

## Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2021-03-22, kl. 14:00

Plats: Digitalt Lifesize

---

Eva-Lotta Pamp (M),  
Ordförande

Emma Pettersson,  
Sekreterare

### Ärendelista

1. Information och överläggningar
  - A/ Ekonomiuppföljning per februari 2021
  - B/ Revidering av kritiska verksamhetsfaktorer
  - C/ Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre - återrapportering
  - D/ Patientsäkerhetsberättelse 2020
  - E/ Förvaltningschefens information
2. Revidering av vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer, 2021.056 VON
3. Patientsäkerhetsberättelse 2020, 2021.062 VON
4. Anmälan av delegationsbeslut 2021, 2021.037 VON

# Revidering av vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer

2

2021.056 VON

Datum: 2021-03-04  
Handläggare: Camilla Liljegren  
Direktnr: 6744  
Diariennr: 2021.056 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Revidering av vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer

### Ärendebeskrivning

I enlighet med Alingsås kommuns styrmodell ska vård- och omsorgsförvaltningen identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. Vidare ska förvaltningen informera vård- och omsorgsnämnden om vilka kritiska verksamhetsfaktorer som identifierats samt ge information vid uppföljning. En kritisk verksamhetsfaktor ringar in områden som är av särskild vikt för en god kvalitet i förvaltningens grunduppdrag. Verksamhetsfaktorerna sorteras i fyra perspektiv, ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. De följs upp genom nyckeltal som mäter kvaliteten eller resultatuppfyllelsen.

### Förvaltningens yttrande

Ärendet innebär information om revidering av vård- och omsorgsförvaltningens tidigare beslutade kritiska verksamhetsfaktorer.

Inför 2021 har vård- och omsorgsförvaltningen beslutat att revidera befintliga kritiska verksamhetsfaktorer. Dessutom har formerna för uppföljning och information till nämnd setts över. Utgångspunkten har varit att omhänderta resultatet i vård- och omsorgsnämndens väsentlighets- och riskanalys 2020.

Förvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer följs upp två gånger per år inom ramen för förvaltningens verksamhetsuppföljning, undantaget budgetavvikelse som följs upp månadsvis.

Nyckeltalen inom perspektiven målgrupp och verksamhet kommer att redovisas till vård- och omsorgsnämnden i kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Nyckeltalen inom perspektiven ekonomi och personal redovisas genom månadsuppföljning, fördjupad månadsuppföljning och delårs- och årsuppföljning.

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga kostnader.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner informationen.

**Beslutet ska skickas till**

Förvaltningschef, enhetschef ekonomi, utvecklingsledare.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Camilla Liljegen  
Utvecklingsledare

## Bilaga, Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer 2021

Perspektiv	Kritisk faktor	Uppföljning (nyckeltal/annat)	Uppföljning (hur ofta?)	Redovisning till nämnd
Ekonomi- Budget i balans	Kostnader överstiger inte intäkter	Budgetavvikelse	I samband med uppföljning till nämnd	Månads- och fördjupad månadsuppföljning, delårsbokslut och årsbokslut
Målgrupp- invånare 65 + år	God kvalitet i hemtjänst	Nöjdhet i hemtjänst	En gång per år	Kvalitetsberättelse
	God kvalitet i särskilt boende	Nöjdhet särskilt boende	En gång per år	Kvalitetsberättelse
Målgrupp - personer med funktionsnedsättning	God kvalitet i bostad med särskilde service	Trivsel hemma Förtroende för personal	En gång per år	Kvalitetsberättelse
	God kvalitet i daglig verksamhet	Trivsel på daglig verksamhet Förtroende för personal	En gång per år	Kvalitetsberättelse
	God kvalitet inom personlig assistans	Trivsel personlig assistans Förtroende personlig assistans	En gång per år	Kvalitetsberättelse
Verksamhet	Biståndsbeslut följs upp och omprövas.	Andel beslut som omprövas inom angiven tidsram för uppföljning.	En gång per år	Kvalitetsberättelse

Perspektiv	Kritisk faktor	Uppföljning (nyckeltal/annat)	Uppföljning (hur ofta?)	Redovisning till nämnd
Verksamhet	Trygga och säkra hälso- och sjukvårds och omsorgsinsatser	Antal fallavvikelser totalt -varav antal allvarliga fallavvikelser klassificering 3-4 Antal läkemedelsavvikelser totalt -varav antal allvarliga läkemedelsavvikelser klassificering 3-4 Antal avvikelser bemötande totalt	Två gånger per år	Kvalitetsberättelse Patientsäkerhetsberättelse
	Alla avvikelser rapporteras och utreds	Andel avslutade utredningar (inom 2 månader.)  Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC.	Två gånger per år	Kvalitetsberättelse Patientsäkerhetsberättelse
	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler understiger inte 82 %.	Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.	En gång per år	Patientsäkerhetsberättelse
	Förhindra smittspridning av covid – 19 bland brukare	Antal smittade brukare SÄBO/vecka Antal smittade brukare hemtjänst/vecka Antal smittade brukare LSS/vecka	Två gånger per år	Kvalitetsberättelse Patientsäkerhetsberättelse
Medarbetare- God arbetsmiljö och hälsa	Sjukfrånvaron överstiger inte 8,0 %	Sjukfrånvaro totalt (%)	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut

Perspektiv	Kritisk faktor	Uppföljning (nyckeltal/annat)	Uppföljning (hur ofta?)	Redovisning till nämnd
Medarbetare- God arbetsmiljö och hälsa	Korttidsfrånvaron överstiger inte mer än 3,0 %	Korttidsfrånvaro 1-14 dagar (%)	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
	Tidiga rehabiliteringsinsatser erbjuds till alla medarbetare vid upprepad korttidsfrånvaro	Antal personer med fler än 6 sjukfrånvarotillfälle	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
Medarbetare- Rätt till heltid	Den genomsnittliga sysselsättningsgraden understiger inte 78%	Genomsnittlig sysselsättningsgrad (faktiskt arbetad tid)	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
	Rätt till heltid är norm	Andel heltidsanställda	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
Medarbetare- Nöjda medarbetare	God arbetsmiljö och goda arbetsvillkor	Pulsmätning <sup>1</sup>	En gång per år	Delårs- och årsbokslut

<sup>1</sup> Val av lämpligt nyckeltal görs i samband med implementeringen av kommunens gemensamma arbetssätt med pulsmätningar för att följa upp arbetsmiljön.

# Patientsäkerhetsberättelse

2020

3

2021.062 VON



Datum: 2021-03-09  
Handläggare: Annika Fallqvist  
Direktr:   
Diariernr: 2021.062 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Patientsäkerhetsberättelse 2020

### Ärendebeskrivning

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och skall arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

För att uppfylla kraven i lagen är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, samt vilka resultat som har uppnåtts.

Övergripande mål för verksamheterna har varit att varje brukare/patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vård- och omsorgsförvaltningen.

Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg kan ges. Ett ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla, utvärdera och säkra kvaliteten och vården i verksamheterna.

### Förvaltningens yttrande

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 säger att verksamheten skall upprätta en patientsäkerhetsberättelse i vilken det skall framgå hur patientarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder vi bedrivit för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat vi uppnått.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens patientsäkerhetsarbete ska dokumenteras och utvärderas. Denna berättelse uppfyller detta krav.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits 2020 har till stora delar präglats av den pandemi som drabbade världen i början på året. Lokalt innebar det en stor omställning för vård- och omsorgsförvaltningen som fick ställa mycket av det planerade arbetet åt sidan. I stället tillsattes en Stab för att planera, besluta och leda vården och omsorgen. Detta har gjorts utifrån lokala förutsättningar kopplat till rekommendationer, riktlinjer samt rutiner från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt regionen. Ett antal personer fick uppdrag tilldelade sig för att säkerställa omvärldsbevakning och följa ett stort informationsflöde gällande Covid-19. Mycket resurser har lagts på att författa lokala rutiner och riktlinjer för att säkerställa en god vård och omsorg samt arbeta förebyggande för att förhindra smittspridning i våra verksamheter.

De viktigaste resultaten som uppnåtts är att verksamheterna gemensamt lyckades hålla Covid-19-smitta borta från äldreboendena fram till slutet på året. Verksamheterna drabbades hårdare av andra vågen, men då fanns mycket rutiner och arbetssätt på plats.

### Ekonomisk bedömning

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner vård- och omsorgsförvaltningens patientsäkerhetsberättelse för 2020.

**Beslutet ska skickas till**

Förvaltningschef, MAS, tf. MAS, MAR.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Annika Fallqvist  
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ingela Oscarsson  
t f medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eva-Marie Onsager  
medicinskt ansvarig rehabilitering



## Patientsäkerhetsberättelse 2020

Dokumenttyp:	Patientsäkerhetsberättelse
Dokumentet gäller för, personalkategori:	
Fastställsedatum, nämnd, paragraf:	
Diarienummer:	
Dokumentansvarig, befattning och namn:	MAS, Annika Fallqvist och Ingela Oscarsson samt MAR Eva-Marie Onsager
Senast uppdaterat:	2021-03-16
Uppdateras nästa gång:	2022-02-28

## Innehåll

1	Sammanfattning .....	1
2	STRUKTUR.....	2
2.1	Övergripande mål och strategier .....	2
2.1.1	Hälsa- och sjukvårdsavdelningen .....	2
2.1.2	Kvarboendeavdelningen.....	2
2.1.3	Äldreboendeavdelningen.....	3
2.1.4	Medicinskt ansvariga.....	3
2.2	Organisation och ansvar .....	4
2.2.1	Vård och omsorgsnämnden (Vårdgivare enligt HSL) ansvarar för att: .....	4
2.2.2	Förvaltningschef ansvarar för att: .....	4
2.2.3	Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att: .....	4
2.2.4	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att: .....	5
2.2.5	Utvecklingsledare ansvarar för att: .....	5
2.2.6	Avdelningschef ansvarar för att: .....	5
2.2.7	Enhetschef ansvarar för att: .....	6
2.2.8	Medarbetare ansvarar för att: .....	6
2.2.9	Stödresurser .....	6
2.2.10	Externa entreprenörer ansvarar för att:.....	6
2.3	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
2.4	Patienters och närståendes delaktighet.....	8
2.4.1	Funktionshinderavdelningen.....	8
2.4.2	Hälsa- och sjukvårdsavdelningen .....	8
2.4.3	Kvarboendeavdelningen.....	8
2.4.4	Äldreboendeavdelningen.....	8
2.4.5	Medicinskt ansvariga.....	9
2.5	Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	9
2.6	Klagomål och synpunkter .....	10
2.7	Egenkontroll .....	11
3	PROCESS.....	12
3.1	Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	12
3.1.1	Funktionshinderavdelningen.....	12
3.1.2	Hälsa- och sjukvårdsavdelningen .....	12
3.1.3	Kvarboendeavdelningen.....	12

3.1.4	Äldreboendeavdelningen.....	12
3.1.5	Medicinskt ansvariga.....	13
3.2	Riskanalys.....	14
3.2.1	Funktionshinderavdelningen.....	14
3.2.2	Kvarboendeavdelningen.....	14
3.2.3	Äldreboendeavdelningen.....	14
3.2.4	Medicinskt ansvariga.....	14
3.3	Utredning av händelser - vårdskador.....	15
3.3.1	Lex Maria .....	15
3.3.2	Fördjupade analyser av händelser påbörjade 2020.....	15
4	RESULTAT OCH ANALYS .....	18
4.1	Egenkontroll .....	18
4.1.1	Medicinskt ansvariga.....	18
4.1.2	Funktionshinderavdelningen.....	21
4.1.3	Hälsa- och sjukvårdsavdelningen .....	21
4.1.4	Kvarboendeavdelningen.....	21
4.1.5	Äldreboendeavdelningen.....	22
4.2	Avvikelse.....	23
4.2.1	Kvarboendeavdelningen.....	23
4.2.4	Externa utförare .....	25
4.2.5	Avvikelse i samverkan.....	26
4.3	Klagomål och synpunkter .....	27
4.3.2	Kvarboendeavdelningen.....	27
4.3.3	Äldreboendeavdelningen.....	27
4.4	Händelser och vårdskador.....	28
4.4.1	Funktionshindersavdelningen.....	28
4.4.2	Äldreboendeavdelningen.....	28
4.4.3	Medicinskt ansvariga.....	28
4.5	Riskanalys.....	29
4.5.1	Funktionshinderavdelningen.....	29
4.5.2	Kvarboendeavdelningen.....	29
4.5.3	Äldreboendeavdelningen.....	29
4.5.4	Medicinskt ansvariga.....	29
5	MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	31
5.1	Mål och strategier för kommande år .....	31
5.1.1	Hälsa- och sjukvårdsavdelningen .....	31

5.1.2	Kvarboendeavdelningen.....	31
5.1.3	Medicinskt ansvariga.....	31

# 1 Sammanfattning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen 2020.

- Mål inom patientsäkerhet är kopplade till att Alingsås kommun ska kunna erbjuda säker vård och omsorg. Grunden för detta innebär att bedömningar, vård och omsorg utförs på rätt sätt. Detta innebär ett aktivt arbete med att förhindra vårdskador genom ett riskförebyggande arbete. Vården i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnaden utförs på ett säkert, tryggt och värdigt sätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits 2020 har till stora delar präglats av den pandemi som drabbade världen i början på året. Lokalt innebar det en stor omställning för vård- och omsorgsförvaltningen som fick ställa mycket av det planerade arbetet åt sidan. I stället tillsattes en stab för att planera, besluta och leda vården och omsorgen utifrån lokala förutsättningar kopplat till rekommendationer, riktlinjer samt rutiner från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt regionen. Ett antal personer fick uppdrag tilldelade sig för att säkerställa omvärldsbevakning och följa ett stort informationsflöde gällande Covid-19. Mycket resurser har lagts på att författa lokala rutiner och riktlinjer för att säkerställa en god vård och omsorg samt arbeta förebyggande för att förhindra smittspridning i våra verksamheter.
  - En gedigen utbildningsinsats har genomförts gällande basala hygienrutiner samt korrekt användning av skyddsutrustning i alla verksamheter
  - Upparbetade kontaktvägar och samarbete med Smittskydd VGR samt Vårdhygien för att säkerställa att smittspårning och screening för Covid-19 genomförts på ett säkert sätt.
  - Funktionshinderavdelningen har ett pågående arbete i verksamheten för att minska antalet vikarier samt timanställda och på så sätt öka kontinuiteten
  - På hälso- och sjukvårdsavdelningen påbörjades omställningen med att övergå från manuell signering till digital för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.
  - Kvarboendeavdelningen arbetar aktivt med att utveckla kontaktmannaskapet för att skapa trygghet till både brukare och anhöriga.
  - Äldreboendeavdelningen har arbetat med att vidarutbilda vårdpersonalen i dokumentation, uppföljning och upprättande av genomförandeplan, efter att vi sett brister i dokumentationen.
- De viktigaste resultaten som uppnåtts är att vi gemensamt lyckades hålla Covid-19-smitta borta från våra äldreboenden fram till slutet på året. Verksamheterna drabbades hårdare av andra vågen, men då fanns mycket rutiner och arbetssätt på plats.
- För att få en utveckling av patientsäkerhetsarbetet framåt behöver vi upprätta en tydlig hälso- och sjukvårdsprocess samt socialtjänstprocess med handlingsplaner kopplade till olika processer. Lokala handlingsplaner behöver upprättas med ett gemensamt engagemang från utifrån den *Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet* samt *Omställningen till nära vård*. Ett nytt verksamhetssystem med modul för avvikelshantering är ett krav för att kunna arbeta säkrare och effektivare utifrån ett personcentrerat och proaktivt förhållningssätt.

## 2 STRUKTUR

### 2.1 Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

#### 2.1.1 Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Under året har digital signering införts av delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Under 2020 har hemtjänsten och funktionshinderavdelningen infört digital signering. Implementeringen fortsätter under 2021. Åtgärden upplevs positiv, både hos sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Förutom smärre problem inom en enhet (funktionshinderavdelningen) har införandet gett ett gott resultat, med en bättre möjlighet till snabba åtgärder från sjuksköterskor vid avvikelser i signeringsmomentet. Målet med införandet av digital signering är en ökad patientsäkerhet samt en effektivare administration. Hälso- och sjukvårdsavdelningen arbetar med att möjliggöra en effektiv hemtagning från sjukhus så att kostnader för betaldagar minskar. Alingsås ligger på den övre halvan gällande antal dagar på sjukhus jämfört med andra kommuner i GR. Arbetet pågår med att utveckla arbetssätt för ökad patientsäkerhet och ökat flöde.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen ser kvarstannade personal som en resurs i patientsäkerhetsarbetet då det ger kontinuitet och samlad kompetens. Det finns idag en stabil legitimerad grupp i verksamheten. Det är också ett antal personer som valt att återvända till kommunen som arbetsgivare. Arbetet pågår med en strategi- och kompetensförsörjningsplan.

Under pandemiåret 2020 har arbetet i kvalitetsregistren varit svåra att hantera. Pandemin har medfört stora arbetsinsatser och legitimerade har inte haft möjlighet att jobba med registreringar på samma sätt som tidigare. Det har endast registrerats ett fåtal riskbedömningar i Senior Alert. Teamsamverkan har försvårats då det inte gått att genomföra på ett smittsäkert sätt. Palliativregistret visar att brytpunktssamtal, smärtskattning och munhälsa är områden som måste förbättras. Fortsatt arbete med systematiskt förbättringsarbete kommer att pågå under 2021 i syfte att ge en personcentrerad vård och omsorg utifrån individens behov.

#### 2.1.2 Kvarboendeavdelningen

Hemtjänstens personal utför insatser efter beställning från sjuksköterska (HSV) eller biståndshandläggare (SOL). Förbättringsarbete bedrivs genom hantering av inkommande avvikelser och synpunkter/klagomål.

Kvarboendeavdelningen har även arbetat med fortsatt utveckling av digital teknik, med särskilt fokus på en utökning av kameratillsyn samt införande av digitaliserade inköp för hemtjänsten. Man har deltagit i förvaltningens framtagande av ett fördjupat underlag angående införandet av yrkeskategorin vårdbiträde. Målet är att det i Alingsås finns goda livsmiljöer genom en långsiktig ekologisk, social och ekonomisk hållbar utveckling.



### 2.1.3 Äldreboendeavdelningen

Nämnden har i budget 2020 antagit sex mål, utifrån kommunfullmäktiges prioriterade mål och indikatorer. Nedan presenteras det arbete som är kopplat till patientsäkerhet.

Äldreboendeavdelningen har genomfört ett förbättringsarbete utifrån resultatet för tillgänglighet via telefon samt tillgänglighet via e-post. Hänvisning av telefon samt att kollega kollar e-post regelbundet vid frånvaro. Målet är medborgerligt inflytande samt god service och gott bemötande från kommunen.

Inflytande, god service och ett gott bemötande mäts genom brukarnöjdhet (%). Årets målvärde var bibehållande av andelen som sammantaget är ganska eller mycket nöjda med sitt särskilda boende.

Äldreboendeavdelningen befarar att det kanske inte går att behålla nöjdheten som den varit på grund av besöksförbudet på äldreboenden (ÄBO). Några enheter har fortsatt med dialogmöten med brukare. Inga anhörigträffar eller förtroenderåd har förekommit under coronapandemin.

Träffpunkterna på ÄBO har haft stängt under nästan hela 2020 på grund av coronapandemin, vilket har påverkat utbudet av aktiviteter. Äldreboendeavdelningen har tilldelats statsbidrag för att minska ensamheten på ÄBO under hösten. Det resulterade i att bemanningen kunde utökas till viss del, och personal fick möjlighet att ordna aktiviteter på respektive enhet.

Under delar året har ordinarie personal inte haft så mycket utrymme att jobba med aktiviteter på grund av sjukfrånvaro. Hanteringen av skyddsutrustning medför även en ökad tidsåtgång.

Resultatet i brukarenkäten var att 86% var nöjda med sitt särskilda boende och de kommunala boendena låg på 88%. För ett äldreboende ökade nöjdheten markant.

### 2.1.4 Medicinskt ansvariga

Det finns kvalitetskrav för hemtjänst, hemsjukvård samt särskilt boende som nämnden beslutade i början av 2014. Dessa beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas i verksamheten.

- **Säker vård och omsorg** - riskförebyggande arbete, vård i livets slut, delegering och instruktion, rehabiliterande arbetssätt, vårdhygien, uppsökande tandvård samt personliga hjälpmedel.
- **Självbestämmande och integritet** – värdegrund och genomförandeplan.
- **Helhetssyn och samordning** - personkontinuitet, teamsamverkan, anhörigstöd, säker informationsöverföring till berörda parter, samordning av insatser samt samverkan med anhöriga.
- **Trygghet och säkerhet** - lagstiftning, riktlinjer och rutiner, identifikation, sekretess, rutin för kontanta medel, rutin för nyckelhantering, den enskildes rätt till rörelsefrihet, synpunkter och klagomål, avvikelshantering, Lex Sarah, Lex Maria, rutin för larmhantering, verksamhetssystem, social dokumentation, dokumentation av hälso- och sjukvård, förvaring av dokumentation, återlämnande av dokumentation samt utlämnande av handlingar.
- **Kunskapsbaserad verksamhet** - kompetenskrav, kompetensutveckling/fortbildning, delegation, uppsökande tandvård, måltid samt ansvar för elever och studerande.
- **Tillgänglighet** - insats i rätt tid samt möjlighet att få kontakt.
- **Effektivitet**

Uppföljning inom varje område ska ske genom besök, enkät och intervjuer i verksamheten samt dokumentationsgranskning. Detta genomförs företrädsvis av SAS, MAS och MAR. Under 2020 har inga besök och intervjuer kunnat genomföras på grund av coronapandemin. Det fanns ett uppdrag att under året utarbeta kvalitetskrav för funktionshinderområdet samt revidera gällande kvalitetskrav. På grund av pandemin har detta inte kunnat genomföras. I förra årets patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse uppgavs att fortsatt arbete med att säkerställa rengöring av hemsjukvårdshjälpmiddel, hantering av rörelselarm samt utredning av olåsta medicinskåp, planerades fortsätta under 2020. Rutiner finns, men följsamheten var dålig. Utöver en skriftlig uppmaning till enhetscheferna att arbeta med problemet har ingen ytterligare tid kunnat läggas på detta, då det långvariga och intensiva stabsarbetet på grund av coronapandemin tagit mycket tid och resurser i anspråk.

## 2.2 Organisation och ansvar

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

### 2.2.1 Vård och omsorgsnämnden (Vårdgivare enligt HSL) ansvarar för att:

- det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten,
- verksamheten håller en god kvalitet,
- fastställa mål, inriktning och direktiv för äldreomsorgen,
- fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse utifrån Hälso- och sjukvårdslagens ansvarsområde samt
- fastställa en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse utifrån Socialtjänstlagens ansvarsområde.

### 2.2.2 Förvaltningschef ansvarar för att:

- kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser,
- leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen,
- förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs,
- initiera, fastställa och följa upp riktlinjer i samverkan med SAS, MAS, MAR,
- tillsammans med MAS och MAR upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse samt
- upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

### 2.2.3 Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att:

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls samt uppfylla de krav som anges enligt SOSFS 2008:1, Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården,
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador,
- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med medicinskt ansvarig enligt § 29 HSL samt redovisa denna till nämnden,
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt

- ansvara för att vårdtagarna och deras närstående får möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

#### **2.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:**

- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- återkoppla och redovisa resultat av granskningar till verksamhet, förvaltningsledning och nämnd,
- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med verksamhetschefen enligt § 29 HSL samt redovisa denna till nämnden,
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria), delegerat från nämnden samt
- vara anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter (SOSFS 2008:1).

#### **2.2.5 Utvecklingsledare ansvarar för att:**

- delta i kommunens övergripande kvalitetsarbete och förmedla detta arbete till förvaltningen,
- leda kvalitetsgruppens arbete vars syfte är att planera, genomföra, utvärdera och analysera kvalitetsarbetet i samförstånd med förvaltningschef som är ytterst ansvarig,
- bistå förvaltningschef och nämnd i framtagandet av åtagande, kvalitetskrav och mål,
- delge utförare åtagande, kvalitetskrav, mål direktiv mm,
- följa upp hur utförarna arbetar med nämndens åtagande, mål direktiv mm,
- stödja och samverka med SAS, MAS och MAR i kvalitetsarbete och vid granskningar,
- sammanställa material från utförarna och rapportera detta till nämnd och förvaltningschef i samband med delårsrapporter och årsbokslut samt
- delta i och samordna övergripande kvalitetsprojekt.

#### **2.2.6 Avdelningschef ansvarar för att:**

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig arbetsplan för avdelningen utifrån förvaltningsåtagande och arbetsplaner från förvaltningschef samt utifrån de granskningsresultat, avvikelser och klagomål som inkommit under året,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- ta emot och utreda synpunkter och avvikelser,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för avdelningen utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och revidera dessa minst en gång årligen,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till MAS/MAR,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens kvalitetsarbete och redovisa detta till SAS samt
- sammanställa bokslut och årsberättelse som rapporteras till förvaltningschef.

### **2.2.7 Enhetschef ansvarar för att:**

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig arbetsplan för enheten utifrån arbetsplaner från avdelningschef samt utifrån de granskningsresultat, avvikelser och klagomål som inkommit under året som rör enheten,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- ta emot och utreda synpunkter och avvikelser,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för enheten utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och ev. revidera dessa regelbundet,
- årligen sammanställa och analysera enhetens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till avdelningschef,
- årligen sammanställa och analysera enhetens kvalitetsarbete och redovisa detta till avdelningschef samt
- sammanställa bokslut och årsberättelse som rapporteras till avdelningschef.

### **2.2.8 Medarbetare ansvarar för att:**

- ha kännedom om och arbeta efter gällande lagstiftning, mål, riktlinjer och rutiner,
- ansvara för att hälso- och sjukvårds arbete följer vetenskap och beprövad erfarenhet,
- medverka till att de insatser som genomförs är av god kvalitet samt påtala om något inte fungerar,
- aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete samt utveckla arbetssätt och rutiner,
- rapportera avvikelser och tillbud,
- medverka i arbetet med riskanalyser,
- bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt
- delegera arbetsuppgift till annan om det är förenligt med god och säker vård.
- All personal har ett ansvar för att känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens mål samt utföra sitt arbete med god kvalitet.

### **2.2.9 Stödresurser**

- Planeringsavdelningen arbetar på uppdrag av förvaltningsledningen och ska leda samt stödja cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet.

### **2.2.10 Externa entreprenörer ansvarar för att:**

- upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet,
- ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde,
- fyra gånger om året lämna en redovisning av inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål samt
- årligen sammanställa enheternas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till den av nämnden utsedd person i Alingsås kommun.

## 2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Beskriv vilka processer/områden som identifierats där samverkan har skett för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

- För att minska antalet risker för patienten vid övergången mellan olika vårdgivare samverkar kommunen i **SAMLA** som är en närvårdssamverkan mellan vårdgivare i Lerums samt Alingsås kommun. Den kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt som syftar till att stärka individens hälsa och reducera framtida vård- och insatsbehov samt effektivt nyttja de gemensamma resurserna. Det övergripande målet är att erbjuda en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och omsorg, som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet, samt alltid utgår från den enskilde patientens behov och erfarenhet.
- När en patient, som har kommunal hemsjukvård, hastigt insjuknar gör ansvarig sjuksköterska en bedömning om läkare ska kontaktas eller ej, samt bedömning om det finns behov av att tillkalla ambulans.  
För att kvalitetssäkra informationsöverföringen och öka patientsäkerheten har ett beslutsstöd införts, som bygger på **VISAMs beslutsstöd** inom regionförbundet i Örebro. Detta är ett evidensbaserat beslutsstöd för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg, som ska användas när den enskildes hälsotillstånd hastigt försämrats. Beslutsstödet, som är utformat som en checklista, ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst sker.  
Syftet med ett beslutsstöd är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på rätt vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare ska säkras.
- **Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård** är en ny lag som ersatte tidigare betalningsansvarslag den 1 januari 2018. Syftet är att patientens övergång från slutenvård till öppenvård ska vara trygg och säker. Västra Götalandsregionen och VästKom har sedan tidigare en överenskommelse via Hälso- och sjukvårdsavtalet, som legat till grund för framtagandet av de styrande dokumenten för samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården.  
Västra Götalandsregionen och VästKom har gemensamt tagit fram och beslutat om tre övergripande dokument.
- **Samordnad individuell vårdplanering, SIP.** En fungerande samverkan förenklar för brukare och patient och dess närstående då de inte behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller regionen . En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när.
- **Avtal och överenskommelse om läkarmedverkan.** Regionen har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

## **2.4 Patienters och närståendes delaktighet**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

### **2.4.1 Funktionshinderavdelningen**

Genomförandeplanen – olika förfaringssätt används beroende på om brukare är inskriven i hemsjukvård eller inte. Närstående är inte direkt involverade i samtliga ärenden, brukare och eventuellt god man/förvaltare medverkar till att upprätta genomförandeplan om hur insatserna ska utföras.

### **2.4.2 Hälso- och sjukvårdsavdelningen**

Legitimerad personal säkerställer delaktigheten i inledande samtal med anhörig och patient, som sedan dokumenteras i omvårdnads- och rehabiliteringsplanen. Exempelvis tider för besök på dagen, om anhörig vill bli kontaktad, vem som är ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut. Patient är delaktig i planering för framtida insatser och hur dessa ska utföras.

### **2.4.3 Kvarboendeavdelningen**

Kvarboendeavdelningen har som mål att arbeta med ett salutogent förhållningssätt, att brukare ska känna sig nöjda med de insatser som ges och få ett gott bemötande.

Det arbetas aktivt med att utveckla kontaktmannaskapet för att skapa trygghet för både brukare och anhöriga. Alla brukare har en genomförandeplan som de är delaktiga i där brukaren kan påverka genomförandet av insatserna inom ramen för vad verksamheten kan ge möjlighet till.

Brukarundersökningen visar på 95% nöjdhet mot rikets 88%.

Avdelningen är noga med återkoppling till brukare som kontaktar via telefon eller lämnar synpunkter. Tillgänglighet möjliggörs genom direktnummer kopplade till mobil, där det finns möjlighet att tala in meddelande och bli uppringd. Brukare får också telefonnummer direkt till kontaktperson och samordnare.

Vid synpunkter/klagomål tar berörd chef kontakt med brukare/anhörig eller invånare. Utredning skrivs som går vidare till avdelningschef för att sedan diarieföras.

Återkoppling kan ske på olika sätt, genom telefonsamtal eller brevlades.

Hemtjänsten har goda resultat i brukarundersökning. Avdelningen har, med hjälp av förebyggandeenheten, arbetat med uppsökande verksamhet genom anhörigstöd, för att minska ensamhet, inte minst under coronapandemin. Det har lånats ut iPads och utbildats i användandet av dessa, för att möjliggöra kontakt med anhöriga och närstående. Inköp av cyklar har gjorts, där man kan åka tillsammans med personal. Under pandemin har säkert denna siffra ökat på grund av inställda träffpunkter samt flera månader av stängd flexibel växelvård, som säkert resulterat i att den anhörige inte kunna komma ut i samhället.

### **2.4.4 Äldreboendeavdelningen**

Äldreboendeavdelningen har arbetat med att vidarutbilda vårdpersonal i dokumentation, uppföljning och upprättande av genomförandeplan, efter att brister i dokumentationen

uppmärksammas. Det påbörjats utbildning i verksamhetssystemet Magna Cura och avvikelshantering för de enheter som övergick från privat entreprenör till kommunens ansvar 1/10 -20. Arbetet har försvårats på grund av coronapandemin, och kommer att fortsätta under 2021.

Det är viktigt att brukare och eventuella närstående är delaktiga när genomförandeplanen upprättas och revideras.

Eventuella synpunkter och klagomål utreds och åtgärdas.

#### **2.4.5 Medicinskt ansvariga**

Det är viktigt att fortsätta arbetet med att göra den enskilde delaktig i planeringen av sin vård. Det behöver bli ett tydligt fokus på att brukaren alltid ska göras delaktig vid förändringar och tydligt informeras när det sker förändringar i verksamheten.

Synpunkter och klagomål ska alltid dokumenteras och återkopplas såväl till enheten som till den enskilde. Vid allvarigare händelse ska den enskilde och eventuellt dennes anhöriga få möjlighet att delge sin upplevelse. Det finns en upplevelse av att detta arbete kan förbättras.

### **2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv hur avvikelserapporter har sammanställts och analyserats.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Rapporteringsskyldigheten är ett sätt att bidra till att utveckla och säkra kvaliteten i de insatser som ges och den verksamhet som bedrivs. Alla som fullgör uppgifter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som utförs är av god kvalitet. Skyldigheten att genast rapportera missförhållande eller risk för missförhållande, som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser i verksamheten, är en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Legitimerad personal är skyldiga att tillse att hög patientsäkerhet upprätthålls. Hög patientsäkerhet skyddar mot vårdskada.

Rapporteringsskyldigheten gäller även för uppdragstagare, praktikant eller motsvarande under utbildning samt deltagare i arbetsmarknadspolitiska program.

Chefen är ansvarig för att information om rapporteringsskyldighet ges i samband med att en person påbörjar en anställning, ett uppdrag etc. Informationen ska sedan ges minst en gång per år, både muntligt och skriftligt.

Händelser rapporteras skyndsamt i verksamhetssystemet. Personal som inte har tillgång till verksamhetssystemet (Magna Cura) rapporterar avvikelser på en blankett.

- Åtgärder vidtas omgående.
- Ansvarig chef informeras. Chef ansvarar för att vidta akuta åtgärder.
- Om händelsen omfattar hälso- och sjukvårdinsatser informeras även legitimerad personal omgående. Legitimerad personal ansvarar för att vidta akuta åtgärder.
- Missförhållande rapporteras i verksamhetssystemet som en

händelse, "LexSarah" kryssas i. Chef och SAS informeras omgående.

- Vid vårdskada eller risk för vårdskada informeras MAS eller MAR.
- Händelsen rapporteras i verksamhetssystemet eller på blankett som lämnas till ansvarig utredare. Händelser som rapporterats på blankett, läggs in i verksamhetssystemet av ansvarig utredare.
- Rapportering ska utvisa
  - vad som hänt
  - tänkbara orsaker till händelsen
  - vidtagna åtgärder
- Händelser och åtgärder ska dokumenteras i den enskildes journal.

## **2.6 Klagomål och synpunkter**

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna, eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sammanställts och analyserats.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Nämnden är ansvarig för att det finns rutiner för hantering av synpunkter och klagomål samt rutiner för hantering av avvikelser. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är nämnden (vårdgivare inom hälso- och sjukvård) skyldig att rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, annan hälso- och sjukvård samt andra organisationer och intressenter. All personal är skyldig att rapportera avvikelser och risker av betydelse för säkerheten för vårdtagaren.

Alla som arbetar inom vård och omsorgsnämndens verksamhetsområde skall föra mottagna klagomål och synpunkter vidare oavsett hur de kommer in, det är den som lämnar synpunkt eller klagomål som avgör hur den lämnas. Muntliga synpunkter och klagomål skrivs ner i foldern "Synpunkter och klagomål". Alla synpunkter och klagomål lämnas omgående vidare till registrator för registrering.

Registratorn registrerar i Platina och diarieför, därefter överlämnas synpunkter och klagomål till ansvarig chef i den egna regin. När det gäller extern verksamhet kontaktas avsändaren och informeras om vad som händer med synpunkt/klagomål. Efter samtycke skickas synpunkt/klagomål till ansvarig chef i extern verksamhet.

Kopia skickas till avdelningschef, MAS, SAS. Registratorn skickar omgående bekräftelse om mottaget klagomål, på blanketten "Vi har tagit emot din synpunkt".

Utredning av synpunkten/ klagomålet görs skyndsamt, inom 14 dagar, på blanketten "Utredning av inkommen synpunkt och klagomål". Om chef är berörd av händelsen utreds den av nästa chefsnivå.

Förslag till åtgärd lämnas till närmast överordnad chef för godkännande.

Utredningen delges den klagande om denne är känd, på blanketten "Svar på inkommen synpunkt/klagomål".



Ärendet dokumenteras i den enskildes journal. Utredningen och övriga handlingarlämnas till registrator för diarieföring.

## 2.7 Egenkontroll

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

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. Resultat och analysen redovisas under rubriken resultat och analys.

Arbetet med internkontroll är lagstadgat och utgör en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Ett första steg i arbetet med internkontroll är att identifiera vilka områden och resultat som är kritiska för verksamheten. Dessa områden utgör de kritiska verksamhetsfaktorerna. Därefter tar väsentlighets- och riskanalysen vid.

För att kunna avgöra om ett mål är uppnått eller inte jämförs indikatorernas utveckling mot det uppsatta målet. Hänsyn tas till om indikatorn utvecklats i rätt riktning utan att ha nått målsättning fullt ut. Förvaltningen följer upp sina utvalda kritiska verksamhetsfaktorer löpande och håller nämnden uppdaterad om resultaten.

Utöver den uppföljning som genomförs via kommunens styrmodell genomförs uppföljning av verksamhetsspecifika faktorer på olika sätt. Dessa mätningar redovisas i tabellen nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1-2 gånger per år	PPM-databasen
Journalgranskning	1 gång per år	
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder)	3 gånger per år	Statistik från register till Socialstyrelsen
Trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt blåsdysfunktion	2 gånger per år*	Senior Alert
Palliativ registret	2 gånger per år*	Palliativ registret
BPSD	2 gånger per år*	BPSD
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Uppföljning av kvalitetskrav	1 gång per år	Kvalitetskrav
Uppföljning av externa utförare	1 gång per år	Avtal samt förfrågningsunderlag
Brukarundersökning	1 gång per år	Socialstyrelsen
Inlämning av uppgifter till KOLADA	1 gång per år	Kolada förvaltas och utvecklas av RKA
Inlämning av uppgifter i KKiK	1 gång per år	Sveriges kommuner och regioner

Tabell 1. Beskrivning av egenkontroll som genomförs.

\* Uppföljning sker kontinuerligt på enhet och avdelningsnivå. Förvaltningsövergripande sammanställning görs två gånger per år.

## 3 PROCESS

### 3.1 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits kopplat till mål, strategier och resultat dvs. strategiska åtgärder som ni har genomfört för att nå era mål.

Beskriv även arbetssätt, verktyg, åtgärder och samarbeten som har haft betydelse för att förbättra patientsäkerheten under året.

#### 3.1.1 Funktionshinderavdelningen

Under året har hygiensjuksköterska och covidsmordnare genomfört utbildningar av medarbetare och enhetschefer inom basala hygienrutiner. Det har även genomförts delegeringsutbildningar med genomgång på E-learning och därefter examination.

Många rutiner har tagits fram och implementerats i samband med coronapandemin för att arbeta förebyggande och minska smittspridning. Enheterna har anpassat och förändrat sin fysiska miljö och arbetat i mindre grupper för att minska smittspridning. Digitala möten har införts för att minska antalet kontakter.

#### 3.1.2 Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Hälso- och sjukvårdsavdelningen har arbetat med rutiner för att förtydliga vilka vitalparametrar som ska mätas och registreras, i syfte att ge sjuksköterskor bra underlag för prioriteringar. Verksamheten har sett över behov av utrustning, såsom vilka mätinstrument som behövs för att kunna genomföra medicinska bedömningar.

#### 3.1.3 Kvarboendeavdelningen

Genom avvikelshantering görs åtgärder för att öka säkerheten för brukaren. Avvikelse kan inkomma från den egna verksamheten eller genom annan avdelning. Enhetschef vidtar åtgärder och dokumenterar det under avvikelshantering i verksamhetssystemet. Enhetschef går igenom avvikelser på APT eller individuellt med medarbetare beroende på vilken avvikelse det handlar om.

Under 2020 har samtliga arbetslag inom hemtjänsten infört digital signering, vilket varit mycket positivt och minskat risken för otydliga ordinationer, vilket kunde förekomma tidigare när pappersformatet användes. Enhetschefen ges också möjlighet att följa signeringen och kan kontrollera att det som delegerats har blivit utfört.

#### 3.1.4 Äldreboendeavdelningen

Under året har fler enheter infört underschema för att säkerställa att brukarna får det som är överenskommet i genomförandeplanen. Teamsamverkan genomförs regelbundet även om det under året har varit svårt att genomföra dessa som planerat på grund av pandemin.

Det förekommer även verksamhetsmöten där enhetschef och sjuksköterska träffar personal regelbundet.

Under 2020 har en stor del av tiden använts till att implementera de riktlinjer och rutiner som gäller Covid-19. Det har varit en utmaning att få all personal att använda rätt skyddsutrustning, på rätt sätt vid rätt tillfälle. Det har kommit många nya rutiner och rutinerna

har ändrats väldigt ofta och det är inte alltid enkelt att få personalen att förstå vad rutinen innebär och vikten av att följa den.

### **3.1.5 Medicinskt ansvariga**

Under 2020 publicerade Socialstyrelsen *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården: Agera för säker vård*. MAS har haft en övergripande information för alla chefer inom vård- och omsorgsförvaltningen om handlingsplanen samt, tillsammans med MAR, deltagit i en digital workshop från Socialstyrelsen. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommunen för att de lokala handlingsplanerna ska kunna etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet kopplat till kvalitetskrav 1: Säker vård och omsorg. Det behöver kartläggas var vård- och omsorgsförvaltningen befinner sig i patientsäkerhetsarbetet för att kunna sätta strategier och mål för ökad patientsäkerhet. Det nödvändigt att göra en nulägesanalys i syfte att få ett utgångsläge för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet för att nå framgångsrik i detta arbete.

Kommunens hälso- och sjukvårdsprocess bör vara anpassningsbar för att klara uppdraget med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden. Detta har blivit tydligt under 2020, då det varit stort fokus på pandemiarbete. Medicinskt ansvariga och covidsmordnare har noga omvärldsbevakat och samverkat i täta dialoger med Smittskydd VGR, vårdhygien samt veckovisa avstämningsmöten med samtliga vårdcentralschefer i Alingsås. Samverkan och dialog har också skett i MAS-nätverk där erfarenheter och kunskapsutbyte skett för att så effektivt som möjligt nå ut och säkerställa ny information ur ett patientsäkert perspektiv. Målet har varit att vara uppdaterade och ha snabba kontaktvägar, för att kunna utarbeta lokala rutiner skyndsamt, som en del i att kunna erbjuda en optimerad vård och omsorg under en pandemi. Många rutiner har innefattat delar med basala hygienrutiner samt användning av skyddsutrustning, vilket går i linje med kvalitetskrav 1. Smittspårning och screening har också varit i fokus, särskilt sista delen av 2020 då samhället drabbades av en andra våg med ökad smittspridning av Covid-19. En smittspårningsenhet sattes ihop i slutet av 2020 för att kunna vara ett stöd för verksamheterna i smittspårningsarbetet.

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård krävs att de insatser som sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut/sjukgymnast har delegerat, signeras av den som utfört insatsen. Under år 2020 påbörjades omställningen med att övergå från manuell signering till digital. För att detta ska bli patientsäkert finns en fastställd rutin som beskriver hur digitala signeringsinsatser ska hanteras. Under 2020 har samtliga arbetslag inom hemtjänsten övergått till digital signering och under 2021 kommer detta även införas på AFF och ÄBO.

## **3.2 Riskanalys**

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

Beskriv hur ni hanterar risker, vilka riskanalyser och anpassningar som ni har genomfört där ni bedömt att det fanns risk för att en händelse skulle kunnat inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset , FRAM.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

### **3.2.1 Funktionshinderavdelningen**

Funktionshinderavdelningen har genomfört en riskanalys för Covid-19 samt tagit fram minimibemanning för verksamheten, som har reviderats under hösten.

### **3.2.2 Kvarboendeavdelningen**

I samverkan med hälso- och sjukvårdsavdelningen skrivs handlingsplaner i verksamhetssystemet i brukarens sociala dokumentation.

En arbetsmiljöbedömning görs hos ny brukare som också är till gagn för brukaren för att upptäcka risker. Genom rutin för kontaktmannaskapet görs anpassningar och riskanalys i samverkan med hälso- och sjukvård på enheten.

Genomförandeplanen beskriver hur personal ska följa beställningar och instruktioner från hälso- och sjukvård, ofta med tillhörande instruktioner. Social dokumentation beskriver om något nytt inträffat kring brukaren. All hemtjänstpersonal har mobiltelefon med tillgång till verksamhetssystemet där man både kan läsa och skriva i den sociala dokumentationen.

### **3.2.3 Äldreboendeavdelningen**

Det har gjorts risk-och konsekvensanalyser på varje enhet i samband med coronapandemin, som också har reviderats under hösten. På de två nya enheterna Ängabogården och Kaptenen hade det inte gjorts någon risk-och konsekvensanalys vid övertagandet av verksamheten (1 oktober) utan de har tagits fram senare.

### **3.2.4 Medicinskt ansvariga**

Risk- och konsekvensanalyser har inom ramen för stabsarbete genomförts relaterat till pågående pandemiarbete. Genom så kallade omfallskartläggning har verksamheterna, utifrån Folkhälsomyndighetens olika scenarier för smittspridning haft dialogmöten med olika representanter för att identifiera risker och fördela ansvar. Enheterna har sedan arbetat fram egna risk- och konsekvensanalyser utifrån denna kartläggning. Exempel på risk- och konsekvensanalys har varit att en ökad smittspridning bland personal kunnat leda till förändrad resursfördelning som krävt omprioriteringar i verksamheten.

Medicinskt ansvariga vill framhålla att omvärldsbevakning med kartläggning och ett systematiskt analysarbete av risker, både på övergripande systemnivå som mer verksamhetsnära, leder till större handlingsutrymme för anpassning. Detta har varit tydligt i pandemiarbetet där det varit ett ständigt inflöde av information, rekommendationer och rutiner från nationell såväl som regional nivå, och där det snabbt har behövts anpassas till lokala förutsättningar.

### **3.3 Utredning av händelser - vårdskador**

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

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

#### **3.3.1 Lex Maria**

En anmälan till IVO är gjord 2020 enligt Lex Maria.

##### **3.3.1.1 Vad har hänt?**

Två vårdpersonal på SÄBO befinner sig inne hos patienten. Vårdpersonal ber sin kollega ge 100 ml flytande läkemedel i PEG. Berörd personal gör detta utan att kontrollera mot aktuell läkemedelslista, som anger att dosen ska vara 5 ml. Efter ca 30 minuter inser personalen att som administrerat läkemedlet att det blivit fel och tillkallar sjuksköterska omgående. Försök görs att aspirera ut läkemedlet. Ambulans tillkallas för att säkerställa så patienten inte börjar påvisa symtom på grund av överdoseringen. Patienten transporteras till akutmottagningen för övervakning. Åter till boendet under eftermiddagen samma dag utan symtom och mår väl. Läkemedelsdelegering dras omedelbart tillbaka för berörd vårdpersonal.

##### **3.3.1.2 Med facit i hand vad gick fel?**

Delegerad personal kontrollerar inte läkemedelsdos mot aktuell läkemedelslista, enligt rutin för läkemedelshantering.

Att vårdpersonal som ansvarade för läkemedelsadministration i aktuell situation muntligt ber kollega ge läkemedlet.

##### **3.3.1.3 Bakomliggande orsaker**

Vårdpersonal uppger att situationen var stressig och att de låg efter i tidsschemat.

Rutin för läkemedelshantering har inte följts.

##### **3.3.1.4 Åtgärdsförslag**

Ny läkemedelsutbildning för berörd vårdpersonal.

Vårdpersonal som är ansvarig för läkemedelshantering hos patient överlämnar inte en muntlig ordination till annan kollega.

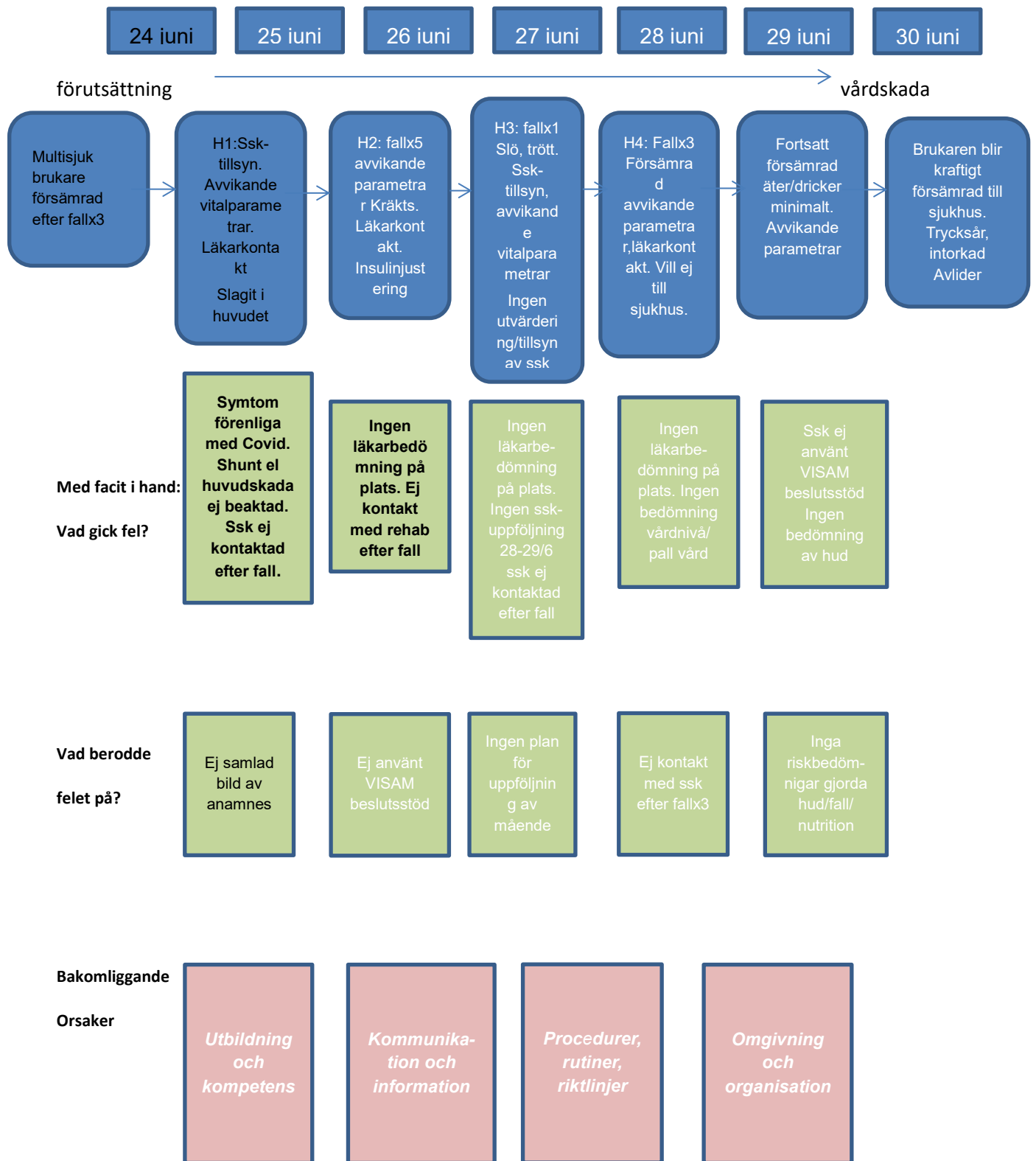
##### **3.3.1.5 Uppföljning**

Händelsen kommer tas upp på arbetsplatsträff. Uppföljning har skett mellan PAS och MAS. Ingen återkoppling från IVO ännu.

#### **3.3.2 Fördjupade analyser av händelser påbörjade 2020**

##### **3.3.2.1 Händelse som inträffade i juni 2020**

Försvårande omständighet att nuvarande MAS ej påbörjat sin anställning när händelsen inträffade, samt att utredningen därav påbörjades flera månader efter händelsen inträffat. MAS beslöt om fördjupad analys efter anhörig inkom med synpunkt på händelseförloppet till IVO. Utredningen pågår.



### 3.3.2.2 Multisjuk brukare i eget boende

En multisjuk patient i eget boende blev konstaterad positiv med Covid-19 i en smittspårning. Patientansvarig sjuksköterska gjorde en tillsyn då tillståndet försämrats något under dagen. I samråd med läkare framförde patienten tydligt önskemål om att kvarstanna i hemmet, trots försämring och behandlingsanvisning samt trygghetsordinationer utfärdas. PAS bedömer att tillsyner behöver göras under kväll och natt för att bedöma patienten tillstånd. Under natten

försämras patienten och nattpatrullen upplever patienten som orolig och vill inte bli lämnad ensam. Kontakt tas med tjänstgörande sjuksköterska samt enhetschef i beredskap. Sjuksköterska gör ingen bedömning av tillståndet eller behov av vak. Enhetschef i beredskap meddelar att personalen inte kan stanna för att patienten känner sig ensam utan att patienten i så fall får åka in till sjukhus och personalen lämnar patienten. På morgonen påträffas patienten avliden i sitt hem. Utredning pågår.

Åtgärdsförslag från MAS:

- *Öka kunskap om inträffade vårdskador*
  - Följa upp och utreda händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada, identifiera bakomliggande orsaker och vidta adekvata åtgärder
- *Tillförlitliga och säkra system*
  - Uppfyller kraven på ledningssystem och bedriver ett systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete i ALLA delar
  - Verkar för en god tillgänglighet och kontinuitet
  - Är organiserade för samverkan och sammanhållen vård
  - I egenkontroll följer tillförlitlighet i processer och system och följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner
- *Säker vård här och nu*
  - Använder erfarenhets- och evidensbaserade metoder och verktyg för att identifiera och hantera situationer som kan hota patientsäkerhet
  - Ha en hög riskmedvetenhet och förmåga att hantera risker och agera på ALLA organisatoriska nivåer
  - Ha en god säkerhetskultur som genomsyrar alla delar av vården och främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet
  - Tid för lärande och reflektion
  - Säkerställer yrkeskompetens och kunskap genom kompetensutveckling och fortbildning på ALLA nivåer
- *Stärka analys och lärande*
  - Återkoppla resultat och följer upp åtgärder i ett systematiskt arbete för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen
  - Använda information för att analysera och lära av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa

### **3.3.2.3 Händelse med en elrullstol**

En olyckshändelse vid en elrullstolsträning i maj resulterade i att patienten fick en armfraktur. Patienten körde elrullstolen snett in genom en dörröppning, och fortsatte köra trots att dörröppningen var i vägen för armen, och medverkande personal försökte stoppa patienten. En noggrann utredning av händelsen har genomförts. Situationen bedöms inte ha orsakats av bristande rutiner eller felaktigt utförd elrullstolsträning. Patienten har tillfrisknat från frakturen.

### **3.3.2.4 Händelse med lyftvåg**

I december inkom avvikelser med digital lyftvåg, där fästet till lyftvågen gått sönder och patienten fallit i golvet på grund av detta. Turligt nog skadades inte patienten. Händelsen utreds under januari 2021 och kommer att redovisas i nästa patientsäkerhetsberättelse.

### **3.3.2.5 Händelse vid överflyttning**

Ett klagomål inkom gällande en patient som ramlat i samband med överflyttning från rullstol till säng. Klagomålet inkom två månader efter det att händelsen inträffat. Händelsen resulterade i en reoperation av den fraktur som patienten rehabiliterades för. Det saknas anteckningar om händelsen i social dokumentation. Det finns ingen avvikelse skriven. Sjuksköterska kontaktades inte när händelsen inträffat. Enhetschef har inte lyckats få fram vilken personal som var inblandad i händelsen. MAR-utredning finner inte belägg för att brister enligt Hälso- och sjukvårdslagen orsakat händelsen. Ärendet är förmedlat till SAS för vidare handläggning.

### **3.3.2.6 Händelse med tiltbar hygienstol**

Ett annat klagomål gällde dels en avvikelse från 2018, där patienten ådrog sig en fotledsfraktur i samband med en förflyttning, dels en händelse från 2019 som resulterade i en lårbensfraktur. Båda avvikelserna finns registrerade i verksamhetssystemet. Enligt patienten gick det inte till så som det beskrivs i avvikelserapporterna, vilket är mycket svårt att utreda vidare efter så lång tid. Patienten uppger kvarstående men efter skadorna, och har hänvisats till kommunens försäkringsbolag. Ärendet inkom i slutet av 2020 och fortgår under 2021.

## **4 RESULTAT OCH ANALYS**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### **4.1 Egenkontroll**

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

#### **4.1.1 Medicinskt ansvariga**

Under det gångna året har det varit mycket fokus på coronapandemin. Det har även varit byte av MAS, vilket har påverkat kontinuiteten i uppföljning genom egenkontroll. Den planerade egenkontroll har därför inte kunnat fullföljas som planerat.

Ingen verksamhetsuppföljning har skett under året på grund av pandemin och redovisningen från kvalitetsregister har uteblivit på grund av byte av MAS samt intensivt arbete under pandemin.

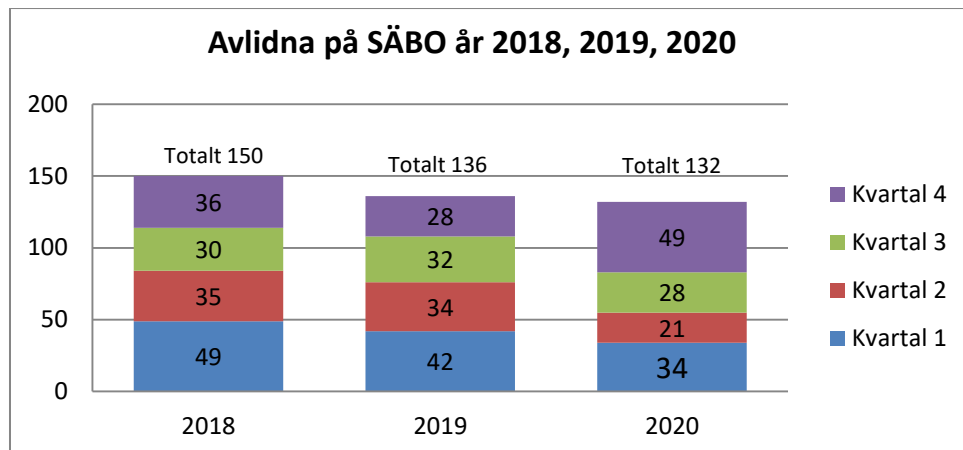
Enligt gällande kvalitetskrav ska legitimerad personal delta och registrera i de kvalitetsregister som förvaltningen har anslutit sig till. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska identifiera personer som riskerar att få en vårdskada, samt medverka till att förekomsten av vårdskador minskar genom att brukare som riskbedöms får en åtgärdsplan upprättad av ett tvärprofessionellt team. Därefter ska överenskomna åtgärder genomföras.



#### 4.1.1.1 Utflyttade från äldreboende

Normalt sett är det ingen som flyttar ut från ett äldreboende för att åter bo i ordinärt boende. De som har flyttat ut från ett äldreboende har i vanligast fall avlidit.

Förvaltningen har statistik över antalet in och utflyttningar på äldreboende och med hänsyn till den pågående pandemin har förvaltningen lagt extra fokus på att följa detta under året.



Glädjande nog har antalet utflyttade från äldreboende inte ökat i jämförelse med föregående år.

#### 4.1.1.2 Senior Alert

Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

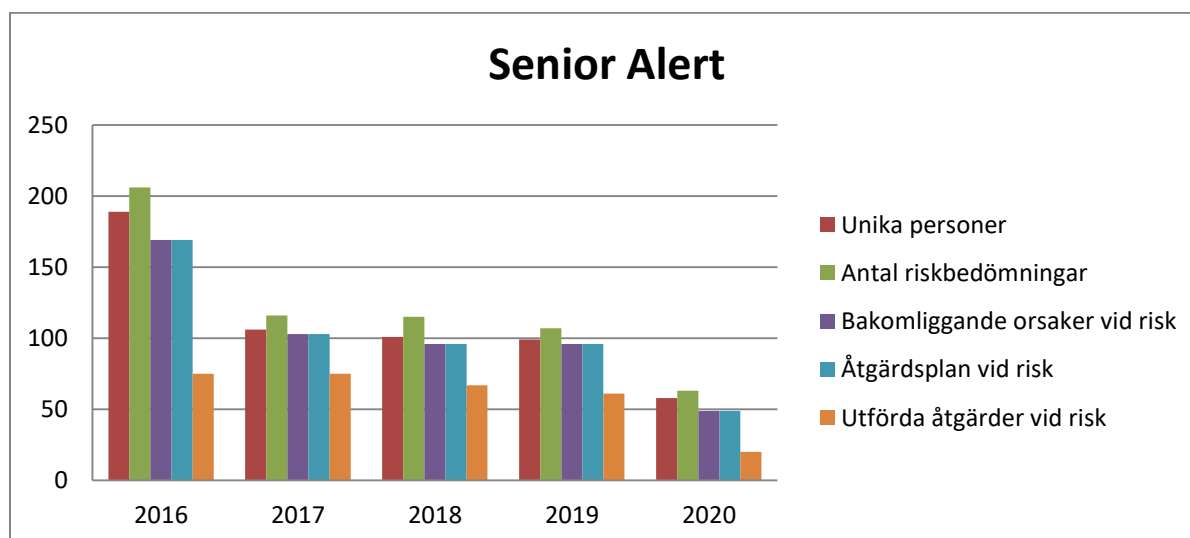


Diagram 1. Antal genomförda riskbedömningar samt utförda åtgärder vid risk. Jämförelsetal från de fem senaste åren.

Det har varit en nedåtgående trend på antalet riskbedömningar utifrån statistiken i Senior Alert och därmed är det färre brukare som har fått en åtgärdsplan upprättad. Målet är att alla som är inskrivna i hemsjukvården ska bli bedömda minst en gång per år enligt gällande kvalitetskrav. Det är drygt 1100 brukare som har hälso- och sjukvårdsinsatser och av dessa är det 58 personer (ca 5%) som har fått en bedömning som registrerats i Senior Alert under året.

#### 4.1.1.3 BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

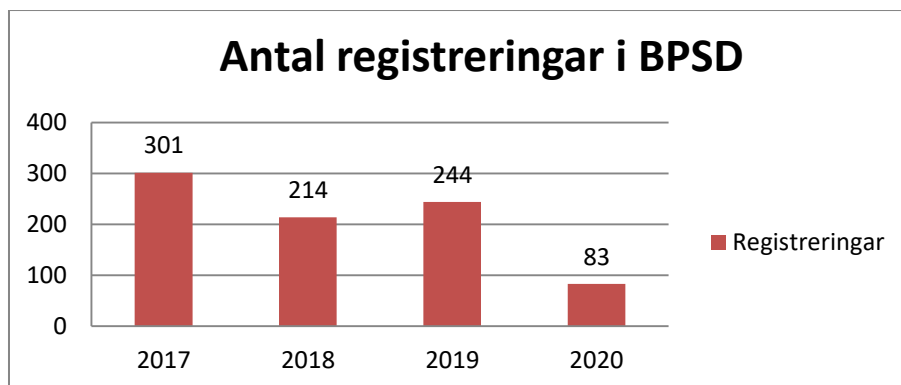


Diagram 2. Antal genomförda registreringar i registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Jämförelsetal från de fyra senaste åren.

Det finns ingen officiell siffra på antalet brukare med hälso- och sjukvårdsinsatser som har en demensdiagnos. Men det är en tydlig nedåtgående trend på antalet registreringar i BPSD vilket delvis kan förklaras av den höga arbetsbelastningen under pandemin.

#### 4.1.1.4 Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

Kvalitetsindikator	Resultat 2019 (%)	Resultat 2020 (%)	Målvärde (%)	Dödsfall 2019	Dödsfall 2020	Trend
Dokumenterat brytpunktssamtal	84,5	65,8	98	142	152	↘
Injektion opioid vid smärtgenombrott	97,9	96,1	98	142	152	→
Injektion ångestdämpande	97,2	96,1	98	142	152	→
Smärtskattats sista levnadsveckan	63,4	38,8	100	142	152	↘
Munhälsobedömning sista levnadsveckan	66,9	42,8	90	142	152	↘
Utan trycksår	90,8	88,8	90	142	152	→
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	93	84,9	90	142	152	↘

Tabell 2. Registreringar i Svenska Palliativregistret. Jämförelsetal från de två senaste åren.

Det är en hög täckningsgrad på antalet registreringar i Palliativregistret. Däremot har resultatet på flera mätpunkter försämrats och resultatet pekar på en negativ trend inom områdena *dokumenterat brytpunktsamtal, smärtskattning sista levnadsveckan* samt *munhälsobedömning*.

#### **4.1.2 Funktionshinderavdelningen**

Det saknas rutiner för att använda kvalitetsregister på ett systematiskt sätt för brukarna på funktionshinderavdelningen.

Det är ett ständigt pågående arbete i verksamheten med att minska antalet vikarier samt timanställda. Arbetet med heltidsresan fortgår. Enhetschefer har under året bemannat upp för att säkra den dagliga driften av verksamheten under den rådande pandemin.

Gruppbostäderna har kompletterats med arbetskläder och samtliga servicebostäderna har införskaffat arbetskläder för att basala hygienrutiner ska kunna upprätthållas. Inom daglig verksamhet har skyddskläder kompletteras med fler typer av plagg.

Det samarbetas med tandvården för de brukare som vill ha "grönt kort" vilket ger rättighet till regelbunden munhälsobedömning.

#### **4.1.3 Hälso- och sjukvårdsavdelningen**

Kvarnbacken genomförde egenkontroll på basal hygien i augusti. Resultatet visade på följsamhet till befintliga rutiner.

Legitimerad personal registrerar KVÅ-koder, en obligatorisk åtgärd som rapporteras in till Socialstyrelsens hälsodataregister månadsvis. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en gemensam åtgärdsklassifikation för olika verksamhetsområden och legitimerade yrkeskategorier inom all hälso- och sjukvård. Patientinriktade insatser (handlingar) - utredande, behandlande eller förebyggande - registreras med hjälp av KVÅ-koder. Antalet registreringar har ökat under 2020 och kan användas som underlag för olika insatstyper inom kommunal hälso- och sjukvård. Uppgifterna skulle kunna användas i större utsträckning vid egenkontroll inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde än vad som hittills gjorts.

#### **4.1.4 Kvarboendeavdelningen**

Under 2020 har hanteringen av coronapandemin resulterat i att all personal tillhandahållit kompletterande instruktioner om basala hygienrutiner. Varje avdelning har hygienombud som är behjälpliga med att se till att basala hygienrutiner används.

Arbetet med kvalitetsregister såsom BPSD samt Senior Alert har inte genomförts enligt uppdrag och bör åter samverkas med hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Pandemin har lett till en ökad korttidsfrånvaro, då man nu stannar hemma även för milda symtom. För att kunna upprätthålla patientsäkerheten har fler timvikarier behövts. Antalet timavlönade ligger 4,3 % över målvärdet, men det får ändå ses som förhållandevis lågt med tanke på att det gäller för hela 2020.

I syfte att skapa bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet i verksamheten pågår arbete med heltidsresan. Trots att all personal tillfrågats om heltidsarbete saknas 13 % för att nå målvärdet. Fortsatt arbete med heltidsresan planeras under 2021.

#### **4.1.5 Äldreboendeavdelningen**

Äldreboendeavdelningen har tidigare fått synpunkter på bristfällig dokumentation. Utbildning påbörjades under 2019, och fortsatte under 2020, men fick avbrytas, dels pga smittrisk, dels pga hög sjukfrånvaro. Två äldreboenden, Ängabogården och Kaptenen, kvarstår att utbilda, vilket planeras ske så snart det går att genomföra på ett smittsäkert sätt.

Enligt rutin har man fått en grundutbildning i verksamhetssystemet Magna Cura i samband med anställning. Vidarutbildningen, som sedan ska ske i verksamheten, har minskat eller uteblivit. De dokumentationsombud som stöttade i dokumentation på arbetsplatsen togs bort för ett antal år sedan, vilket har gjort att det naturliga lärandet i arbetslaget har försvunnit.

Befintligt verksamhetssystem planeras att bytas ut. När det är gjort behöver en ny strategi för lärande i organisationen implementeras.

Äldreboendeavdelningen har, utöver arbetet med långa rehabiliteringsärenden, inte kunnat fokusera på minskad sjukfrånvaro under 2020. Tvärtom har det fokuserats på att ingen ska arbeta med symtom. Det har skapats många rutiner för att minska risk för smittspridning, såsom extra städinsatser, användande av skyddsutrustning och följandet av basala hygienrutiner.

## 4.2 Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

Under 2020 har det i genomsnitt registrerats fler avvikelser totalt, i jämförelse med tidigare år.

På äldreboende har antalet registrerade fall ökat med 35% medan läkemedelsavvikelsena ligger kvar på en liknande nivå som föregående år.

På kvarboendeavdelningen har antalet registrerade fall ökat men det är inte så stor skillnad från föregående år. Däremot har antalet läkemedelsavvikelser ökat med nästan 40%.

Det har inte registrerats så många avvikelser gällande bemötande hos äldre- respektive kvarboendeavdelningen, ca ett tiotal, men desto fler för funktionshinderavdelningen, där det är strax under 90 st. Siffrorna går inte att analysera då det inte finns material för föregående år att jämföra med.

Det finns ingen jämförbar statistik från 2019 för funktionshinderavdelningen.

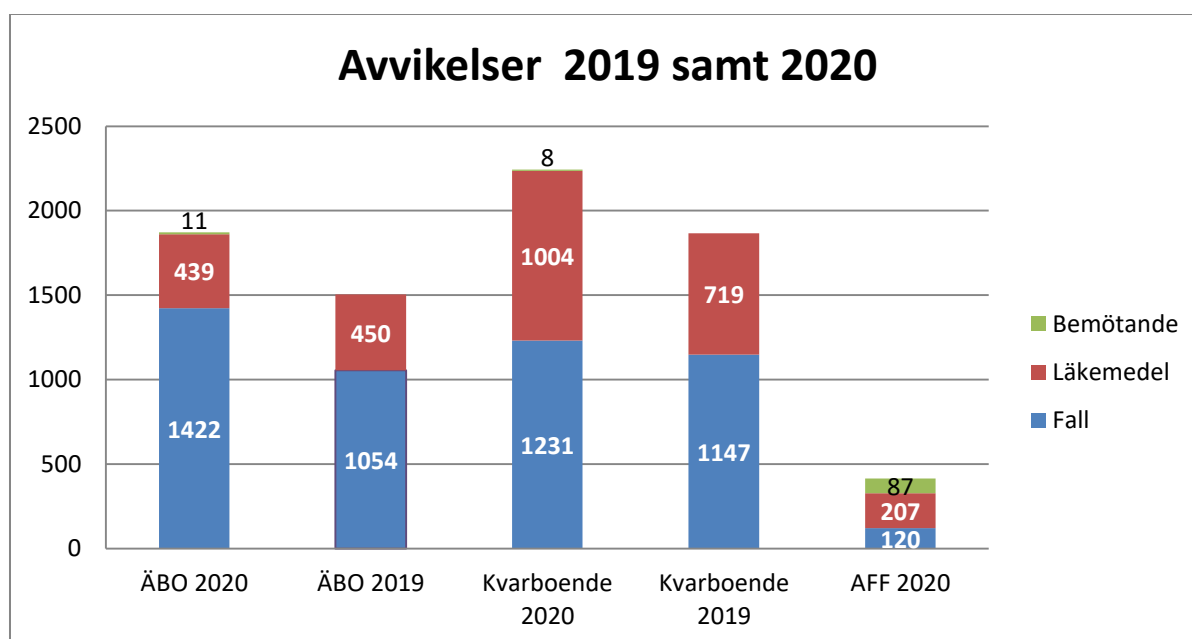


Diagram 3. Antal genomförda registrerade avvikelser inom området fall, läkemedel och bemötande under 2019 samt 2020.

### 4.2.1 Kvarboendeavdelningen

Avvikelser fall: Det har inkommit 1231 fallavvikelser inom kvarboendeavdelningen under 2020. Fördelat på åtta enhetschefer blir det 153 per chef. Förra årets (2019) genomsnitt per enhetschef var 147 st, vilket de flesta enheterna understiger i år. Korttidsenheten ligger högre, vilket delvis kan bero på det höga flödet av brukare som passerar enheten.

Avvikelser läkemedel: Antalet läkemedelsavvikelser 2020 är 1004 st. Uppdelat på åtta enhetschefer blir det 125 per enhetschef, vilket, jämfört med delårsuppföljningen då det var 70 avvikelser per enhetschef, är en minskning för andra halvåret. Digital signering, som har

införts under året på många enheter, har bidragit till en positiv förändring. Tydligheten samt läsbarheten i vad som ska utföras har ökat, vilket har bidragit till ökad patientsäkerhet.

Enhetschefer följer upp avvikelserna och samråder med sjuksköterska om vilka åtgärder som ska vidtas.

Läkemedelsutbildningar saknas i tillräcklig omfattning. Det innebär en ökad arbetsbelastning för befintlig delegerad personal, vilket ökar risken att man gör fel.

#### **4.2.3 Äldreboendeavdelningen**

Fallolyckor och andra avvikelser som berör flera yrkesgrupper ska, enligt rutin, tas upp på regelbundna träffar med samverkande team. Under coronapandemin har detta fungerat sämre på flera enheter.

Eftersom sekretessbelagda ämnen inte får tas upp på möten via Teams har det inte varit genomförbart med samverkansmöten digitalt. Arbete har påbörjats för genomförande av digitala möten där sekretessbelagda uppgifter får hanteras.

För att ersätta uteblivna samverkansmöten har enheterna istället kontaktat fysioterapeut eller annan lämplig profession via telefon vid behov.

Införande av digital signering av läkemedel kommer att införas på äldreboendeavdelningen under 2021, vilket kommer att öka säkerheten kring läkemedelshanteringen.

#### 4.2.4 Exterena utförare

Privat hemtjänst redovisar uppkomna avvikelser till förvaltningen fyra gånger om året. Under 2020 har det inte varit någon allvarlig händelse inom hälso- och sjukvården som har berört privat utförare av hemtjänst.

Den utförare som inte har rapporterat några avvikelser har endast ett fåtal uppdrag.

Hemtrevnad	Antal
Informationsöverföring	7
Omvårdnadshändelse	34
Bemötande	0
Dokumentation	1
Fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	53
Fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	12
Lex Sarah	0
Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	1

24 h vård o omsorg	Antal
Informationsöverföring	0
Omvårdnadshändelse	0
Bemötande	0
Dokumentation	0
Fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
Fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
Lex Sarah	0
Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	0

Ruts hemtjänst	Antal
Informationsöverföring	1
Omvårdnadshändelse	0
Bemötande	0
Dokumentation	8
Fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	2
Fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	1
Lex Sarah	0
Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	5

Bräcke diakoni hemtjänst	Antal
Informationsöverföring	7
Omvårdnadshändelse	13
Bemötande	0
Dokumentation	1
Fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	10
Fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	6
Lex Sarah	1
Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	1

#### 4.2.5 Avvikelser i samverkan

Under 2020 har följande avvikelser registrerats i samverkan:

Från	Till	Antal	Områden
Alingsås VOO	Vårdcentraler	4	- bemötande - informationsbrist
Alingsås VOO	Sjukhus/ öppenvårds- mottagningar	15	- bemötande - informationsbrist - medicinsk utrustning - omvårdnadshändelse - läkemedel
Vårdcentraler	Alingsås VOO	5	- brustit i sekretess - informationsbrist - kommunikation
Sjukhus/ öppenvårds- mottagningar	Alingsås VOO	23	- informationsbrist - ej följt delregional rutin – VISAM x 4 - omvårdnadshändelse - brist på korttidsplatser - ej följt rutin för provtagning x 3 - medicinteknisk produkt – ej följt anvisning - informationsbrist SAMSA - kommunikationsbrist - ssk ej tillgänglig på telefon - bemötande - kommunikation vårdplanering

Det pågår ett förbättringsarbete som ska ge kommunerna möjlighet att använda ett digitalt system vid hantering av avvikelser i samverkan. Syftet är att förbättra hanteringen av dessa avvikelser och, i förlängningen, en ökad avvikelserapportering.



### 4.3 Klagomål och synpunkter

Gör en samlad analys av klagomål och synpunkter samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av klagomål och synpunkter.

Det har totalt kommit in 130 klagomål och synpunkter under 2020

#### 4.3.1.1 Vad handlar klagomål och synpunkter om kopplade till patientsäkerhet?

- Det finns ingen tydlig trend i inkommande klagomål och synpunkter. Tio synpunkter beskriver enskildas nöjdhet med insatser och resurser.
- Sju klagomål är kopplade till coronapandemin och användandet av skyddsutrustning, besöksförbud, användande av personalutrymme mm.
- Övriga 61 klagomål och synpunkter handlar, bland annat, om bemötande, bristande insatser för den enskilde, bristande information, brister i utförandet av insatser samt svårigheter att nå rätt personal.

#### 4.3.1.2 Vilka lämnar synpunkter?

Synpunkter och klagomål kommer från personer som har hjälp och stöd från äldreomsorgen, boende på särskilt boende, personer med hemtjänst- och/eller hälso- och sjukvårdsinsatser, anhöriga, personal och allmänheten.

#### 4.3.2 Kvarboendeavdelningen

Det har inkommit 33 klagomål och synpunkter till kvarboendeavdelningen. De flesta rör annat än patientsäkerhetsarbetet. Två klagomål gällde personal som inte använt munskydd. Klagomålen inkom dock innan rekommendationen om munskyddsanvändande hade kommit. Ett klagomål gällde dels besöksförbudet på korttidsboendet, dels att anhörig ej fått delta vid upprättandet av genomförandeplanen. Besöksförbudet: Kvarboendeavdelningen hänvisade till att besöksförbudet var ett stabsbeslut, att besök utomhus var tillåtna samt att undantag fanns vid t ex långvarig vistelse på korttidsboendet. Genomförandeplanen: Anhörig befarade att väsentlig information om brukaren ej framkommit. Eftersom anhörig lämnat information via telefon vid upprättandet av genomförandeplanen bedömdes delaktigheten fullgjord.

Vikten av att arbeta proaktivt i kontakter med anhöriga bedöms vara en viktig lärdom för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet, sett till erfarenheter från 2020, där coronapandemin försvårat fysisk kontakt.

#### 4.3.3 Äldreboendeavdelningen

De klagomål och synpunkter som inkommit under året gäller ofta informationsbrist. Ett klagomål gällde att en anhörig inte känt sig involverad i omvårdnaden. En slutsats som dragits är vikten av dialog och information till anhöriga när fysiska besök inte är genomförbara.

Under 2020 har det inkommit några avvikelser gällande bemötande. Enligt rutin utreds dessa och aktuella åtgärder vidtas. En sådan åtgärd har varit att omplacera en nattpersonal till dagtidsarbete istället.

## **4.4 Händelser och vårdskador**

Gör en samlad analys från utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

### **4.4.1 Funktionshindersavdelningen**

Det har inte rapporterats någon allvarlig vårdskada inom avdelningen. Vid stickkontroll av avvikelser har avglömda medicindoser och upphittade tabletter som brukare spottat ut/tappat, uppmärksammats. Vid dessa tillfällen har kontakt tagits med ansvarig sjuksköterska och i något fall har rutin vid delning av medicin reviderats.

Det sker fortlöpande samverkan med exempelvis vårdcentral, habilitering, diabetesmottagning och öppenvårdsmottagningen i enskilda ärenden för att förbättra vården och omsorgen.

### **4.4.2 Äldreboendeavdelningen**

Under senare delen av 2020 fick några enheter utbrott av Covid -19, vilket lett till en utredning samt en lex Maria-anmälan. En noggrann analys av vad som orsakat dessa utbrott pågår, i syfte att ta lärdom i organisationen kring vad som brustit.

En händelse som inträffade i somras, utreds av MAS. De symtom personen uppvisade tolkades inte som misstänkt coronainfektion, vilket ledde till dröjsmål innan behandling och skyddsutrustning sattes in. Alla yrkeskategorier, inklusive ansvarig läkare, var delaktiga i bedömningen av brukarens hälsotillstånd. De brister som framkommer efter avslutad utredning kommer verksamheten att arbeta vidare med för att uppnå en högre patientsäkerhet.

### **4.4.3 Medicinskt ansvariga**

De utredningar som har påbörjats efter allvarliga händelser under året kommer att leda till flera förändringar som behöver genomföras snarast. Verksamheten kommer att få i uppdrag att utarbeta handlingsplaner för hur de ska förbättra sina rutiner samt arbetssätt. Det har även blivit synligt att det finns en del brister i följsamhet till antagna rutiner samt att vissa rutiner behöver revideras för att öka patientsäkerheten.

## **4.5 Riskanalys**

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Det är viktigt att resultaten speglar alla delar i vårdgivarens organisation (somatisk vård, barnsjukvård, psykiatrisk vård, primärvård, eventuell hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård.

Resultat som inte har direkt koppling till uppsatta mål och strategier kan redovisas i slutet i kapitlet resultat och analys eller i en bilaga.

### **4.5.1 Funktionshinderavdelningen**

Sjuksköterska eller rehabiliteringspersonal har engagerats och deltagit vid pedagogiska konferenser angående enskilda ärenden inom verksamheten. Personal får möjlighet att ställa frågor och bemötandestrategier samt rutiner upprättas vid dessa tillfällen.

### **4.5.2 Kvarboendeavdelningen**

Uppdragen inom avdelningen förmedlas från avdelningschef till enhetschefer som sedan förankrar detta hos medarbetare via APT och medarbetarsamtal/ medarbetaröverenskommelse.

Vad gäller riskanalys skulle en sammanställning behöva göras kvartalsvis såsom det beskrivs i uppföljningskrav i "Kvalitetskrav för hemtjänst". Det är dock av stor vikt att enhetschef följer upp dessa kontinuerligt med medarbetare och i samverkan med hälso- och sjukvårdsavdelningen. Kontaktpersonen är central i detta arbete.

Det skulle behövas ett systematiskt arbete med riskanalyser för att förhindra vårdskador med en tydligt struktur över vem som gör vad.

Arbete med Senior Alert skulle behöva återupptas, dock tas bara brukare upp som är inskrivna i en kommunala hälso- och sjukvården. Hemtjänsten har många brukare som inte har kommunal hälso- och sjukvård och de hamnar utanför dessa register. Där behövs samverkan med vårdcentraler.

### **4.5.3 Äldreboendeavdelningen**

Äldreboendeavdelningen ser behov av kontinuerlig information samt förbättring av informationsvägarna i verksamheten. Det finns även behov av att genomföra fysiska möten i mindre grupper när det är behövligt. Det fysiska mötet är viktigt för lärdom, förståelse samt gemensam reflektion. Enhetscheferna behöver ha en nära dialog och lära av varandra.

Det är viktigt att olika yrkesgrupper har nära kontakt och möts för att minska risken för missförstånd. Om personalen ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet krävs det möten som de kan medverka i för att kunna påverka.

### **4.5.4 Medicinskt ansvariga**

Under det gångna året har verksamheten varit hårt belastad av den pågående pandemin och många har dragit ett tungt lass för att brukarna ska få en god och säker vård.

Det har blivit synligt att brukarna kan råka ut för en allvarlig vårdskada när det finns brister i följsamhet till antagna rutiner och arbetssätt. Det har vid flertalet tillfällen blivit tydligt att personalen inte har fått tillräcklig information om gällande rutiner, eller att det brustit i följsamhet till fattade beslut/gällande rutiner. Det är chefens ansvar att försäkra sig om att personalen är informerad om samt följer gällande rutiner.

Brukarna har även utsatts för en extra stor risk då det har brustit i kontinuiteten. I de händelser som utretts har det varit många olika personal, många timvikarier samt många olika yrkeskategorier inblandade i händelserna. Det finns även brister i kompetensen hos den personal som medverkat i vård och omsorg kring den enskilde. Många timvikarier saknar inloggning i verksamhetssystemet och har därför fått förlita sig på muntlig information från sina kollegor.

Socialstyrelsen har förespråkat kohortvård i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar. Kohortvård i särskilt boende innebär att de äldre som exponerats för smitta/har symptom, skiljs från övriga boende och vårdas separat med särskilt avdelad personal. På ett boende med smitta bör ingen annan personal från andra avdelningar komma in.

Inom hemtjänst kan kohortvård innebära att en särskild utsedd personalgrupp arbetar med brukare som exponerats för smitta/har symptom, och att den personalen inte besöker smittfria brukare. I de utredningar av allvarliga händelser som medicinskt ansvarig har gjort under året med anledning av pandemin har det inte framkommit att det förekommit någon kohortvård.

Verksamhetssystemet där avvikelser registreras fungerar inte optimalt vilket leder till svårighet att göra korrekta analyser på enhets-, avdelnings- samt förvaltningsnivå. När resultaten inte kan sammanställas och analyseras regelbundet på ett enkelt sätt missas många möjligheter att se mönster och trender. Detta leder till en allvarlig risk för att fler vårdskador eller allvarliga händelser kan inträffa.

## 5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

### 5.1 Mål och strategier för kommande år

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

#### 5.1.1 Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Det har framkommit att brytpunktssamtal, smärtskattning och munhälsa är områden som måste förbättras. Därutöver kommer patientsäkerhetsarbetet kring hanteringen av coronapandemin att fortsätta under 2021.

#### 5.1.2 Kvarboendeavdelningen

Kvarboendeavdelningen ser fram emot ett enkelt avvikelssystem samt rutin för klagomåls- och synpunktshantering. Medarbetarna behöver utbildning i hantering av avvikelssystem samt vikten av att skriva avvikelser. Även viktigt med återkoppling efter handläggning av avvikelser för ökad lärdom och förståelse.

Kontaktmannaskapet kommer att vara ett prioriterat kvalitetsarbete under 2021, där samverkan med andra professioner, såsom hälso- och sjukvårdsavdelningen, biståndshandläggare och andra samarbetspartners ingår. Det är även viktigt att upprätthålla en god kontakt med anhöriga.

#### 5.1.3 Medicinskt ansvariga

Endast kvarboendeavdelningen samt hälso- och sjukvårdsavdelningen har inkommit med mål och strategier för kommande år. Det behövs en tydlig plan för hur de olika verksamheterna ska arbeta proaktivt under kommande år i syfte att säkerställa den vård som bedrivs, sett till patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Avvikelsearbetet behöver fördjupas – det räcker inte att bara ta del av inkomna avvikelser och ta upp dessa på teammöten – det behövs handlingsplaner för hur man ska arbeta för att minska risker för t ex fallolyckor.

Samarbetet med Socialförvaltningen när det gäller registrering av HSL avvikelser behöver utvecklas.

All verksamhet behöver återuppta det förebyggande arbetet och jobba metodiskt utifrån de skalor och metoder som finns i modellerna för Senior alert samt BPSD. Dessa arbetssätt bör även implementeras inom funktionshinderområdet för aktuella brukare.

Den metodik som finns utarbetade för att jobba med tvärprofessionella team behöver återupptas för att förebygga vårdskador. Träffar med tvärprofessionella team har visat sig vara en bra metod för att minska antalet fall och läkemedelsavvikelser. Detta arbetssätt bör även implementeras inom funktionshinderområdet.

Ombudsstrukturen har tidigare varit en framgång när det gäller kunskapsöverföring i verksamheten samt en bra metod för att öka följsamheten till gällande rutiner. Medicinskt ansvariga anser att det är nödvändigt att förvaltningen återupptar denna modell, främst inom områdena hygien och dokumentation, där det idag finns brister i verksamheten.

De kvalitetskrav som antogs av nämnden 2014 behöver följas upp, utvärderas, analyseras samt revideras. Det saknas fortfarande kvalitetskrav för funktionshinderområdet och detta arbetet behöver prioriteras.

Den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, som kom från Socialstyrelsen 2020, behöver anpassas till lokal nivå och implementeras i det kommunala vård- och

omsorgsarbetet. En omställning till ett mer förebyggande arbete behövs, istället för att, som nu, släcka de bränder som uppstår.

#### **5.1.3.1 Omställning till en nära vård**

Införandet av "Nära vård" kommer att genomföras under 2021.

Vården behöver komma närmare patienten och brukaren för att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, samt kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Kärnan i Nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

Anmälan av  
delegationsbeslut 2021

4

2021.037 VON

Datum: 2021-03-15  
Handläggare: Emma Pettersson  
Direktnr: 6134  
Diariernr: 2021.037 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Anmälan av delegationsbeslut februari 2021**

### **Ärendebeskrivning**

Delegering av ärenden inom en nämnd regleras i kommunallagen 6 kap §§ 33-38. Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit viss beslutanderätt till ordförande, viceordförande, vård-och omsorgsnämndens arbetsutskott och enskilda kommunala tjänstemän enligt nämndens delegationsförteckning. Dessa beslut anmäls till vård- och omsorgsnämnden.

Anmälan av delegationsbeslut ingår som en del i nämndens internkontroll.

### *Anmälan*

2021.033 VON -001. MAS - Enligt p. 2.2.10 anmälan till IVO av händelse som har medfört allvarlig vårdskada, Lex Maria.

### *Yttrande och överklagande*

2021.006 VON -008. Förvaltningschef - Enligt p. 2.3.8 yttrande till IVO, om besöksförbud på Kvarnbackens korttidsboende.

2020.363 VON -003. Avdelningschef avdelning för funktionsstöd - Enligt p. 2.3.8 yttrande till IVO, angående ej verkställt beslut.

### *Avtal och upphandling*

2021.019 VON -001. Förvaltningschef - Enligt p. 3.2.1 – avtal med Securitas om personlarm med GPS.

2021.040 VON -001. Förvaltningschef - Enligt p. 3.2.1 – överenskommelse kring kostnadsfördelning av Yrkesresan.

### *Avgifter/ersättning*

2021.037 VON -010. Förvaltningschef - Enligt p. 5.6.5 Nedsättning av eller befrielse från avgift vid särskilda skäl. 3 st.

### **Delegationer personalområdet**

Se bilaga.

### **Ekonomisk bedömning**

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner anmälan av delegationsbeslut för februari 2021.



**Beslutet ska skickas till**  
Förvaltningschef.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Emma Pettersson  
tf. förvaltningssekreterare

## Nyanställda

**Organisation:** Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvidareanställd månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid

**Avtal:** Alla exklusive förtroendevalda **Vilande:** Ej vilande **Datum:** 2021-02-01 - 2021-02-28

Anställningsform	Befattning	AID-etikett	Anställningsdatum	Verksamhet	Sysselsättningsgrad
1 Tills vidare	1650 Undersköterska	207011 Undersköterska. särskilt boende	2021-02-22	51020 Äldreomsorg särsk boende	50%
1 Tills vidare	1650 Undersköterska	207011 Undersköterska. särskilt boende	2021-02-01	51020 Äldreomsorg särsk boende	85%
1 Tills vidare	1650 Undersköterska	207011 Undersköterska. särskilt boende	2021-02-22	51020 Äldreomsorg särsk boende	100%
1 Tills vidare	2433 Enhetschef	103512 Ledning. omsorg om personer med funktionsnedsättning samt socialpsykiatr	2021-02-08	98030 Gemensamt (enhet)	100%
1 Tills vidare	3910 Färdtjänsthandläggare	351012 Biståndsbedömare	2021-02-01	53010 Färdtjänst	100%
1 Tills vidare	6779 Stödpedagog	351030 Stödpedagog. funktionsnedsättning	2021-02-15	51311 Boende enl LSS, vuxna	100%
1 Tills vidare	3518 Stödassistent	351031 Stödassistent/Vårdare. gruppboende.funktionsnedsättning	2021-02-15	51311 Boende enl LSS, vuxna	100%
1 Tills vidare	3518 Stödassistent	351031 Stödassistent/Vårdare. gruppboende.funktionsnedsättning	2021-02-15	51311 Boende enl LSS, vuxna	100%
1 Tills vidare	3518 Stödassistent	351031 Stödassistent/Vårdare. gruppboende.funktionsnedsättning	2021-02-15	51311 Boende enl LSS, vuxna	100%
1 Tills vidare	4961 Schemaplanerare	152012 Administratör. personal/HR/löner	2021-02-01	93000 Förvaltningsgemensam verksamh	100%
1 Tills vidare	1137 Sjuksköterska	206014 Sjuksköterska. funktionsnedsättning och äldreomsorg/geriatrik	2021-02-15	51030 Hälso- o sjukvård, >65 år	75%