



Namn på dokumentet: Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Dokumenttyp: Årsberättelse

Dokumentansvarig: MAS,
verksamhetsutvecklare

Beslutad: 2019-03-20

Beslutad av: Socialnämnden

Ärendenummer: 2019/8026

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare 2018



Innehåll

Sammanfattning	4
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	5
Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	6
Vårdgivare (Socialnämnd)	6
Verksamhetschef (Socialchef)	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	6
Verksamhetsutvecklare	6
Programområdeschef Fo/IFO-chef	7
Chef för integration och ensamkommande	7
Enhetschef	7
Legitimerad personal	7
Medarbetare	7
Struktur för uppföljning och utvärdering	8
Informationssäkerhet	8
Samverkan för god kvalitet och patientsäkerhet	8
Samverkan med brukare/patienter och närstående	8
Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	9
Avvikelse.....	9
Sammanställning och analys	9
Kvalitetsnyckeltal - Indikator	9
Kvalitetsuppföljning - individnivå	10
Informationssäkerhet	10
Välfärdsteknik	10
Avvikelse	10
Patientsäkerhet	11
Åtgärder för ökad patientsäkerhet	12
Uppföljning genom egenkontroll	14
Riskanalys	15
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Lex Sarah och lex Maria	15
Klagomål och Synpunktshantering	16
Socialtjänsten	16
Patientsäkerhet	17



Stickprov	17
Dokumentationsskyldighet.....	18
Systemförvaltning av Procapita och Treserva.....	18
Nationella kvalitetsregister	18
Nationella uppföljningar.....	18
Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada).....	19
Övergripande mål och strategier för 2019.....	19
Gemensamt för alla verksamheter	20

Inledning

Äldreomsorgen har två särskilda boenden för äldre. Korttidsenheten med 6–8 platser för korttid, växelvård och sviktplatser. Hemvården/Hemtjänsten har under 2018 haft ett ökande antal vårdtagare ca 240. Hemsjukvården har under 2018 haft i genomsnitt 100 patienter inskrivna varje månad.

Utredningsenheten har 4 handläggare och de dokumenterar enligt IBIC (SoL och LSS). Är den verksamhet som ”beställer” insatser från verksamheterna inom äldreomsorg och funktionshinderomsorgen. Även denna verksamhet har känt av det ökade antalet brukare med behov av insatser som till viss del kan förklaras med den nya vårdsamordningen. Anhörigsamordnare tillhör utredningsenheten och arbetar 50 % i Mullsjö och 50% i Habo.

Individ och familjeomsorgen handlägger och dokumenterar enligt Sol. De beställer också insatser men då först och främst från sig själva – öppenvården. Verksamheten har under 2018 gått utbildning i systemisk teori, alla konsulter avslutades och personal har anställts. IFO-chef slutade och ersattes med ny efter sommaren.

Funktionshinderomsorgen har tre boenden, daglig verksamhet, boendestöd och ledsagning. Verksamheten verkställer insatser som kommer från utredningsenheten. Det har varit ett intensivt år även inom denna verksamhet då antal insatser ökade inom korttiden och IBIC infördes. Programrådeschef slutade i slutet av november.

Sammanfattning

Socialtjänsten har kompetensutvecklat baspersonal genom kvalitetssäkrade webbutbildningar i ämnen som säker läkemedelshantering och delegering. 2018 var annars ett år då mycket av utbildningsinsatserna fick stå tillbaka på grund av det ekonomiska läget i kommunen.

Ingen utredning har genererat anmälan till IVO enligt Lex Maria men dock enligt lex Sarah. Det som anmäldes till IVO handlade om felaktigt överlämnanden från annan kommun. Ärendet avslutades av IVO då de ansåg att det var ett klagomål. Ett ärende har kommit från Patientnämnden.

Viktiga åtgärder för patientsäkerheten är deltagandet i registrering i Senior alert, BPSD och Palliativa registret.

Undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" 2018 visar att helhetssynen för äldreomsorgen har sjunkit från 96% 2017 till 92% för 2018. Dock ligger vi högt ändå. Personalkontinuiteten har ändrats från 11 personal i genomsnitt för 2017 till 14 personal i genomsnitt för 2018. Brukarna ger Mullsjö kommuns äldre-omsorg ett gott betyg även i år gällande trygghet och bemötande.

Arbete med införande av nytt verksamhetssystem, Combine, påbörjades.

Klagomål och synpunkterna har fördubblats i förhållande till föregående år. Analysen säger inte att kvaliteten är sämre än föregående år, utan fler framför sina synpunkter.

Bakgrund

Varje individ i Mullsjö kommun ska kunna känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individen ska bemötas med respekt och värdighet och ha inflytande över sin vardag. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg kan ges. Vården och omsorgen ska bedrivas med respekt för vårdtagarnas integritet och självbestämmande. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för personal, brukare/patient och övriga medborgare. Tydligheten är en grund och förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård utifrån den enskildes behov och det innebär:

att vården ska vara trygg, av god kvalitet och med god hygienisk standard

att vården är lättillgänglig

att vården bygger på respekt för vårdtagarens självbestämmande och integritet

att främjagoda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen

att vården tillgodoser vårdtagarens behov av kontinuitet och säkerhet

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS är komplexa verksamheter under ständig utveckling. För att fortlöpande och systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna behövs ett ledningssystem.

I 3 kap. 3 § Socialtjänstlagen, 6 § Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade och i 31 § Hälso- och sjukvårdslagen finns likalydande bestämmelser som anger att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Det är alltid vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Däremot är det möjligt att internt uppdra åt någon eller några i verksamhetens organisation att utföra olika uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivare (Socialnämnd)

Socialnämnden är den nämnd som ska svara för det politiska ledningsansvaret av kommunens socialtjänst, verksamhet enligt LSS samt hälso- och sjukvård. Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Verksamhetschef (Socialchef)

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och en god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Socialchef ansvarar för att leda och fördela det systematiska kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med, lagar, förordningar och föreskrifter samt följa upp och utvärdera verksamhetens mål.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS ansvarar, tillsammans med verksamhetschefen, för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I MAS ansvar ingår bl. a:

att författningsbestämmelser är kända och följs

att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten

att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Verksamhetsutvecklare

Bistår socialchefen med att bland annat ansvar för att systematisera och utarbeta metoder och modeller för förvaltningens uppföljningar, inrapportering av statistik samt analys av tillgänglig statistik (t ex i KOLADA och Öppna jämförelser) samt indikatorer.

Vara delaktig i arbetet med socialtjänstens planerings- och uppföljningsarbete och bidra till utvecklingsarbete inom respektive verksamhetsområde.

Ansvarar för utveckling av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att kartlägga processer. Därutöver ansvar för att det finns utarbetade rutiner enligt lex Sarah och för att rapporteringsskyldigheten fullföljs.

Programområdeschef Fo/IFO-chef

Uppdraget är att ansvara för att leda och fördela det systematiska kvalitetsutvecklingsarbetet inom sitt verksamhetsområde i enlighet med riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete. Att mål formuleras och att uppföljning och analys av verksamheten sker för att åtgärder kan vidtas för att kvalitetssäkra arbetet.

Chef för integration och ensamkommande

Denna tjänst avvecklades under 2018. Uppdraget var att ansvara för att leda och fördela det systematiska kvalitetsutvecklingsarbetet inom sitt verksamhetsområde i enlighet med riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer inom verksamhetsområdet är väl kända samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

Att mål formuleras och att uppföljning och analys av verksamheten sker för att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården och omsorgen.

Enhetschef HS (hälso- och sjukvård) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Enhetschef inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen har samma uppdrag som enhetschef HS, vilket betyder att säkerställa god och säker vård, att rutiner och riktlinjer fullföljs samt att uppmärksamma fel och brister i verksamheten i form av avvikelser.

Enhetschef för myndighetsutövning SoL och LSS ansvarar att biståndshandläggarna har rätt förutsättning för att kunna fatta rätt beslut enligt lagkrav, domar och politiskt satta riktlinjer.

Legitimerad personal

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet för att upprätthålla en hög patientsäkerhet samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbete som pågår i verksamheten.

Medarbetare

All personal inom socialtjänst har ett ansvar att se till att brukare/kunder/klienter får en god och säker vård och omsorg. All personal är också skyldiga att rapportera och dokumentera avvikelser eller allvarliga missförhållanden. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänstens verksamhet är skyldig att medverka i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete samt att följa de riktlinjer och rutiner som fastställts.

Struktur för uppföljning och utvärdering

Den systematiska uppföljningen och utvärderingen sker på individnivå, verksamhetsnivå och nationell nivå. Sammanställning och analys av inkomna avvikelser, egenkontroller och riktade undersökningar utgör underlag för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Vidtagna åtgärder redovisas och processer och rutiner granskas.

Verksamhetsuppföljningar utförs löpande under året och till Socialnämnden. Årets mål och resultat presenteras i Stratsys sedan mitten av 2018. Den ger förutsättningar för det systematiska förbättringsarbetet genom att göra det möjligt att snabbt kunna fånga upp negativa trender och försämrade resultat. En gång om året sammanfattas och analyseras resultaten. Trender och förbättringsområden identifieras och resultatet ger underlag för att beskriva förbättringsområden i kommande års verksamhetsplaner.

Informationssäkerhet

Information är en viktig tillgång och ett arbetsverktyg för vår organisation. För att skydda de värden informationen representerar krävs ett säkerhetsmedvetande hos alla användare. Det ligger ett stort ansvar hos varje medarbetare och användare inom socialtjänsten att hantera informationen i våra respektive verksamhetssystem och IT-stöd på ett säkert sätt.

Samverkan för god kvalitet och patientsäkerhet

Samverkan mellan olika aktörer krävs för att undvika att personer med behov av vård och omsorg drabbas av vårdskada eller får insatser av bristande kvalitet. Processer och rutiner beskriver hur samverkan ska bedrivas.

Mullsjö kommun har flera samverkansavtal och överenskommelser med Region Jönköping. Några exempel är rutin för SVPL (samordnad vårdplanering), avtal om läkarmedverkan i vården, avtal om rådgivning, stöd och fortbildning till legitimerad personal samt avtal om habilitering, palliativ vård och uppsökande tandvård. Avtal finns även med smittskydd och hygien på regionen. Andra viktiga samverkansöverenskommelser finns så som mellan socialtjänsten och barn- och utbildningsförvaltningen.

Samverkan med brukare/patienter och närstående

Samverkan med brukare/patient innebär att ge förutsättningar för personen att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som han eller hon får. Brukaren/patienten ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg och när en samordnad individuell plan (SIP) upprättas samt ha inflytande över genomförandet. Om personen så önskar kan närstående medverka.

Patienter skall informeras när HS-avvikelser sker. Om inte sekretessen hindrar bör även närstående informeras. Vid beslut om att anmäla en händelse enligt lex Maria kontaktar alltid MAS patienten/närstående för att ge dem möjlighet att beskriva sin upplevelse av

händelsen. Även beslutet från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommuniceras med patienten/närstående.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Alla medarbetare har ett ansvar för att bidra till att verksamheten håller en god kvalitet genom att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär bland annat att vara delaktig i arbetet med att förebygga missförhållanden och vårdskador samt rapportera avvikelser. Riktlinjer, rutiner och processer ska följas.

Den lokala värdegrunden ska återspeglas i varje medarbetares förhållningssätt. Vårdighetsgarantierna som är framtagna behöver arbetas igenom för att de ska få en större bärighet ute i verksamheterna. Hösten 2018 togs ett omtag för att säkerställa värdegrunden.

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Även omvårdnadspersonal som har delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgiften.

MAS informerar legitimerad personal och enhetschefer när det kommit nya riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård och skickar mail med nyheter inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detsamma gäller inom socialtjänstlagens område, där verksamhetsutvecklare skickar löpande information om nyheter.

Medarbetarna deltar i det systematiska förbättringsarbetet genom arbetet med riskbedömningar i Senior alert, BPSD och rapportering i svenska palliativregistret.

Avvikelser

Avvikelser är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud. Avvikelse-rapportering ger förvaltningen möjlighet att komma tillrätta med brister i den egna verksamheten, att förhindra att bristerna upprepas och att förbättra rutiner och processer för att höja kvaliteten.

Begreppet avvikelser omfattar avvikelser enligt SoL och LSS, avvikelser enligt HSL, lex Sarah/lex Maria/vårdskador samt synpunkt och klagomål. Förvaltningen har rutiner och processer för avvikelser som beskriver hantering och ansvar för rapportering och utredning.

Sammanställning och analys

Kvalitetsnyckeltal - Indikator

Socialtjänsten har under 2018 avvecklat den verksamhetsplan där alla chefer och stab la in sin statistik och analys. De uppgifterna dokumenteras sedan augusti månad 2018 i Stratsys. Trenderna har rapporterats månadsvis till nämnden.

Indikatorerna för 2019 är fastställda och finns i vårt it-stödsystem Stratsys. Här finns allt arbete samlat gällande måluppfyllelse och ekonomisk uppföljning. Det medför att det är lättare att följa den röda tråden och underlättar för chefen vid uppföljning.

Kvalitetsuppföljning - individnivå

I undersökningen ”Vad tycker de äldre” får de äldre svara via enkät hur de uppfattar sin vård och omsorg. Mullsjö kommun har varit med i undersökningen sedan start 2008. 2018 visar att helhetssynen för äldreomsorgen har sjunkit från 96% 2017 till 92% för 2018. Dock ligger vi högt ändå. Svarefrekvensen för 2018 var 60–80% vilket är över riksgenomsnittet (49,4%) i Sverige. Återigen är det bemötande som lyfts fram som bra, att man känner sig trygg samt har förtroende för personalen. Även för 2018 har flera som svarat lyft även fram måltiderna som bra och att personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och synpunkter.

Personalkontinuiteten har ändrats från 11 personal i genomsnitt för 2017 till 14 personal i genomsnitt för 2018. I jämförelse med andra kommuner i länet så ligger den lägsta på 12 (Nässjö) och den högsta på 20 (Aneby). En rimlig förklaring till detta är den ökade andel äldre med större behov av insatser från hemtjänst.

Informationssäkerhet

Översyn genomfördes under våren 2018 av pärmar och mappar i våra olika system för att säkerställa att vi hanterar personuppgifter på ett ändamålsenligt sätt. (GDPR).

Hösten 2018 påbörjades ett intensivt arbete med att införa ett gemensamt verksamhetssystem för socialtjänsten i Mullsjö och det kommer att pågå ända fram till 2020/2021. I samband med införande finns informationssäkerheten närvarande hela tiden, från att samla in personal och brukarlistor till hur vi säkerställer inlogg i systemet.

Välfärdsteknik

Mullsjö kommuns införande av välfärdsteknik ska ge ökad trygghet som stärker självständigheten och livskvaliteten för personer som är i behov av hjälp från socialtjänsten. Med stöd av stadsbidrag kunde socialtjänsten påbörja arbetet med att utveckla wifi på Margaretas Park, inköp av teknisk lösning till dagverksamheten så som högtalare. Material har även köpts in för att underlätta digitala möten. Utvecklingen av välfärdsteknik fortsätter även under 2019.

Avvikelser

Under 2018 rapporterades det in 991 avvikelser. Fall och läkemedelsavvikelserna är i absolut majoritet, 75 % av totala antalet avvikelser. Det är totalt några fler avvikelser 2018 jämfört med 2017, en tänkbar orsak till det kan vara det ökade trycket inom framför allt hemtjänsten.

Antalet fall har ökat från 2017 till 2018. Flera av fallen är det en och samma individ som står för. Riskanalys görs då någon flyttar in på särskilt boende och vårdplan upprättas men det är ändå inte alltid möjligt att förhindra att någon faller. De vårdtagare som finns inom

kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är idag i ett betydligt sämre hälsotillstånd än för bara några år sedan. De fall som registrerats förekommer både inom kommunens särskilda boende och i hemvård (hemtjänst) men i större utsträckning i hemvården 2018.

När det gäller läkemedelsavvikelserna så är det utebliven dos som återigen är flest i antal. Man missar att ge läkemedel på utsatt tid. Personalen upplever sig stressad och glömmar därför. Det digitala systemet för läkemedelssignering som startades upp vid årsskiftet 2017–2018 skulle minska antalet avvikelser på läkemedel. Systemet har inte fullt ut fungerat rent tekniskt, till följd av dålig täckning på internet. Men även varit svårt att få all personal i hemtjänsten att signera i tid. Hälso- och sjukvårdspersonal har på APT, informera om hur viktigt det är för att bibehålla kvaliteten i hälso- och sjukvården anmäla eventuella avvikelser.

Utöver fall- och läkemedelsavvikelser har det även inkommit avvikelser inom respektive verksamhet så som ej utförda insatser. Vid analys och kontakt med enhetschef har insatsen utförts vid ett senare tillfälle under dagen eller dagen efter. Inom IFO har det varit att man ej hållit utredningstiden på 4 månader. Även detta har medvetandegjorts i verksamheten och hanterats av ansvarig chef.

Arbete med dokumentation kring avvikelserna under 2018 förbättrades under året och anledning till det är de återkommande uppföljningar månadsvis, återkoppling till ansvarig chef samt utbildning/information till arbetsgrupperna.

Avvikelse som sker mellan vårdgivare redovisas via det händelseråd som finns mellan Habo, Mullsjö och Jönköpings kommun samt Region Jönköpings Län. Händelserådet har haft 10 möten under 2018. Under 2018 har det varit ett större antal avvikelser som handlat om vårdsamordningen bla att inte inskrivningsmeddelande funnits, att inte patienten skrivits in i Link. Dessa avvikelser har rapporterats vid sidan av direkt till projektgruppen för vårdsamordningen.

Patientsäkerhet

Det patientsäkra arbetet följs upp med hjälp av analys av statistik som samlas in under året, så som infektionsregistrering, antal avvikelser, fallregistrering, trycksårsmätning. Registrering sker även i kvalitetsregistren BPSD, Senior Alert och Palliativ registret och i dessa register kan även göras uppföljningar. De mätningar som görs via öppna jämförelser används också för uppföljningar. MAS och verksamhetsutvecklare sammanställer avvikelserna som registreras i verksamhetssystemet Treserva, varje månad och redovisar för socialnämnden.

Ansvarig enhetschef följer sedan upp och gör utvärdering av avvikelserna på arbetsplatsträffarna. Vårdskador följs upp av MAS via journalgranskning och sammanställs och rapporteras till nämnd. Återkoppling sker också till hälso- och sjukvårdschefen.

MAS deltar på arbetsplatsträff med hälso- och sjukvårdspersonal samt någon gång om året även med omvårdnadspersonal.

Det har varit ett turbulent år utifrån patientsäkerheten till följd av det ekonomiska läget med anställningsstopp och fördröjning av rekrytering av ny enhetschef.

Åtgärder för ökad patientsäkerhet

Verksamheterna inom äldreomsorg och funktionshinderomsorg registrerar avvikelser digitalt i verksamhetssystemet Treserva. Förbättringsarbete diskuteras alltid på arbetsplatsträffar och åtgärder genomförs på enheten som händelsen ägt rum på. Om händelsen är bedömd som allvarligare så utreds den vidare av MAS eller verksamhetsutvecklare beroende på typ av avvikelse.

SKL:s webbutbildning i grundläggande läkemedelshantering, ”Jobba säkert med läkemedel” används inför delegering av läkemedel. Även delen med insulinhantering används. Utbildningarna avslutas båda med ett kunskapstest. Vid godkänt kunskapstest får man ett diplom som man tar med till den sjuksköterska som sedan ska delegera.

Under 2018 gjordes 41 läkemedelsgenomgångar på våra särskilda boenden. Alla erbjuds detta enligt de riktlinjer för läkemedelsgenomgång som upprättats av länet läkemedelskommitté. Sjuksköterska med ansvar för särskilt boende är den som initierar och bokar dessa läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångar för de som har hemsjukvård, initieras av vårdcentralen.

2018 vaccinerades 197 vårdtagare inom äldre- och funktionshinderomsorg. Personal inom vård och omsorg erbjöds gratis vaccination som tidigare år, av regionen. 24% av personalen inom vården vaccinerades av våra egna sjuksköterskor i kommunen. Hur många som totalt vaccinerats av vårdpersonalen går inte att säga då man som vårdpersonal också kunnat gå till sin vårdcentral och vaccinera sig kostnadsfritt.

Munhälsobedömning erbjuds till alla som bor på särskilt boende och till de som bor i ordinärt boende och uppfyller kraven för gratis munhälsobedömning. Tandhygienist har under 2018 gjort 72 munhälsobedömningar av totalt 145 berättigande. 41 personal har under 2018 deltagit i utbildning som tandhygienist haft i munhälsa.

Registrering i de nationella kvalitetsregistren, BPSD, Senior Alert och Palliativ registret görs inom äldreomsorgen. Infektionsregistrering har under 2018 genomförts i enlighet med den riktlinje och mall som smittskydd på regionen tagit fram. En mindre ökning under vinterhalvåret kan ses vad gäller risk för infektion. Mullsjö har något fler infektioner registrerade än genomsnittet i Jönköpings län, vilket troligtvis kan förklaras med att det var ett stort tryck inom hemsjukvården under hela 2018 med patienter som varit multisjuka.

Under 2018 var målet att även hemsjukvården skulle börja rapportera infektioner och risker för infektioner på samma sätt som man gör på de särskilda boendena. Målet uppnåddes inte, det flyttades med till 2019. Förklaringen till att målet inte kunde fullföljas var frånvaro av hälso- och sjukvårdschef och ett ökat tryck på hemsjukvården under 2018.

Hygienombuden som finns på alla enheter har under 2018 haft en träff och MAS är ansvarig för dessa träffar. Hygienombuden genomförde observation av hygien på sina arbetsplatser under hösten 2018. Vårdhygien kan vara bättre vad gäller användandet av smycken när man arbetar i vården, 77 % som inte har smycken på sig (ringar, armband). Användandet av handsprit före patientkontakten är bara ca hälften, 54%, som följer. Mätning av nattfasta har gjorts på hösten 2018 på de båda särskilda boendena. Den visar på ett försämrat resultat jämfört med tidigare mätning av nattfastan. Det är i de flesta fall mer

än 11 timmars nattfasta. 20% av de som man mätt nattfastan hos, har en nattfasta som är mindre än 11 timmar.

På hösten varje år genomförs en kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvården i kommunen. Syftet med denna granskning är att säkerställa att all vårdtagare i kommunens hälso- och sjukvård får en säker och ändamålsenlig vård och behandling med god kvalitet. 2018 års granskning visar på en god hälso- och sjukvård inom den kommunala vården. Det som framkommer vid granskningen är att omvårdnadspersonal önskar mera utbildning vad gäller vård i livets slutskede. Ett förtydligande om var riktlinjerna kring kassering av läkemedel finns behövs också, granskningen visar att man inte vet var man hittar dessa.

Kvalitetsgranskningen av läkemedelsförråd och läkemedelshanteringen har inte kunnat göras under hösten 2018 på grund av ett ökat tryck på hemsjukvården samt att det dragit ut på tiden med rekrytering av nya sjuksköterskor då någon slutat.

Journalgranskning görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska fyra gånger per år via en framtagen granskningsmall. Inget anmärkningsvärt framkommer vid granskningen.

Antalet avlidna inom kommunens boende och i hemsjukvård är 37 under 2018. Av dem så var 93% inskrivna i palliativ vård.

Uppföljning genom egenkontroll

Område	Omfattning	Verktyg/källa	Analys
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	Fortlöpande i kvalitetsregister	Senior Alert	Enheterna själva som arbetar med materialet
Nattfasta	Mätning av nattfasta 2 gång om året	Mall finns i ledningssystemet	Sammanställning görs av MAS och redovisas för enhetschef
Vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer	Mätning och registrering 1gg/månad	Mall från smittskydd/region	MAS tittar på resultat och tar med berörda enheter
Läkemedels-hantering i läkemedels-förråd, inklusive narkotika klassade preparat	Interngranskning samt externgranskning 1 gång/år	MAS tittar på resultat och tar med berörda enheter	Ansvar för granskning har utsedda sjuksköterskor med ansvar för läkemedelsförråd
Avvikelser	Rapporteras kontinuerligt Avvikelserna följs varje vecka och sammanställning på avvikelser görs av MAS och verksamhetsutvecklare 1 gång/månad.	Treserva	Utreds av MAS och verksamhetsutvecklare, åtgärdas och återkopplas av ansvarig chef på enheten
Journal-granskning	Granskning av slumpmässigt utvalda hälso- och sjukvårdsjournaler 4 gånger/år	Enligt framtagen journalgransknings-mall	MAS som granskar journaler och rapporterar ev. brister till berörd chef
Kvalitets-granskning av hälso- och sjukvård	1 gång om året, ansvar för det har ansvarig chef för varje enhet	Framtagen enkät	Sammanställt av MAS

Hygien	2 gånger per år	Skattning och observation	Sammanställs av MAS
--------	-----------------	---------------------------	---------------------

Risakanalys

Vid varje organisationsförändring eller verksamhetsförändring ska en riskanalys göras. I den ska sannolikheten för att något ska inträffa bedömas och hur ofta i så fall. Detta kan röra mindre incidenter och större händelser. Ansvaret för att detta ligger hos ansvarig chef.

En riskanalys ska alltid göras för varje individ för att rätt resurser ska användas och för att en god och säker vård ska kunna ges till vårdtagaren. Den riskanalys som är individuell görs av den yrkeskategorin som är berörd.

Hälso- och sjukvården använder sig av socialstyrelsens beslutsmatris vid riskanalys.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan med primärvården sker kontinuerligt med MAS, enhetschef hälso- och sjukvård från kommunen och verksamhetschef och chef för vårdcentralen i Mullsjö. Samverkan sker även med slutenvården och fokus i den samverkan är att se den äldres behov var den än befinner sig i vårdkedjan.

Samverkan sker även med barnkliniken på länsnivå. Vid varje enskilt fall tas kontakt på lokal nivå för att göra vården kring barnet så säkert som möjligt.

På de särskilda äldreboendena har man varje vecka tvärprofessionella möten där man gör skattningar, riskbedömningar och uppföljningar av åtgärder enligt Senior alert.

Ett samverkansavtal är upprättat mellan smittskydd vårdhygien, region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län. Syftet med detta avtal är att garantera en god vårdhygien inom all kommunal vård och omsorg.

Rapporten från Patientnämnden 2018, som ska tillvarata inkomna synpunkter och klagomål, hjälpa patienter att få tillgång till information som patienten behöver för att kunna ta tillvara på intressen i hälso- och sjukvården, visar att det fortfarande bara är ett fåtal ärenden som berör den kommunal hälso- och sjukvården. Under 2018 hade Mullsjö kommun ett ärende som kom från Patientnämnden. Svar har lämnats till anmälaren och till patientnämnden.

Lex Sarah och lex Maria

Antalet rapporterade händelser under 2018 har uppgått till 3, 1 inom äldreomsorgen och 2 inom individ- och familjeomsorgen vilket är 3 färre än föregående år, då det var 6 stycken. Föregående år var majoriteten från verksamheten Integration och nyanlända som under 2018 avvecklades. Av de 3 händelsen har bara 1 anmälts till IVO, som i sin tur skickade tillbaka det till oss då de ansåg att det var ett klagomål istället.

Alla utredningar har hanterats inom respektive verksamhet och inom socialnämndens arbetsutskott. Ansvarig chef har tagit stort ansvar i utredningarna och arbetat efter

händelserna med att utveckla och förbättra sina verksamheter på arbetsplatsträffarna. Utredningarna har inte lett till ändrade rutiner.

Under 2018 har ingen lex Maria utredning lämnats till Inspektionen för vård och omsorg, från kommunen.

Klagomål och Synpunktshantering

Socialtjänsten

Mullsjö kommun har klagomål och synpunktshantering som ett led i medborgardialog och kvalitetsarbete. Den ska ge möjlighet för alla medborgare att uttrycka synpunkter, ge förslag till förbättringar och framföra klagomål eller beröm på kommunens olika verksamheter. Genom denna hantering är målet att bli bättre på att ta emot enskildas synpunkter och därigenom utveckla kvaliteten inom verksamheterna

Till socialtjänsten har det har inkommit 16 klagomål vilket är dubbelt så många som föregående år då det var 7 klagomål och synpunkter. Som tidigare är det fördelat inom alla verksamheter inom socialtjänsten;

5 inom äldreomsorgen

2 inom funktionshinderomsorgen

4 inom individ- och familjeomsorgen

3 inom utredningsenheten

1 inom privat utförare Ugglans

1 till annan kommun (Osby).

Alla klagomål och synpunkter har hanterats var för sig, inom respektive verksamhet. Utredning har genomförts och i de fall det har krävts har en handlingsplan tagits fram, för att den som framför klagomålet och synpunkten förstår vad som kommer att åtgärdas. Alla klagomål och synpunkter har passerat socialnämndens arbetsutskott och återkoppling har skett till verksamheterna och till de som framfört synpunkt och klagomål. Det finns ingen tydlig trend till varför socialtjänsten har dubblat antal klagomål och synpunkter. Att det skulle ha skett en sådan försämring inom socialtjänsten går inte att utläsa, utan den analys som kan göras är att de som framför synpunkter är mer upplysta och allt som oftare framför sina åsikter.

Innehållet av synpunkterna inom äldreomsorgen handlar om upplevelse från anhöriga och närstående att utförarna inte tillgodoser behoven, att lokaler var spartanskt inredda samt att anhöriga inte blir lyssnade på. I ett ärende gjordes en handlingsplan för att på tydliggöra vad som behövdes göras. Alla synpunkter att mottagits väl av enhetschef och har lett till tydligare information men inte ändring av rutin då det inte är rutinerna som brustit.

Inom individ-och familjeomsorgen har det handlat om kritik på handläggare samt brister i dokumentation, vilket hanteras väl av ansvarig chef och återkoppling har skett till den som framfört synpunkten. Det kan tilläggas att individ- och familjeomsorgen skickade en

synpunkt till annan kommun, Osby, där det handlar om att övertagande av ett individärende som inte hanterats rätt enligt lagstiftning.

Funktionshinderomsorgen är de två synpunkter som inkommit, från samma person och kritik riktas på utförarna som inte ser till att verkställa insatsen samt att verksamheten inte anmäler ej verkställda beslut till IVO. Verksamheten har inte försummat att verkställa insatsen, det har varit svårt att rekrytera rätt personal och insatser som ej verkställts inom 3 månader är anmälda till IVO.

Utredningsenhetens synpunkter är att av de tre synpunkter är två är av samma innehåll och har hanterats genom arbetet med överklagan av beslut. Den tredje handlar om en person som framför förtroendebrist hos handläggare, vilket visar sig i utredning att det mer är en upplevelse än att något har fått fel i ärendet.

Synpunkterna gällande Ugglan som privat utförare av serviceinsatser är sammanställt i samband med granskning och uppföljande möte. Det synpunkterna innehåller är att kunder framför oegentligheter i information och att Ugglan inte utför den beviljade tiden. Hur Ugglan har hanterat synpunkterna är svårt att få fram, då ansvarig för Ugglan svarar att de hanterar det inom sin organisation.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetslagen ger patienter möjlighet att komma med synpunkter och klagomål. Patienter och/eller närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till varje verksamhet, till patientnämnden eller till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Synpunkter kan också lämnas till kommunen via kommunens hemsida eller på upprättad blankett för ändamålet.

Om ett klagomål kommer, som rör hälso- och sjukvård i kommunen, från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) till verksamheten, är det MAS som är ansvarig för att besvara den, i samverkan med chefen för den verksamhet som klagomålet berör. För att göra förståelsen för förbättringar mera känd hos personalen är det viktigt att informera om de klagomål och synpunkter som inkommit samt att göra alla delaktiga i förbättringsarbetet.

Stickprov

Stickprov menas med att ett ärende som är beslutat enligt SoL (socialtjänstlagen) och LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) slumpvist tas ut och granskas enligt framtagen mall. Under 2018 har stickprov genomförts var 3:e månad. Arbetssättet är detsamma som året innan – att ärende valts ut slumpvis och granskats enligt framtagen mall. Ärenden inom individ- och familjeomsorgen och funktionshinderomsorgen har barnperspektivet säkerställt. 8 stickprov har genomförts enligt fastställd mall, 6 inom SoL/LSS och 3 inom individ- och familjeomsorgen. Det som är framträdande i de ärenden där barn utreds, finns ett tydligt barnperspektiv. Den samlade bedömningen är att den löpande dokumentationen behöver bli bättre men vi håller det som är lagstadgat och det gäller såväl den dagliga dokumentation som den sociala dokumentationen. Verkställigheten har även granskats så att den följer aktuellt biståndsbeslut till genomförandeplan.

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Systemförvaltning av Procapita och Treserva

Det som har gjorts under 2018 har varit gallring av SOL/LSS samt tagit kontroll över de avtal vi har. Ett intensivt arbete påbörjades hösten 2018 med införande av nytt verksamhetssystem, Pulsen Combine. För att klara av ett nytt system har det genomförts en kartläggning av verksamheterna användare. Systemförvaltare gick på föräldraledighet i november 2018 så löpande arbete i respektive verksamhetssystem har utförts av superanvändare.

Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistret Senior Alert används på de särskilda boendena för att göra skattning av risk för fall, risk för undernäring, risk för trycksår och risk för ohälsa i munnen. 58 riskbedömningar har gjorts 2018 på 56 individer. 95%, 55 av 58 visar någon form av risk (fall, dålig munhälsa, malnutrition). 97%, har en åtgärdsplan. Men bara 64 % visar på att åtgärderna är utförda.

Registrering av avlidna i det nationella Palliativa kvalitetsregistret har skett i samtliga fall då någon avlider inom kommunal omsorg. Munhälsobedömning, brytpunktssamtal och smärtskattning sista levnadsveckan är indikatorer som inte uppfyller de förväntade målen 2018.

Kompetensutvecklingen inom äldre- och funktionshinderomsorgen har under året bland annat varit med webbutbildning ”säker läkemedelshantering”, utbildning i palliativ vård och tandvård.

Inför sommaren har en utbildningsinsats genomförts till alla semestervikarier. Det är bland annat om vårdhygien, förflyttningsteknik, bemötande och dokumentation.

Logganalyser har gjorts i NPÖ, (Nationella Patient Översikten) enligt riktlinjer. Det har inte framkommit några oegentligheter. Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler har genomförts av MAS enligt mall.

Nationella uppföljningar

Genom öppna jämförelser kan man jämföra kvaliteten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och en bred bild av vården och omsorgen om socialtjänsten utifrån ett antal indikatorer. Resultaten kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Det finns ett gott samarbete med kommunal utveckling som håller ihop alla 13 kommuner i Jönköpings län. Tillsammans arbetar man inom de olika delarna med att förbättra samverkan så att de som vi är till för, får det stöd och den service de är i behov av. Resultatet för Mullsjö för 2018 är samma som 2017 och 2016, det har blivit något bättre när det gäller den externa samverkan. Handlingsplaner är framtagna för respektive verksamhet och ansvaret ligger hos närmaste chef att arbeta med förbättringsområdena.

Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada)

I Kolada finns det möjlighet att jämföra och analysera nyckeltal för Sveriges alla kommuner och landsting. Dessa bygger i första hand på officiell statistik och ger besked om verksamheternas kostnad, omfattning och kvalitet. Kolada förvaltas och utvecklas av RKA som är en del av uppdraget att främja jämförelser och analyser i kommuner och landsting.

Vid analys av Kolada och KKik så visar det sig att Mullsjö kommun ligger högt i standardavvikelse än jämförbara kommuner och då speciellt inom IFO. Detta har uppmärksammat och arbetas flitigt med.

Övergripande mål och strategier för 2019

Arbetet med att öka kvaliteten och säkerställa patientsäkerheten fortsätter under 2019. Detta för att invånarna i kommunen ska kunna känna trygghet och tillit till den vård och omsorg som bedrivs av kommunen.

Medborgarna i Mullsjö kommun ska uppleva goda levnadsvillkor genom att:

Socialnämndens verksamheter ska bedrivas av god kvalitet.

Socialnämndens ska öka digitaliseringen

Vi kommer att fortsätta med att registrera i det nationella kvalitetsregister Senior alert för att förebygga trycksador, fall, munhygien och undernäring. Även registrering i det palliativa registret fortsätter under 2019. BPSD registret som är ett kvalitetsregister för demens kommer vi under 2019 ta ett omtag kring.

För hemvården och hemsjukvården innebär det att det blir en omstart av senior alert då det under de senaste åren inte arbetats i det registret.

Infektionsregistreringen som görs och som bland annat redovisas till smittskyddsenheten på Regionen kommer också att fortsättas med på SÄBO. Registreringen kommer under 2019 även att innebära att hemsjukvården ska registrera och att man på hemmaplan arbetar med det resultatet.

Det som också behöver arbetas mer med är att minska nattfastan, bättre vårdhygien samt ökad kunskap om palliativ vård. Det framkommer vid kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård att riktlinjer för medicintekniska behöver uppdateras.

Gemensamt för alla verksamheter

Införande av nytt verksamhetssystem Pulsen Combine. Ett omfattande arbete som kräver mycket tid och resurser.

Revidera riktlinjer och rutiner för att säkerställa kvaliteten i respektive verksamhet

Fortsätta arbete med mål och resultat i Stratsys.

Välfärdsteknikens stöd i att skapa ökad trygghet i hemmet och på boende samt säkerställa medicinhantering.

Fortsatt arbete med nationella kvalitetsregistren.