och händelseanalyser upprättats som har identifierats som händelser som kan inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och innebära konsekvenser för brukare.

5.2 EGENKONTROLL

Socialförvaltningens ledningsgrupp har antagit en rutin som ger SAS/MAS ett ansvar, i samarbete med andra funktioner, att analysera uppgifter från olika nationella jämförelser och register. Resultaten från dessa analyser är en del av det som ligger till grund för kommande, årliga inriktningar på förbättringsområden där egenkontrollen blir en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Granskning

Uppföljning av SAS/MAS kan ske genom besök i verksamhet eller vid dator när det gäller till exempel granskning av dokumentation. Rutinen ger SAS/MAS mandat att avgöra vilka granskningsområden som blir aktuella utifrån till exempel indikationer på brister i verksamhet samt vilka metoder och urval som väljs. Granskning och kontroll sker också utifrån särskilda uppdrag.

Inom hemtjänst och särskilt boende samt AME har egenkontroller med egna, utformade enkäter genomförts under 2019.

5.2.1 INTERNKONTROLL

Egenkontroll utifrån socialnämndens internkontrollplan har genomförts inom en rad områden. Förutom risk- och analysarbete som beskrivs ovan så har den kontrollen även omfattat bl.a. rättssäkerhet i myndighetsutövning och följsamhet till riktlinjer och rutiner.

Myndighet

Stort fokus gällande granskning har det varit på Myndighet under 2019. Vid årets början beslutades det om att en genomlysning av verksamheten skulle göras, denna påbörjades i juni 2019.

SAS/Kvalitetssamordnare har genomfört granskning i ca 85-90 enskilda ärenden. Inom LSS kontaktperson, aktuella beslut, gällande avtal etc. Brister som framkommit t.ex. verkställigheten har fortsatt utan biståndsbeslut, långa handläggningstider. Felaktigt dokumenterat, förväxling av namn på personer vilket kan antas uppstå om det i dokumentationen kopieras från ett ärende till ett annat.

Vid granskning av 17 avslutade utredningar i augusti, hade tre av dessa överskridit 4 månaders gräns och i inget av dessa fanns beslut om förlängd utredningstid.

I övrigt har granskningar i myndighetsutövning och verkställighet skett i samband med lex Sarah utredningar eller utifrån synpunkter och klagomål.

Boendeformerna

Gällande mat och måltider har en granskning skett inom de olika boendeformerna äldreomsorg samt gruppboendestad enligt LSS. En rapport är upprättad med resultatet från granskningen. Bedömningen är att det generellt fungerar bra med kost och måltider. En medvetenhet finns om vikten av tätare mål och begränsad nattfasta. Det finns en medvetenhet hos de flesta om miljöns betydelse, att göra skillnad på vardag och helg. Om boende har särskilda behov och önskemål gällande kost och måltider är det viktigt att detta framgår i den enskildes genomförandeplan. Detta är ett förbättringsområde. Kostombuden känner inte till rutinen kost och måltider och dess innehåll vilket är en brist.

5.3 UTREDNING AV AVVIKELSER

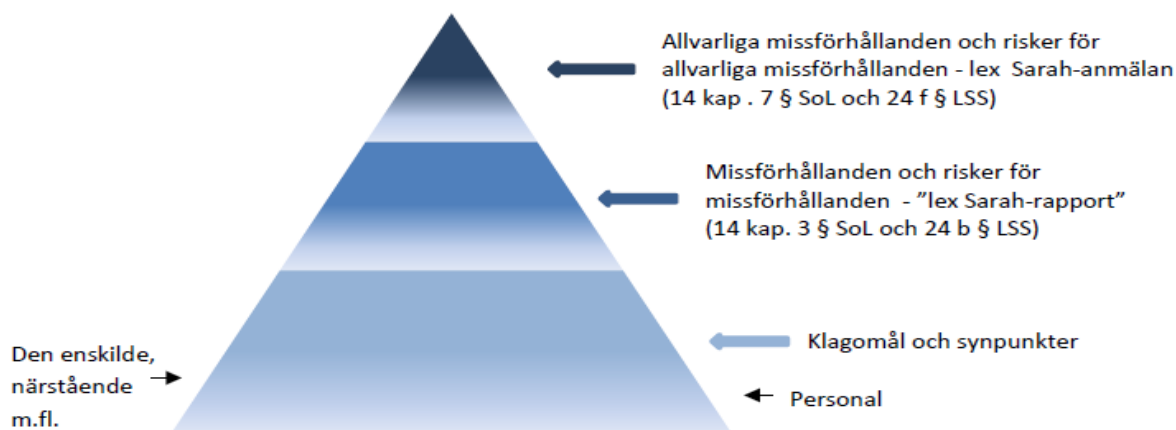
Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. När avvikelser sker och beroende av händelsens konsekvens/sannolikhetsgrad att upprepas, hanteras den på olika sätt.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, har minskat i antal i jämförelse med de senaste åren. Bedömningen är att det generellt är relevanta händelser som rapporteras och inte tillbud gällande arbetsmiljö eller när brukare tackar nej till insats. Dessa händelser ska rapporteras/dokumenteras på annat sätt. Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, analys av händelser, förändringar och förbättringar.

Kvalitetssamordnare har tillsammans med enhetschefer haft genomgångar, kvalitetsmöten. Verktyg till stöd vid riskbedömningar och analysarbete har lämnats ut, dessa finns också i handboken i ledningssystemet. Vid uppföljning hos enhetschefer så har det visat sig att det inte i någon utsträckning görs analyser på ett strukturerat och dokumenterat sätt gällande avvikelser. För nya enhetschefer är detta okänt för dem.

Avvikelser inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

I förvaltningens verksamhetssystem dokumenteras/rapporteras händelser på olika blanketter som har valts att kallas för *Klagomål och synpunkter SoL, LSS, Avvikelse rapport SoL, LSS* och *Lex Sarahrapport*.

Typ	Helår 2015	Helår 2016	Helår 2017	Helår 2018	Helår 2019
Klagomål och synpunkter SoL, LSS	25	48	55	24	19
Avvikelser enl. SoL, LSS	406	301	308	303	295
Lex Sarah	11	15	14	6	9
Totalt	442	364	377	333	323

5.3.1 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Återkoppling till brukare/anhörig sker till samtliga förutom i något enstaka fall när klagomålet/synpunkten lämnats av anonym avsändare. Synpunkterna omfattar bland annat följande områden:

- synpunkter på hemtjänstens organisation, personalens kompetens, bristande ansvarstagande
- brister i myndighetsutövning LSS
- informationsbrist i samband med korttidsboende
- brister i omvårdnad
- stöder

Flera positiva synpunkter har inkommit gällande personal inom vård och omsorg.

Biståndshandläggare har som praxis att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra klagomål och synpunkter. Inga synpunkter på verksamhet har inkommit från personal.

5.3.2 AVVIKELSER SoL/LSS

Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser för Vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom Socialt stöd och Myndighet samt administration dokumenteras händelser på pappersblanketter fram till halvårsskiftet, då lex modul i Viva infördes

vilket innebär att avvikelserna för de verksamheter som rapporterat på papper nu kan dokumentera i systemet. Förenklar vid uppföljningar och statistik inhämtning samt säkrar processen.

Inom Myndighet har det skett en ökning i antal rapporterade avvikelser. Det har rapporterats ca 20-25, vilket kan tolkas som att det finns en ökad medvetenhet om ansvaret för att rapportera missförhållanden. Inom myndighet handlar dessa avvikelser om bl.a.

- utredningar som drar ut på tiden
- brister kring handläggning av orosanmälan
- ej journalförda arbetsanteckningar.

Orsakerna till bristerna sägs vara bristande resurser/tid och personalomsättning. Åtgärder har i senare delen av året 2019 varit att hyra in konsulter och se över organisationen.

Äldreomsorgen står för den större delen av de rapporterade händelserna och hemtjänsten brukar stå för den större andelen. Av årets rapporterade avvikelser är det fler inom särskilt boende. Förklaringen är att 77 rapporter (ca 31 % av avvikelserna) upprättades i samband med att trygghetslarmen på Hemgården stängdes ner vid en helg.

Den typ av avvikelser som handlar om brister i omsorg gäller bl.a. handgemäng mellan boende vilket skapar rädsla och otrygghet, om brister vid matdistribution och om städning. I övrigt handlar avvikelserna om uteblivna insatser, på grund av resursbrist, glömska eller brister i informationsöverföring. En mindre del handlar om brister i dokumentationen, inte upprättad, aktuell genomförandeplan. Akuta händelser åtgärdas. Mer personal, är ofta förslag på åtgärder för att hindra negativa händelser, men även information och utbildning inom olika områden.

Från socialt stöd, boende LSS, personlig assistans har 14 avvikelser rapporterats, flertalet handlar om uteblivna insatser på grund av resursbrist och brister i informationsöverföring.

5.3.3 LEX SARAH

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah går den vidare till SAS som utreder missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet. Det görs en bedömning om det är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är av en allvarlighetsgrad som föranleder en anmälan så skickas anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Av 2019 års rapporterade missförhållanden har ett missförhållande bedömts vara av den allvarlighetsgraden att det har föranlett en anmälan till tillsynsmyndigheten, IVO. Allvarlighetsgrad bedöms utifrån en bedömningsmatris med konsekvenser för brukaren och sannolikhet för upprepning. Den anmälan som gjordes avsåg brister i myndighetsutövning gällande avsaknad av/brister i utredning och beslut gällande familjehem.

De flesta lex Sarah rapporterna upprättas av enhetscheferna själva och inte av personal. Det är viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

Det är viktigt att det i verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet samt syftet med lagstiftningen. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. Om händelser rapporteras i tidigt skede är det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder, lindra omfattning av konsekvenser som händelserna kan innebära, dels ur ett individperspektiv och dels ur ett verksamhetsperspektiv.

En viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete är en verksamhet, där chef och personal är uppmärksam på avvikelser och dess hantering, är väl förtrogen med ansvaret och syftet med rapportering.

Följande lex Sarah rapporter har inkommit.

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan
1	Hemtjänst	Brister i omsorg	Missförhållande	Nej
2	Hemgården	Ekonomisk	Ej missförhållande	Nej
3	Hemgården	Brister i omsorg	Missförhållande	Nej
4	Hagen	Brister i omsorg	Missförhållande	Nej
5	IFO, myndighet	Brister i rättssäkerhet, utredning	Missförhållande	Nej
6	IFO, myndighet	Brister i rättssäkerhet, utredningstider	Missförhållande	Nej
7	IFO, myndighet	Brister i rättssäkerhet, familjehemsutredning och beslut	Missförhållande	Ja
8	LSS	Brister i bemötande och i omsorg	Missförhållande	Nej
9	LSS	Brister i bemötande och i omsorg	Missförhållande	Nej

6 Externa granskningar

6.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

6.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser 2018 års rapporteringar. Under året 2019 har 34 (28) personer omfattats av ej verkställt beslut vilket har rapporterats till IVO. Besluten enligt nedan.

Enligt SoL – ÄO	12 (6)
	Särskilt boende 12 (4)
Enligt SoL - handikappomsorg	2
	Sysselsättning 2
Enligt SoL – IFO	7 (13)
	Kontaktfamilj 5 (6)
	Kontaktperson 2 (5)
Enligt LSS	13 (9)
	Kontaktperson 6 (8)
	Ledsagarservice 1 (1)
	Korttidsvistelse 2
	Avlösarservice 1
	Korttidstillsyn 1
	Personlig assistans 1
	Boende barn och unga 1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Av de rapporterade ej verkställda besluten gällande särskilt boende för äldre har väntetiden varit från 3,5 månader upp till över 1 års väntan hittills i ett enskilt ärende.

Nämnden har ett pågående ärende hos IVO i Jönköping, gällande korttidsvistelse där IVO överväger att hos domstol ansöka om särskild avgift. Inget beslut har ännu fattats. Väntetiden för den enskilde är hittills över 1 år.

Det är viktigt att det dokumenteras i enskilda ärendet om vad som görs under väntetiden, hur nämnden arbetar med rekrytering, resurser och vilka eventuella insatser som den enskilde har under väntetiden, det kan vara avgörande för om IVO går vidare eller ej i sina övervägande om att söka särskild avgift för ej verkställt beslut. Här brister det i dokumentationen i många fall.

6.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Tio personer har gjort anmälan till IVO, gällande sitt specifika ärende. Anmälan har handlat om missnöje med bl.a. handläggning, umgänge, bemötande, tillgänglighet, brister i omsorg. Några personer har till IVO gjort flera anmälningar, gällande samma ärende, totalt 23 anmälningar till IVO. Kvinnohuset Cassandra har gjort en anmälan. IVO har öppnat tillsyn i tre ärenden, varav i två ärenden avslutat utan kritik. I ärendet från kvinnohuset har IVO påtalat brister om att nämnden inte har inlett utredning efter orosanmälningar som innehållit uppgifter om att barn kan ha utsatts för eller bevittnat våld eller andra övergrepp samt att beslut om att inleda utredning har överskridit fjorton dagar utan synnerliga skäl.

6.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

I juli 2019 har en tillsyn genomfört på stödboendet med en uppföljning på tillsynen i oktober 2019. Fokus för tillsynen var på lokaler, personal och bemanning. IVO har inte fattat beslut i ärendet.

7 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom bl.a. rapporteringsskyldighet. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet, är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande.

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Men flertalet verksamheter behöver utveckla sitt arbete med rapportering av avvikelser och den fortsatta handläggningen av dessa i enlighet med upprättade rutiner. Fokus behöver nu riktas till enhetschefernas uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser.

Att ta om hand även andra resultat t.ex. öppna jämförelser, brukarundersökningar och utifrån dessa analysera och förbättra verksamheten behöver även det få ett större fokus framöver.

Kvalitetssamordnarna har kvartalsvisa så kallade kvalitetsmöten med enhetschefer. Enhetscheferna har bland annat fått med vissa verktyg och stöd för dokumentationen i sitt analysarbete. Under 2019 har färre möten skett på grund av sjukdom och vissa vakanser.

SAS har under året deltagit på vissa arbetsplatsträffar för genomgång gällande systematiskt kvalitetsarbete, dokumentation etc. SAS har tillsammans med systemförvaltare regelbundna möten med dokumentationsombuden och erbjuder dokumentationsutbildning för nya medarbetare. Det har saknats dokumentationsombud inom LSS verksamheter.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet i en *Handbok* som finns tillgänglig för samtlig personal. Bedömningen är att personal inom vård och omsorg samt socialt stöd, generellt har kunskap om *Handboken* och att det där finns rutiner och andra styrande dokument. Inom Myndighet har många nya medarbetare tillkommit under hösten 2019 och där kan råda okunskap om ledningssystemet, med riktlinjer och rutiner.

8 Utmaningar

8.1 INRIKTNING 2020

Inriktning under 2019	Ansvarig	Följs upp
Ledningssystem Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet		
Processer Ett fortsatt arbete behövs med att <i>identifiera</i> interna processer, <i>kartlägga</i> processer och på så sätt utveckla former för den interna samverkan, för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda och för rättssäkerheten	SAS/Kvalitetssamordnare Förvaltningschef Verksamhetschefer Enhetschefer	<ul style="list-style-type: none"> förvaltningens ledningsgrupp, FLG
Dokumentation Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentation i form av bland annat: <ul style="list-style-type: none"> riskbedömningar, analyser handlingsplaner, uppföljning 	Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef <i>Chef vars verksamhet det gäller</i>	<ul style="list-style-type: none"> kvalitetsmöten granskning och kontroll
Riskanalyser Riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera bakomliggande orsaker och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Riskanalys – Rutin	Enhetschef – <i>enhetsnivå</i> Verksamhetschef – <i>verksamhetsnivå</i> Förvaltningschef - <i>förvaltningsnivå</i>	<ul style="list-style-type: none"> kvalitetsmöten granskning och kontroll
Analyser Utredning och analys av olika slag gällande resultat (kan även vara positiva	Enhetschef Verksamhetschef	<ul style="list-style-type: none"> kvalitetsmöten granskning och kontroll

<p>resultat) och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet. Verktyg för analys och förbättringsarbete ska användas. Resultat kan t.ex. vara från:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avvikelser • brukarundersökningar • måluppfyllelse • nationella enkäter, statistik 	<p>forts. -"-</p>	
<p>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet. Uppdatera rutiner/riktlinjer vid förändring eller innan utgångsdatum</p>	<p>Enhetschef Dokumentansvarig</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kontroll
<p>Dokumentation på brukarnivå Rättssäkerhet. Förbättra dokumentationen där brister har framkommit</p> <ul style="list-style-type: none"> • i handläggning Myndighet • i verkställighet 	<p>Enhetschef</p>	<ul style="list-style-type: none"> • granskning och kontroll
<p>Övrigt Nationella brukarundersökningar <i>Vård och omsorg</i> Brukarundersökningar inom äldreomsorgen ger en bild av hur brukare/boende upplever äldreomsorgen. Ett viktigt resultat att jämföra över tid och anvisning åt vilket håll utvecklingen går. <i>Myndighet</i> År 2018 var första året när socialtjänsten, IFO deltog. År 2019 inget deltagande. Målet bör vara att åter igen delta 2020. Resultatet från dessa undersökningar kan vara ett verktyg för förbättringsarbete och bör vara återkommande. <i>LSS</i> År 2019 var första året daglig verksamhet, LSS deltog. Resultatet ger en bild av nuläge och kan ligga till grund för ett förbättringsarbete. Ett årligt deltagande bör ske.</p>	<p>SAS/Kvalitetssamordnare <i>- förarbete och sammanställningar</i> Verksamhetschef</p>	<ul style="list-style-type: none"> • förvaltningsledning • nämnd

Bilaga 1, SN § 55/2020-03-24

Att ha utrymme att arbeta systematiskt och strukturerat är förutsättningar för förbättringsarbeten. Att arbeta förebyggande och på så sätt kunna förhindra att händelser uppstår igen är viktigt. I vardagen kan akuta behov uppstå, omprioriteringar behöva göras vilket innebär ytterligare en dimension på vikten av att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början.

Som stöd i förbättring- och kvalitetsarbete finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, information, utföra intervjuer och göra analys och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner – verksamhetsutveckling.

Bilagor

Nationella uppföljningar

Årligen rapporterar nämnden en mängd uppgifter till bland annat Socialstyrelsen. Redovisningar och sammanställningar finns, i någon omfattning, att ta del av inom de flesta verksamheter. Sådan statistik ger indikationer på förbättringsområden. Att analysera resultat från den nationella statistiken är därför viktig. Kvalitetssamordnarna har en roll i analysarbetet men det måste främst ske inom berörd verksamhet med stöd av kvalitetssamordnare.

I vissa tabeller och diagram används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat ligger till jämfört med andra kommuner. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött för de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

KVALITET OCH RESULTAT

Brukarundersökning i Hemtjänst

	2016	2017	2018	2019
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn, andel (%)	89	85	86	88
Känner förtroende för personalen som kommer	90	91	88	88
Får bra bemötande av personalen	96	99	97	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	79	86	76	79
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	89	82	89
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	44	47	43	48
Personalen kommer på avtalad tid	75	81	79	88
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	63	58	59	54
Personalkontinuitet, (ett genomsnitt) antal personal	18	18	-	21

Brukarundersökning i Särskilt boende

	2016	2017	2018	2019
Sammantaget nöjd med boendet – helhetssyn, andel (%)	84	89	88	77
Känner förtroende för personalen som kommer	88	89	94	88
Får bra bemötande av personalen	88	94	94	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	79	83	82	82
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	86	88	90	81
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	52	66	71	63
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	41	38	40	31
Tycker att maten smakar bra	69	69	65	59
Upplever måltiderna som en trevlig stund	63	73	69	64
Möjlighet till sociala aktiviteter	52	61	54	56

Verksamhets- och brukarundersökning IFO, myndighet

	2018	2019
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med socialsekreteraren (till exempel via telefon, sms eller e-post)?	65	-
Hur lätt eller svårt är det att förstå informationen du får av socialsekreteraren?	83	-
Hur stor förståelse visar socialsekreteraren för din situation?	65	-
Frågar socialsekreteraren efter dina synpunkter på hur din situation skulle kunna förändras?	73	-
Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får av socialtjänsten i kommunen?	33	-
Hur har din situation förändrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten i kommunen?	56	-
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med det stöd du får från socialtjänsten i kommunen?	67	-
Ekonomiskt bistånd		
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	-	91
Väntetid i antal dagar från ansökan till beslut om försörjningsstöd, medelvärde	-	22
Väntetid i antal dagar från ansökantill beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%).	-	55
Barn och ungdomsvård		
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	20
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	58
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	-	79
Missbruk och beroendevård		
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	-	72
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	-	118
Äldreomsorg		
Är handläggares beslut anpassade efter dina behov, andel (%)	73	76

Brukarbedömning

LSS – daglig verksamhet	2019	Alla kommuner
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	38	73
Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	85	85
Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	92	88
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	77	76
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	69	81
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	69	73
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	46	82
Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	38	82
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	100	90

Bilaga 1, SN § 56/2020-03-24

DIARIENUMMER: 45/2020
FASTSTÄLLD: 2020-03-24
DOKUMENTANSVAR: Jennie Turunen Verksamhetschef
Vård och Omsorg
Berith Källerklint MAS

Patientsäkerhetsberättelse 2019

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

Resultat och analys.....	12
<i>Nationell punktprevalensmätning basala hygienregler.....</i>	12
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 systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare skall ges möjlighet att utöva sitt arbete så att god och säker vård kan ges.

Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren skall 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 2019 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.

Egna mätningar på följsamheten till rutin Skydds- och begränsningsåtgärder samt rutin Kost och måltider har genomförts 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 skall 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 skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient skall 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 skall vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete skall genomsyras av socialnämndens värdegrund.

Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård kan ges.

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 legitimerad 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 kvalitét 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 allvarlig (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 i kommunen.

Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SOL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), 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 ansvarar för att de rutiner som MAS och SAS framtagit är väl kända i verksamheten.

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 skall 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 vårdskada

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 huvudmän eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunen, Närvårdsavvikelser.

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.

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. Teamet 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 Närsjukvårdsteamet 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 lasarets 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 skall 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- och 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- och 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 2019 har vård- och omsorgsplanering via videolänk gjorts mellan SÄS eller Alingsås lasarett och Herrljunga kommun. Det är en väl fungerande vårdplaneringsform. Även två-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård via IT-stödet är en fungerande vårdplaneringsform.

Samverkan Läkarmedverkan/Närhälsan

Västra Götalandsregionen 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 Götalandsregionen 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 2019 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet.

Samverkansmöte med Närhälsan har genomförts tre gånger per termin. Deltagare vårdcentralschef, enhetschef HSL och MAS. Möte med kommunens sjuksköterskor samt läkare och sjuksköterskor på Närhälsan har genomförts en gång under 2019.

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 skall 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 alltid patienten, i förekommande fall närstående om samtycke. Vid deltagande i kvalitetsregister tillfrågas alltid patienten, 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 eller 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 2019 ökat med 162 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i sex av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2019 minskat jämfört med året innan genom återkommande diskussion i arbetsgrupperna. Vanligast förekommande orsak är avglömd given läkemedelsdos.

Under 2019 är det fortfarande avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. Rehab har valt att minimera antalet skrivna avvikelser utan gör en uppskattning av antalet händelser som borde lett till skrivna avvikelser. 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 vårdskador eller risk för vårdskador 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
Hemsjukvård 2019	458	458	1049	6

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 2019 har inkommit ett klagomål/synpunkt inom HSL.

Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Arbetet med kvalitetsregistren BPSD samt Senior alert har under 2019 visat en uppgång i inrapportering och registrering .

VISAM

Under 2019 infördes ViSam, en samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska

användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Detta gäller patienter inskrivna i hemsjukvård, oavsett boendeform. Samtliga sjuksköterskor i Herrljunga kommun har gått utbildning för att kunna arbeta med ViSam. ViSam består av ett strukturerat beslutsstöd där sjuksköterskan fyller i olika parameterar. Utifrån vad som fylls i fås ett värde fram som påvisar om patienten kan stanna kvar i hemmet, åka till primärvård eller till akutmottagning med ambulans. ViSams ifyllda checklista skickas sedan med ambulans till sjukhus. ViSam är kompatibelt med arbetsmodellen SBAR.

SBAR

Kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring. Många vårdskador sker för att man inom vården missar eller tappar information. SBAR ger möjlighet till att kommunicera strukturerat i vården vilket ger en säkrare överrapportering mellan vårdgivare.

Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor har fått utbildning i kommunikationsmodellen SBAR och rapporterar utifrån den strukturen. Även ambulans och akutmottagningar arbetar utifrån kommunikationsmodellen SBAR vilket gör att mottagande av information och överrapporteringar ges en ökad säkerhet.

Det ger också en säkerhet till vad som är relevant att rapportera och inhämta kunskap om.

Nedan ses ett exempel på så kallat SBAR-kort, som samtlig personal har och arbetar utifrån.

SBAR – akut situation

<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p>
<p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p>Bedömning</p>	<p>Rapportera A: luftväg B: andning C: puls, blodtryck, saturation D: medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/ rum/person E: temperatur, hud, färg, buk, urinproduktion, yttre skador. Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag: omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling. Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen? Finns fler frågor? Är vi överens?</p>

Nationell patientöversikt, NPÖ

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. Att arbeta med NPÖ har förenklats arbetet genom att sjuksköterskan kan söka information om vårdtagare och ha tillgång till slutenvårdens och primärvårdens dokumentation, provsvar etc. Samtlig legitimerad personal, såsom sjuksköterska, fysioterapeuter och arbetsterapeut, i Herrljunga kommun arbetar i NPÖ.

Risakanalys

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

En riskanalys skall 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 risker så att patient inte drabbas av vårdskada samverkar ett flertal vårdgrannar. Uppkomna händelser har bedömts utifrån sannolikhet att händelsen skall inträffa igen samt vilka negativa händelser som skulle kunnat bli följderna 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.

En avvikelse har under 2019 varit föremål för utredning som kunde lett till vårdskada. Denna avvikelse ledde till anmälan till IVO enligt Lex Maria.

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 2019 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 vilka redovisas för nämnden.

Enhetschef 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 2019.

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).

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

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, viktninskning, 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	39	12	21	19	16
Demens	9	3	0	4	7
Korttidsenhet	8	1	0	5	1
Hemvård	29	9	5	8	15

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	Munhälso-bedömning sista	Ordinerat ångstdämpande vid behov	Närvarande vid dödsögonblicket <i>Förväntat dödsfall</i>
------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---

		<i>levnads- veckan</i>		
Herrljunga kommun	26	49,5 %	100 %	91,5 %
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.

En ökning av registrerade ärenden har skett under 2019, från föregående års 27 registreringar till 48 registreringar 2019.

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

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

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 regelbundet, 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.

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. Under 2019 har kontinuerliga mätningar genomförts på enheterna på hygien. Självskattning på följsamhet av basala hygienrutiner har gjorts och dokumenterats. Resultatet visar god följsamhet i nära patientarbete av personalgrupperna.

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2019 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 hans 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 skall 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 2019 på skydds- och begränsningsåtgärder för boende på särskilt boende och korttidsenheten. Mättningsresultat 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. Avvikelserrapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

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 verksamhetens kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet det vill säga genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering skall utföras beskrivs i rutin "Avvikelshantering", samt rapportera sådant som motverkar eller utgör hot mot att brukaren:

För att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det är 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 är fall och läkemedel.

Antal registrerade fallolyckor/fallavvikelser har under 2019 ökat med 162 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i sex av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2019 minskat jämfört med året innan. Vanligt förekommande orsak är avglömd given läkemedelsdos.

Under 2019, tillika 2018 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.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande och revidering av ett flertal riktlinjer och rutiner.

Enhetschefer, SAS och MAS har under året genomfört kvalitetsmöte 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.

Avvikelse rapportering i Närvårdssamverkan

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering (SVPL) samt rutin för samordnad individuell plan (SIP) mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdssamverkan 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 för brukaren, där 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 2019 har det skrivits 22 avvikelser i samverkan. De flesta avvikelser gäller ej aktuella läkemedelslistor samt ej tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad Individuell Plan). 12 avvikelser till Herrljunga kommun har mottagits.

Klagomål och synpunkter

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.

Händelser och vårdskador

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. Diskussion i personalgrupp sker efter utredning för ett lärande i organisationen.

En utredning lett till Lex Maria-anmälan till IVO under 2019.

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

- det saknas plan för fortsatt vård från landstinget
- SIP behöver göras på fler patienter innan ankomst till korttidsenhet
- brister i informationsöverföring/rapport från landstinget
- brister i ordinationer, utsättning, maxdoser
- avsaknad av/felaktiga läkemedelslistor

Mål och strategier för kommande år

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

Egenkontroller

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

Hygien

100 % följsamhet till de basala hygienreglerna. Öka kunskap och förståelse av vikten av att arbeta efter basala hygienrutiner.

Kvalitetsmöte

Bygga vidare på arbetet tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal analysera brister i verksamheten för att förebygga vårdskador.

Kvalitetsregistren

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

Avvikelser

Öka kunskapen om avvikelshantering, både att skriva och att analysera.



HERRLJUNGA KOMMUN

Socialförvaltningen

Inspektionen för Vård och omsorg
Box 53148
400 15 GÖTEBORG

Yttrande enligt begäran

Dnr 8.4.2-23536/2019

SN dnr 76/2019

Inspektionen för vård och omsorg, IVO har genomfört en inspektion av stödboendet för barn och unga vid Sveagatan stödboende i Herrljunga. Inspektionen har varit inriktad på ungdomars trygghet och säkerhet, personal och bemanning, inskrivning samt lokaler.

IVO begär att nämnden redovisar sin inställning till de brister IVO konstaterat samt eventuella vidtagna åtgärder eller planerade att vidta för att komma tillrätta med bristerna. Redovisningen ska ha inkommit till IVO senast den 30 mars 2020.

Följande brister konstaterar IVO:

- inskrivning följer inte gällande bestämmelser
- det finns brister i verksamhetens dokumentation
- kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister har inte alltid utförts innan anställning

Inskrivning följer inte gällande bestämmelser

Lämplighetsbedömningar har gjorts inför flytt från HVB till stödboendet. Detta finns dokumenterat i några ärenden. Inskrivningsbeslut saknas, verkställighet finns dokumenterat. Att det har brustit i dokumentationen kring lämplighetsbedömningar och inskrivningsbeslut till stödboendet är en brist detta kan bara beklagas. Orsaken till att inskrivningsbeslut saknas kan antas bero på bl.a. bristande följsamhet till upprättad rutin, brister i introduktion av nya chefer, kompetensbrist. För tidigare boende ungdomar finns i vissa ärenden dokumenterat både bedömningar och beslut.

Några allvarliga händelser eller incidenter har inte inträffat i verksamheten och ungdomarna i stödboendet i dag, är självständiga, ansvarstagande unga vuxna personer.

Bristen är nu synliggjord. Den upprättade rutinen som tydliggör ansvar och uppdrag kommer att ses över. Information till berörda chefer. Klart senast 2020-03-31.

Brister i verksamhetens dokumentation

De nu fyra boende har genomförandeplaner som följs upp efter behov. Den unge är delaktig i planeringen hur stödet ska genomföras och vad det kan innefatta. Detta finns dokumenterat.

I de nu aktuella ärendena finns journalanteckningar till viss grad, oftast 1-2 anteckningar i månaden i samband med kontakter personal och ungdom såsom vid samtal, hembesök, praktiska frågor. Dokumentation kring uppföljningar, utifrån målen, med den enskilde, med handläggare saknas dock.

Postadress
HERRLJUNGA KOMMUN
Box 201
524 23 HERRLJUNGA

Besöksadress
Torget 1

Telefon
0513-170 00
Fax
0513-171 66

E-post
social@admin.herrljunga.se
Internet
www.herrljunga.se

Dokumentationen är sparsam och i den mån insatser eller händelser av vikt har skett, så saknas det i dokumentation vilket är en brist.

Generellt i förvaltningen är dokumentation ett område där det över tid och verksamheter förekommer brister. Dokumentation ingår i introduktion, särskilda utbildningssatsningar, löpande fortbildning för olika personalgrupper etc. Nya medarbetare tillkommer och detta är alltid aktuella och pågående insatser. Kontinuerliga träffar sker med dokumentationsombud som i sin roll är ett stöd för sina kollegor.

För de personal som nu är verksam inom stödboendet har utbildningsinsatser genomförts efter IVO:s inspektion.

Kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister

Vid tidpunkten för inspektionen fanns tre anställda i verksamheten. Uppgift om kontroll av registerutdrag från Polismyndighet fanns inhämtat gällande två personal men saknades för den tillförordnade enhetschefen. Att denna kontroll på en av personalen, har skett efter anställningens början är en brist men sker numera, i de verksamheter som berörs, inför nyanställningar i enlighet med den rutin som finns upprättad sedan tidigare.

Kontroll av registerutdrag från Polismyndighet har skett efter IVO:s inspektion på de berörda personal och chefer som det saknades.

Rutinen för kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister ses över. Klart senast 2020-04-30.

Enligt uppdrag

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare



Tack för skrivelsen daterad 2020-02-10

I ett tidigare svar på skrivelse från till FUB gällande hur nämnden förhåller sig till daglig verksamhet under semesterperioden 2019, gav nämnden med hänvisning till lagstiftning och Socialstyrelsens uttalande bl.a. svar om att det inte i några tillämpliga bestämmelser finns något som reglerar öppethållande på daglig verksamhet. Hänsyn får tas till utformning, organisation och tillgång till adekvat personal. För brukar som inte vill vara ledig under en semesterstängning måste kommunen se till att han eller hon tillförsäkras goda levnadsvillkor på annat sätt.

Nämnden fattade ett beslut om att en ansökan om insats under semesterperioden behöver göras av den enskilde som inte har för avsikt att själv ta semesterledighet. Nämnden ändrar sig nu på den punkten.

- Ingen ny ansökan om tillfällig insats under semesterperioden, vid en eventuell stängning, kommer att krävas.
- Vilka insatser som kan komma att erbjudas för att tillgodose den enskildes behov vid en eventuell stängning kommer att utgå från enskilds individuella behov och verksamhetens organisation och tillgång till adekvat personal.

Dagliga verksamheten efterfrågar alltid behovet av insatsen hos deltagarna inför varje sommar och semesterperiod. Verksamheten gör sedan en bedömning utifrån behoven om daglig verksamhet kan hålla öppet eller ej. Verksamheten kommer att följa beslutet om att inga brukare behöver ansöka på nytt. Det är tillräckligt att de informerar personalen i tid så verksamheten kan kartlägga behoven och planera utformningen.

Semester innebär att verksamheten behöver säkerställa att det finns personal som kan arbeta under sommarperioden. Det kommer i första hand att göras genom att samverka med andra verksamheter, genom att undersöka möjligheter till att flytta befintlig personal. I andra hand kommer verksamheten att använda vikarier.

Verksamheten kommer endast att stänga om inga brukare uttrycker önskemål eller behov av insatsen daglig verksamhet under semesterperioden.

Med vänliga hälsningar

Socialnämnden

Postadress
HERRLJUNGA KOMMUN
Box 201
524 23 HERRLJUNGA

Besöksadress
Torget 1

Telefon
0513-170 00
Fax
0513-171 66

E-post
social@admin.herrljunga.se
Internet
www.herrljunga.se