



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

Antagen av omsorgsnämnden: 2021-03-25

## Innehållsförteckning

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 .....	1
Inledning .....	4
Organisatoriskt ansvar.....	4
Lagar och föreskrifter.....	5
Styrdokument .....	6
Uppdrag och mål .....	6
Lex Sarah och Lex Maria .....	6
Lex Sarah .....	7
Antal rapporter under 2020 .....	7
Lex Maria.....	8
Avvikelser, klagomål och synpunkter.....	8
Hälso- och sjukvårdsavvikelser.....	8
Fall.....	8
Läkemedel .....	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Kvalitetsregister .....	10
Senior Alert .....	10
Svenska Palliativregistret .....	10
Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) ...	11
Nationella kvalitetsjämförelser .....	11
Brukarbedömningar.....	11
Öppna jämförelser (ÖJ).....	12
Kommunens kvalitet i korthet (KKiK).....	12
Granskningar och kontroller.....	13
Internkontroll.....	13
Informationssäkerhet.....	13
Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO.....	13
Ej verkställda beslut .....	14
Egenkontroll .....	14
Dokumentation.....	14
Basal hygien .....	15
Medicintekniska produkter (MTP).....	15
Delegering .....	15
Intern samverkan.....	16



Extern samverkan.....	16
Samordnad individuell plan (SIP).....	17
Riskanalys kopplad till patientsäkerhet.....	17
Samverkande sjukvård .....	18
Legitimerad personal.....	18
Covid-19.....	19
Åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring.....	21



## Inledning

Den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse och vårdgivaren (HSL) ska varje år upprätta en sammanhållen patientsäkerhetsberättelse (SOSFS 2011:9 7 kap.1§). Innehållet i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits och planerats samt vilka resultat som uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

För att säkra verksamhetens kvalitet ska ett ledningssystem användas (SOSFS 2011:9 3 kap. 1§). Omsorgsförvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Det är vårdgivaren (HSL) och den som bedriver socialtjänst (SoL) som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet utvecklas succesivt för att bli så heltäckande som möjligt. Detta kommer även vägas in i och införlivas på ett naturligt sätt i kommunens övergripande mål- och kvalitetsarbete.

## Organisatoriskt ansvar

Ansvarsfördelningen för Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framgår av patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för verksamheternas kvalitet och säkerhet. Förvaltningschef ansvarar tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), avdelningschefer och enhetschefer för att kvalitetsarbetet genomförs ute i verksamheterna. Alla medarbetare har ansvar för att aktivt delta i det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningen har en ledningsgrupp där avdelningschefer, förvaltningschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS och utredare ingår, här tas patientsäkerhet och kvalitetsfrågor upp löpande. MAS och utredaren ansvarar för att årligen upprätta Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse (SFS 2010:659).

Enhetschef ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat. Till detta ansvarar enhetschef för att rutiner och riktlinjer är kända och efterlevs i sin verksamhet så att en god patientsäkerhet uppnås.

Kvalitetsberättelsen omfattar det kvalitetsarbete som genomförts inom omsorgsförvaltningens verksamheter under 2020. Nationellt ökar kraven på att de verksamheter som bedrivs ska följa upp sitt kvalitetsarbete och att redovisa resultat och kvalitetsaspekter öppet. I ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete står i 7 kap 1 § att ”Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.”

Kvalitetsberättelsen ska säkra dokumentationen kring det kvalitetsarbete som genomförts i verksamheten under året.



## Lagar och föreskrifter

Årligen sker förändringar i de lagar och föreskrifter som styr förvaltningens arbete. Förvaltningen behöver vara uppmärksam på de förändringar som sker för att kunna bedriva en rättssäker verksamhet.

Den 1 januari 2020 blev barnkonventionen svensk lag. Det innebär att barnens rättigheter tydliggörs och ska beaktas i ärenden som rör barn. Syftet är att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt och att barnet hamnar i fokus i situationer som rör barnet. Barnets bästa ska vara en självklar del i allt arbete som rör barn. Barn ska också ges möjlighet att vara delaktiga i alla frågor som rör dem.

Ändringar i Socialtjänstlagen och offentlighets- och sekretesslagen trädde i kraft 1 augusti som ska göra det möjligt med ett effektivare informationsutbyte mellan polis och socialtjänst vid samverkan mot terrorism. Ändringarna innebär att Polismyndigheten får förenklade och utökade möjligheter att lämna ut uppgifter till den kommunala socialtjänsten i syfte att förebygga terroristbrottslighet. Samtidigt som myndigheter inom socialtjänsten får utökade möjligheter att dela med sig av uppgifter till Polismyndigheten och Säkerhetspolisen. Detta både vid misstanke om brott och i förebyggande arbete.

För att bekämpa hedersrelaterat våld och förtryck infördes nya lagar från den 1 juli 2020. Bland annat infördes i lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, ett utreseförbud som ska skydda barn från att föras utomlands i syfte att ingå barnäktenskap eller att könsstympas. Utreseförbud beslutas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden. Ett utreseförbud ska kunna utgöra både hinder mot att utfärda pass samt skäl för att återkalla pass. Det ska även vara straffbart att föra ut ett barn ur Sverige i strid med ett utreseförbud.

Från och med 1 juni har en förändring av Socialförsäkringsbalken och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS genomförts. Förändringen innebär att samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning ska vara assistansgrundande. Det krävs därmed inte längre att hjälpen ska vara av tillräckligt kvalificerad karaktär. Hjälpbehov av vad gäller andning och måltider i form av sondmatning ska vara assistansgrundande även om behovet inryms under det normala föräldraansvaret.

Det har skapats en ny förordning avseende fördelning av skyddsutrustning och provtagning med anledning av covid-19. Förordningen trädde i kraft 17 mars och innebär att Socialstyrelsen får fördela skyddsutrustning mellan provtagningsmaterial mellan regioner och kommuner.

Till följd av covid-19 infördes 1 april en förordning om tillfälliga besöksförbud i särskilda boendeformer med syfte att förhindra smittspridning.



## Styrdokument

Sotenäs kommun har upprättat kommunövergripande regler för hantering av styrdokument. Reglerna innebär att anställda, och vid behov även förtroendevalda, ska veta hur de ska hantera handlingar inom kommunen. Genom internkontroll och inventering av rutiner har det uppmärksammats att det finns brister i förvaltningens kunskap vad gäller detta. Det förekommer brist i följsamhet av beslutade rutiner och behov av enhetlig begreppsstruktur för att säkerställa kvalitet i informationsöverföring internt och externt. Det finns även utbildningsbehov gällande diarieföring.

Vid brister i verksamheten ska den första åtgärden vara att se om det redan finns någon rutin eller riktlinje som hanterar den uppkomna situationen, se över om revidering behövs av detta dokument och arbeta med att få styrdokumentet känt och accepterat i verksamheten snarare än att bryta ner det till ett mer detaljstyrande styrdokument. Vid uppmärksammade av att en rutin eller riktlinje inte längre är aktuell ska detta påtalas så att förändring kan göras.

## Uppdrag och mål

Omsorgsförvaltningens uppdrag regleras genom lagar och förordningar, genom överenskommelser med andra aktörer och politiska beslut och prioriteringar på olika nivåer. Förvaltningen behöver därför ha en kontinuerlig omvärldsbevakning för att säkerställa att verksamheten anpassas efter de förändringar som sker i uppdraget. Målet med verksamheten är att genom att följa lagstiftningen ge kommunmedborgarna en god och säker vård.

Patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada i patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd.

Patientsäkerhet är en grundläggande kvalitetsdimension i vården och är nära förknippad med god vård som bland annat innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

## Lex Sarah och Lex Maria

Den som arbetar inom förvaltningen har skyldighet att rapportera missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande. Alla inkomna rapporter ska utredas och där utredningen visat att det föreligger ett missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska en anmälan enligt lex Sarah göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Denna regel kallas lex Maria. En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada, eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

## Lex Sarah

### Antal rapporter under 2020

Enhet	Hemtjänst	Myndighetsutövning/ IFO	Smedsgatan	Kvarnberget
<b>Antal</b>	10	3	1	3

Händelsekategori	Antal
Ekonomiskt övergrepp	2
Brister i bemötande	1
Brister i utförande av insats	9
Brister i rättssäkerhet	3
Brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik	1
<i>Annat: Stöld av medicin</i>	1

Under 2020 inkom 19st lex Sarah anmälningar. Av dessa bedömdes 2 vara synpunkter/klagomål då en anmälan om lex Sarah enbart kan göras av anställda i den egna verksamheten. Tre ärenden anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa ärenden avslutades av IVO utan åtgärd efter redogörelse om åtgärder från kommunen. Åtta av de tio rapporter som upprättas inom hemtjänsten rör trygghetslarm. I fem av ärenden har utredningen identifierat brister i informationsöverföring när flera utförare är involverade. En förtydligande av rutin för hantering av larm och samtal i samtliga arbetsgrupper har gjorts. Avdelningen kommer under 2021 arbeta vidare med åtgärder för att säkerställa kvalitét i informationsöverföring mellan olika utförare vid larm. Tre rapporter rör brister hos larmoperatör. Ny upphandling kommer genomföras under 2021.

Brister i rättssäkerhet har uppstått inom individ- och familjeomsorgen då brister i kommunikation och rutiner har medfört att ärenden inte följts upp på rätt sätt.

Ekonomiska övergrepp har under 2020 förekommit på Kvarnberget. Detta genom stölder av privata medel. Det har även uppmärksammats att rutinen kring kontrollräkning av privata medel inte har genomförts på rätt sätt. Åtgärder har införts för att minska risken för ytterligare ekonomiska övergrepp men det behövs även ett utvecklingsarbete kring hur privata medel ska hanteras i framtiden. En revidering av rutinen för hantering av privata medel kommer göras under 2021 samt förbättringar av den fysiska förvaringen av privata medel i förvaltningens särskilda boenden.

De privata utförarna har inte rapporterat några lex Sarah anmälningar under 2020.

## Lex Maria

Händelseanalys Sotenäs kommun	Händelseanalys extern utförare	Lex Maria-anmälan	Utredning med svar till patientnämnd
0	0	0	0

Varken kommunens verksamheter eller de privata utförarna har 2020 registrerat någon hälso- och sjukvårdsavvikelse som bedömts behöva anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

## Avvikelser, klagomål och synpunkter

En del i kvalitetssäkringsarbetet är att ha väl fungerande rutiner där avvikelser identifieras, analyseras och åtgärdas samt att avvikelserna systematiskt följs upp och utvärderas. Rutinerna skapar en god kontroll av den egna verksamheten. Personalens kunskaper om riskfaktorer ökar vilket leder till att organisationen får en ökad medvetenhet.

## Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar avvikelser i kommunens verksamhetssystem. En avvikelse gällande hälso- och sjukvård är en händelse som inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner eller patientens vårdförlopp. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den drabbade. Fall och läkemedelsavvikelser är de två vanligaste förekommande, mindre vanligt förekommande är trycksår, nutrition och munvård.

När en hälso- och sjukvårdsavvikelse har skett och blir registrerad kategoriseras allvarlighetsgraden av händelsen och en riskbedömning för sannolikheten att upprepning skulle kunna ske igen görs. Identifiering av orsaker utförs och åtgärder planeras för att förhindra att liknande händelser upprepas. Arbetet sker i samverkan på teamträffar. På dessa träffar finns vård- och omsorgspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och i vissa fall enhetschef och biståndsbedömare representerade.

## Fall

År	Antal fall	Antal frakturer	Antal andra konsekvenser av fall
2020	564	4	132
2019	562	7	198
2018	838	8	244

Antalet registrerade fallavvikelser under 2020 är oförändrat jämfört med 2019. Det är olika individer som ramlar och det har skett i både ordinärt- och i särskilt boende. Det är svårt att dra slutsatser av antalet fallavvikelser då orsaken ofta är korrelerad till vilken problematik som patienten har. Vid benskörhet är det till exempel lättare att få fraktur och vid en demenssjukdom är det lätt att glömma bort den bristande balansen. Riskförebyggande arbete sker teambaserat vilket innebär att alla yrkesgrupper blir involverade. Kvalitetsregister (senior alert) används som hjälpmedel för att identifiera risker och att sätta in åtgärder. Antihalksockor och rörelselarm är exempel på några åtgärder.

En stor utmaning på demensenheterna är att våra boende inte alltid använder sig av de hjälpmedel som är utprovade, de glömmar lätt att balansen är nedsatt eller helt saknas.



### Läkemedel

Elektronisk signering av givna läkemedel har införts under året, detta har resulterat i ökad patientsäkerhet genom att sjuksköterskan har fått en bättre överblick på den enskilde patientens läkemedelshantering och delegerad personal kan lättare upptäcka glömda doser.

Mätning utfördes 20-10-19 för att se hur många dostillfällen som utförts på ett dygn i Sotenäs. Antal läkemedelsdosor som överlämnats till patienter inskrivna i hemsjukvården med ansvarsövertag var 978 st.

Antal rapporterade avvikelser har minskat och det kan bero på att det elektroniska signeringssystemet i realtid identifierar och rapporterar brister i läkemedelshantering på individuell nivå. Återkommande avvikelser är utebliven dos, glömt att signera given dos, ouppmärksamhet vid överlämnandefasen, vilken påse som givits och tabletter som tappats. Det finns behov av förbättringar i följsamheten till delegerat ansvar vilket kommer att arbetas med under 2021.

År	Utebliven dos	Fel dos	Övrigt	Förväxling	Totalt
2020	104	6	35	10	155
2019	339	24	87	12	462
2018	336	13	3	2	354

### Klagomål och synpunkter

Enhet	Antal
Smedsgatan	2
Nattpatrullen	1
Kvarnberget	1
IFO	5
Tesia	15
Totalt:	24

Fördelning av klagomål och synpunkter efter händelsekategori år 2020	Antal
Bemötande	5
Planering av insats	5
Utförande av insats	6
Tillgänglighet	3
Personal – kompetens	4
<i>Annat/specificera:</i> Information/kommunikation	1

Under 2020 har det dokumenterats 24 klagomål/synpunkter varpå 15 i privat regi. Klagomålen avser brister i planering- och utförande av insatser, men även brister i bemötande och tillgänglighet. Tesia uppger att 4 klagomål gäller brister i personalens kompetens. Klagomål gällande information/ kommunikation härrör till synpunkter angående kommunens hantering av besöksrutinen på särskilt boende under rådande pandemi. Klagomålen är hanterade genom samtal



med berörda personer, uppdatering av rutiner samt upprättade Lex Sarah rapporter i de ärenden där klagomålen uppfattats som allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden.

## Kvalitetsregister

### Senior Alert

Senior alert är ett verktyg för att stödja vårdprevention 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 äldre inom hälso- och sjukvård. Arbetet bedrivs i multiprofessionella team och användandet av riskbedömningsverktygen är väl implementerat på våra särskilda boenden för äldre, arbetet med att fortsätta implementering inom hemtjänst kommer fortlöpa 2021.

Antal gjorda riskbedömningar med risk år 2020 har minskat med 13% jämfört med 2019 vilket kan förklaras med att färre antal personer är registrerade. Hos andelen personer med uppmärksam risk är det 86% som är åtgärdade 2020 jämfört med 2019 där motsvarande siffror var 66%. Samarbete sker med externa verksamheter tex dietist hos vårdcentralen och tandvårdsutförare i kommunen.

En kompetenshöjande satsning planerades och startades under 2020 men fick avbrytas på grund av pandemin. Denna utbildning planeras att återupptas och slutföras så snart smittläget tillåter.

### Svenska Palliativregistret

Att lindra sjukdom och främja livskvalitet för patienter som befinner sig i livets slutskede är en av vårdens mest basala och angelägna uppgifter. Den palliativa vården utgör en stor del av det kommunala vårdgivaransvaret. Vi vårdar idag huvudsakligen äldre, sköra och ofta multisjuka patienter där vårdens inriktning handlar om god livskvalitet och symtomlindring.

Svenska palliativregistret redovisar rapporter att kommunal vård och omsorg hunnit längre i utvecklingen av den palliativa vården än sjukhusen men att såväl kommuner som regioner har ett förbättringsarbete kvar att göra innan målnivåerna är uppnådda. I svenska palliativregistret registreras patientens sista vecka i livet med syfte att förbättra vården oberoende av diagnos och vem som utför vården. Resultaten ger en bild av patientens sista tid i livet. Resultatet på vårdens kvalitet kan jämföras med andra vårdgivare i riket. Sotenäs resultat ligger på riksgenomsnittet.

Den kunskap som Svenska palliativregistret ger verksamheten kan generellt användas mer aktivt i äldreomsorgens utvecklingsarbete tex smärtskattning och munhälsobedömning. Punkten lyfts till äldreomsorgens handlingsplan för systematiskt kvalitetsarbete. Brytpunktssamtal är också ett område för förbättring vars ansvar ligger hos annan huvudman. Utvecklingsområdet lyfts i den lokala samverkansgruppen.

## Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

År	Antal registreringar, hela kommunen	Antal personer	Medeltal NPI-poäng	Medeltal riket
2020	111	62	25,9	20,8
2019	83	55	26	20
2018	57	23	27	21

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. Dessa sekundära symtom vid demenssjukdom orsakar stort lidande för patienter med demenssjukdom och är svåra att möta och hantera för anhöriga och vårdpersonal. De senaste åren har vikten av att utveckla metoder för att bemöta patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom fått ökad uppmärksamhet.

Genom att använda NPI-skalan (Neuro Psychiatric Inventory) kan vi identifiera de olika symtomen och sätta in riktade vårdåtgärder för att minska svåra symtom och öka livskvaliteten för patienter med demenssjukdom. Genom ett strukturerat teambaserat och personcentrerat arbetssätt får vår personal ett verktyg att möta patienten med demenssjukdom på ett värdigt och professionellt sätt.

En kompetenshöjande satsning planerades och startades under 2020 men fick avbrytas på grund av pandemin. En ökning på 28 fler registreringar under 2020 jämfört med 2019 visar att den initiala satsningen har haft en viss positiv effekt. Utbildning planeras att återupptas och slutföras så snart smittläget tillåter.

## Nationella kvalitetsjämförelser

Det finns flera kvalitetsjämförelser som genomförs av kommunen. Syftet är att genom att undersöka kvaliteten i den egna kommunen och jämföra sig med landets övriga kommuner. På så vis kan eftersträvarvärda mål utkristalliseras.

Genom Öppna jämförelser och KKiK ska regioner och kommuner kunna få underlag till analys av sina verksamheter, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

## Brukarbedömningar

Brukarundersökningar mäter i vilken grad kommunmedborgare som mottar insatser från förvaltningen är nöjd med beviljade insatser. Brukarundersökningar är en viktig del i kommunens kvalitetsarbete. Omsorgsförvaltningen har valt att använda socialstyrelsens undersökning ” Vad tycker de äldre om äldreomsorgen ” för att mäta brukarnöjdheten inom äldreomsorgen. För brukarundersökning avseende individ- och familjeomsorgen samt funktionshindersomsorgen används Sveriges kommuners och regioners (SKR) brukarundersökning.

### *Så tycker de äldre om äldreomsorgen*

Socialstyrelsens brukarundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen” har två delar, hemtjänst och särskilda boenden. Resultatet från dessa två undersökningar återfinns på:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-aldreomsorgen/>

I brukarundersökningen för både hemtjänsten och särskilt boende ligger årets siffror för brukare som är mycket eller ganska nöjda med verksamheten högt, även om resultatet för särskilt boende sjunkit något under 2020 jämfört med 2019. Frågor om personalens bemötande och om personalen har tillräckligt med tid visar mycket goda resultat. De sämre resultaten visas i frågor angående om brukaren någon gång besvärats av ensamhet samt möjligheten att kunna påverka tidpunkten för när man kan få hjälp.

Brukarundersökningen för Individ- och familjeomsorgen och funktionshinderomsorgen hade under 2020 ett lågt deltagande. Delvis på grund av ett litet antal brukare inom vissa områden. Dock visar brukarundersökningen totalt på individ- och familjeomsorgen en ökad brukaröjdhet och nöjdheten inom daglig verksamhet har ökat från inget resultat 2019 till hundra procent nöjdhet under 2020.

Utifrån rådande pandemi har det inte skett något arbete med resultatet i brukarundersökningen. För funktionsstödsområdet har det uppmärksammats att det finns behov av en anpassad mätning av brukarnöjdheten då underlaget för resultat inom verksamheten är lågt och därmed inte ger ett resultat att arbeta utifrån.

### **Öppna jämförelser (ÖJ)**

De delar inom öppna jämförelser som berör omsorgsförvaltningen är hälso- och sjukvård, ekonomiskt bistånd, krisberedskap inom socialtjänsten, missbruks- och beroendevård, social barn- och ungdomsvård, stöd till personer med funktionsnedsättning, våld i nära relationer, vård och omsorg om äldre samt brukarundersökningar inom individ- och familjeomsorg samt funktionshinderområdet. Kommunen rapporterar till undersökningen varje år i mars.

Många frågor i enkätmaterialen kring öppna jämförelser rör rutiner i verksamheten både på övergripande nivå men även inom enhet. Utifrån Sotenäs svar framgår att det inom flera områden saknas rutiner fastslagna på ledningsnivå. En kartläggning av dessa behöver göras och tas fram under 2021.

### **Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)**

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. KKiK är ett nationellt projekt som omfattar cirka 260 kommuner. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

Resultat för de bästa och sämsta resultaten i undersökningen analyseras på ledningsnivå och rapporteras till kommunstyrelsen.



## Granskningar och kontroller

Inom kommunen genomförs flera olika kontroller. Informationssäkerhet, kvalitetsgranskning och internkontroll är några av dessa. Kontroller görs även genom tillsyn från IVO, Inspektionen för vård och omsorg.

### Internkontroll

Internkontrollplanen för 2020 innehåller 8 antagna kontrollområden. Av dessa åtta områden framgår att fyra bedöms fungera. Övriga fyra områden bedöms fungera men behöver utvecklas. De områden som behöver utvecklas är antagna som kontrollområden under 2021.

- Attest (anvisad)
- Målstyrning (anvisad)
- Frånvarorapportering (anvisad)
- Genomförandeplaner inom äldre- och funktionshinderomsorgen
- Dokumentation
- Diarieföring
- Lönekostnader
- Företrädesrätt vid återanställning

### Informationssäkerhet

Inom kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård ska det finnas rutiner för säkerhet och struktur för informationshantering avseende journalföring, utredningar, med mera. Förvaltningen har en upprättad rutin för kontroll av åtkomst till personuppgifter i förvaltningens verksamhetssystem.

Systemadministratörerna gör kontroller dels när någon enhetschef ber om kontroll oftast föreligger då misstankar om obehörig inloggning kan ha skett, övriga loggkontroller sker vid särskilt känsliga ärenden med svår diagnos/palliativt skede, tex tidigare kollegor, politiker, ovanliga diagnoser och allt som kan trigga nyfikenhet. Svårigheter i kontrollen uppstår då personal arbetar över verksamhetsgränserna, vilket medför svårigheter att kontrollera behörigheter. Inom individ- och familjeomsorgen sker ett arbete för att effektivisera arbetet med kontroll av loggar.

### Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Endast en enhet har under 2020 granskats av Inspektionen för vård och omsorg. Granskningen gällde personaltäthet och lägenhetslös på Kvarnbergets äldreboende. Åtgärder i verksamheten har genomförts genom ökning av personaltäthet nattetid samt utredning avseende hotelllös på brukares lägenheter på särskilt boende.

## Ej verkställda beslut

Kommuner ska inom skäligen tid verkställa sina beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) och insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Om ett beslut inte verkställts inom tre månader ska kommunerna rapportera detta till IVO. Om IVO bedömer att den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas kan myndigheten ansöka om utdömmande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten

År	2016	2017	2018	2019	2020
Antal ärenden	14	9	16	7	99

Totalt sett under 2020 rapporterades 99 individärenden in som ej verkställda inom 3 månader. Under 2019 vara samma siffra 7 st. Skillnaderna beror på stängning av verksamheter till följd av covid-19. Antal inkomna individärenden där covid-19 uppgivits som orsak uppgår till 91st. IVO har i 17 ärenden fattat beslut vilket inte har resulterat i vite för kommunen. Kommunen har erbjudit individuella lösningar för individer som inte kunnat få sina beslut verkställda inom 3 månader. I statistik från IVO framgår att 60 ärenden av de 99 berör dagverksamhet SOL och daglig verksamhet LSS.

I verksamheterna har det arbetats med individuella lösningar för att så gott som möjligt tillgodose de behov som finns utifrån rådande omständigheter. För dagverksamheten och daglig verksamhet innebär det brukare erbjudits hembesök, utomhusaktiviteter och telefonsamtal.

Tidigare har tiden mellan in- och utflytt på särskilt boende varit en del i att beslut om särskilt boende har fördröjts. Till följd av detta pågår ett utvecklingsarbete om in- och utflyttningsprocessen.

## Egenkontroll Dokumentation

Patientdatalagens syfte är att öka patientsäkerheten med bibehållet skydd för den personliga integriteten. Här finns även bestämmelser om hur vårdgivare ska behandla personuppgifter inom hälso- och sjukvården och hur patientjournal ska föras.

Egenkontroll ska utföras genom journalgranskning med syftet att följa upp att dokumentationen uppfyller patientdatalagen, 2008:355, samt för att identifiera utvecklingsområden. Under 2020 har egenkontroll av legitimerad personals dokumentation utförts vid ett tillfälle utifrån en granskningsmall som tagits fram. Vissa förbättringar görs löpande med hjälp av formuleringar i form av frastexter. Verksamheten har lagt ned stort utrymme på att utveckla införandet av ett nytt verksamhetssystem, vi lämnar Magna Cura och går över till Combine, med start i maj 2021.

## Basal hygien

### Nationell mätning PPM (punktprevalensmätning)

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är en av de viktigaste förutsättningarna för att kunna säkerställa god hygien och minska smittspridningen inom vård och omsorg. Att stärka följsamheten är ett långsiktigt arbete och ett ständigt pågående arbete.

Mätningarna utfördes under en bestämd tidpunkt vecka 40 - 41 i Sverige genom observationsstudier på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetare fick i uppdrag att observera sina kollegor.

I mätningen observerades följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler dvs. följsamheten till åtta olika steg i samband med patientnära arbete.

#### *Sammanfattning av resultaten:*

- Mer än dubbelt så många kommuner deltog i höstens mätning jämfört med i våras trots pågående pandemi, från 71 till 162 deltagande kommuner.
- Resultaten har förbättrats, följsamhet till basala hygienrutiner från 65% till 69% och följsamheten till klädregler från 86% till 89%.
- De som observeras har hög följsamhet till basala hygienrutiner i 7 av 8 steg.
- Det steg som drar ned resultaten är desinfektion av händerna före patientnära arbete.
- Det finns en stor variation mellan kommunerna som påverkar resultaten för riket.
- De kommuner som har låga resultat är nästan uteslutande med i mätningen för första gången.
- Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler var i Sotenäs 90%, medianvärdet i riket 64,5%.

<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienerutiner.10973.html>

## Medicintekniska produkter (MTP)

Utbildning i hantering och skötsel av medicintekniska produkter ställdes under 2020 om till digitala utbildningar vilket upplevs fungera väl. Förflyttningskursutbildningen finns tillgänglig på Intranätet för all vårdpersonal och är obligatorisk för all ny personal. Alla medicintekniska produkter är förskrivna och instruktion finns för hantering och skötsel.

## Delegering

Läkemedelsutbildning och delegationsutbildning har under året anpassats utifrån covid-19 och utbildningen har skett i mindre grupper och endast för Sotenäspersonal. Verksamheten har utbildat personal i läkemedelshantering, insulinhantering och dialysvård.



## Intern samverkan

Intern samverkan har skett inom och mellan verksamheter och professioner genom teamträffar.

Ett arbete med att skapa struktur för multiprofessionella team har påbörjats och fallit väl ut inom särskilt boende. Under 2021 och 2022 kommer fokus ligga på att även skapa denna form av intern samverkan inom ordinärt boende. Målsättningen är att genom dessa samverkansformer kunna arbeta med indikerat med olika typer av preventiva och riskreducerande insatser för alla våra brukare/patienter.

Samverkan mellan utförare och myndighet har inom Korttidsenheten upplevts fungera bra genom regelbundna avstämningssamverkaner mellan myndighet och utförare. Erfarenheten hos andra utförare visar på att samverkan har minskat som en effekt av minskad bemanning på myndighet.

En större översyn över ombudsrollerna och dess förutsättningar påbörjades under början av 2020 men pausades på grund av covid-19. Arbetet planeras återupptas så snart verksamheterna är mindre tyngda av hygien- och smittskyddsåtgärder till följd av pandemin.

## Extern samverkan

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdsvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan kommunen och primärvården.

Genom avvikelshanteringen har utmaningar kring samverkan identifierats för de målgrupper som behöver insatser och stöd från olika aktörer samtidigt. God samverkan mellan vårdens aktörer är grundläggande för att säkerställa brukar- och patientsäkerheten. Samverkan mellan regionen och kommunen ska ge effekter i form av trygghet för den enskilde och bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel. Här följer några exempel på den externa samverkan:

- Vårdsamverkan Fyrbodal (till exempel regelbundna möten i Närsjukvårdsgruppen)
- Fyrbodals kommunalförbund

I SML-samverkan med de närliggande kommunerna Munkedal och Lysekil bedrivs olika verksamheter och gemensamma utvecklingsfrågor med Sotenäs. Målsättningen är att byta erfarenheter, utöka och fördjupa samarbetet. Samverkan sker till exempel när det gäller anhörigstöd, läkemedelsutbildning inför eventuell delegering och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

I SFS 2010:659 3 kap. 4 § och i Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att vårdgivaren ska ge patienterna och deras anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. I de styrdokument som finns mellan kommunen och regionen beskrivs också tydligt vikten av att göra patient och anhöriga delaktiga i omsorgen och i vården.

Samverkan och ansvarsfördelning i individärenden förutsätter att de olika aktörerna/parterna har kunskap, förståelse och respekt för varandras uppdrag, förutsättningar och roller samt att det finns en tillit till varandras förmåga att hantera frågorna och valet av insatser/åtgärder. Samverkan innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin



vårdplanering, genomförandeplan och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att bli hörd vid utredning av lex Maria och lex Sarah.

Kvalitetsregistret Senior Alert, som kommunen använder som verktyg vid riskbedömningar medverkar också till att patient och anhörig ges möjlighet till delaktighet i identifiering och planering av eventuella åtgärder som behövs för att minska risk för fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa.

I den nyligen antagna äldreomsorgsplanen finns förebyggande arbete med som ett fokusområde. Ett uttalat politiskt mål är att utöka samarbetet och samverka med ideella föreningar, intresseorganisationer och andra civilsamhälleliga aktörer. Under 2021 kommer ett arbete initieras med att skapa lämpliga samverkansformer.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas när brukaren/patienten har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Syftet med SIP är att den enskilde ska få vara delaktig i planeringen och genomförandet av den vård och omsorg som behövs. Det ska vara tydligt för brukaren/patienten, anhörig och verksamheterna vem som ska göra vad och när. Enligt överenskommelsen ”Samverkan för barn och ungas hälsa” mellan Västra Götalandsregionen och samtliga 49 kommuner i Västra Götalands län ska parterna främja och tydliggöra struktur och ansvar för samverkan, samarbete och samordning mellan berörda verksamheter.

Gemensam rutin med VGR finns upprättad. Under pandemin har arbetet med SIP stått tillbaka. Samtidigt har kunskapsbasen kring SIP stärkts genom utbildning.

### **Risakanalys kopplad till patientsäkerhet**

Risakanalys har gjorts utifrån stängning på särskilt boende, skyddsutrustning och sommarpersonal under pandemin.

Utifrån covid-19 har samtliga verksamheter gjort riskanalys.

## Samverkande sjukvård

Vision, mål och syfte med Samverkande sjukvård är att tillgodose invånarens behov av god sjukvård, hitta rätt vårdnivå och att samordna de sjukvårdsresurserna som finns i invånarens närområde.

Sjuksköterskorna i hemsjukvården har under 2020 utfört 51st uppdrag. 1177-, ambulans- och IVPA- uppdragen har minskat och hemtjänstuppdragen, (personer som inte är inskrivna i hemsjukvården) ligger på samma nivå som 2019.

Uppdragsgivare	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	TOTAL
1177	2	2	1	1	2	1		1		1	2	1	14
Mobila Vårdteamet i Uddevalla													
Närsjukvårdsteamet i Fyrbodal													
Hemtjänst	5	3	9	1	1	1	2	1	2		1	1	27
MÅVA													
Ambulanssjukvård				1			1						2
SOS-Alarm (IVPA)	1	1				1					2		5
SOS-Alarm (IVPA-avbrutet uppdrag)													
Vårdcentral/Jourcentral													
Trygghetslam						1							1
Annat*			1							1			2
<b>Totalt</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>51</b>
Uppdrag som ej kunde tas	2	1	2	0	2	5	3	1	0	3	2	2	23

*Avböjda uppdrag: 3st assistansuppdrag från hemtjänst, 2st 1177-uppdrag och 18st IVPA-uppdrag.*

*Annat\*: "Uppdrag från polisen från via larmcentralen".*

## Legitimerad personal

Läkemedel	Insulin	Dialys	Förflyttningsteknik	Hostmaskin	Övrig utbildning
80	10	15	12	0	

En delegering för en baspersonal har återkallats under en kortare period.

### Kompetensutveckling och fortbildning

Nedan redovisas en del av den kompetensutveckling som har genomförts under året som ett led i att höja och säkra kvalitén i verksamheterna:

Införande av elektronisk signering, Appva. Utbildning till alla sjuksköterskor och omvårdnadspersonal inklusive vikarier.

Rehabiliteringspersonal har varit på visningar och utbildningar av medicintekniska produkter som arrangeras av hjälpmedelscentralen.

All personal har genomgått hygien-, klädregler- och skyddsutrustningsutbildningar.

Uppdatering av läkemedelsutbildning har genomförts.

## Covid-19

### Året med covid-19 utifrån smittskyddsperspektiv

Covid-19 pandemin bröt ut i mars 2020. Förvaltningen gjorde snabbt en inventering över lämpliga lokaler för att eventuellt starta upp en karantänavdelning, beslut fattades i april om att delar av korttidsenheten på Hunnebohemmet skulle användas i detta syfte.

Inventering gjordes också avseende all personal inom kommunen för att kartlägga personer med vårderfarenhet/utbildning samt personer med intresse för att jobba inom kommunens omsorg.

Under pandemin har förändringar i verksamheten skett, vissa verksamheter har stängt ner och andra individuella lösningar har erbjudits. Växelvårdsplatser var under en period stängda för att inte ta in personer i verksamheten som skulle kunna bära på smitta. För vissa brukare innebar detta en påfrestning både utifrån det egna måendet och utifrån ett anhörigperspektiv. För brukare där den stängda verksamheten medförde stora konsekvenser genomfördes undantag. Skyddsutrustning har använts i verksamheterna där avstånd ej kan säkerställas. Sotenäs var tidiga med att avråda från besök på särskilt boende. För att ändå ge möjlighet till social kontakt med anhöriga har det skapats besöksrutiner som innebär att anhöriga kan boka tid för att besöka sina närstående och då även få hjälp med skyddsutrustning.

Omsorgsförvaltningen blev under året ansvarig för egentester av kommunens personal. Kommunens provtagning via egentest ska endast utföras av personal med så lindriga symtom att de direkt kan återgå i tjänst om provet är negativt. Arbetet har utförts av personal på kommunrehab dagverksamhet tillsammans med samordnare av skyddsutrustning. Den 3 januari 2021 hade totalt 741 egentester utförts i kommunen, av dessa var 30 eller 4,5 % positiva. Provtagningen har möjliggjort återgång till arbetet för alla de personal som inte testat positivt för covid-19.

Under tidig vår 2020 blev behovet av godkänd skyddsutrustning akut i våra verksamheter. Ordinarie leverantörer kunde inte leverera produkter. Kommunen hade inga egna lager av skyddsmaterial att tillgå. En kartläggning gjordes av vad som kunde köpas in från olika leverantörer och ett stort jobb lades ner på att hitta alternativ. Små volymer köptes in från flera leverantörer men det var svårt att säkerställa att produkterna motsvarade det krav som ställs, tex CE-märkning. Under sommaren upprättades ett avtal med Komentus där avrop kunde göras på skyddsutrustning där dess kvalitet var säkerställd. Med hjälp av detta avtal har Sotenäs kommun idag upprättat ett pandemilager samt försett verksamheterna med de produkter de inte fått leverans av i tillräcklig volym från ordinarie leverantör. Inga verksamheter har under pandemin varit utan skyddsutrustning men det hade underlättat om det funnits en beredskap i form av pandemilager i kommunen att tillgå inledningsvis.

### Framtida förbättringsåtgärder

En större beredskap gällande skyddsutrustning och att snabbt kunna ställa om när det gäller inköp, till exempel att frånga Lagen om offentlig upphandling (LOU) när det inte är möjligt att enbart göra avrop utifrån befintliga avtal är en nödvändighet i framtiden.

### **Bryta smittvägar**

Att stoppa smittan och inte sprida den vidare för att skydda våra äldre, sköra brukare/patienter från att bli drabbade av covid-19 blev från en dag till nästa högaktuellt.

All vård och omsorgspersonal fick snabbt repetera hygienrutinerna och olika utbildning om basal hygien och klädregler fanns att tillgå via webben.

Riktlinjer, rutiner, samverkansmöten med mera uppdaterades kontinuerligt allteftersom ny kunskap dök upp om viruset. Information om viruset kom in från flera aktörer, nämns bör Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och regioner, Västra Götalands Regionen, smittskydd och vårdhygien.

Enhetscheferna säkerställde följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genom löpande information, uppföljning och tät dialog med personalen.

### **Besöksförbud på särskilda boenden**

I Sotenäs kommun infördes det tidigt besöksbegränsning på särskilda boenden. Med minskat antal personer på boendet har smittspridningen kunnat hållits nere.

### **Vad har vi lärt oss**

- Vikten av att ha en ständig utbildning inom basala hygien
- Vikten av att ha en organisation som utifrån nya direktiv snabbt kan ställa om rutiner och verksamheter
- Vikten av närvarande chefer
- Vikten av att hålla sig till de riktlinjer som ges från nationella myndigheter samt regionen.
- Vikten av att ha en tydlig ansvarsfördelning inom organisationen



## Åtgärder av betydelse för kvalitetsförbättring

Nedan redovisas åtgärder som genomförts under året i förvaltningens verksamheter.

- In- och utflyttningsprocessen.
- Fortbildning och utveckling av arbetsområdet med BPSD och Senior alert.
- Utveckling av digitala signeringslistor, APPVA.
- Införande av digitala läkemedelsskåp.
- Fortsatt kompetensutbildning inom sårvårdsprojektet.
- Inkontinensutbildning 7,5 hp.
- Internutbildning Combine.
- Utbildning i positionering för rehabiliteringspersonal.
- Implementering av barnkonventionen.
- Utbildning i Case Manager för social psykiatri samt utförare på IFO.
- Förebyggande arbete mot trycksår.
- Utbildning i psykisk ohälsa för individer med kognitiva funktionsvariationer och autism.
- Utbildning i metoder för att underlätta samtal med individer med kognitiva funktionsvariationer och autism.

Under 2020 har stort fokus legat på både uppdatering och implementering av kunskap kring basala hygienrutiner samt användandet av skyddsutrustning inom samtliga verksamheter.