

# Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

*Sociala omsorgsnämnden*

2018

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Begreppsdefinitioner .....	2
Förkortningar .....	3
Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet .....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.....	4
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	5
Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts.....	5
Egenkontroll.....	6
Samverkan för trygg och säker vård och omsorg .....	7
Riskanalys.....	9
Informationssäkerhet .....	9
Avvikelser, synpunkter och klagomål .....	10
Lex Maria .....	10
Lex Sarah.....	10
Resultat och analys .....	11
Egenkontroll.....	11
Riskanalys.....	13
Avvikelser, synpunkter och klagomål .....	14
Lex Maria och lex Sarah.....	16
Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV.....	16
Mål och aktiviteter för kommande år .....	17

## Sammanfattning

I rapporten redovisas resultat och sammanställningar med analys. Det som framgår av analyserna är att följsamheten till rutiner och arbetssätt brister. För att åtgärda dessa brister kommer fokus framöver vara att kartlägga verksamhetens olika processer i enlighet med det beslut som finns i Borås Stad om ett processorienterat arbetssätt. För att kvalitetsledningssystemet ska vara känt av organisationens medarbetare, krävs ett omfattande implementeringsarbete som kommer att kräva mycket arbete även fortsättningsvis.

De viktigaste områdena som identifierats i förvaltningen under året:

- Satsning på utbildning i genomförandeplansprocessen till samtlig personal inom SoL/LSS
- Brukarundersökningen genomfördes med en svarsfrekvens på 58 % och resultatet visar att tre av fyra verksamhetsområden ligger i nivå med eller bättre än övriga riket.
- Undersökningen Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) placerar Borås Stad på 88 poäng, vilket betyder att vårt resultat är ungefär som andra kommuner.
- Undersökningen Öppna jämförelser (ÖJ) placerar Borås bland de 25 % av landets kommuner som är sämst. Resultatet ska tolkas mer som ett mått på att Sociala omsorgsförvaltningen saknar det som efterfrågas och bara minoriteten av Sveriges kommuner har det som efterfrågas, det vill säga att det ser likadant ut "överallt".
- Det har rapporterats 111 LSS-avvikelser, 144 SoL-avvikelser samt 29 synpunkter. 18 ärenden har anmälts enligt lex Sarah varav 2 gått vidare till IVO.
- Inom hälso- och sjukvården har det rapporterats 1106 avvikelser. Dessa har handlat om läkemedel och fall vilket också är trenden i landet. 7 händelser har utretts som allvarliga men inte gått vidare till IVO.
- Avvikelser inom socialtjänsten har främst handlat om uteblivna insatser
- Processen för avvikelshantering för de båda lagrummen är under framtagande i det sociala klustret
- Dokumentation är ett område där det finns förbättringsbehov. Bland annat handlar det om att öka andelen aktuella genomförandeplaner samt kvaliteten i patientjournalen.
- Följt och utvecklat arbetet med Samordnad individuell plan (SIP)
- Fortsatt utvecklingsarbete behöver göras avseende god palliativ vård i livets slut
- Gränsdragningar mellan Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldreomsorgsnämnden ändrades 2018

## Begreppsdefinitioner

- Brukare - enskild med beslutad insats enligt SoL och/eller LSS
- Den enskilde - i det här dokumentet menas med begreppet den enskilde patient, brukare och klient.
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
- Huvudman - myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet.<sup>1</sup> Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens termbank

LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföransvar för olika delar av kvalitet - och uppföljningsarbetet. Ansvaret för patientsäkerhet kvarstår alltid hos huvudmannen.

- Kvalitet - 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.
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård)
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för arbetslivsförvaltningen, individ och familjeomsorgen, sociala omsorgsförvaltningen samt vård- och äldreförvaltningen i Borås stad

## Förkortningar

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

GDPR - The General Data Protection Regulation

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen

HSLF-FS - Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

IBIC - Individens behov i centrum

IVO - Inspektionen för vård- och omsorg

KAL - Kompetens och personalförsörjning, arbetsvillkor och lönebildning

KKiK - Kommunens kvalitet i korthet

LOV - Lagen om valfrihet

LOU - Lagen om offentlig upphandling

LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering

NPÖ - Nationell patientöversikt

PPM - Punktprevalensmätning som genomförs av SKL

SAS - Socialt ansvarig samordnare

SFS - Svensk författningssamling

SIP - Samordnad individuell plan

SKL - Sveriges kommuner och landsting

SOL - Socialtjänstlagen

SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling

VGR - Västra Götalandsregionen

Viva - Verksamhetssystem för dokumentation

VÄF - Vård- och äldreförvaltningen

ÖJ - Öppna jämförelser

## Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

Detta dokument är en beskrivning av det patientsäkerhets- och kvalitetsarbete som bedrivits inom Sociala omsorgsförvaltningen under 2018. Utförare av socialtjänst och verksamhet utifrån lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade ska årligen upprätta en sammanhållen kva-

litetsberättelse. Syftet med kvalitetsberättelsen är bland annat att beskriva arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under året som gått, beskriva vilka åtgärder som gjorts för att säkra kvalitet samt redovisa vilka resultat som uppnåtts.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## **Övergripande mål och strategier**

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

Förvaltningens övergripande mål för kvalitetsarbetet är att arbeta både strategiskt, hållbart och operativt. Kvalitetsarbetet bedrivs genom utvecklingsarbeten utifrån nämndens prioriterade frågor, skapa och implementera ett fullgott kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att utvärdera, följa upp, granska och analysera verksamheten.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet**

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

### **Nämnd**

Nämnden är vårdgivare och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet.

### **Förvaltningschef**

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

### **Verksamhetschef enligt HSL**

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

### **Verksamhetschef/Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enhetschef ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

### **Medarbetarna**

All personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

### **Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner**

Chef för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

### **MAS/MAR**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor i Borås Stad. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer och rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS/MAR utreder och anmäler Lex Maria till IVO.

### **SAS (Tillsynsansvarig över socialtjänst)**

SAS socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva tillsyn över verksamheter. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. SAS ansvarar även för att bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS utreder inkomna lex Sarah rapporter och anmäler allvarliga missförhållanden till IVO.

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

För att få en tydlig struktur över uppföljning och utvärdering utgår verksamheten från processkartan för egenkontroll.

Uppföljning och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från undersökningar, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter/klagomål, rapporterade avvikelser samt Lex Maria och Lex Sarah.



### **Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Förvaltningen har under året arbetat med fortsatt implementering av ledningssystemet för kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Föreskriften innebär bland annat att förvaltningen har i uppgift att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitetsledningssystemets grundläggande beståndsdelar, det vill säga processer och rutiner, kommer att färdigställas under 2019. Huvudprocesser för sociala omsorgsförvaltningen har identifierats enligt bilden nedan och processägare har utsetts. HSV-processen kartläggs tillsammans med Vård och äldreförvaltningen.



I SOSFS 2011:9 anges också att kvalitetsledningssystemet ska vara känt av organisationens medarbetare, samtliga ska arbeta i enlighet med befintliga processer och rutiner. För detta krävs ett omfattande implementeringsarbete som kommer att kräva mycket arbete även fortsättningsvis. Särskilt fokus har legat på kommunens utförare kring arbete med genomförandeplaner och därtill kopplade rutiner och processer. En stor utbildningsinsats påbörjades 2018 för alla förvaltningens utförare och denna kommer att pågå även under 2019.

Verksamheten har ett ansvar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård. Brist på arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och vikarier för att täcka ordinarie personals frånvaro har påverkat möjligheten att vidareutveckla verksamheten och fokus har istället varit att förvalta samt upprätthålla patientsäkerheten och kvaliteten för den enskilde. Medicinskt ansvariga har genomfört introduktion i hälso- och sjukvård med legitimerad personal och enhetschefer. Samverkan sker regelbundet med verksamhetschefer och förvaltningsledning. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer inom flera områden och diagnoser ger en vägledning i hur evidensbaserat bedrivs inom hälso- och sjukvården.

MAS/MAR/SAS har under året genomfört verksamhetstillsyner och arbetat med kvalitetsuppföljning och händelseanalys. Medicinskt ansvariga har genomfört informationsmöten med legitimerad personal, enhetschef HSV och verksamhetschefer.

Inför 2018 ändrades gränsdragningen mellan Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldre- nämnden. Det primära syftet var att de båda nämnderna i så stor utsträckning som möjligt skulle ha både myndighetsutövningen och utförandet för de verksamheter och ansvarsområden nämnden har i sitt reglemente.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Egenkontroll innebär därmed att granska den verksamhet som *har* bedrivits eller att verksamhet bedrivs enligt processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Under 2018 har uppföljning genom egenkontroll genomförts inom bland annat följande områden:

- KKiK - kommunens kvalitet i korthet (Undersökning från SKL som redovisar och jämför resultat inom områden som är av intresse för invånarna)

- ÖJ – öppna jämförelser (Undersökning från Socialstyrelsen för att jämföra information om kvalitet, resultat och kostnader inom olika verksamhetsområden)
- Brukarundersökning inom funktionshinderområdet (Undersökning från SKL)
- Analys av inkomna synpunkter och klagomål
- Arbete med förvaltningens interna kontroll som omfattar riskanalys och uppföljning
- Verksamhetscontrollernas granskning
- Verksamhetstillsyn av MAS/MAR/SAS har genomförts utifrån gällande lagstiftning
- Vårdinventering av hälso- och sjukvårdsinsatser har genomförts under hösten
- Kontinuerlig journalgranskning av MAS/MAR/SAS i samband med verksamhetstillsyner, utredningar och avvikelser
- Resultat från Svenska Palliativregistret på enhets-, områdes- samt förvaltningsnivå, kvartalsvis

## **Samverkan för trygg och säker vård och omsorg**

### **Samverkan med externa aktörer**

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

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

Informationsöverföring mellan enheter/verksamheter eller olika vårdgivare (t.ex. mellan sjukhus och hemsjukvården) innebär risker om inte väsentlig information överförs. Ett av de vanligaste riskområdena är brister i kommunikation och samverkan vid vårdens övergångar. Detta uppmärksammas bland annat i avvikelser i vårdsamverkan. NPÖ ger legitimerad personal möjlighet att efter samtycke läsa delar av patientens journal hos andra vårdgivare. Detta underlättar kommunikation och informationsöverföring. I dagsläget kan inte andra vårdgivare ta del av den journal som skrivs i vårt verksamhetssystem Viva.

Den nya lagstiftningen ”Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” trädde i kraft 1 januari 2018, och de regionala rutinerna började gälla 25 september. Nya rutiner implementerades kring utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. IT tjänst för informationsöverföring och planering, SAMSA uppdaterades till en ny version. Den nya lagstiftningen ställer högre krav på alla vårdgivare och innebär i ännu större utsträckning än tidigare att kommun, primärvård och slutenvården måste samverka för att den enskilde ska få en trygg och säker vård och omsorg.

I Närvårdssamverkan Borås har gemensamma utbildningsinsatser i form av 12 entimmes föreläsningar genomförts för berörda yrkeskategorier för att öka kunskapen och implementering av att arbeta med SIP i kommun, primärvård och sjukhus. I samband med utbildningsinsatsen genomfördes en utvärdering av utbildningsinsatsen. Totalt svarade 238 personer på enkäten och resultatet visade att 96 % hade fått ökade/tillräckliga kunskaper för att delta i en SIP. Vidare ansåg 67 % att de fått kunskap att leda ett SIP möte. VÅF har en SIP-koordinator med uppdrag att samordna Borås Stads SIP-lotsar.



## Samverkan mellan interna aktörer

Intern samverkan regleras i olika rutiner. Exempel på sådana rutiner är

- Teammöten inom verksamheten är en samverkansform mellan de professioner som finns kring brukaren
- Kontakt med legitimerad personal för omvårdnadspersonal
- Sjuksköterskeinsatser hela dygnet, samordning och ansvar
- Rutin för brukare/patient som tillfälligt vistas utanför egen verksamhet
- Rutin informationsöverföring och klargörande av hälso- och sjukvårdsansvar för personer inom funktionshinderverksamheten och psykiatri

## Samverkan med patienter, brukare, klienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Samverkan innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin vårdplanering, genomförandeplan, vård- och rehabiliteringsplaner och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att bli hörd vid utredning av lex Maria och lex Sarah.

Under året har det pågått ett större projektarbete inför införandet av arbetssättet IBIC (Individens behov i centrum), vilket kommer att implementeras under 2019. Genom IBIC planeras och genomförs insatserna i dialog med den enskilde. Den enskildes delaktighet synliggörs i utredning, planering och genomförande samt uppföljning av insatser, så att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser. Genom införandet av IBIC kan man på sikt arbeta målinriktat mot uppsatta mål och endast kompensera för de delar som brukaren inte själv klarar, med eller utan hjälpmedel.

I förvaltningens kvalitetsledningssystem regleras arbetet med vårdplanering och genomförandeplaner via processer och rutiner. Där framgår hur den enskildes rätt till delaktighet och inflytande ska tillgodoses. Under 2018 har processen för att fånga upp brukarens delaktighet i genomförandeplanen granskats och systematiserats. Under 2018 och 2019 kommer kvalitetsavdelningen att hålla utbildning för all personal i det nya arbetssättet. Under utbildningen får personalen ett metodstöd, vilket gör att alla utgår från samma material när de ska upprätta eller revidera genomförandeplaner. Syftet är att personalen ska få ett bra metodstöd vilket ger möjlighet till större delaktighet för brukarna.

För att öka delaktigheten för patienterna får de vid inskrivning i hemsjukvård en skriftlig information med mål med inskrivningen. Skriftlig information ska även lämnas om det inte blir inskrivning samt vid utskrivning från hemsjukvården.

Förvaltningen har under året börjat arbeta om en del skriftlig information som lämnas till brukarna, för att tydliggöra budskapet för målgruppen. Metoden som använts heter "Klarspråk" och innebär att myndighetstexter skrivs på ett välskrivet, obyråkratiskt och okomplicerat sätt. Det handlar ytterst om demokrati: att alla ska ha tillgång till och rätt att förstå vad som står i texter som skrivs av myndigheterna. Broschyrer har också skrivits på "Lättläst" vilket innebär text med

enklare ord och kortare meningar som ibland förstärks med bilder. Detta är ett utvecklingsarbete som kommer att fortsätta under 2019.

För att öka inflytandet och delaktigheten inom funktionshinderområdet finns brukarråd och anhörråd på vissa av enheterna. Det finns även ett centralt funktionshinderråd som spänner över hela Borås Stad. Utöver detta har det genomförts brukar- och anhörrådsmöten samt medborgardialog.

Informationen på Borås Stads hemsida [www.boras.se](http://www.boras.se) har utvecklats i syfte att underlätta för de medborgare som söker information om förvaltningens verksamheter.

## Risicanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Att utvärdera risker är ett förebyggande arbete och ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Verksamheten bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamhetschef med enhetschefer samlas årligen och genomför riskanalys för sina respektive områden med stöd av verksamhetsutvecklare. Riskernas sannolikhet och konsekvens bedöms och verksamheterna tar ställning till behov av åtgärder/egenkontroll.

Utifrån intern kontroll som regleras i kommunallagen anger Borås Stad att det årligen ska antas interna kontrollplaner. Dessa ska revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom en risk- och väsentlighetsanalys. Verksamhetens riskanalysarbete utgör en del av förvaltningens övergripande arbete med styrning och ledning och finns inplanerat i årshjulet för detta. Vid upptäckta brister lämnar verksamheten förslag på åtgärder för att förbättra kontrollen. Identifierade riskområden ligger till grund för nämndens internkontroll.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Förvaltningen har kontinuerligt jobbat med informationssäkerheten, dels på förvaltningsnivå genom att fortsätta klassificeringarna/identifieringen av eventuella säkerhetsbrister samt åtgärder i samtliga system som används av förvaltningen men också på en central nivå i Borås Stad. Detta med hjälp av ett större nätverk mellan förvaltningarna i Borås stad och närliggande kommuner.

Ett arbete har påbörjats för att hantera behörigheterna i alla våra system på ett bättre sätt då det finns vissa brister vid exempelvis byte av arbetsplats och/eller förvaltning. En utbildning gällande informationssäkerhet har tagits fram i Borås Stad och kommer genomföras under 2019. Detta för att öka kunskapen om informationssäkerhet och ge personalen möjlighet att hantera sitt arbete på bästa sätt.

Under året har riskanalys genomförts inför upphandling av nya system för digitala signeringslistor inom vården.

Anpassning av hanteringen av personuppgifter har skärpts och förbättrats utifrån en anpassning till krav i dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation).

Loggning och logggranskning av åtkomsten till brukar- och patientuppgifter i vårdsystemen sker regelbundet. Slumpmässigt utvalda aktiva användare kontrolleras utifrån åtkomst till patientuppgifter.

MAS/MAR/SAS har granskat journaler i samband med verksamhetstillsyner och vid utredningar. Granskning har skett av ärenden i SAMSA av MAS/MAR.

## **Avvikelser, synpunkter och klagomål**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §*

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter om verksamhetens kvalitet. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkt avses övrigt som till exempel beröm eller förslag till förbättringar. De mottagna klagomålen och synpunkterna ska utredas och utredningen ska leda till att den som bedriver verksamhet ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten. Synpunkter och klagomålshandlingen görs i IT-stödet Infracontrol som nås via [www.boras.se](http://www.boras.se). Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshandling samt avvikelshantering enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Från och med 1 januari 2018 gäller nya regler för hur patienter och närstående ska göra för att lämna klagomål eller synpunkter på vården. Detta innebär att det är vårdgivaren i första hand som tar emot och bemöter klagomål/synpunkter från patienter och deras närstående.

En avvikelse inom SoL, LSS och HSL innebär att det uppstått en intern brist/fel som drabbat den enskilde. All personal inom verksamheten har skyldighet att rapportera dessa fel och brister inom verksamheten. Definitionen av en avvikelse enligt SoL, LSS och HSL är när det inträffade avviker från god kvalitet och god ordning genom avsteg från fastställda rutiner, genomförandeplaner, vårdplaner eller andra överenskommelser.

Varje enskild avvikelse/synpunkt utreds och följs upp av ansvarig chef. Förvaltningen arbetar idag med avvikelserapportering i verksamhetssystemet Viva för både SoL, LSS och HSL.

## **Lex Maria**

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

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Händelserna utreds av MAS/MAR som också bedömer om en anmälan ska göras. IVO säkerställer att utredningen är fullständig och att de eventuella åtgärder och förändringar i verksamheten som vårdgivaren vidtagit är adekvata.

## **Lex Sarah**

*14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5, 24b § LSS*

Var och en som är verksam inom berörda verksamheter utifrån SoL och LSS omfattas av skyldigheten att rapportera händelse som orsakar risk för missförhållande eller missförhållande enligt gällande lagstiftning. Dessa händelser utreds av SAS som också bedömer om en anmälan ska göras, samt föreslår åtgärder som bör tas fram för att säkerställa att missförhållandet inte kan hända igen.

# Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

## Egenkontroll

### Brukarundersökning

För tredje året i rad genomförde Sociala omsorgsförvaltningen SKL:s brukarenkät riktat mot personer med funktionsnedsättning. Inom Borås Stad var det totalt 270 personer som besvarade enkäten. Den totala svarsfrekvensen är 58 procent, något bättre än riket på 57 procent. I Sverige är det 140 kommuner som deltagit och fler än 24 000 personer som svarat.

Resultaten inom *Daglig verksamhet* visar att det stora flertalet av de svarande är mycket nöjda vilket är på samma nivå som föregående år. Borås står sig här väl i en nationell jämförelse. Ett utvecklingsområde är deltagarnas självbestämmande som har minskat från föregående år samt hur vi kommunicerar så att de svarande förstår. Styrkor är deltagarnas trivsel och trygghet.

Inom *Boende med särskild service SoL* har trivseln ökat och fler är trygga med personalen. Utvecklingsområden är att fler upplever rädsla i sitt boende (undersökningen förtydligar inte vad rädslan står för) samt att kommunikationen mellan boende och personal behöver stärkas. Resultatet är under nationell nivå inom samtliga områden.

Resultaten för *Gruppbostad LSS* visar tvetydiga siffror, vissa områden har gått upp medan andra gått tillbaka. I jämförelse med riket ligger resultatet strax under nationell nivå. Styrkor är att de boende får den hjälp de vill ha i större utsträckning och att personalen bryr sig om dem. Utvecklingsområden är trivsel och trygghet med personalen.

När det gäller *Servicebostad LSS* är det få svaranden och därmed svårt att dra några tydliga slutsatser. Styrkor är självbestämmande och att de boende får den hjälp de vill ha, samtidigt som trivseln på boendet och tryggheten med personalen har sjunkit. Resultatet är i nivå med eller över snittet för riket.

### Analys

Brukarenkäter är ett sätt att få kunskap om kvaliteten i våra olika verksamheter. Enkätens resultat får tolkas med försiktighet av flera olika anledningar. Många personer med insatser inom Sociala omsorgsförvaltningen har kommunikationssvårigheter och/eller kognitiva funktionsnedsättningar vilket gör det svårt att arbeta med enkätverktyget. När vi jämför oss med riket ska vi också göra det med försiktighet då kommunerna har olika tillvägagångssätt vid genomförandet av enkäten vilket minskar jämförbarheten. Styrkan i enkäten är att man kan följa utvecklingen i Borås Stad över tid, samt jämföra hur kvaliteten i våra verksamheter står sig nationellt.

Det resultat som sticker ut mest ur ett nationellt perspektiv är Bostad med särskild service SoL, (socialpsykiatri) som ligger under nivån för riket inom enkätens samtliga områden. Det blir ett särskilt område för Sociala omsorgsförvaltningen att utveckla och arbeta kring för att stärka kvaliteten i detta verksamhetsområde. Utifrån resultatet behöver verksamheten Bostad med särskild service SoL granskas, förslagsvis genom en förstärkt egenkontroll. Verksamheten behöver arbeta med en djupare analys av resultatet och undersöka varför brukarna exempelvis upplever rädsla.

Under kommande år utökas arbetet med enkäten till att även omfatta personlig assistans. Enkäten kan i större grad generera öppna kommentarer och eventuellt på sikt kompletteras med en

observationsstudie för att fånga upp de brukares upplevelse som på grund av sin funktionsnedsättning inte kan besvara en enkät.

### **KKiK – Kommunens kvalitet i korthet**

Utifrån utvecklingsnyckeltal gällande kvalitetsaspekter inom LSS grupp- och servicebostäder får Borås 88 av max 100 poäng. Det är ett rejält kliv framåt från föregående års mätning om 68 poäng. Frågorna inom nyckeltalet mäter ett antal olika faktorer som ger ett kvalitetsmått. De resultat som gör att vi får bättre poäng i år är bättre internetuppkoppling, att fler kan ta emot gäster efter kl.21, att fler boende kan äta huvudmålet tillsammans samt att boende har möjlighet till fler individuellt anpassade aktiviteter. Det område som dessvärre har försämrats kraftigt är andelen brukare på boenden som de senaste 6 månaderna varit utsatt för hot eller våld. Siffran har ökat från 29 % till 47% som varit utsatta för hot/våld. 88 poäng placerar oss bland de 50 % av andra kommuner i Sverige, det vill säga att vårt resultat är ungefär som andra kommuner.

### **ÖJ – Öppna jämförelser**

Öppna jämförelser är en enkätundersökning som möjliggör jämförelse kring socialtjänstens organisation och funktion. Frågorna handlar om rutiner för samordning och rutiner för samverkan i enskilda ärenden, kompetensutveckling hos personalen, vilka strukturerade metoder och arbets sätt som används samt strukturerad uppföljning/verksamhetsutveckling. Inom de flesta områden ligger Borås som de 25 % av Sveriges kommuner som har sämst resultat. Det kan bero av hur andra kommuner tolkar frågorna, eftersom frågorna ger utrymme för att ge olika svar. Inom vissa frågor är det väldigt få kommuner som givit ett svar (så referensmaterialet är litet).

### **Intern kontroll**

Sociala omsorgsnämnden har följt upp den plan för intern kontroll som gjordes för 2018. I samråd och dialog med Kvalitet och Utvecklingsavdelningen centralt i staden har konstaterats att såväl kontrollmomentet och metoden för kontroll kan göras på ett bättre sätt. Alla förvaltningar ska arbeta på liknande sätt vilket medfört lärdomar för fortsatt arbete med såväl riskanalys och interna kontrollplaner inför 2019/2020.

### **Social dokumentation enligt LSS och SoL**

SAS har ett uppdrag att genomföra granskning av social dokumentation i samband med utredningarna gällande lex Sarah samt verksamhets tillsyn som genomfördes under 2018. Det som framkommit i de granskningarna är brister i den sociala dokumentationen. De granskade verksamheterna brister i att uppdatera och upprätta genomförandeplaner och de som är upprättade visar bristande innehåll. Det handlar även om att händelser av vikt inte dokumenteras och det som avviker från genomförandeplanen dokumenteras inte som åtgärdsregistrering eller avvikelse. Åtgärder för att stärka social dokumentation är fortbildning, handledning och kompetenshöjning av baspersonal genom konvertering av tjänster till stödpedagog.

### **Läkemedel**

Vårдинventeringen visar att 74 % (346 personer av 463 personer med hälso- och sjukvårdsinsatser) behöver stöd med sin läkemedelshantering genom att sjuksköterska har övertaget läkemedelsansvaret helt eller delvis.

### **Läkemedelsgenomgångar**

Enligt rutin ska samtliga patienter som är inskrivna i Hälso- och sjukvården (där verksamheten övertagit läkemedelsansvaret) ha en aktuell läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Detta har inte följts utan är ett pågående förbättringsområde i samverkan med primärvården.

### **Trycksår**

Vårdinventeringen visar att antalet trycksår har ökat från fyra till fem från föregående år. En utbildningsdag kring trycksår har genomförts i samverkan med sjukhuset. Ett förbättringsarbete har påbörjats och pågår i syfte att säkra att samtliga trycksår rapporteras.

### **Riskbedömningar hälso- och sjukvård**

Antalet gjorda riskbedömningar avseende fall, undernäring och trycksår har ökat från 125 st år 2017 till 235 st år 2018. Detta är en avsevärd ökning som förbättrar patientsäkerheten. Trots att antalet riskbedömningar har ökat finns ett stort förbättringsområde att utveckla antalet riskbedömningar samt bedömningar av arbetsterapeut och fysioterapeut. Ett utvecklingsområde är även att se över behovet av andra riskbedömningar riktade mot patientgrupperna i Sociala omsorgsförvaltningen.

### **Verksamhetstillsyner**

MAS/MAR/SAS har genomfört fyra verksamhetstillsyner.

- Serenadgatan
- Slättvägen
- Furulundsgatan 19
- Bogrydsvägen (privat utförare)

Granskning av verksamheterna visar att det finns förbättringsområden inom ett flertal områden. Samma områden som syns vid föregående års granskningar är fortfarande aktuella. Områdena är, dokumentation utifrån båda lagrummen, avvikelshantering, samt följsamhet till rutiner. Dokumentationen granskas vid besöken och det finns brister i både SoL-dokumentation och HSL dokumentationen. Gällande avvikelser finns risk för underrapportering samt bristande uppföljningar. Handlingsplaner har upprättats och dessa kommer att följas upp 6 månader efter besöken.

### **Tillsyn IVO**

IVO genomförde en planerad tillsyn på Serenadgatans särskilda boende, SoL i oktober 2018. Anledningen till inspektionen var två inkomna anmälningar gällande bemötande, bemanning och omvårdnad. IVO avslutade ärendet med tre påpekanden;

- att personalen löpande bör informeras om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah
- de boende ska erbjudas att ha med sin eventuella legala företrädare på planeringsmöten
- sociala omsorgsnämnden bör se över bemanningen vid boendet eftersom nuvarande bemanning inte fullt ut tillgodoser de boendes behov.

### **Risکانالys**

Under 2018 har det inom förvaltningen genomförts två risk- och konsekvensanalyser på övergripande nivå. Med utgångspunkt från genomförda riskanalyser har handlingsplaner upprättats där risk identifierats. Enligt förvaltningens rutin ska handlingsplanerna följas upp inom sex månader efter genomförd riskanalys.

Dessa har handlat om:

- sekretess och behörighetsstyrning i Viva
- tillsättning av en HSV-chef utifrån att grupperna skulle börja jobba i team

## **Avvikelser, synpunkter och klagomål**

### **Avvikelser HSL**

Det har totalt rapporterats 1106 HSL-avvikelser i verksamhetssystemet Viva. Motsvarande siffra för 2017 var 1060. De risk- och utvecklingsområden som har identifierats är fall, läkemedel och uteblivna beställda hälso- och sjukvårdsinsatser som står för den stora delen av HSL-avvikelserna – vilket inte är något unikt för Borås Stad, då trenden är samma i hela landet.

Det pågår ett arbete i Borås Stad med att införa digitala signeringslistor vilket kommer slutföras under 2019 för att kvalitetssäkra läkemedelsadministrationen och andra hälso- och sjukvårdsinsatser. (Sammanställning rapporterade avvikelser HSL i Viva, se bilaga).

- Fall - totalt rapporterades 362 avvikelser, under 2017 var motsvarande siffra 379.
- Läkemedel - totalt rapporterades 532 avvikelser varav 267 handlade om helt uteblivna doser. Under 2017 rapporterades 545 läkemedelsavvikelser. Om man beräknar att antalet patienter med helt övertaget läkemedelsansvar får två doser per dygn är det 0,2 procent av alla utdelade doser som lett till avvikelser.
- Uteblivna beställda hälso- och sjukvårdsinsatser - det finns en stor risk för patienten då beställda insatser inte utförs. Exempel på insatser kan vara träningar, provtagning m.m.

### **Avvikelser HSL i vårdsamverkan**

39 avvikelser har skickats från Sociala Omsorgsförvaltningen till andra vårdgivare och alla rör informationsöverföring. 5 avvikelser har inkommit till Sociala omsorgsförvaltningen från andra vårdgivare. Dessa har handlat om brister i informationsöverföring, remisshantering och provtagning.

### **Avvikelser LSS**

I verksamheten har 111 LSS-avvikelser rapporterats. 27 av dem har handlat om brister i bemötande, 23 om fysiskt övergrepp och 60 om annat. Det behövs ett fördjupnings- och analysarbete när det gäller avvikelser. Verksamheten och rapportörerna ska känna sig trygga och ha kompetens för att kunna bedöma när en händelse ska rapporteras och utifrån vilken lagstiftning.

### **Avvikelser SoL**

I verksamheten har 144 SoL-avvikelser rapporterats (158 st rapporterades för 2017). 125 av avvikelserna har handlat om brister i utförande av insatser som kommer från verksamheterna; boendestöd funktionshinder, boendestöd neuropsykiatri samt socialpsykiatri. 104 av avvikelserna har handlat om inställda besök på grund av personalbrist. Riskanalyser är gjorda av verksamheten och i 121 fall har man bedömt att avvikelserna inte har lett till någon risk för brukaren och i 22 fall att det finns risker som behöver åtgärdas.

### **Synpunkter och klagomål**

Totalt 29 synpunkter har kommit in under året 2018, varav 4 rör externa utförare. De synpunkter som inkommit är spridda över flera verksamhetsområden, vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser. 11 klagomål rör bemötande, 10 klagomål rör tjänster, 4 klagomål rör fysisk miljö,

1 synpunkt rör förvaltningens information och 3 ärenden är belagda med sekretess. Inkomna synpunkter har behandlats var och en för sig och rutinen för synpunktshantering har följts till större delen, i 5 fall av 29 inkomna synpunkter har svarstiden överskridits.

Ett arbete med avvikelseprocessen i det sociala klustret har pågått under hösten 2018 och kommer att avslutas under våren 2019. Därefter kommer arbetssättet att implementeras i verksamheten.

Genom att följa upp och utvärdera kvaliteten i det arbete som bedrivs, kan en uppfattning skapas i vilken mån det bedrivs en systematisk avvikelsehantering i enlighet med gällande lagstiftning, fastställda rutiner och processer. Avvikelse rapporteringen är en grundläggande del i kvalitetsarbetet för att minska missförhållanden. På individ och enhetsnivå har uppföljning av avvikelser/synpunkter gjorts. Inget systematiskt övergripande analysarbete har gjorts på förvaltningen under året.

### **Välfärdsteknik**

Under året 2018 har Sociala omsorgsförvaltningen varit med och gjort en stor upphandling kring välfärdsteknik. IKT-samordnare (Information- och kommunikationsteknik samordnare) har under året hjälpt enheter att få ett större mediautbud genom att koppla upp TV via Chromecast och på så sätt få tillgång till både Play-tjänster, filmtjänster och musik/media då detta har efterfrågats av brukare.

Utredningar och förberedelser har genomförts under 2018 vad gäller:

- En förstudie och ett upphandlingsunderlag har tagits fram gällande nya trygghetslarm och välfärdsteknik. Projektet kommer att fortsätta till och med 2021.
- Digitala signeringslistor för signering av delegerade insatser, ex läkemedelsgivning, i en applikation på telefonen istället för på papperslistor, "från papp till app". Signeringslistor används när det krävs en signering för överlämnade av läkemedel eller andra utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. Syftet med digitala signeringslistor är att kvalitetssäkra läkemedelsadministrationen och andra hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs enligt ordination eller instruktion samt att förhindra att personal utan delegering utför insatserna.
- Mobil dokumentation/Viva Webb där en pilotstudie genomförts för utvald hemsjukvårdspersonal från Vård- och äldreförvaltningen och Sociala omsorgsförvaltningen. Beslut togs 2018 att fortsätta införandet. Hemsjukvården kväll, natt och pool använder systemet och utveckling av systemet pågår inför ett breddinförande.
- Viva omsorgsapplikation är en mobilapplikation för att stödja mobil dokumentation i Viva utförarmodul för legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Viva omsorgsapplikation kommer även göra att personalen kommer kunna läsa genomförandepplaner samt vård- och rehabplaner direkt i mobilen. Applikationen utvecklas för Android mobiler tillsammans med Viva med hjälp av stimulansmedel (2 mkr). Kommer att införas tidigast hösten 2019.
- Upphandling av webbinköp är gjord. Lansering sker under våren 2019 vilket kommer innebära att brukarens dagligvaror beställs av brukaren med stöd av personal i en onlinebutik och därefter levereras varorna hem till brukaren av butiken. Det ger både en ökad delaktighet och självständighet för brukarna samt effektivisering av hur vi använder förvaltningens personal.



## **Lex Maria och lex Sarah**

### **Lex Maria**

Under året har MAS/MAR utrett 7 utredningar, varav 5 är avslutade och 2 är pågående där det fanns risk för allvarlig vårdskada. Ingen av de 7 händelserna har anmälts som lex Maria till IVO. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten, klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående. Händelserna rör läkemedelshantering, brister i kommunikation och information, bedömning av hälso- och sjukvård samt brister i utförda hälso- och sjukvårdsinsatser.

### **Sammanställning Lex Sarah**

Under 2018 har totalt 18 rapporter om risk för missförhållande inkommit. 16 av rapporterna ledde till utredning och 2 rapporter bedömdes att utredning inte skulle inledas på grund av att verksamheten hade vidtagit de omedelbara åtgärder som behövdes. Utav de 16 inkomna ärendena bedömdes 3 som inget missförhållande, 7 som risk för missförhållande och 4 som missförhållande.

Orsakerna till rapporteringen har varit:

- Brister i bemötande- 3 st
- Brister i utförande av insatser- 7 st
- Ekonomiskt övergrepp- 4 st
- Fysiskt övergrepp- 2 st

Orsaker som har identifierats i samband med utredning har bl.a. varit: oklara rutiner, avsaknad av rutiner eller inte följsamhet till rutiner, otydlighet i ansvar, avsaknad av personcentrerat förhållningssätt, avsaknad av genomförandeplan och bristande kommunikation och samverkan mellan yrkeskategorier.

### **Anmälan till IVO**

Två lex Sarah ärenden anmäldes till IVO under 2018, då bedömningen var att det förelåg allvarliga risker för missförhållanden. I den ena anmälan har IVO fattat beslut att ärendet ska avslutas. Skälen för beslutet är att huvudmannen har fullgjort sin utrednings och anmälningsskyldighet i enlighet med 24-e f§§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. IVO inkom med ytterligare information som handlade om att IVO i ett särskilt tillsynsärende kommer granska den enskildes situation och Sociala omsorgsnämndens ansträngningar, för att verkställa den enskildes beslut.

I det andra ärendet har IVO inte inkommit med något beslut utan kräver kompletteringar i samband med utredningen i form av handlingsplan, enhetschefens bedömning om händelsen, kopia på brukarens genomförandeplan samt utreda bakomliggande orsaker på organisations- och systemnivå. Orsakerna till rapporteringen har varit fysiska och psykiska övergrepp.

## **Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV**

Mellan 1 januari och 2 december 2018 stod Frösunda, Attendo, Nytida och Humana för driften av de 14 grupp- och servicebostäder som sedan efter en ny entreprenadupphandling togs över av Attendo den 3 december 2018. I den nya upphandlingen krävdes att entreprenaden skulle an-

vända sig av samma verksamhetssystem som kommunen, d.v.s. Viva för journalföring och avvikelshantering. Under 2018 drevs ett boende som ett föräldrakooperativ och det är kvar i samma driftsform. Attendo har ett eget ansvar för att upprätta en patientsäkerhets- och verksamhetsberättelse i sina verksamheter för 2019.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för hälso- och sjukvården inom både LOU och LOV. Brister finns i hälso- och sjukvårdsdokumentation för de privata utförarna då de fram tills december 2018 inte varit inne i samma verksamhetssystem som Borås Stad. Dokumentation skedde på papper eller i det egna systemet vilket gjorde att legitimerad personal hade svårt att få tillgång till dokumentationen som rörde patienten. Även avvikelser skrevs i den externa utförarens egna system vilket gav en svårighet att följa hur arbetet kring uppföljning och förbättring har skett.

HSL-avvikelser redovisas här på samma sätt som för verksamhet i kommunal regi. I övrigt redovisas endast tillgängliga resultat utan analys då det åligger privata utförare att i egen patientsäkerhets- och verksamhetsberättelse redovisa detta. Se bilaga för separat statistik för privata HSL-avvikelser.

## Mål och aktiviteter för kommande år

Som ett stöd i att systematiskt följa upp kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 som sker på förvaltningen kommer ett utvecklingsarbete under 2019 påbörjas med syfte att skapa en mer sammanhållen analys och uppföljning. Att enbart utreda varje avvikelse/synpunkt för sig kan leda till svårigheter att uppmärksamma problem med verksamhetens kvalitet och styrning. Syftet är att arbeta mer strategiskt och systematiskt för att upptäcka mönster och trender som inte framträder i granskning av enskilda fall. Verksamheten får på så sätt ett lärandeperspektiv på det som fungerar bra och det som behöver utvecklas. Analysen ska även vara ett stöd till verksamheten att göra uppföljningar i form av egenkontroll och även lyfta goda exempel. Sammanställningen sker lämpligen kvartalsvis då analysarbetet sker mer i närtid efter inträffade händelser och på så vis vara ett stöd till verksamheten för att arbeta förebyggande.

Arbetet för att förtydliga de nya gränsdragningarna mellan Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldre- och dess egentliga innebörd i reglementena kommer att fortsätta.

Under 2019 kommer arbetet med den i sociala klustret gemensamma processen *Att tillhandahålla hälso- och sjukvård* med tillhörande stöd – och delprocesser intensifieras. Inom det sociala klustret kommer ett arbete att bedrivas i syfte att tydliggöra styrning och ledning av kvalitetsarbetet. Bland annat kommer rutiner och aktiviteter säkras så att identifierade utvecklingsområden efter genomförd egenkontroll vidtas och följs upp.

Arbetet för att stärka och utveckla Borås Stad som en attraktiv arbetsgivare för hälso- och sjukvårdspersonal kommer att fortsätta i KAL gruppen. Arbetet utgår från den av kommunens förhandlingsdelegation antagna handlingsplanen KAL med 26 förslag inom områdena Kompetens- och personalförsörjning, Arbetsvillkor och Lönebildning. Åtgärderna ska bidra till att attrahera, rekrytera och behålla och utveckla legitimerad personal.

Projektet IBIC avslutas under året och arbetsplaner med åtgärder för vidare implementering av arbetssättet kommer att lämnas över till verksamheten för prioritering och fortsatt arbete. En del

av IBIC består av att öka brukarens inflytande och delaktighet vid genomförandet. Fokus ligger på att tydliggöra brukarens behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen.

Införandet av välfärdsteknik kommer bidra till att brukare/patienter kan bli mer självständiga och få sina individuella behov tillgodosedda. Idag finns det svårigheter att rekrytera inom samtliga yrkeskategorier inom förvaltningen och denna teknik ger möjlighet att använda resurser där de som bäst behövs, minska kringtid, restid och administration som inte ger något mervärde för patienterna/brukarna.

För att säkerställa kvalitet och brukarens delaktighet i social dokumentation och genomförandeplan kommer förvaltningen fortsätta den pågående 3-åriga utbildningssatsningen som är planerad att färdigställas 2020. Omkring 320 baspersonal har gått genomförandeplansutbildningen fördelat på 46 utbildningar. Pedagoger har hållit i 18 av dessa utbildningar. Utbildningen har vänt sig till både baspersonal, enhetschefer och handläggare.

Patientens delaktighet i sin hälso- och sjukvård är svår att följa i dokumentationen. Önskar patienten få sin journal utskrivna får de den på papper. För att förenkla för patienten att ta del av sin journal finns ett utvecklingsområde att journalen skulle vara tillgänglig, exempelvis på samma vis som regionens journal. SIP kommer att vara i fokus för alla vårdgivare.

## **Bilagor**

- Bilaga 1, Avvikelser HSL
- Bilaga 2, Avvikelser SoL
- Bilaga 3, Avvikelser LSS
- Bilaga 4, Lex Sarah
- Bilaga 5, Synpunkter
- Bilaga 6, Privata utförare avvikelser HSL
- Bilaga 7, Privata utförare LSS
- Bilaga 8, Palliativa registret
- Bilaga 9, Resultat KKiK
- Bilaga 10, Planerade aktiviteter 2019

**Bilaga 1.**
**HSL-avvikelser Sociala omsorgsförvaltningen 2018**

	HSL totalt	Fall	Läkemedel	Informations- överföring	Dokumentation	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Vårdplanering	Delegerad HSL insats	HSI insats	Teammöte
Daglig Verksamhet	75	57	11	2	2	0	0	0	2	1	0
Funktionshinder	728	216	338	35	38	23	4	0	36	35	3
Socialpsykiatri	303	89	183	10	6	2	0	0	6	7	0
<b>SOF totalt 2018</b>	<b>1106</b>	<b>362</b>	<b>532</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>3</b>
SOF totalt 2017	1060	379	545	40	40	14	4	0	25	26	1

Läkemedelsavvikelser	Apoteksfel	Dubbel dos	Fel tidpunkt	Felaktig dos	Feldelning dosett/från burk etc	Helt utebliven dos	Läkemedel givet till fel patient	Ofullständig dos	Annat	Antal redovisade avvikelser
Daglig Verksamhet	0	0	2	0	0	7	0	0	2	11
Funktionshinder	8	12	14	11	3	181	6	29	93	338
Socialpsykiatri	1	18	15	6	3	79	4	19	60	183
<b>SOF totalt 2018</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>257</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>155</b>	<b>532</b>

Bilaga 2. SoL Avvikelser –typ av avvikelse 2018

SoL	201801 - 201812										
	Brister i bemötande av anställda mfl	Brister i fysisk miljö	Brister i respekt och integritet	Brister i rättsäkerhet vid handläggning och genomförande	Brister i utförande av insatser	Ekonomiska övergrepp	Fysiskt övergrepp	Psyksiska övergrepp	Schema fel	Annat	Antal redovisade avvikelser
Daglig verksamhet								1		3	3
Funktionshinder		1			100		2			6	109
Socialpsykiatri		4		3	25	2	1	3		2	32
<b>Soc Oms Förv</b>		<b>5</b>		<b>3</b>	<b>125</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		<b>11</b>	<b>144</b>

Sol avvikelse-orsak

SoL Orsak	201801 - 201812								
	Bristande rutiner	Brister i kommunikation	Brister i samverkan	Oklar ansvarfördelning	Otillräcklig information	Otillräckliga instruktion	Otillräckliga kunskaper	Personalbrist	Annat
Daglig verksamhet	1								3
Funktionshinder		4	1				1	94	10
Socialpsykiatri	11	12	7	5	3	3	10	10	8
<b>Soc Oms Förv</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>104</b>	<b>21</b>

### SOL Riskanalys utifrån avvikelser 2018

	Inga risker	Risker som skall åtgärdas	Allvarliga risker
Daglig verksamhet		2	1
<b>Funktionshinder</b>	<b>105</b>	4	
<b>Socialpsykiatri</b>	<b>17</b>	15	
<b>Soc Oms Förv</b>	<b>122</b>	21	1

### Bilaga 3. LSS avvikelser 2018

#### LSS avvikelser-Typ av händelse

LSS	201801 - 201812									Antal redovisade avvikelser
	Brister i bemötande	Brister i fysisk miljö	Brister i bemötande av anställda med flera	Brister i rättsäkerhet vid handläggning och genomförande	Ekonomiska övergrepp	Fysiskt övergrepp	Sexuella övergrepp	Psykiska övergrepp	Annat	
Daglig Verksamhet	10	2				15		10	44	70
FH Boendesektionen	9	1				8			13	29
FH Korttid	1								1	2
FH Personligt stöd	5									5
FH Pers Ass	1	1							2	4
FH Övrigt	1									1
<b>Sociala Omsorgsförvaltningen</b>	<b>27</b>	<b>4</b>				<b>23</b>		<b>10</b>	<b>60</b>	<b>111</b>

## LSS avvikelser-orsak

LSS	201801 - 201812									
	Bristande rutin	Brister i kommunikation	Brister i samverkan	Oklar ansvarsfördelning	Otillräcklig information	Otillräcklig instruktion	Otillräckliga kunskaper	Personalbrist	Annat	Antal Avvikelser med Orsak
Daglig Verksamhet	9	3			1		5	7	44	66
FH Boendesektionen	7	6	2	2	2		1	3	13	23
FH Korttid		1							1	2
FH Personligt stöd								5		5
FH Pers Ass									2	4
FH Övrigt										
<b>Sociala Omsorgsförvaltningen</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>6</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

## Bilaga 4 Lex Sarah

### Lex Sarah Utredning 2018

Ärende som avslutats under året

#### Sociala omsorgsförvaltningen

	TOTALT
1. Utredning avslutas - inget missförhållande	3
2. Utredning avslutas - risk för missförhållande	7
3. Utredning avslutas - missförhållande	4
4. Utredning avslutas - påtaglig risk för allvarligt missförhållande	1
5. Utredning avslutas - allvarligt missförhållande	1
<b>TOTALT</b>	<b>16</b>

## Bilaga 5. Tabell inkomna synpunkter 2018:

Verksamhetsmätt	Beröm 2018	Fråga 2018	Förslag 2018	Klagomål 2018	Totalt 2018
Bemötande				11	11
Fysisk miljö				4	4
Information		1			1
Tjänster				10	10
Totalt		1		25	26

### Kompletterande text:

Totalt har 29 synpunkter inkommit, men 3 st är belagda med sekretess, varför de ej kan kategoriseras.

Verksamhetsområde	Antal	Vanligaste verksamhetsspecifika synpunkten
Förvaltningsledningen	3	
Myndighetsutövning	4	
Privata utförare boenden	4	
Överförmyndare	3	
Boendestöd	1	
Personlig assistans	1	
Boende socialpsykiatri	4	
Gruppboende LSS	9	
Totalt för förvaltningen	29	



## Bilaga 6. HSL-avvikelser privata utförare 2018

	HSL totalt	Fall	Läkemedel	Informati- ons-överfö- ring	Dokumentat- ion	Medicintek- nisk produkt	Trycksår	Vårdplane- ring	Delegerad HSL insats	HSI insats	Teammöte
<b>Privata 2018</b>	<b>122</b>	<b>2</b>	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
Privata 2017	163	4	87	15	20	5	0	4	28	9	0

Läkemedelsavvikelser	Apoteksfel	Dubbel dos	Fel tid- punkt	Felaktig dos	Feldelning dosett/från burk etc	Helt utebli- ven dos	Läkemedel givet till fel patient	Ofullständ- ig dos	Annat	Antal re- dovisade avvikelser
<b>Privata 2018</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>44</b>

## Bilaga 7. Privata utförare avvikelser LSS

### LSS 201801 - 201812

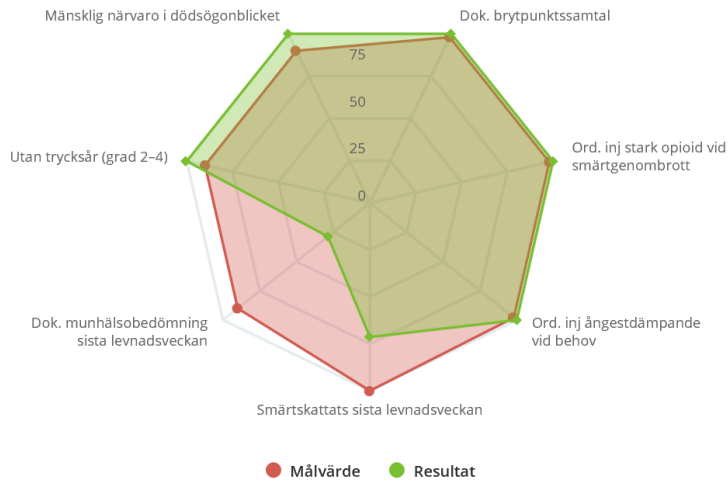
	Brister i bemö- tande	Brister i fy- sisk miljö	Brister i be- mötande av anställda med flera	Brister i rättsä- kerhet vid hand- läggning och genomförande	Ekono- miska över- grepp	Fysiskt övergrepp	Sexuella övergrepp	Psykiska övergrepp	Annat	Antal redovi- sade avvikelser
<b>Privata utförare</b>	<b>2</b>					<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>



## Bilaga 8. Resultat Palliativregistret

### Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



### Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12

SKAPA EXCEL-FIL

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	100,0	98	7	7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	7	7
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	7	7
Smärtskattats sista levnadsveckan	71,4	100	5	7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	28,6	90	2	7
Utan trycksår (grad 2-4)	100,0	90	7	7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100,0	90	7	7

Antal dödsfall enligt Viva HSL (ingen data), Antal dödsfall enligt palliativa registret 7  
 Andelen dödsfall som registrerats

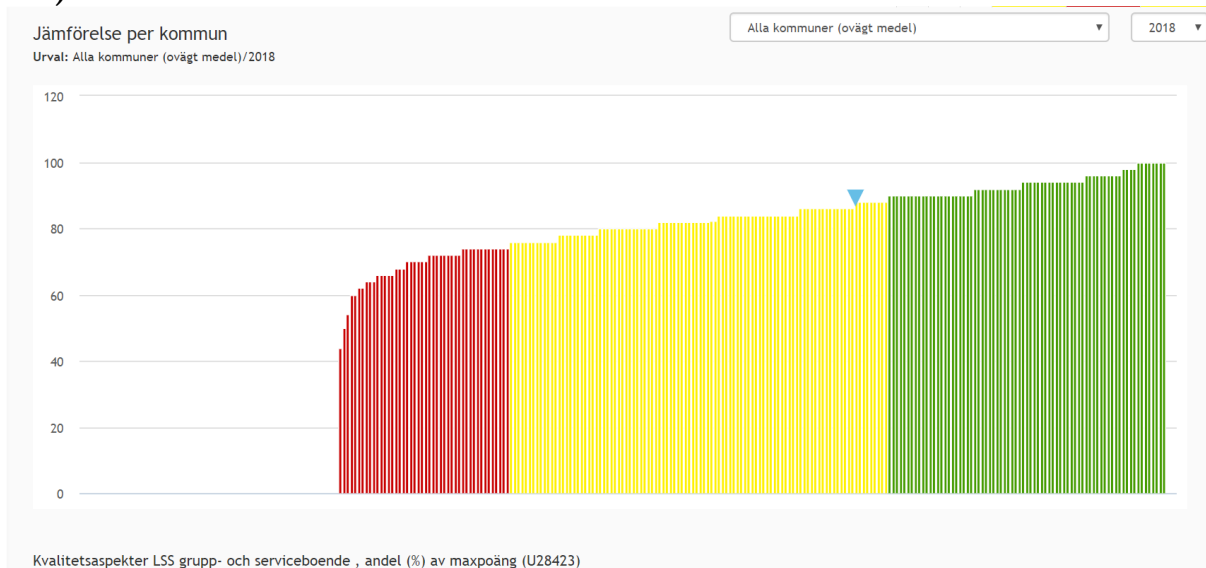
Andel med en dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan 71,4 %

Andel med en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan 28,6 %

## Bilaga 9 a) KKiK – Kommunens Kvalitet i Korthet Resultat 2018

^ Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende , andel (%) av maxpoäng	↑	≈	↓	80	68	88
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka, andel (%)	↑	≈	↓	100	65	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende ges möjlighet att vara ute på aktiviteter som kräver personalstöd efter kl 21, en gång/månad, andel (%)	↑	≈	↓	100	100	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet att planera matsedel, handla livsmedel mm, andel (%)	↑	≈	↓	70	92	92
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%)	↑	≈	↓	46	31	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har möjlighet till så många individuellt anpassade aktiviteter i veckan som hen önskar, andel (%)	↑	≈	↓		62	77
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende har tillgång till egen brevlåda som posten levererar till, andel (%)	↑	≈	↓	47	55	58
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras, andel (%)	↑	≈	↓	100	100	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där den boende kan ta emot gäster alla kvällar efter kl. 21.00, andel (%)	↑	≈	↓	100	38	100
Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)	↑	≈	↓	62	71	53
Enheter enl. LSS § 9.9 där det är möjligt att bli sambo, andel (%)	↑	≈	↓	100	97	100

## 9 b)



För varje nyckeltal rangordnas alla kommuner efter sina resultat och de bästa resultaten får grön färg, de sämsta får röd färg och de i mitten får gul färg.

## **Bilaga 10 – Planerade aktiviteter 2019 med utgångspunkt från 2018 års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse**

### **Avvikelser SoL, LSS och HSL**

- Fortsatt arbete med kartläggning och utveckling av processen för avvikelser. I samband med detta arbete kommer Viva vid behov anpassas i syfte att uppfylla verksamheternas behov av att på ett systematiskt sätt rapportera, utreda och följa upp inträffade avvikelser på individnivå. Även rapportering enligt lex Sarah ingår i arbetet.
- Sammanhållen analys av rapporterade synpunkter, avvikelser SoL, LSS, HSL samt lex Maria/lex Sarah på verksamhets- områdes- och förvaltningsnivå, kvartalsvis

### **Avvikelser HSL**

- Införa digitala signeringslistor för att säkra att patienten får sina beställda hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Arbetssättet kring avvikelser i vårdsamverkan ses över i närvårdssamverkan

### **Lex Sarah**

- Säkra arbetssättet så att åtgärder som identifieras i en lex Sarah utredning vidtas och följs upp

### **Egenkontroll**

- Basala hygienregler och klädregler genomförs under året
- Uppföljning av följsamhet till livsmedelshygien inom de särskilda boendeformerna
- Resultat från Svenska Palliativregistret på enhets-, områdes- samt förvaltningsnivå, kvartalsvis

### **Dokumentation enligt socialtjänstlagen**

- Säkerställa att rutiner efterföljs genom att följa upp andelen aktuella genomförandeplaner
- Utveckla mobil dokumentation

### **Dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen**

- Förbättra och utveckla kvaliteten i HSV dokumentationen
- Öka följsamhet till rutinen patientjournalens innehåll
- Utveckla mobil dokumentation
- Utveckla möjligheten att bli producent i NPÖ så andra vårdgivare kan ta del av patientens journal

### **Förebyggande insatser HSL**

- Öka andelen riskbedömningar, säkra att åtgärder vidtas och öka kompetensen kring det riskförebyggande arbetet
- Kartlägga behov av andra riskbedömningar utöver fall, trycksår, undernäring

### **Öka brukaren/patientens delaktighet**

- Utveckla funktion i Viva för att kunna följa patientens delaktighet
- Undersöka möjlighet att producera patientens journal på nätet

- Genom IBIC kommer brukarens delaktighet att öka

### **Kompetensutveckling**

- Fortsatt arbete för att säkerställa kompetens och att personal kan rekryteras
- Implementera och öka följsamhet till socialstyrelsens nationella riktlinjer inom de områden som är aktuella
- Kompetensplan/handlingsplan för legitimerad personal färdigställs

### **Läkemedel**

- För en säker läkemedelshantering behövs fortsatt arbete med läkemedelsskåp
- För att säkerställa att patienten får läkemedel enligt ordination införs digitala signeringslistor
- Enkät ”Kvalitetsgranskning läkemedelshantering” ska genomföras
- Utveckla VIVA för att tydligare bilda av arbetet med läkemedelsgenomgångar
- Påbörja kartläggning av läkemedelsprocessen

### **Samverkan**

- Fortsatt arbete med handlingsplan i närvårdssamverkan Borås
- NPÖ, utreda möjlighet att bli producent av information till NPÖ

### **Samordnad individuell vårdplan**

- Följa och utveckla arbetet med SIP samt följa patientens delaktighet i vård- och rehabiliteringsplaner
- Utbilda SIP lotsar samt genomföra informationstillfällen för berörda yrkeskategorier

### **Säkerställa en god palliativ vård vid livets slut**

- Fortsatt arbete i processteamet. I teamets uppdrag ingår bland annat att säkra förvaltningens rutiner och resultat med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna och förvaltningens mål. Teamet har även i uppdrag att revidera handboken samt utarbeta förslag på stöddokument och kompetensplan palliativ vård.