

## Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2022-03-29, kl. 13:00-17:00

Plats: Skräddaren

---

Eva-Lotta Pamp (M),  
Ordförande

Ann-Sofie Bengtsson,  
Sekreterare

### Ärendelista

1. Upprop och val av justerare
2. Information och överläggningar
  - A/ Utbildning OPUS
  - B/ Kritiska verksamhetsfaktorer 2022
  - C/ Patientsäkerhetsberättelsen 2021
  - D/ Uppdatering av tillämpningsanvisningar 2022
  - E/ Granskning av ekonomistyrning
  - F/ Information om upphandling av verksamhetssystem
  - G/ Information om upphandling av larmsystem
  - H/ Månadsuppföljning ekonomi
  - I/ Förvaltningschefens information
3. Kritiska verksamhetsfaktorer 2022, 2022.053 VON
4. Patientsäkerhetsberättelsen 2021, 2022.048 VON
5. Uppdatering av tillämpningsanvisningar 2022 - avgifter och ersättningar för personer inom verksamhetsområde funktionsstöd, 2022.039 VON
6. Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgsnämnden, 2021.254 VON
7. Anmälan av delegationsbeslut 2022, 2022.018 VON

# Kritiska verksamhetsfaktorer 2022

3

2022.053 VON

Datum: 2022-03-15  
Handläggare: Camilla Liljegren  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.053 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Kritiska verksamhetsfaktorer 2022

### Ärendebeskrivning

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

### Förvaltningens yttrande

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

Inför 2022 har vård- och omsorgsförvaltningen reviderat befintliga kritiska verksamhetsfaktorer. Utgångspunkten har varit att omhänderta resultatet i vård- och omsorgsnämndens väsentlighets- och riskanalys 2021.

Förvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer följs upp två gånger per år inom ramen för förvaltningens verksamhetsuppföljning.

Resultatet av uppföljningen inom perspektiven målgrupp och verksamhet redovisas till vård- och omsorgsnämnden genom nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Resultatet inom perspektiven ekonomi och personal redovisas till nämnden genom månadsuppföljning, samt delårs- och årsuppföljning.

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga kostnader

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner informationen.

**Beslutet ska skickas till**  
Enhetschef ekonomi, utvecklingsledare

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Camilla Liljegren  
Utvecklingsledare

## Bilaga, Kritiska verksamhetsfaktorer 2022, vård- och omsorgsförvaltningen

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2022	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
<b>Ekonomi</b>	Att kostnaden för äldreomsorg och funktionshinder, är i nivå med riket.	Kostnad funktionsnedsättning LSS boende, kr/brukare (N28013)	700 354 (2020)	I nivå med riket eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
		Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare (N21006)	346 453 (2020)	I nivå med riket eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
		Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare (N23009)	1 067 064 (2020)	I nivå med riket eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
<b>Ekonomi</b>	Att verksamheten är kostnadseffektiv.	Nettokostnadsavvikelse, Äldreomsorg (%) (N20900)	1,5 % (2020)	0 eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
		Nettokostnadsavvikelse LSS (%) (N28018)	-9,0 % (2020)	0 eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
<b>Målgrupp</b>	Att brukarna är nöjda med <b>hemtjänsten.</b>	Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (U21468)	95 % (2020)	Över genomsnittet för riket	1 gång per år	Kvalitetsberättelse
<b>Målgrupp</b>	Att brukarna är nöjda med sitt <b>särskilda boende.</b>	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (23471)	86 % (2020)	Över genomsnittet för riket	1 gång per år	Kvalitetsberättelse
<b>Målgrupp</b>	Att brukare inom <b>gruppbostad, LSS</b> trivs hemma och har förtroende för personalen	Brukaren trivs alltid hemma, andel (%) (U28524)	80 % (2021)	Över genomsnittet för riket	1 gång per år	Kvalitetsberättelse
		Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28522)	73 % (2021)	Över genomsnittet för riket	En gång per år	Kvalitetsberättelse
<b>Målgrupp</b>	Att brukare inom <b>servicebostad,</b>	Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	85 % (2021)	Över genomsnittet för riket	1 gång per år	Kvalitetsberättelse

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2022	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
	<b>LSS</b> trivs med och har förtroende för personalen	(U28531)				
		Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28529)	77 % (2021)	Över genomsnittet för riket	En gång per år	Kvalitetsberättelse
<b>Målgrupp</b>	Att brukare inom <b>daglig verksamhet</b> trivs på sin dagliga verksamhet och har förtroende för personalen.	Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%) (U28538)	84 % (2021)	Över genomsnittet för riket	En gång per år	Kvalitetsberättelse
		Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28536)	86 % (2021)	Över genomsnittet för riket	En gång per år	Kvalitetsberättelse
<b>Målgrupp</b>	Att brukare inom <b>personlig assistans</b> trivs med och har förtroende för sina assistenter.	Brukaren trivs med sina assistenter (U28638)	67 % (2021)	Över genomsnittet för riket	En gång per år	Kvalitetsberättelse
		Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%) (U28631)	83% (2021)	Över genomsnittet för riket	En gång per år	Kvalitetsberättelse
<b>Verksamhet</b>	Att biståndsbeslut följs upp och omprövas	Andel beslut som omprövas inom angiven tidsram för uppföljning	75 % (210601–211130)	90 %	Två gånger per år	Kvalitetsberättelse
<b>Verksamhet</b>	Att förekomst av kvalitetsbrister minimeras i verksamheten.	Antal fallavvikelser totalt	2529 (2021)	Förekomsten av fall ska minska med 10 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
		Antal läkemedelsavvikelser totalt	3785 (2021)	Antal läkemedelsavvikelse ska inte överstiga 1500	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
		Antal avvikelser bemötande totalt	132 (2021)	Antalet avvikelser gällande bemötande ska minska med 10 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2022	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
<b>Verksamhet</b>	Att inga allvarliga kvalitetsbrister inträffar i verksamheten.	Antal allvarliga fallavvikelser klassificering 3–4	24 (2021)	Antalet allvarliga avvikelser ska minska med 30 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
		Antal allvarliga läkemedelsavvikelser klassificering 3–4	12 (2021)	Antalet allvarliga avvikelser ska minska med 10 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
<b>Verksamhet</b>	Att ett aktivt förebyggandearbete sker för att minska risker för specifika vårdskador.	Antal personer registrerade i BPSD	52 (2021)	Antalet registrerade personer i BPSD ska öka med 25 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal registreringar i BPSD	74 (2021)	Antalet registreringar i BPSD ska öka med 25 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal registreringar (unika personer) i Senior alert	262 (2021)	Antalet registrerade personer i Senior alert ska vara 400 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal registrerade riskbedömningar (munhälsa) Senior Alert.	29 (2021)	Antalet riskbedömningar gällande munhälsa ska finnas på minst 400 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen (Senior alert)	10	Antalet åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen ska finnas på 300 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Smärtskattningar under sista levnadsveckan, andel (%)	42,9% (2021)	Antalet utförda smärtskattningar ska vara genomfört på 90 % av de registrerade	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse

Perspektiv	Kritiska faktorer	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2022	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
		Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan, andel (%)	51,0% (2021)	Antalet utförda riskbedömningar ska vara genomfört på 90% av de registrerade	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Följsamhet till basala hygienrutiner	-	Följsamhet till basala hygienrutiner ska vara 73 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Följsamhet till klädregler	-	Följsamhet till klädregler ska vara 90 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
<b>Verksamhet</b>	Att alla avvikelser rapporteras och utreds.	Andel avslutade utredningar (mättillfälle 30 juni, 31 dec)	53 % (2021)	Andel avslutade utredningar ska vara 95 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
		Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC	43 % (2021)	95 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
<b>Medarbetare</b>	Sjukfrånvaron överstiger inte 8,0 %	Sjukfrånvaro, totalt (%), Vård- och omsorgsförvaltningen	10,2 % (2021)	8,0 %	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
<b>Medarbetare</b>	Korttidsfrånvaron överstiger inte mer än 3,0 %	Korttidsfrånvaro, 1–14 dagar (%), vård- och omsorgsförvaltningen	4,7 % (2021)	3,0 %	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
<b>Medarbetare</b>	Antal personer med fler än 6 frånvarotillfälle inte överstiger 100.	Antal personer med fler än 6 frånvarotillfälle	184 (2021)	100	Två gånger per år	Årsbokslut
<b>Medarbetare</b>	Rätt till heltid är norm	Genomsnittlig sysselsättningsgrad (enligt anställningsavtal), Vård- och omsorgsförvaltningen	94 % (2021)	95 %	En gång per år	Årsbokslut



Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2022	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
		Andel heltidsanställda (%), Vård- och omsorgsförvaltningen	70,5 % (2021)	73 %	Två gånger per år	Årsbokslut
<b>Medarbetare</b>	God arbetsmiljö och goda arbetsvillkor	Pulsmätning <sup>1</sup>	-	-	-	-
		Andel undersköterskor i äldreomsorg	83,9 % (2021)	85 %	Två gånger per år	Årsbokslut
		Andel stödassistenter inom funktionsstöd, exkl. personlig assistans.	91,7 % (2021)	92 %	Två gånger per år	Årsbokslut
		Andel chefer som genomgått ledarskapsutvecklingsprogram <sup>2</sup>	61,7 %	65 %	Två gånger per år	Årsbokslut
		Antal nyanställningar äldreomsorg	-	-	Två gånger per år	Årsbokslut
<b>Medarbetare</b>	Att förvaltningen har tillräckligt med personal och med rätt kompetens	- Varav andel USK - Varav andel vårdbiträde	- -	100 % 0 %		
		Antal nyanställningar funktionsstöd	-	-	Två gånger per år	Årsbokslut

<sup>1</sup> Implementering av kommunens gemensamma arbetssätt med pulsmätningar sker under hösten 2022. I samband införandet med kommer nyckeltal för uppföljning av den kritiska verksamhetsfaktorn god arbetsmiljö och goda arbetsvillkor att väljas ut och läggas till.

<sup>2</sup> Avser UGL, IL eller UL

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2022	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
		- Varav andel stödassistenter	-	100 %		
		- Varav andel stödbiträde	-	0 %		
		Antal nyanställningar äldreomsorg och funktionsstöd	-	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		- Varav rekryterade	-	-		
		- Varav konverterade	-	-		
		Tillsättningsgrad, tillsvidareanställda (%) (Antal tillsatta tjänster/antalet utlysta tjänster)	-	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		Pensionsprognos	-	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		Antal genomförda valideringar (Äldreomsorgslyftet)	50 (2021)	60	Två gånger per år	Årsbokslut

# Patientsäkerhetsberättelsen 2021

4

2022.048 VON

Datum: 2022-03-24  
Handläggare: Annika Fallqvist  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.048 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Patientsäkerhetsberättelsen 2021

### Ärendebeskrivning

Patientsäkerhetslagen PSL 2010:659, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 ger vårdgivaren ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. För att uppfylla kraven i lagen är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I den ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts. Årets patientsäkerhetsberättelse följer strukturen för Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.

Övergripande mål för verksamheten 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 för systematiskt kvalitetsarbete behövs för att fortlöpande kunna utveckla, utvärdera och säkra kvaliteten och vården i verksamheterna.

### Förvaltningens yttrande

Patientsäkerhetslagen PSL 2010:659, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 anger att vårdgivaren ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse i vilken det skall framgå hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som bedrivits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

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

De viktigaste åtgärderna som vidtagits 2021 har till stor del varit inriktat på att hantera den fortsatt pågående pandemin. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten samt försöka förhindra att patienter och vårdpersonal insjuknar i Covid-19. Kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet fick under perioder stå tillbaka, exempelvis teamsamverkan och proaktivt arbete med riskbedömningar. Sjuksköterskorna inom förvaltningen blev extra belastade under året med uppgifter som vaccineringar och provtagningar i smittspårningar. Verksamheten har nu kunnat återuppta arbetet med teamsamverkan och proaktivt arbete för att minska risken för vårdskador. Det påbörjade arbetet med att upphandla ett nytt verksamhetssystem och avvikelsemodul kommer på sikt leda till bättre förutsättningar att bedriva en säker vård och omsorg. Under året påbörjades också ett förbättringsarbete med att göra en nulägesanalys i förvaltningens patientsäkerhetsarbete enligt ett strukturerat analysverktyg framtaget av SKR.

De viktigaste resultaten som uppnåtts är att verksamheterna efter den systematiska kvalitetsgranskningen "God och säker vård" som genomfördes 2021 tagit fram

handlingsplaner på prioriterade områden, så att vårdskador/missförhållanden förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

I de utredningar av allvarliga händelser som gjorts och redovisats till nämnden under hösten 2021. Efter analys av medicinskt ansvariga har bakomliggande orsaker identifierats och utifrån det har ett antal förbättringsområden tagits fram.

Samverkan mellan professioner behöver återupptas efter pandemin, där det varit begränsningar i att kunna ha fysiska möten. Den legitimerade personalen behöver ta ansvar för att handleda och utbilda vård- och omsorgspersonal och behöver genom sin yrkesspecifika kompetens vara den som ansvarar för bedömningar när patientens hälsa förändras. Kontinuitet är en viktig aspekt av vårdkvalitet som bidrar till ökad patienttillfredsställelse och bättre vårdresultat, utebliven kontinuitet är en patientsäkerhetsrisk. I flertalet utredningar har det funnits brister i dokumentation och informationsöverföring vilket gjort att patientsäkerheten påverkats. I en del händelser har det framkommit att involverade av olika anledningar inte följt gällande rutiner och riktlinjer. Det är svårt att utreda exakt vilken betydelse det haft för utvecklingen av de olika vårdskadorna, men det går inte att utesluta att det bidragit till eller varit risk för allvarliga vårdskador. Det pågår ett flertal aktiviteter utifrån särskilda handlingsplaner som är upprättade av avdelningschefer för att minimera risker för vårdskador i verksamheterna.

### **Ekonomisk bedömning**

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2021.

### **Beslutet ska skickas till**

Förvaltningen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Annika Fallqvist  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ingela Oscarsson  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eva-Marie Onsager  
Medicinskt ansvarig rehabilitering



Datum: 2022-03-24  
Handläggare: Annika Fallqvist  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.048 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Uppdrag återrapportering av avvikelser

### Ärendebeskrivning

Vård och omsorgsnämnden gav förvaltningen i uppdrag den 2021-09-27 i § 50 2021.164 VON i ärendet redovisning av avvikelser, klagomål och synpunkter för första halvåret 2021 att analysera bakomliggande orsaker till ökningen av avvikelserna. Analysen ska fokusera på de avvikelser som ökat mest. Förvaltningen fick också i uppdrag att ta fram en åtgärdsplan för att minska avvikelserna. Åtgärdsplanen redovisas vad samma nämnd som patientsäkerhetsberättelsen.

### Förvaltningens yttrande

Ansvariga chefer har under hösten haft i uppdrag att analysera bakomliggande orsaker till ökningen av avvikelser. Analysen skulle fokusera på de avvikelser som ökat mest. Respektive avdelningschef har även haft i uppdrag att redovisa handlingsplaner för att minska avvikelserna.

Alla chefer har haft tillgång till sammanställningar av avvikelser för att kunna analysera sin verksamhet och upprätta handlingsplaner.

Av dessa handlingsplaner har följande åtgärder initierats:

- För att minska vårdskador och öka kunskaperna kring inträffade vårdskador krävs ännu bättre personkontinuitet.
- En avdelning har förtydligat värdet av kontaktmannaskap dels genom rutin som gäller för kontaktmannaskap. Det behövs också ett närvarande ledarskap samt ökat stöd till vårdpersonal från legitimerad personal för att kunna bedriva en patientsäker vård och omsorg. Det sker då ett lärande i vardagen och en god samverkan mellan enhetschef och sjuksköterska.
- En avdelning har satt som mål att all personal inom avdelningen skall under våren 2022 ha fått utbildning och kunskap i avvikelshantering.
- Rutinen för digital signering har uppdaterats och alla enhetschefer har upprättat handlingsplaner för att minska antalet fel kring digital signering. Arbetar vidare med att säkra upp tillgången av nätverk WiFi och/eller 4G inom alla enheter på ÅBO.
- Det pågår ett förbättringsarbete som innebär att den legitimerade personalen kommer att ta ett större ansvar för utredningen samt planerade åtgärder i samband med en händelse/avvikelse för att upprepning ska undvikas. Den legitimerade personalen arbetar med förbättringsarbete kring fall, undernäring, läkemedel.

Under det kommande året ska en reviderad version av riktlinje för rapporteringsskyldighet och hantering av inträffade händelser samt tillhörande manual, implementeras i verksamheten. Målet är att detta ska leda till större följsamhet samt liknande bedömningar i samtliga verksamheter.

Antalet avvikelser gällande dokumentation har ökat betydligt under 2021. Det finns ingen enkel förklaring till denna ökning. Under 2022 kommer den systematiska

kvalitetsuppföljningen fokusera på dokumentation och därmed kommer området att bli genomlyst och analyserat.

Flera av de planerade insatser i handlingsplanerna har nyligen startats eller ännu inte påbörjats. Förändringsarbetet kommer att ge förbättringar på sikt men i den statistik som presenteras i patientsäkerhetsberättelsen för 2021 är det för tidigt att se önskad effekt.

### **Övergripande strategi 2022:**

- Minska antalet läkemedelsavvikelser under 2022 genom analys av inkomna avvikelser.
- Minska antal fallincidenter. Alla patienter ska ha en dokumenterad riskbedömning med tillhörande vårdplan med åtgärder som ska vara väl kända av all berörd personal. Fallavvikelser ska utredas enligt ledningssystem för kvalitet.
- Revidering och implementering av riktlinje för rapporteringsskyldighet och hantering av inträffade händelser samt tillhörande manual.
- Öka kunskapen om avvikelshantering, både att registrera och analysera händelserna, exempelvis genom att tillsätta ett kvalitetsteam inom Ombudsstrukturen.
- Arbete med upphandling av nytt avvikelssystem pågår.
- Dokumentationsgranskning ska genomföras under 2022.

### **Ekonomisk bedömning**

Beslutet innebär ingen ekonomisk påverkan på verksamheten.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av redovisningen och strategin för 2022

Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att fortsatt följa utvecklingen och redovisa till nämnden i samband med delårsrapporten.

### **Beslutet ska skickas till**

Förvaltningen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Annika Fallqvist  
MAS

Ingela Oscarsson  
MAS



Datum: 2022-03-24  
Handläggare: Annika Fallqvist  
Direktr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.048 VON

Vård- och omsorgsnämnden

# Patientsäkerhetsberättelse 2021

**Agera**  
för säker vård



**Datum** 2022-03-23  
**Ansvarig för innehållet** Vård och omsorgsnämnden  
**Dokumentansvarig** Medicinskt ansvariga sjuksköterska  
**Diarienummer**

## 1. Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen vårdgivaren sak varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 hur kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



**Källa:** Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

<b>1.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>1</b>
<b>1.</b>	<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>2</b>
1.1.	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	2
1.2.	En god säkerhetskultur .....	6
1.3.	Adekvat kunskap och kompetens .....	6
1.4.	Patienten som medskapare .....	7
<b>2.</b>	<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR .....</b>	<b>11</b>
3.1.	Avvikelse- och incidentrapportering .....	11
3.2.	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda .....	12
3.3.	Minimering av effekter av negativa händelser .....	13
<b>4.</b>	<b>TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER .....</b>	<b>13</b>
4.1.	Tillförlitliga och säkra system och processer – i vård och behandling .....	13
4.2.	Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården .....	14
4.3.	Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador .....	14
4.4.	Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete .....	15
4.5.	Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik .....	15
4.6.	Ändamålsenliga miljöer .....	16
<b>5.</b>	<b>SÄKER VÅRD HÄR OCH NU .....</b>	<b>16</b>
5.1.	Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid .....	16
5.2.	Situationsanpassning .....	16
5.3.	Dagligt patientsäkerhetsarbete .....	17
5.4.	Säker arbetsmiljö .....	17
5.5.	Säker bemanning .....	17
5.6.	Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare .....	18
<b>6.</b>	<b>STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING .....</b>	<b>18</b>
6.2.	Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor .....	19
6.3.	Analys som möjliggör lärande .....	19
6.4.	Spridning av kunskap och lärdomar .....	19
<b>7.</b>	<b>ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP .....</b>	<b>20</b>
7.1.	Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv .....	20
7.2.	Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap .....	21
<b>8.</b>	<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>22</b>
<b>9.</b>	<b>Bilaga 1. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån egenkontroll - kritiska verksamhetsfaktorer .....</b>	<b>24</b>
9.1.	Registreringar i Senior alert .....	24
9.2.	Antal personer samt registreringar i BPSD .....	25
9.3.	Smärtskattningar under sista levnadsveckan .....	25
9.4.	Genomförda brytpunktssamtal .....	26
9.5.	Avvikelser i Magna cura - Avslutade utredningar .....	27
9.6.	Avvikelser i Magna cura - Andel avvikelser som har klassificerats .....	28
9.7.	Fallförebyggande arbete .....	28
9.8.	Läkemedelsavvikelser .....	29
9.9.	Antal bekräftat smittade med covid-19 .....	30
9.10.	Följsamhet till basala hygienrutiner .....	31

<b>10. Bilaga 2. Sammanställning av data för egenkontroll .....</b>	<b>33</b>
10.1. Antal utflyttade från SÄBO .....	33
10.2. Redovisning av avvikelser i samverkan .....	33
10.3. Redovisning av avvikelser .....	34
10.4. Antal nyinskrivna i hemsjukvården.....	35
10.5. Resultat från Socialstyrelsens Öppna jämförelser.....	35
<b>11. Bilaga 3. Utredningar av allvarliga händelser 2021 .....</b>	<b>37</b>
11.1. Covid-tejp på äldreboende.....	37
11.2. Personal utan munskydd (1).....	37
11.3. Personal utan munskydd (2).....	37
11.4. Brukare avliden konstaterad med covid-19 .....	37
11.5. Händelse med tiltbar hygienstol.....	37
11.6. Utredning synpunkt/klagomål från anhörig till patient på äldreboende .....	38
11.7. Utredning synpunkt/klagomål via Patientnämnden, från anhörig till patient med hemsjukvård.....	38
<b>12. Utredningar av allvarliga händelser Lex Maria 2021 .....</b>	<b>39</b>
12.1. Felaktigt givet läkemedel .....	39
12.2. Stor smittspridning av covid-19 på två äldreboenden.....	39
12.3. Patient med höftfraktur efter fallincident.....	39
12.4. Patient med hjärnblödningar efter fallolyckor .....	39
12.5. Fallincident i samband med lyftvåg.....	40

## 2. SAMMANFATTNING

Mål inom patientsäkerhet är kopplade till att Alingsås kommun ska kunna erbjuda säker vård och omsorg. Grunden för detta är att aktivt och systematiskt arbeta proaktivt med riskbedömningar för att förhindra vårdskador. Det är också av största vikt att bedömningar, vård och omsorg utförs på ett optimalt sätt av trygga medarbetare, utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Under 2021 har patientsäkerhetsarbetet till stor del varit inriktat på att hantera den fortsatt pågående pandemin. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten samt försöka förhindra att patienter och vårdpersonal insjuknar i Covid-19. I början av året drabbades ett boende av stor smittspridning. Åtgärder sattes in med fokus på att förhindra fortsatt smittspridning, vilket gav resultat. Kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet fick till viss del stå tillbaka, exempelvis teamsamverkan och riskbedömningar, då verksamheterna fick fokusera på att klara bemanningen. Fler arbetsuppgifter har tillkommit under året för sjuksköterskorna som exempelvis vaccinering och provtagningar i smittspårning och screening för covid-19. En samverkansyta har skapats med samtliga vårdcentralers verksamhetschefer som varit framgångsrik och underlättat samverkan och snabba beslut.

Det har varit ett antal utredningar av allvarliga händelser och anmälningar till IVO enligt Lex Maria. Analyserna av händelserna samt åtgärdsförslag har gjort att verksamheterna aktivt arbetar med teamsamverkan och riskbedömningar, kompetensutveckling samt förbättrad process runt avvikelssystemet. Avvikelse gällande fall och läkemedel har fortsatt öka under 2021. När det gäller läkemedel är en förklaring att det fortfarande inte fungerar fullt ut med följsamhet till arbetet med digital signering. Handlingsplaner är framtagna för att förbättra detta arbete.

Under 2021 påbörjades arbetet med att upphandla ett nytt verksamhetssystem samt ny avvikelsemodul. Även arbete med processkartläggning i ett digitalt processverktyg är uppstartat och kommer leda till ökade förutsättningar för hög kvalitet och säker vård. Även en nulägesanalys över kommunens patientsäkerhet är påbörjad under 2021 tillsammans med avdelningschefer. Syftet att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhet med prioriterade insatser utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård.

Det har även gjorts en översyn av demensprocessen där ett tvärprofessionellt demensteam kommer ta fram aktiviteter och utbildningsinsatser för att höja kvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Bland annat kommer fler medarbetare utbildas i BPSD-systemet samt i svenskt demenscentrums framtagna spetsutbildningskoncept Stjärnmärkt.

Omställningen till Nära vård kommer också innebära ett större fokus på den kommunala hälso- och sjukvården. Personcentrerat förhållningssätt, delaktighet, samverkan och kompetensutveckling är några utmaningar som kommunen behöver arbeta med framåt.

# 1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Vård- och omsorgsförvaltningen påbörjade under 2021 arbetet med att ta fram en lokal handlingsplan utifrån Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, "Agera för säker vård". Kommunen måste kunna möta förändringar i den kommunala vården och omsorgen och som stödjer omställningen till nära vård och då behöver patientsäkerhetsarbetet utvecklas och stärkas. För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## 1.1. Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



### 1.1.1. Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har Vård- och omsorgsnämnden formulerat kvalitetskrav för hemtjänst, särskilt boende samt hemsjukvård. Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas. Under 2021 reviderades kvalitetskraven och detta arbete kommer fortsätta under 2022, då även kvalitetskrav för LSS kommer tas fram. Kvalitetskraven innefattar:

- **Säker vård och omsorg** – god och säker vård och omsorg, medicintekniska produkter, egenvård, vård i livets slut, delegering, förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt, vårdhygien, munhälsa/upsökande tandvård samt personliga hjälpmedel.
- **Självbestämmande och integritet** – värdegrund.
- **Helhetssyn och samordning** – samverkan intern och extern, personkontinuitet, patientansvar, anhörigstöd.
- **Trygghet och säkerhet** – Lagstiftning, riktlinjer och rutiner, identifikation, sekretess, rutin kontanta medel och nyckelhantering, enskildes rätt till rörelsefrihet, synpunkter och klagomål, avvikelshantering, Lex Sarah, lex Maria, Lex Maja, rutin för larmhantering, verksamhetssystem, social dokumentation, dokumentation av hälso- och sjukvård, förvaring och återlämnande av dokumentation samt utlämnande av handlingar.
- **Kunskapsbaserad verksamhet** – kompetenskrav, kompetensutveckling samt ansvar för elever och studerande.
- **Tillgänglighet** – insats i rätt tid samt möjlighet att få kontakt
- **Effektivitet** – användning av resurser

### 1.1.2. Organisation och ansvar

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

Vård- och omsorgsnämnden (VON) i Alingsås kommun bedriver hälso- och sjukvård inom verksamheterna äldreomsorg (ÄO), hälso- och sjukvård (HSV) samt funktionsstöd (FS).

Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

### Vård- och omsorgsnämndens ansvar som vårdgivare (enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL)

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), efterföljs av alla utförare i kommunen. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

### Förvaltningschefs ansvar

Förvaltningschef ansvarar för att kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser.

### Verksamhetschef enligt HSL ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att säkerställa att kvalitetsarbetet bedrivs i enlighet med förvaltningens ledningssystem och gällande lagstiftning samt vidta åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS:s), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR:s) ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast fullgöra de åtaganden som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAS ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAR ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig rehabilitering. MAS och MAR upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården. Avvikelse rapporteras till vårdgivare. MAS/MAR är ansvarig för bedömning av om en HSL-avvikelse är en så pass allvarig händelse att den medfört allvarig vårdskada eller kunnat medföra allvarig vårdskada (lex Maria) och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### Avdelningschefs ansvar

Bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål. Avdelningschef ska också initiera och utföra riskanalyser inom sitt område, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till MAS/MAR.

### Enhetschefens ansvar

Enhetschef ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som ställs på att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård, utifrån hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). I enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att



göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt riktlinjen för avvikelshantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen.

#### Utvecklingsledares ansvar

Utvecklingsledare ska stödja och samverka med MAS/MAR i patientsäkerhetsarbete. Ansvarar också för att vara stödfunktion för Hälso- och sjukvårdsavdelningen för att arbeta med processer kopplade till patientsäkerhet och förbättringsarbeten.

#### Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

I patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra med en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskador eller händelser som kunnat medföra eller har medfört skada. Leg personal ansvarar också för att delegera arbetsuppgift till annan om det är förenligt med god och säker vård.

#### Medarbetares ansvar

All personal har ett ansvar för att bidra till att hög patientsäkerhet hålls genom att känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens mål och gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner.

### **1.1.3. Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet bygger på hur vård- och omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i ett flertal samverkansdokument och överenskommelser.

#### SAMLA, delregional samverkan Lerum och Alingsås

För att minska antalet risker för patienten vid övergången mellan olika vårdgivare samverkar kommunen i SAMLA som är en närvårdssamverkan mellan vårdgivare i Alingsås och Lerums kommun. Den kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt som syftar till att stärka individens hälsa och 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 och som utgår från den enskildes behov och erfarenhet. I utvecklingsgrupp Äldre har en demensprocess påbörjats för att skapa trygghet för den enskilde och dess anhöriga. En delregional tillämpningsanvisning är framtagen och en samverkansrutin är framtagen för Proaktiv SIP vid demens och implementeringsarbete pågår. Utvecklingsgrupp Samverkan vid in- och utskrivning har det tagit fram samt implementerat en ny delregional rutin för att förbättra struktur, tillvägagångssätt samt arbetssätt med fokus på den enskildes behov. Utvecklingsgruppen för Psykisk hälsa, missbruk och beroende har beslutat om en delregional handlingsplan för Suicidprevention av äldre, där arbete påbörjats med att utbilda instruktörer.

#### Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Denna lag från 2018 syftar till att patientens övergång från slutenvård till öppenvård ska vara trygg och säker med den enskildes behov, inflytande och självbestämmande som

utgångspunkt. Utifrån den enskildes perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande. Västra Götalandsregionen och VästKom har gemensamt tagit fram och beslutat om tre övergripande dokument: *Överenskommelse* om samverkan vid in- utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt *Riktlinje* och *Rutin* för in- och utskrivning samt IT-tjänsten SAMSA. I Alingsås kommun finns ett vårdplaneringsteam bestående av legitimerad personal och biståndshandläggare som ansvarar för in- utskrivningsprocessen.

### Samordnad individuell vårdplanering SIP

SIP är ett samverkansverktyg för att säkerställa att patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Riktlinjen är framtagen för samtliga målgrupper – oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov. En samordnad individuell plan ska alltid upprättas tillsammans med den enskilde som har behov av insatserna. Planen ska tydliggöra vem som ansvarar för vad och när.

### VISAM Beslutsstöd

När en patient, som har kommunal hälso- och sjukvård, blir hastigt sjuk gör ansvarig sjuksköterska en bedömning om läkare ska kontaktas eller ej samt tillkallar ambulans vid behov. För att öka patientsäkerheten och kvalitetssäkra informationsöverföringen har SAMLA beslutat att ett evidensbaserat beslutsstöd till sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård ska användas för denna uppgift. Beslutsstödet innebär att när hälsotillståndet försämras och sjuksköterskan står inför en bedömning där inte tillräcklig planering finns kontrolleras i första hand vitalparametrar som till exempel puls, blodtryck, temp och syresättning enligt mall. Därefter följer en bedömning av symtomen för att utesluta eller bekräfta behov av läkarbedömning. Beslutsstödet, som är utformat som en checklista, ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst sker.

Alingsås kommun har fått in avvikelser på att beslutsstödet saknats när ambulans tillkallas. Användningen behöver öka för att kunna avgöra rätt vårdnivå för patienten.

### Läkarmedverkan

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtal reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Avtal finns mellan Alingsås kommun och de i närområdessamverkan tillhörande vårdcentralerna. I Närområdesplanen (NOP) 2021 gjordes förtydliganden gällande ansvarsfördelning mellan kommunen och vårdcentralerna. MAS har under pandemin haft korta veckovisa avstämningar med alla verksamhetschefer för vårdcentralerna och har haft en god samverkan när det gäller t ex. vaccinationer och smittspårningar.

### Vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus, SÅS

Vårdhygiens roll är att som sakkunniga samarbeta och stödja kommunens verksamheter i det egna arbetet för att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. I rollen ingår bland annat stöd genom utbildning av hygienombud och sjuksköterskor med särskilt hygienansvar. Vårdhygien SÅS har rutiner på sin hemsida som gäller för kommunal vård och omsorg. Under 2021 har ett antal dialogmöten hållits till enhetschefer gällande covid-relaterade frågor.

#### **1.1.4. Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Det har gjorts en organisationsförändring på förvaltningens IT-enhet. En enhetschef för IT-enheten har anställts. Rutiner kommer ses över gällande informationssäkerhet och kunskap inom området kommer förmedlas ut i verksamheten.

## 1.2. En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Avdelning Hemtjänst arbetar med kontaktmannaskap för ett personcentrerat förhållningssätt samt att ha en kontinuerlig kontakt med sjuksköterska och rehabiliterings personal. Förbättringsåtgärd inför nästa år är att samarbeta med HSV i Senior Alert. Alla avdelningar lyfter att arbetet med Teamsamverkan har återupptagits efter pandemin. Detta ska ske mellan kontaktperson och patientansvarig sjuksköterska. Rutin för detta behöver upprättas mellan avdelningarna. Vid avvikelser och klagomål tar ansvarig chef upp detta med sina medarbetare, där man främst identifierar var i processen det brustit och inte enskild medarbetare.



Avdelningarna lyfter att det för att öka lärandet vore önskvärt med en form av kunskapsbank där case kan läggas in som diskussionsunderlag, utifrån inträffade händelser i verksamheterna. Det är genom dialog och samverkan som arbetet sker med att skapa en god patientsäkerhetskultur och för att på daglig basis arbeta med patientsäkerhet behöver detta vara en stående punkt på agendan vid verksamhetsmöten. Privata vårdgivare beskriver att de redan i introduktionen av nya medarbetare informera om hur verksamheten arbetar aktivt med patientsäkerhet, vilket skapar förutsättningar för en god säkerhetskultur. Generellt beskriver alla verksamheter vikten av samverkan och dialog för att skapa en plattform där medarbetare på alla nivåer kan lyfta delar som påverkar patientsäkerheten. Det behövs också utbildning och reflektionstid för att skapa förutsättningar för en optimal säkerhetskultur.

## 1.3. Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

För att få en bild av verksamhetens bemanning och kompetens bör kompetenskartläggningar regelbundet utföras för att identifiera och säkerställa att personal har den kompetens som är nödvändig. Andel vårdpersonal med undersköterskekompetens uppgår till 85%. Kompetenskartläggningen måste följas upp kontinuerligt, genom medarbetaröverenskommelsen (MÖK) i dialog mellan medarbetare och chef för att säkerställa vilken ny kunskap som bör tillföras. Vid nyanställningar är det nödvändigt med en god introduktion och att den som rekryterar säkerställer kunskap och förståelse av det svenska språket. Inom LSS-verksamheten finns det metodutvecklare som utbildar medarbetare i pedagogiskt förhållningssätt och kvalitetssäkrar att social dokumentation utförs i verksamheten. Ett privat hemtjänstföretag beskriver att de genom en aktiv övergripande utbildningsplan och kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare skapar förutsättningar för en kompetent arbetsstyrka som kan omsätta kunskaper i praktiken. De lyfter också vikten av att schemalägga utifrån delegering och kompetens samt arbeta med kontinuiteten för att upprätthålla god kvalitet och säkerhet för den enskilde. Medarbetarna behöver också kontinuerligt kompetensutveckling i områden som fallprevention, läkemedelshantering, nattfasta, undernäring, trycksår, munvård och vårdrelaterade infektioner. Ett sätt att arbeta med detta är att använda sig av ombudsstrukturen. Flera verksamheter har också haft möjlighet att utbilda medarbetare till undersköterskor genom Äldreomsorgslyftet, vilket också kommer göras under 2022.



Avdelningen hemtjänst poängterar att kravet på undersköterska kommer att bli tydligare då ny lag om fast omsorgskontakt träder i kraft under 2022. Genom vård- och omsorgscollege utbildas också språkbud i arbetslagen för att kunna vara ett stöd för medarbetare som inte har svenska som förstaspråk.

## 1.4. Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Alla verksamheter, både egen regin och privata, beskriver att de arbetar med genomförandeplaner, handlingsplaner, bemötandestrategier samt omvårdnadsplaner och där är patienten/brukarens delaktighet en naturlig del av vården och omsorgen. Vården och omsorgen blir på så sätt säkrare om den enskilde och deras anhöriga är välinformerade, deltar aktivt i sin vård och kan påverka den utefter sina önskemål och förutsättningar. Ett privat hemtjänstföretag beskriver att de arbetar personcentrerat genom att i dialog aktivt låta den enskilde delta i planeringen av sin vård och omsorg och visa intresse för hela människan och vilka resurser som kan stärkas. Alla verksamheter arbetar efter rutiner för synpunktshantering där några också lyfter att de ser synpunkter och klagomål som en del i sitt förbättringsarbete. LSS-verksamheten har samverkan på avdelningschefsnivå med brukarföreningen FUB (Föreningen för utvecklingsstörda barn och ungdomar). Hälso- och sjukvårdsavdelningen arbetar med Samordnad individuell planering (SIP) när det finns behov av det samt bjudit in Kommunala Pensionärsrådet (KPR) att delta i vissa projekt.

I SAMLA Utvecklingsgrupp Äldre togs ett beslut 2021 att på alla möten bjuda in en brukarrepresentant som tar upp svårigheter och utvecklingsområden utifrån ett brukar- och anhörigperspektiv. Detta har varit väldigt värdefullt för utvecklingsgruppens medlemmar och har givit en ytterligare dimension för det fortsatta delregionala utvecklingsarbetet.

## 2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS, Medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR och Socialt ansvarig samordnare SAS ansvarar för att följa upp kvaliteten utifrån de av nämnden fastställda "Kvalitet i vård och äldreomsorg i Alingsås kommun". Förvaltningen har fastställt rutiner för hur detta genomförs.

Det genomförs även systematisk granskning utifrån framtagna kritiska verksamhetsfaktorer samt genom uppföljning och analys av kvalitetsregister samt brukarundersökningar

Följande egenkontroller genomförs regelbundet i verksamheten:

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
<b>Vårdrelaterade infektioner</b>	1-2 gånger per år	PPM-databasen
<b>Journalgranskning</b>	1 gång per år	Enligt mall
<b>Basala hygienrutiner och klädregler</b>	1 gång per år	PPM-databasen
<b>Vårdrelaterade infektioner, antibiotikabehandling, inkontinens</b>	1 gång per år	PPM-databasen
<b>Avvikelser</b>	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
<b>KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder)</b>	3 gånger per år	Statistik från register till Socialstyrelsen
<b>Trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt blåsdysfunktion</b>	2 gånger per år*	Senior Alert
<b>Palliativ registret</b>	2 gånger per år*	Palliativ registret
<b>BPSD</b>	2 gånger per år*	BPSD
<b>Klagomål och synpunkter</b>	2 gånger per år	Patientnämnden, ärendehanteringssystem
<b>Uppföljning av kvalitetskrav</b>	1 gång per år	Kvalitetskrav
<b>Uppföljning av externa utförare</b>	1 gång per år	Avtal samt förfrågningsunderlag
<b>Brukarundersökning</b>	1 gång per år	Socialstyrelsen
<b>Inlämning av uppgifter till KOLADA</b>	1 gång per år	Kolada förvaltas och utvecklas av RKA
<b>Inlämning av uppgifter i KKiK</b>	1 gång per år	Sveriges kommuner och regioner
<b>Läkemedelsgenomgång</b>	1 gång per år	Egen mätning
<b>Olämpliga läkemedel</b>	1 gång per år	Öppna jämförelser
<b>Loggningsrutin för verksamhetssystem</b>	1 gång per månad	IT-enhet
<b>Loggningsrutin för NPÖ</b>	1 gång per månad	IT-enhet

Tabell 1. Beskrivning av egenkontroll som genomförs.

Utifrån de resultat som framkommit vid tidigare granskningar av egenkontrollen har följande områden valts ut och prioriterats som förbättringsområden under året, för att säkra en god vård och omsorg.

Detaljerad redovisning av data från olika register presenteras i bilaga 1 och 2.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
<b>Trycksår</b>	Förekomsten av trycksår ska minska varje år	År 2021 hade drygt 5% av brukarna trycksår vilket är över genomsnittet för riket.	Verksamheterna behöver arbeta strukturerat för att nå målet.	Extra satsning på förebyggande arbete gällande trycksår.	Ny mätning under 2022. Extra satsning på de enheter som inte redovisat resultat.	Samtliga vårdenheter PPM 2022 (1g/år).	PPM- trycksår Sveriges Kommuner och Regioner
<b>Fallavvikelser</b>	Förekomsten av fall ska minska varje år.	Antalet registrerade fall har minskat med ca 7% under 2021.	Verksamheterna behöver arbeta strukturerat för att nå målet.	Riskbedömningar och förebyggande åtgärder planeras vid teamsamverkan.	Sammanställning av avvikelser.	Sammanställning presenteras 2g/år.	Avvikelsehanteringsssystem.
<b>Läkemedelsavvikelser</b>	Antalet läkemedelsavvikelser ska minska varje år.	Antalet läkemedelsavvikelser ökade till 3867 styck.	Det finns betydliga problem med systemet för digital signering.	Stöd och handledning till de enheter som har högt antal avvikelser.	Sammanställning av avvikelser.	Sammanställning presenteras 2g/år.	Avvikelsehanteringsssystem.
<b>Andel avslutade utredningar (avvikelser)</b>	Alla avvikelser ska avslutas inom 2 månader.	År 2021 avslutades 53% av avvikelserna.	Förbättringsarbetet har inte gett önskad effekt.	Stöd till chefer och legitimerad personal.	Sammanställning av avvikelser.	Sammanställning presenteras 2g/år.	Avvikelsehanteringsssystem.
<b>Andel klassificerade avvikelser</b>	Alla avvikelser ska klassificeras.	År 2021 klassificerades 43% av avvikelserna.	Förbättringsarbetet har inte gett önskad effekt.	Stöd till chefer och legitimerad personal.	Sammanställning av avvikelser.	Sammanställning presenteras 2g/år.	Avvikelsehanteringsssystem.
<b>Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler</b>	Resultat av mätning understiger inte 82%	Mätning inställd på nationell nivå.	Ingen analys möjlig.	Ingen åtgärd.	Ny mätning under 2022.	PPM mätning 1g/år.	SKR
<b>Riskbedömning i Senior alert</b>	Alla äldre med hemsjukvård ska bedömas minst 1g/år.	262 personer har fått en riskbedömning	Något mindre än tidigare.	Fortsatt förbättringsarbete inom området.	Ny mätning under 2022.	Sammanställning presenteras 2g/år	Senior alert

<b>Munhälsobedömningar</b>	Antalet munhälsobedömningar ska öka.	29 personer har fått en riskbedömning (146 bedömningar)	Bättre resultat än tidigare.	Fortsatt förbättringsarbete inom området.	Ny mätning under 2022.	Sammanställning presenteras 2g/år	Senior alert
<b>Smärtskattningar sista levnadsveckan</b>	Målvärde 90%	Resultat 41%	Förbättringsarbetet har inte gett önskad effekt.	Stöd till legitimerad personal och chefer.	Ny mätning under 2022.	Sammanställning presenteras 2g/år	Palliativregistret
<b>Brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård för patienter i livets slutskede</b>	Målvärde 90%	Resultat 78%	Förbättringsarbetet har inte gett önskad effekt.	Stöd till legitimerad personal och chefer.	Ny mätning under 2022.	Sammanställning presenteras 2g/år	Palliativregistret
<b>Genomförd munhälsobedömning sista levnadsveckan</b>	Målvärde 90%	Resultat 53%	Förbättringsarbetet har inte gett önskad effekt.	Stöd till legitimerad personal och chefer.	Ny mätning under 2022.	Sammanställning presenteras 2g/år	Palliativregistret
<b>Antal registreringar i BPSD</b>	Öka antalet registreringar	52 personer / 74 registreringar	Antalet registreringar ligger lågt.	Stöd till legitimerad personal och chefer.	Ny mätning under 2022.	Sammanställning presenteras 2g/år	BPSD-registret
<b>Förhindra smittspridning av covid-19 bland patient</b>	Minimera antalet smittade patient.	Hög smitta i början av året.	Läget har förbättrats.	Ingen planerad åtgärd.	Ingen planerad uppföljning.	Mätning varje vecka.	Redovisning till Socialstyrelsen

Tabell 2. Beskrivning av egenkontroll som prioriterats som förbättringsområden för att säkra en god vård och omsorg.

Enligt redovisning av Öppna jämförelser från Socialstyrelsen (bilaga 2 tabell 7) bör kommunen kunna erbjuda:

- ett multiprofessionellt demensteam,
- enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem samt
- strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke inom särskilt boende, korttidsboende, bostad med särskild service (SoL), bostad med särskild service (LSS) samt ordinärt boende.

Därutöver bör det finnas;

- styrdokument blåsdysfunktion,
- erbjudande om basal utredning avseende blåsdysfunktion.
- styrande dokument för vård och omsorg vid palliativ vård samt
- övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård.

Dessa områden kommer att förbättras genom att genomföra kompetenssatsningar, arbeta strukturerat med kvalitetsregister samt genom ett aktivt arbete inom demensområdet som är planerat att genomföras under det kommande året.

### 3. ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



#### 3.1. Avvikelseberapportering

Antalet fallavvikelser är fortsatt högt. Verksamheterna har under året kommit igång med teamsamverkan igen och det är fler avvikelser som klassificeras och signeras vilket är positivt. Målet är att alla avvikelser ska hanteras skyndsamt (1-2 veckor) för att man snabbt ska få möjlighet att sätta in åtgärder så att händelsen inte upprepas.

Rent generellt så rapporteras det fler avvikelser i verksamheten nu än tidigare men det finns fortfarande en skillnad i antalet avvikelser som rapporteras i förhållande till antalet patient/vård och omsorgstimmar, vilket skulle kunna förklaras med en tolkning av vad som är en avvikelse. Här finns det ett fortsatt utvecklingsbehov så att alla verksamheter utgår från samma definition och hanterar händelser på samma sätt enligt gällande riktlinje.

De senaste åren har antalet avvikelser ökat. Den största ökningen har skett när det gäller läkemedelsavvikelser. Under de två senaste åren har förvaltningen infört digital signering inom egen regin. Detta system fungerar olika väl på olika enheter. Vissa enheter har haft problem med uppkopplingen under perioder medans andra enheter haft problem med införandet samt att få till bra rutiner som följs av alla i arbetslaget. Detta har lett till ett stort antal avvikelser och i perioder har det varit så många osignerade poster i systemet att man har fått gå in och återställa systemen utan att alla händelser har signerats. Detta är givetvis en patientsäkerhetsrisk och de aktuella enheterna har fått upprätta



handlingsplaner som beskriver hur hanteringen av systemen ska förbättras. Här finns fortfarande en förbättringspotential på flera enheter.

Inom den privata hemtjänsten går det inte att se någon större förändring av antalet händelser/avvikelse över tid. Däremot efterfrågas mer stöd från hälso- och sjukvårdspersonal i utrednings- och åtgärdsfasen.

Antalet avvikelser gällande dokumentation har ökat betydligt under 2021. Det finns ingen enkel förklaring till denna ökning. Under 2022 kommer den systematiska kvalitetsuppföljningen fokusera på dokumentation och därmed kommer området att bli genomlyst och analyserat.

Det pågår ett förbättringsarbete som innebär att den legitimerade personalen kommer att ta ett större ansvar för utredningen samt planerade åtgärder i samband med en händelse/avvikelse för att upprepnings ska undvikas.

Avdelningschefer inom egen region har arbetat fram handlingsplaner för respektive avdelning som innehåller olika åtgärder beroende av vilken form av stöd som verksamheten har behov av. På någon avdelning ska avdelningschefen ge enhetschef stöd i analysarbetet och någon annan avdelning ska hämta stöd från SAS, MAS och MAR. Förbättringsarbete pågår även genom strukturerade teammöten som genom tydligare uppdrag till patientens kontaktperson.

Under det kommande året ska en reviderad version av riktlinje för rapporteringsskyldighet och hantering av inträffade händelser samt tillhörande manual, implementeras i verksamheten. Förhoppningen är att detta ska leda till större följsamhet samt liknande bedömningar i samtliga verksamheter.

### **3.2. Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda**

Under året har det varit fler allvarliga händelser gällande risk för vårdskada eller vårdskada och fler genomförda utredningar gällande brister inom SoL och LSS, i jämförelser med tidigare år. I samband med dessa utredningar har det framkommit ett behov av mer kunskap om hur man utreder händelser/avvikelse samt vilka metoder man kan använda för att identifiera avvikelser. Det finns även behov av ett forum för kunskapsöverföring av händelser som inträffat för att undvika att det händer igen samt för att identifiera kunskapsluckor hos medarbetare.

Avdelningarna jobbar nu på olika sätt med strategier för att återkoppla till berörda, vissa har regelbundna utskick till medarbetare och andra kommunicerar med enheten på APT eller liknande forum. Det finns ingen skillnad i detta mellan privat och egen regi.

I de utredningar av allvarliga händelser som gjorts och redovisats till nämnden under hösten 2021, har ett antal förbättringsområden identifierats av medicinskt ansvariga. Samverkan mellan professioner behöver återupptas efter pandemin, där det varit begränsningar i att kunna ha fysiska möten. Den legitimerade personalen behöver ta ansvar för att handleda och utbilda vård- och omsorgspersonal och behöver genom sin yrkesspecifika kompetens vara den som ansvarar för bedömningar när patientens hälsa förändras. Kontinuitet är en viktig aspekt av vårdkvalitet som bidrar till ökad patienttillfredsställelse och bättre vårdresultat, utebliven kontinuitet är en patientsäkerhetsrisk. I flertalet utredningar har det funnits brister i dokumentation och

informationsöverföring vilket gjort att patientsäkerheten påverkats. I en del händelser har det framkommit att involverade av olika anledningar inte följt gällande rutiner och riktlinjer. Det är svårt att utreda exakt vilken betydelse det haft för utvecklingen av de olika vårdskadorna, men det går inte att utesluta att det bidragit till eller varit risk för allvarliga vårdskador. Som nämnts ovan, pågår ett flertal aktiviteter utifrån särskilda handlingsplaner som är upprättade av avdelningschefer för att minimera risker för vårdskador i verksamheterna.

Se bilaga 3 för redovisning av Utredningar av allvarliga händelser samt anmälningar till IVO enligt Lex Maria.

### **3.3. Minimering av effekter av negativa händelser**

För att kunna minimera effekten av negativa händelser är det viktigt att händelserna utreds så snart som möjligt. Förvaltningen har under året haft som mål att alla rapporterade avvikelser skulle vara avslutade (signerade av leg. personal samt av chef) inom två månader. Målet blev en kritisk verksamhetsfaktor som skulle följas i verksamheten. Det visade sig senare att det inte gick att ta ut någon bra data som kunde analyseras. Men alla chefer fick tillgång till liknande data i samband med delårsrapporten. I bilaga 1 tabell 6 redovisar hur många procent av alla avvikelser som var avslutade en vecka efter årsskiftet. Resultatet visar på en förbättring i jämförelser med resultatet i delårsrapporten men här finns fortfarande en möjlighet att genomföra ett förbättringsarbete vilket också finns redovisat från avdelningschefer.

En viktig del i processen kring avvikelser handlar om klassificering av allvarlighetsgrad samt sannolikhet för upprepning. Detta är en bedömning som ska göras på alla händelser/avvikelser. Även detta moment har brustit i verksamheten tidigare och var därför en kritisk verksamhetsfaktor under 2021.

Det har skett en viss förflyttning i positiv riktning men det återstår en del förbättringsarbete inom detta område för att förhindra att negativa händelser upprepas.

Verksamheter arbetar med olika metoder i utredningsfasen, såsom att ställa sig frågan VARFÖR ett flertal gånger, intervjuer med personal och drabbad patient etc.

Den privata hemtjänsten efterfrågar den legitimerad personalens del när det gäller hanteringen av avvikelser för att kunna minimera effekten av en negativ händelse samt för att förhindra att den upprepas.

## **4. TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### **4.1. Tillförlitliga och säkra system och processer – i vård och behandling**

Särskilda processer kan behöva följas för specifika patient- eller riskgrupper, såsom patienter med demens, stroke, multisjukdom eller patienter som får palliativ vård. Även

säkra vårdprocesser för habilitering och rehabilitering samt hälsofrämjande arbete behöver tillämpas. En viktig del i en säker vård är också att föra en ändamålsenlig dokumentation i patientens journal.

HSV-avdelningen arbetar enligt processer kring demens via BPSD. Palliativ vård dokumenteras enligt specifik VILS-plan och samverkan sker med Palliativa teamet samt patientansvarig läkare på vårdcentralen. Arbetet är påbörjat med att få igång fungerande riskförebyggande arbete med teamsamverkan som grund. Förvaltningen har också påbörjat arbete med ett digitalt processverktyg för kvalitetsledningssystem och en arbetsgrupp är tillsatt för hälso- och sjukvårdsprocessen. Äldreboendeavdelningen håller på att ta fram gemensamma rutiner för korttidsprocessen. Hemtjänstavdelningen har som mål att fortsätta arbeta med säker dokumentation genom att stärka dokumentationsombudens roll och kompetens. Även LSS PA arbetar med dokumentationen som ett förbättringsområde. LSS Boende har haft genomgångar i basala hygienrutiner och skyddskläder. Privat hemtjänst har hygienombud som ansvarar för rutiner och klädregler. Vid suicidrisk samverkar avdelningen med HSV-avdelningen samt Öppenvårdsmottagningen.

## **4.2. Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården**

Det finns processer för in- utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård när det gäller vårdplanering, slutenvård samt öppenvård. Planeringen sker i den gemensamma IT-tjänsten SAMSA. ÅBO har under året påbörjat en genomlysning av korttidsprocessen som kommer slutföras med en övergripande gemensam rutin under 2022. Hemtjänsten har tagit fram en rutin för informationsöverföring mellan dag- och natt för att säkerställa information som är av vikt för den enskildes vård och omsorg. Vid flytt mellan vårdgivare görs vårdplaneringar och vid behov även SIP (samordnad individuell planering). LSS arbetar med att utveckla teamsamverkan och kunna ha säkra digitala sekretessmöten.

## **4.3. Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador**

Det behövs kunskap om, samt rutiner, verktyg och stöd för att minska risker för specifika vårdskador såsom fall, vårdrelaterade infektioner och undernäring. Det är också viktigt att följa upp att preventiva åtgärder som beslutats efter riskbedömningar faktiskt genomförs. HSV-avdelningen har ett prioriterat uppdrag med att arbeta preventivt och med riskbedömningar i Senior Alert. Även riskbedömningar vid förskrivning av hjälpmedel behöver förbättras. Flera avdelningar lyfter vikten av att återuppta arbetet med Teamsamverkan, som i stora delar var vilande under pandemin. Hemtjänsten kommer under 2022 att starta upp arbetet med Senior Alert i samverkan med HSV-avdelningen, där riskbedömningarna görs i den enskildes hem för att göra patienten delaktig i sin vård och omsorg. Flera verksamheter lyfter att förbättringsarbete behöver göras när det gäller avvikelshantering. En privat hemtjänst arbetar med MTO-metoden, där man tittar på om det inträffade beror på mänskliga, organisatoriska eller tekniska orsaker. Därmed kan verksamheten arbeta mer långsiktigt och förebyggande för att förhindra att det sker igen. LSS-verksamheten gjorde en stor utbildningssatsning under året när det gäller basala hygienrutiner för personal inom bland annat gruppboende, serviceboende, Daglig verksamhet samt personlig assistans. Verksamheter arbetar också med att aktivt diskutera följsamhet till basala hygienrutiner på APT samt med uppföljningar.

#### **4.4. Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete**

Utöver rutiner för säkra vårdprocesser behövs anpassade och tillgängliga verktyg och stöd för patientsäkert arbetssätt. Vid informationsöverföring mellan olika vårdgivare samt yrkeskategorier ska rapporteringen ske enligt kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation). Några verksamheter beskriver att de behöver göra en grundligare implementering under 2022, då det funnits brister. Bl.a. LSS-verksamheten har nu lyft in SBAR i avdelningens årshjul, för att säkerställa implementeringen. De arbetar också med pedagogiskt förhållningssätt som anpassas individuellt till varje enskild brukare. Det finns olika former av AKK (alternativ kompletterande kommunikation) som anpassas och utformas efter den enskildes behov. Det är metodutvecklarnas ansvar att säkra kvaliteten inom verksamheten. Genom personalens reflektion och metodutvecklarnas egna bedömningar säkerställs att ett pedagogiskt arbetssätt används. Under pandemin har det varit svårigheter att få brukare att hålla avstånd till varandra. Särskilda bildserier har tagits fram för att enklare kommunicera budskapet och verksamheten har aktivt arbetat med att motivera brukare att leva efter restriktioner. För enskilda brukare har det tagits fram en handlingsplan över hur personal ska agera. Hälso- och sjukvården använder evidensbaserade skattningsinstrument för riskbedömningar och exempelvis vid smärtskattningar eller munhälsobedömningar. Vid hjälpmedelsförskrivning använder sig personalen av beslutsstöd.

#### **4.5. Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik**

IT: Fortsatt implementering av digital signering, som påbörjades under 2020. Implementeringen fullföljd under 2021 för kommunal HSV. Förvaltningschef beslutade i slutet av 2021 att avvakta med implementering för de externa utförarna tills nytt verksamhetssystem är på plats, eftersom det annars skulle innebära stora kostnader, både för de externa och kommunen. Upphandling av nytt verksamhetssystem kommer att ske under 2022, och man kommer att ställa krav på att externa utförare ska kunna använda digital signering. Det har varit en del problem av varierad art under införandet av digital signering under 2021, allt i från tekniska bekymmer och handhavandefel till följsamhet till rutin och uppföljning av enhetschefer. I förvaltningens ledningsgrupp beslutades att alla enheter skulle upprätta handlingsplaner för att komma tillrätta med problemen. Detta har inte införts fullt ut under 2021, och kommer att hanteras från förvaltningsledning fortsatt under 2022. Det befintliga verksamhetssystemet Magna Cura kommer att upphöra 2023 och under 2021 påbörjades arbetet med att planera för ett nytt verksamhetssystem. Konsult har anlåtats för hjälp med förberedelser och upphandling. Hemtjänstavdelningen har fått ett digitalt planeringsverktyg som underlättar uppföljningar för enhetschef. Systemet möjliggör även för legitimerade att med hjälp av enhetschef/samordnare få information vem som utfört planerade HSL-insatser vid behov.

Samarbetsorganisation för hjälpmedel i VGR inkluderar även medicintekniska produkter och HSV-avdelningen följer rutiner för detta. Verksamheterna arbetar med Teamsamverkan och att det ska finnas tydlig skriftlig information från Rehab och sjuksköterskor vad som gäller när hjälpmedel och utrustning finns. Utbildning sker av personal och underhåll av hjälpmedlen sker fortlöpande. MAR återkopplar vid specifika händelser när medicinteknisk utrustning varit involverad i händelsen (tex lyftvåg). Översyn av alla vågar har gjorts 2021 och nya vågar har införskaffats som är mer patientsäkra.

## 4.6. Ändamålsenliga miljöer

Vid nybyggnationer, renoveringar och lokalförändringar ska patientsäkerhetsperspektivet beaktas, exempelvis för att det ska gå att upprätthålla en god vårdhygien i lokalerna. Det gäller för särskilda boenden och dagverksamheter. När det gäller vård i hemmet behöver patientsäkerheten liksom arbetsmiljön vägas mot patientens integritet och självbestämmande och det kan behövas särskilda åtgärder för att anpassa hemmiljön. I samråd med fastighetsägaren, räddningstjänst med mera görs regelbundna översyner av lokaler. Vid om- och nybyggnad bevakas de regler och riktlinjer som finns vad gäller vårdlokaler.

Avdelningen hemtjänst har en framtagen rutin för arbetsmiljöbedömning i brukares hem som också syftar till brukarens säkerhet. Den behöver dock kompletteras med brandsäkerhetschecklista under 2022. Personlig assistans gör bedömningar i den enskildes hem med regelbundenhet och när nya hjälpmedel visar sig behövas. Här måste man väga samman arbetsmiljö, patientsäkerhet och den enskildes önskemål och integritet.

Någon privat utförare arbetar kontinuerligt med att säkra upp patientens hemmiljö och ger relevant information om hur fall kan förebyggas i hemmet. Halkriser utomhus förutses och åtgärdas inför vintern.

## 5. SÄKER VÅRD HÄR OCH NU

Hälsa- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### 1.1.1 Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

### 5.1. Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid

I samband med pandemin har ett antal risk och konsekvensanalyser tagits fram för att beskriva vad som händer om verksamheten t ex. drabbas av leveransproblem av skyddsutrustning, av annan sjukvårdsutrustning eller läkemedel, höga sjukskrivningstal, större utbrott av smitta.

Verksamheterna har under pandemin haft olika strategier för att öka följsamheten till gällande rutiner. Det har varit många snabba förändringar av gällande rutiner under pandemin och verksamheterna ha fått ta fram strategier för att nå ut med all information i verksamheten.

### 5.2. Situationsanpassning

Inom äldreomsorgen i egen regi finns en enhetschef i beredskap som har till uppgift att hantera akuta förändringar som påverkar verksamheten (sjukdom, akuta boendesituationer, oväder etc.). Inom privat verksamhet finns verksamhetschef oftast

operativt i verksamheten och leder och fördelar arbetet utifrån upparbetade rutiner för krissituationer och beredskap samt inför en fluktuerande verksamhet

Inom LSS verksamheten har verksamheten fått genomföra många olika situationsanpassningar då rutiner och rekommendationer har förändrats beroende av smittläget.

### **5.3. Dagligt patientsäkerhetsarbete**

Flera verksamheter beskriver att en närvarande chef har stor betydelse för patientsäkerheten. Någon privat utförare beskriver vikten av att dagligen ha sin uppmärksamhet på risker och avhjälpan av fel och brister, vilket är ett ansvar för verksamhetschef och samordnare.

Några verksamheter lyfter fram betydelsen av fungerande team där samverkan sker med involverade parter, exempelvis sjuksköterska eller arbetsterapeut, som en viktig del för att kunna uppnå en hög patientsäkerhet.

Några enheter anger att de har patientsäkerheten som stående punkt på agendan då arbetsgrupperna har verksamhetsmöten och att lärdomar från avvikelser skickas ut i verksamheten samt att goda exempel på arbetssätt sprids för att höja kvalitén.

### **5.4. Säker arbetsmiljö**

Under pandemin har det varit ett stort fokus på att säkra arbetsmiljön för att skydda personalen för smitta. Verksamheterna har fått lägga mycket tid på utbildning och stöd för att säkerställa att all personal har tillräcklig kunskap om basala hygienrutiner samt rutiner för användning av skyddsutrustning vid bekräftad eller konstaterad smitta. Utöver detta har man på vissa enheter kontrollerat ventilationen och köpt in luftrenare. Personal som arbetar vårdnära inom egen regin har haft tillgång till antigenest för covid-19.

Verksamheter, såväl privat som egen regin, beskriver att de arbetar strukturerat med arbetsmiljön samt att riskbedömningar genomförs när nya ärenden tillkommer.

Under pandemin har det förekommit att personalen inte har kunnat följa rutin gällande skyddsutrustning hos vissa patienter som haft svårt att acceptera denna utrustning (ex. kognitiv svikt, autism). I dessa fall har enhetschef upprättat en handlingsplan för den enskilde samt göra en risk och konsekvensanalys ur ett arbetsmiljöperspektiv.

### **5.5. Säker bemanning**

Verksamheter inom såväl privat som egen regin har en plan för hur rätt grundbemanning ska säkras vid perioder med brist på personal (exempelvis under semestrar). I planen framgår hur många vikarier det krävs med rätt kompetens för att upprätthålla en god och säker vård och omsorg. Det behöver också finnas en plan för prioritering i verksamheten. Det tillämpas förhöjd grundbemanning i vissa verksamheter för att säkra upp behovet av personalresurser.

Några verksamheter beskriver att de har rutiner för hur personalen ska flyttas om på ett säkert sätt så att patientsäkerheten kan upprätthållas trots personalbrist.

Flera verksamheter inom den egen regi ser detta som ett förbättringsområde.

Någon privat verksamhet begär ut uppgifter från belastningsregistret på personal som ska anställas samt ställer krav på vaccinering mot covid-19.

## 5.6. Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare

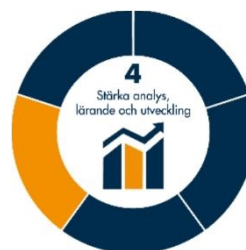
Enligt antagen plan för systematisk kvalitetsgranskning genomfördes via enkäter en granskning av området "Säker vård och omsorg". Det innebär bland annat att vårdskador/missförhållanden förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vård i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt. Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

Granskning genomfördes med en enkät som gick ut till 10-15% procent av all personal som jobbar inom vård och omsorg inom såväl egen regi som privat regi. Enhetschefen hade i uppdrag att utse personer som skulle besvara enkäten. Det fanns en önskan om att det skulle vara en spridning av såväl yngre som äldre samt nyanställda och personer med lång erfarenhet. Tid skulle avsättas för den enskilde att besvara enkäten.

Resultaten från enkäten har bearbetats och analyserats. Utifrån de områden som bedömdes vara mest eftersatt inom respektive avdelning har respektive chef fått tagit fram handlingsplaner som har redovisats och kommer att följas upp.

## 6. STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



### 6.1.1. Avvikelse

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Det har inkommit ett fåtal avvikelser till verksamheten via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg. Övriga avvikelser som rapporterats inom verksamheten beskrivs mer ingående i bilaga 1 och 2. En sammanställning av aktuella avvikelser i samverkan beskrivs i bilaga 2 diagram 7 0 och 8.

### 6.1.2. Klagomål och synpunkter

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

Det har inkommit ett fåtal klagomål och synpunkter till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg. Övriga klagomål och synpunkter som inkommer till verksamheten har hanterats av respektive chef.

Det digitala systemet för klagomål och synpunkter är inte anpassat för att göra analyser av innehållet varför det inte går att göra någon sammanställning av de klagomål och synpunkter som har inkommit.

Ansvariga chefer anger att det har genomförts förbättringar i verksamheten.

## **6.2. Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor**

Sammanställningar över inkomna avvikelser är den data som används mest i verksamheterna för att öka kvalitén och höja patientsäkerheten. Det krävs dock mycket handpåläggning i systemet för att få fram bra underlag. Verksamheterna önskar mer stöd och handledning för att enklare kunna få ut resultat som kan analyseras. Klagomål och synpunkter anges också som en källa till uppföljning av patientsäkerheten.

Inom hälso- och sjukvården har man börjat registrera mer i olika kvalitetsregister under året (senior alert, palliativregistret och BPSD) för att få fram bättre underlag för patientsäkerheten.

Några av verksamheterna (såväl privat som egen regi) har angett att de använder resultatet från brukarundersökningarna i sitt förbättringsarbete.

Den privata hemtjänsten anger förutom ovanstående källor att de har använt resultatet från den systematiska kvalitetsgranskningen som genomfördes i form av enkäter under året och de har därefter upprättat handlingsplaner. De analyserar antalet aktuella genomförandeplaner och följer upp delegeringar för att få en säker vård och omsorg.

## **6.3. Analyser som möjliggör lärande**

Verksamheterna (såväl privata som egen regi) beskriver att de på olika sätt förmedlar och diskuterar analysen samt tar lärdom från händelser, avvikelser, klagomål och synpunkter till enheterna, oftast i samband med APT, för att möjliggöra ett lärande.

Ett privat hemtjänstföretag och hemsjukvården beskriver att de har handledningsmodeller för att kunna vara en lärande organisation som tar vara på det som har framkommit i analysen.

Under 2021 startade egen regin en ny metod för att arbeta med patientsäkerhet. Avdelningarna har upprättat handlingsplaner inom fem områden för att förbättra verksamheten och tillförsäkra att patienten erhåller en god och säker vård. Det finns ett behov av att utveckla detta arbete framöver och implementera resultat av analyser i verksamheten.

## **6.4. Spridning av kunskap och lärdomar**

Flera enheter beskriver att de genom att arbeta med kvalitetsregister (exempelvis Senior alert) kan sprida kunskap om olika arbetssätt för att minska fall, undernäring och sår. Efter utredningar av allvarliga händelser (lex Sarah/lex Maria) sker återkoppling till verksamheten så att liknande händelser ska undvikas.

När någon har varit på utbildning ska personen dela med sig av den nya kunskapen till sina kollegor i samband med APT (privat hemtjänst).

Inom hemsjukvården finns ett samarbete med Högskolan i Borås som innebär att distriktssköterskor får möjlighet att presentera sina D-uppsatser på lunchseminarium. Utöver det erbjuds olika föreläsningar om till exempel sår, IT-stöd och ny medicinteknisk utrustning.



Det framförs förslag på en databas eller liknande där goda exempel finns. Där man kan sprida kunskap runt förbättringsåtgärder som gjorts. Här kan man även länka föreläsningar, nya rön inom forskningen etc.

## 7. ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Hälso- och sjukvården behöver planera för att kunna anpassa sig till långsiktiga och kortsiktiga förändringar på ett sätt så att patientsäkerheten kan upprätthållas. Det behövs exempelvis en riskmedvetenhet och beredskap:

- I utformningen av organisationsförändringar så att patientperspektivet finns med i planering och i risk- och konsekvensanalyser
- För återkommande variationer som medför risker som att andelen icke ordinarie medarbetare är högre under sommarmånaderna och följer som kommer av det kring delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter
- För förändrade kompetensbehov och förändringar i tillgång på kompetens genom exempelvis analyser av kompetensbehovet, planering för långsiktig kompetensförsörjning och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling.

Kommunen behöver dels stödja det verksamhetsnära patientsäkerhetsarbetet genom att verka för att det finns förutsättningar för att analysera risker och skapa beredskap, dels beakta patientsäkerhet i sin planering och sina prioriteringsbeslut.

Flera verksamheter beskriver hur de arbetar med risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner. Till exempel lyfts arbetet med avvikelse- synpunktshandtering som en del av underlaget för riskbedömningar och beaktar då också organisatoriska faktorer som stress, arbetsbelastning och resultat av medarbetarenkäter. En privat hemtjänstverksamhet säkerställer erforderlig kompetens genom att följa krav på kunskaper och kompetenser som efterfrågas för anställningsbarhet inom vård- och omsorg enligt SOSFS 2014:2. Att arbeta systematiskt med verksamhetsuppföljningar omfattar också att riskbedömningar utförs inför förändringar i verksamheten som påverkar patientsäkerheten. Det viktigaste är att kunna upprätthålla nyckelfunktioner, trots ändrade förutsättningar, störningar och avbrott. Genom att ligga steget före och förutse konsekvenserna av alternativa lösningar kan verksamheten agera effektivt och därmed minska risker. Hälso- och sjukvårdsavdelningen försöker rekrytera sjuksköterskor med specialistkompetens, men det är en utmaning då det är en generell brist på specialistutbildade sjuksköterskor. Rehabavdelningen har gjort en kompetenskartläggning för att se vilken kompetens som finns i verksamheten och vad som saknas.

### 7.1. Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv

Omvärldsbevakning är viktig för att uppmärksamma och planera för risker i omvärlden och för att bedriva ett strategiskt patientsäkerhetsarbete. Det kan bidra till att åtgärder som främjar patientsäkerheten värderas och prioriteras och att ny kunskap som ökar säkerheten i vården identifieras och kan omsättas i vården. Exempel på vad omvärldsbevakning kan handla om inkluderar

- Demografiska förändringar och konjunkturläge
- Förändrad ansvarsfördelning eller förändrade krav som följd av ny lagstiftning
- Förändringar i utbildningssystemet
- Statliga satsningar
- Nya forskningsresultat som förändrar evidensläget
- Nya tekniska möjligheter som kan effektivisera arbetet och öka säkerheten
- Epidemier och influensaläget

Verksamheterna beskriver att pandemin har lyft betydelsen av omvärldsbevakning och att snabbt kunna omsätta nya rekommendationer och direktiv till lokala rutiner. I omvärldsbevakning behöver de stödfunktioner som finns att tillgå involveras, exempelvis HR, bemanningenheten samt Hälso- och sjukvårdsavdelningen för att tillse att viktiga funktioner kan upprätthållas när det gäller att tillgodose att det finns tillräckligt med delegerad personal för att säkerställa hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett tryggt och säkert sätt. Medicinskt ansvariga har nätverk där aktuella frågor inom patientsäkerhetsarbetet lyfts och där det sker kunskapsutbyte.

## **7.2. Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap**

Vården behöver ha beredskap för att riskhantera för situationer som kan uppstå vid personalbrist, tekniska störningar, materialbrist eller andra omständigheter som ökar riskerna och därmed påverkar patientsäkerheten. En ökad beredskap kan uppnås till exempel genom beredskaps- och katastrofövningar och analys av olika scenarier där bibehållande av patientsäkerheten ska vara en central del.

Verksamheter säkerställer att det finns relevanta handlingsplaner för att möta upp kända utmaningar och risker som exempelvis kompetensförsörjning, värmebölja och bemanning inför sommar/jul. För att klara oförutsedda händelser är det nödvändigt med uppdaterade rutiner och riktlinjer samt att det finns kontinuitetsplaner framtagna för lägsta bemanning. Även riktlinjer för vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras vid oförutsedda händelser behöver finnas på plats och vara kända. Avdelning hemtjänst vill ihop med hela förvaltningen utveckla säkerhetsarbetet utifrån olika scenarier som kan uppkomma. Det finns vissa rutiner inom området som behöver revideras.

## 8. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För detaljerad information, se bilaga 1.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds inom vård- och omsorgsförvaltningen i Alingsås kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra verksamheten.

Gemensamt för samtliga verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för detta kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera och åtgärda risker samt händelser som uppkommit. När medarbetare använder framtagna rutiner och när rutiner systematiskt ses över och revideras sker ett ständigt förbättringsarbete som leder till att både patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga.

### Avvikelsehantering

**Mål:** förbättrad kunskap runt avvikelseprocessen och analysarbetet med avvikelser och därmed ökad patientsäkerhet

#### Strategi:

- Minska antalet läkemedelsavvikelser under 2022 (däremot inte rapporteringen om allvarliga läkemedelsavvikelser som inträffar) genom analys av inkomna avvikelser
- Minska antal fallincidenter. Alla patienter ska ha en dokumenterad riskbedömning med tillhörande vårdplan med åtgärder som ska vara väl kända av all berörd personal. Fallavvikelser ska utredas enligt ledningssystem för kvalitet
- Revidering och implementering av riktlinje för rapporteringsskyldighet och hantering av inträffade händelser samt tillhörande manual
- Öka kunskapen om avvikelsehantering, både att registrera och analysera händelserna, exempelvis genom att tillsätta ett kvalitetsteam inom Ombudsstrukturen. Arbete med upphandling av nytt avvikelssystem pågår.

### Vård i livets slut

**Mål:** förbättra kvaliteten vid vård i livets slut

#### Strategi:

- Utifrån analys av resultatet från palliativa registret, prioritera och arbeta med förbättringar
- Ingen av de personer som har en förväntad död skall behöva dö ensam. Vid dödsögonblicket skall det alltid finnas mänsklig närvaro av anhörig eller personal.

## Vård av personer med demenssjukdom

**Mål:** förbättra kvaliteten vid vård av personer med demenssjukdom

### Strategi:

- Starta arbetet med ett tvärprofessionellt demensteam som ska vara ett stöd för personer med demenssjukdom och deras anhöriga samt vara behjälplig för personalen i utmaningar och frågor runt vården och omsorgen
- Arbeta strukturerat med registreringar i BPSD-registret för att öka kvaliteten i vårdåtgärder och uppföljningar
- Påbörja samverkan med vårdcentraler i arbetet med Proaktiv SIP för personer med kognitiv svikt

## Följsamhet till basala hygienrutiner

**Mål:** god och säker hygien

### Strategi:

- Genom kontinuerlig utbildning inom basala hygienrutiner uppnå god följsamhet
- Ytterligare öka kunskap och förståelse på alla nivåer av vikten av att arbeta med basala hygienrutiner

## Proaktivt arbete med patientsäkerhet

**Mål:** arbeta strukturerat för att förebygga vårdskador och för en säker vård

### Strategi:

- Arbeta i tvärprofessionell teamsamverkan med riskbedömningar i Senior Alert och låta det arbetet genomsyra alla verksamheter. Arbeta strukturerat med risker och förebyggande åtgärder gällande trycksår, nutrition, fall och munhälsa
- Involvera patienten, och där det är befogat anhöriga, i det riskförebyggande arbetet och därigenom göra den enskilde delaktig i sin vård och omsorg
- Fortsätta utvecklingen av patientsäkerhet genom arbetet med digital signering för läkemedel samt rehab-insatser för att minska antalet avvikelser och uppnå en god och säker vård
- Påbörja arbetet med processkartläggning av hälso- och sjukvården
- Extra fokus på dokumentationsgranskning under 2022

## 9. Bilaga 1. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån egenkontroll - kritiska verksamhetsfaktorer

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Utifrån definitionen av god kvalitet ska varje förvaltning med fokus på sitt grunduppdrag identifiera och definiera de områden som är särskilt viktiga för en god kvalitet i den egna verksamheten, så kallade kritiska verksamhetsfaktorer. De antagna kritiska verksamhetsfaktorerna för 2021 beskrivs nedan.

### 9.1. Registreringar i Senior alert

**Mål:** Antal registreringar i Senior alert ska öka.

**Bakgrund:** Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention; prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet. Detta kan leda till förbättrad patientsäkerhet och kan som en följd minska uppkomna vårdskador.

**Åtgärd under 2021:** Fler enheter har börjat med teamsamverkan där riskbedömningar ska genomföras och registreras i Senior alert.

**Resultat:** Det har inte blivit någon markant skillnad under året.

### Statistik Senior alert

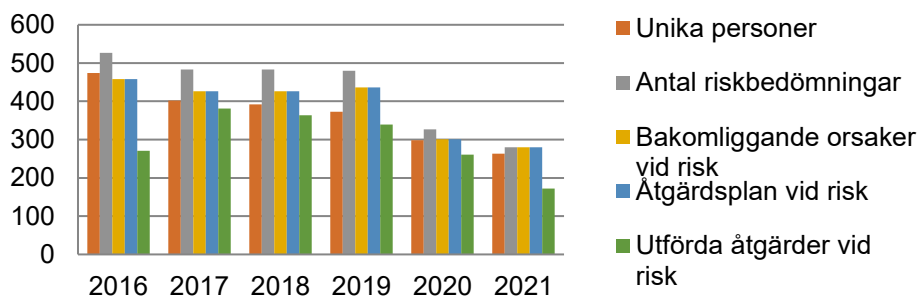


Diagram 1: Redovisning av riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert 2016-2021.

**Analys av resultat:** Pandemin har till viss del påverkat möjligheten att arbeta strukturerat med riskförebyggande arbete. Ansvariga sjuksköterskor har påbörjat ett förbättringsarbete men teamsamverkan fungerar ännu inte fullt ut i alla verksamheter.

**Mål för 2022:** Minst 400 personer ska få en registrerad riskbedömning i Senior alert.

**Planerad åtgärd för 2022:** Alla verksamheter har fått ett uppdrag att förbättra samverkan och det riskförebyggande arbetet. Det finns upprättade handlingsplaner som utgår från respektive verksamhets förutsättningar. Dessa kommer att följas upp under det kommande året.

Riskbedömningar Senior Alert	Unika personer	Bedömningar	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
<b>Alingsås kommun totalt</b>	262 personer	291 bedömn.	96% 278 av 289	82% 227 av 278	82% 228 av 278	57% 97 av 169
<b>Trycksår</b>	32 personer	39 trycksår	34% 98 av 289	96% 94 av 98	95% 93 av 98	62% 48 av 78
<b>Undernäring</b>	95 personer	95 BMI<22	6% 174 av 289	91% 159 av 174	89% 155 av 174	62% 68 av 110
<b>Fall</b>	38 personer	70 fall	88% 253 av 289	92% 233 av 253	91% 231 av 253	68% 108 av 159
<b>Munhälsa</b>	29 personer	29 Grad 2	43% 63 av 146	62% 39 av 63	57% 36 av 63	25% 10 av 40

Tabell 3: Redovisning av riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert uppdelat på områden, resultat från 2021.

## 9.2. Antal personer samt registreringar i BPSD

**Mål:** Antal personer registrerade i BPSD samt antal registreringar i BPSD ska öka.

**Bakgrund:** BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Syftet är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

**Åtgärd under 2021:** Två sjuksköterskor har utsetts som ansvariga för registret och ska fungera som stöd till kollegor.

**Resultat:** Det finns totalt 74 registreringar fördelat på 52 personer registrerade under året.

**Analys av resultat:** Det finns 178 patienter som bor på äldreboende med en demensdiagnos. Det är inte helt säkert att alla har tydliga problem i sin vardag men det borde vara fler patienter som skulle gynnas av en utredning enligt BPSD.

**Mål för 2022:** Antalet registrerade personer i BPSD ska öka med 25%. Antalet registreringar i BPSD ska öka med 25%.

**Planerad åtgärd för 2022:** Fortsatt utveckling av insatser för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

## 9.3. Smärtskattningar under sista levnadsveckan

**Mål:** Andel smärtskattningar under sista levnadsveckan ska öka.

**Bakgrund:** En majoritet av patienter som dör i cancer har smärta och smärtgenombrott under sista levnadsveckan som obehandlad orsakar nedsättning av livskvalitet och skapar oro hos närstående. Det går inte att se på en patient hur ont han/hon har och smärtlindring

baserad på hur personalen "läser av" patientens smärta är en vanlig orsak till otillräcklig smärtlindring. För att upptäcka symtomet och minimera upplevelsen behövs ett systematiskt smärtskattningsarbete med efterföljande dokumentation.

**Åtgärd under 2021:** Omvårdnadspersonal och leg.personal har haft i uppdrag att signalera när en patient övergår i palliativt skede så att den ska få adekvat vård under sista tiden i livet.

**Resultat:** Resultatet visar en liten ökning i jämförelse med tidigare år. Det återstår dock en hel del arbete för att nå det uppsatta målvärdet.

Kvalitetsindikator Palliativregister	Resultat 2019 (%)	Resultat 2020 (%)	Resultat 2021 (%)	Målvärde (%)	Trend
Dokumenterat brytpunktssamtal	84,5	65,8	74,8	98	
Injektion opioid vid smärtgenombrott	97,9	96,1	93,9	98	
Injektion ångestdämpande	97,2	96,1	93,9	98	
Smärtskattats sista levnadsveckan	63,4	38,8	42,9	100	
Munhälsobedömning sista levnadsveckan	66,9	42,8	51,0	90	
Utan trycksår	90,8	88,8	93,9	90	
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	93	84,9	83	90	

Tabell 4: Redovisning av riskbedömningar i Palliativregistret uppdelat på områden, resultat från 2021.

**Analys av resultat:** Det behöver genomföras ett förbättringsarbete kring palliativ vård.

**Mål för 2022:** Smärtskattningar ska genomföras på 90% av de registrerade patienterna.

**Planerad åtgärd för 2022:** Palliativa teamet finns som resurs och kan erbjuda utbildning för aktuell personal.

## 9.4. Genomförda brytpunktssamtal

**Mål:** Andelen brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård för patienter i livets slutskede ska öka.

**Bakgrund:** Brytpunktssamtal hålls när all botande och bromsande behandling avslutas och vården övergår till palliativ vård. Det är läkarens ansvar att genomföra ett brytpunktssamtal men det är sjuksköterskas ansvar att signalera när patientens tillstånd har försämrats. Om läkaren identifierar palliativa vårdbehov och bedömer att det huvudsakliga målet med vården har ändrats från att vara livsförlängande till att vara lindrande, så är det aktuellt att genomföra brytpunktssamtal med patient och närstående. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att besluta hur hon eller han vill ha det under den sista tiden.

**Åtgärd under 2021:** Omvårdnadspersonal och legitimerad personal har i uppdrag att signalera när en patients tillstånd försämras så att läkaren kan fatta beslut om att brytpunktssamtal ska genomföras.

**Resultat:** Andelen brytpunktssamtal har ökat under året och närmar sig nu målvärdet.

Kvalitetsindikator Palliativregistret	Målvärde	Resultat Korttid	SÄBO + Resultat Hemtjänst + Hemsjukvård
Dok. brytpunktssamtal	98	71,6	84,2
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98	95,4	89,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98	94,5	92,1
Smärtskattats sista levnadsveckan	100	45	36,8
Dok. Munhålsobedömning sista levnadsveckan	90	<b>48,6</b>	<b>57,9</b>
Utan trycksår (kategori 2–4)	90	94,5	92,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	81,7	86,8

**Tabell 5:** Redovisning av riskbedömningar i Palliativregistret uppdelat på områden, resultat från 2021.

**Analys av resultat:** Andelen brytpunktssamtal har ökat och det ser ut som en positiv trend,

**Mål för 2022:** Andelen brytpunktssamtal ska öka. Kommer inte att vara en kritisk verksamhetsfaktor under 2022.

**Planerad åtgärd för 2022:** Palliativa teamet finns som resurs och kan erbjuda utbildning för aktuell personal.

## 9.5. Avvikelser i Magna cura - Avslutade utredningar

**Mål:** Andel avslutade utredningar (inom 2 månader) ska öka.

**Bakgrund:** Uppgifter avseende andel avslutade utredningar (inom 2 månader) har inte gått att ta fram. Istället redovisas andel avslutade utredningar under perioden januari-december 2021.

**Åtgärd under 2021:** Verksamheten har arbetat aktivt genom stöd och i vissa fall utbildning för att öka följsamheten till gällande riktlinje för att andelen avslutade utredningar skulle öka.

**Resultat:** Utfall 2021: Av totalt 7920 avvikelser har totalt 4178 utredningar avslutats vilket innebär 53%.

**Analys av resultat:** Flera avdelningar har förbättrat sitt resultat sedan resultatet för första halvåret presenterades. Det pågår ett förbättringsarbete på alla enheter men där har man kommit lite olika långt.

**Mål för 2022:** Andel avslutade utredningar (mättillfälle 30 juni, 31 dec) ska nå upp till 95%.

**Planerad åtgärd för 2022:** Riktlinje "Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser" med tillhörande manual håller på att uppdateras. När detta arbete är klart ska den nya rutinen implementeras i verksamheten. Detta arbete ger förhoppningsvis en tydlighet kring roller och ansvar.



Avvikelse registrerade i Magna cura	Andel avslutade utredningar under jan-dec 2021		Andel klassificerade avvikelser jan-dec 2021	
	Medel	Median	Medel	Median
Hemtjänstavdelningen	52% (48%)	65 %	48% (38%)	49 %
Äldreboendeavdelningen	66% (68%)	64 %	50% (47%)	59 %
Avd. LSS boende och arbete	14% (10%)	28 %	7% (1%)	12 %
Avdelning LSS PA och stöd	17% (2%)	9 %	25% (0%)	26 %

Tabell 6. Andel avslutade utredningar samt andel klassificerade avvikelser jan-dec 2021. Resultat från delårsrapport beskrivs inom parentes.

## 9.6. Avvikelse i Magna cura - Andel avvikelser som har klassificerats

**Mål:** Andel avvikelser som har klassificerats av sjuksköterska och/eller enhetschef ska öka.

**Bakgrund:** En klassificering innebär att man bedömer sannolikheten för att händelsen inträffar igen samt allvarlighetsgrad. Allvarliga händelser ska utredas av MAS eller MAR.

**Åtgärd under 2021:** Verksamheten har arbetat aktivt genom stöd och i vissa fall utbildning för att öka följsamheten till gällande riktlinje för att andelen avslutade utredningar skulle öka.

**Resultat:** Utfall 2021: Av totalt 7920 avvikelser har totalt 3418 utredningar avslutats vilket innebär 43%.

**Analys av resultat:** Flera avdelningar har förbättrat sitt resultat sedan resultatet för första halvåret presenterades. Det pågår ett förbättringsarbete på alla enheter men där har man kommit lite olika långt.

**Mål för 2022:** Andel avslutade utredningar (mättillfälle 30 juni, 31 dec) ska nå upp till 95%.

**Planerad åtgärd för 2022:** Riktlinje "Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser" med tillhörande manual håller på att uppdateras. När detta arbete är klart ska den nya rutinen implementeras i verksamheten. Detta arbete ger förhoppningsvis en tydlighet kring roller och ansvar.

## 9.7. Fallförebyggande arbete

**Mål:** Förekomsten av totalt antal registrerade fallavvikelser ska minska.

Antal allvarliga fallavvikelser klassificering 3–4 ska minska.

**Bakgrund:** Fallolyckor är den olyckstyp i Sverige som orsakar flest akutbesök, inläggningar på sjukhus och flest dödsfall. Fall registreras som en avvikelse i verksamhetssystemet av den som upptäcker ett fall. När ett fall har inträffat ska teamet diskutera orsak och planera insatser för att förhindra ytterligare fall.

**Åtgärd under 2021:** Alla enheter har haft i uppdrag att komma igång med fungerande teamsamverkan och öka antalet riskbedömningar gällande fall.

**Resultat:** Antalet fallavvikelser har minskat inom Avdelning hemtjänst samt Privat hemtjänst och ökat marginellt inom Äldreboende, LSS – PA och stöd samt LSS – boende och arbete. Statistik från Senior alert visar att antal riskbedömningar gällande fall minskar från 327 (2020) till 291 (2021).

Det har rapporterats 24 allvarliga fallavvikelser (klassificering 3–4).

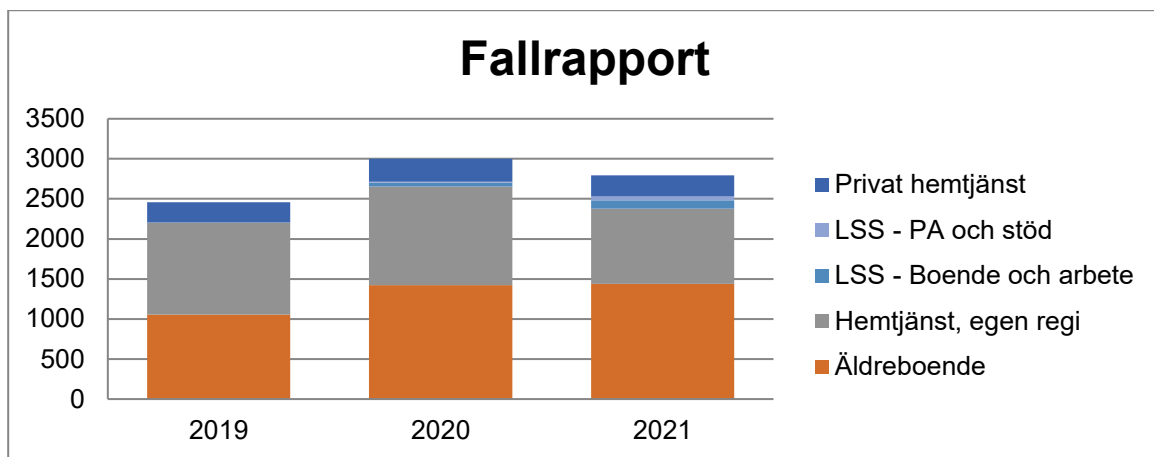


Diagram 2: Redovisning av inkomna avvikelser gällande fallincident 2019-2021.

**Analys av resultat:** Under pandemin har teamsamverkan inte fungerat tillfredsställande vilket kan ha lett till fler fall. Inom LSS är antalet registrerade fall väldigt få och här kan det finnas fall som inte har registrerats.

**Mål för 2022:** Förekomsten av totalt antal registrerade fallavvikelser ska minska med 10% per år. Antalet allvarliga avvikelser gällande fall ska minska med 30% per år

**Planerad åtgärd för 2022:** Socialstyrelsen har tagit fram en nationell utbildning i syfte att förebygga fallolyckor. Utbildningen, *Ett fall för teamet*, är webbaserad och riktar sig till personal som arbetar inom hälso- och sjukvård samt social omsorg. För att lyckas med fallprevention krävs samlad kompetens från olika professioner. Utbildningen vill stimulera till ett ökat samarbete mellan olika kompetenser och mellan vården och omsorgen. Ett mål för förvaltningen är att påbörja möjligheterna för all personal att genomföra webbutbildningen.

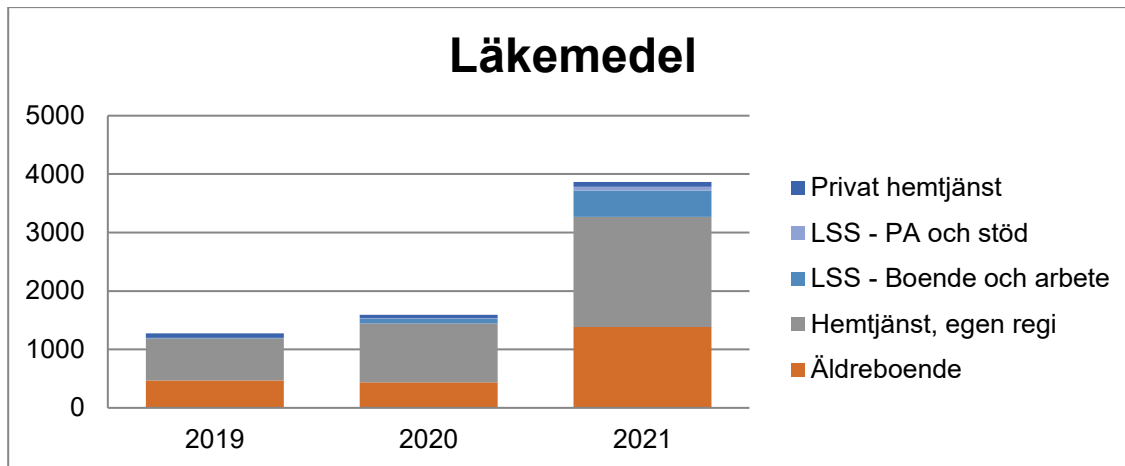
## 9.8. Läkemedelsavvikelser

**Mål:** Antalet läkemedelsavvikelser ska minska. Antal allvarliga läkemedelsavvikelser klassificering 3–4.

**Bakgrund:** Alla enheter ska arbeta med att minska brister i läkemedelshantering genom att arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering och delegering. Uppföljning av läkemedelsavvikelser ska ske kontinuerligt ute i verksamheterna. Avdelningschefer ska efterfråga analyser, resultat och åtgärder från varje enhetschef.

**Åtgärd under 2021:** Införande av digital signering i all verksamhet. Alla enheter har haft i uppdrag att komma igång med fungerande teamsamverkan där läkemedelsavvikelser ska hanteras.

**Resultat:** Totalt 3785. Antal allvarliga läkemedelsavvikelser klassificering 3–4 har varit 12 st under året.



**Diagram 3:** Redovisning av inkomna avvikelser gällande läkemedel 2019-2021.

**Analys av resultat:** Under de två senaste åren har förvaltningen infört digital signering inom den egen regin. Detta system fungerar olika väl på olika enheter. Vissa enheter har haft problem med uppkopplingen under perioder medans andra enheter haft problem med införandet samt att få till bra rutiner som följs av alla i arbetslaget.

**Mål för 2022:** Antalet läkemedelsavvikelser ska inte överstiga 1500 styck.

**Planerad åtgärd för 2022:** Stöd och handledning till de enheter som har högt antal avvikelser.

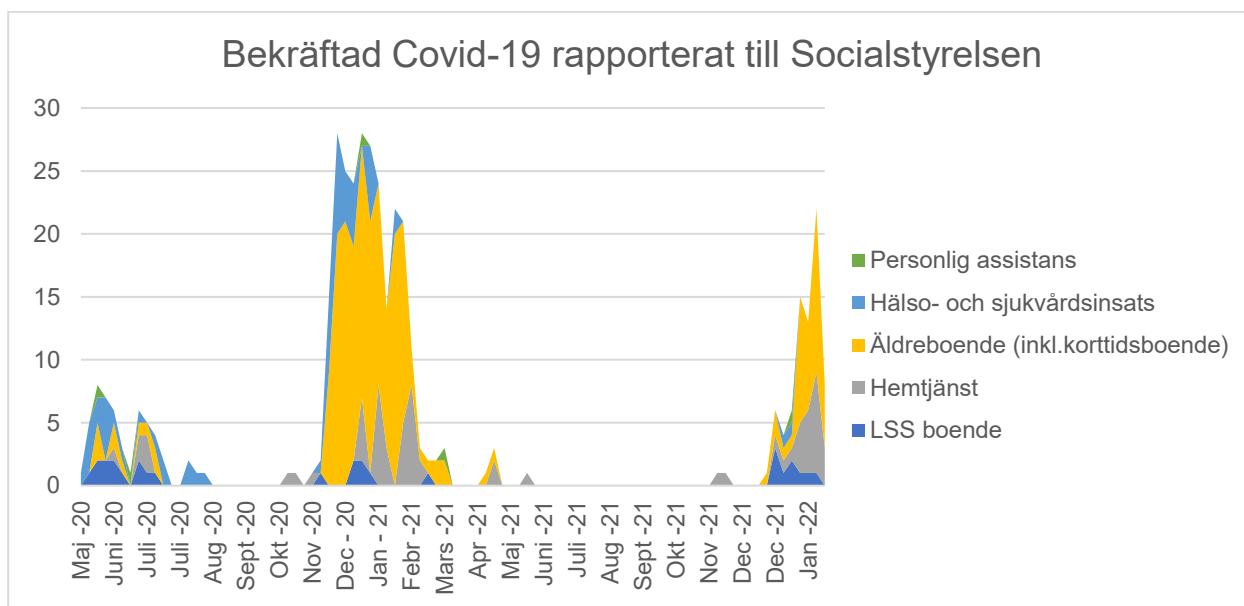
## 9.9. Antal bekräftat smittade med covid-19

**Mål:** Antal smittade brukare hemtjänst, brukare LSS, Brukare SÄBO/vecka ska vara så lågt som möjligt.

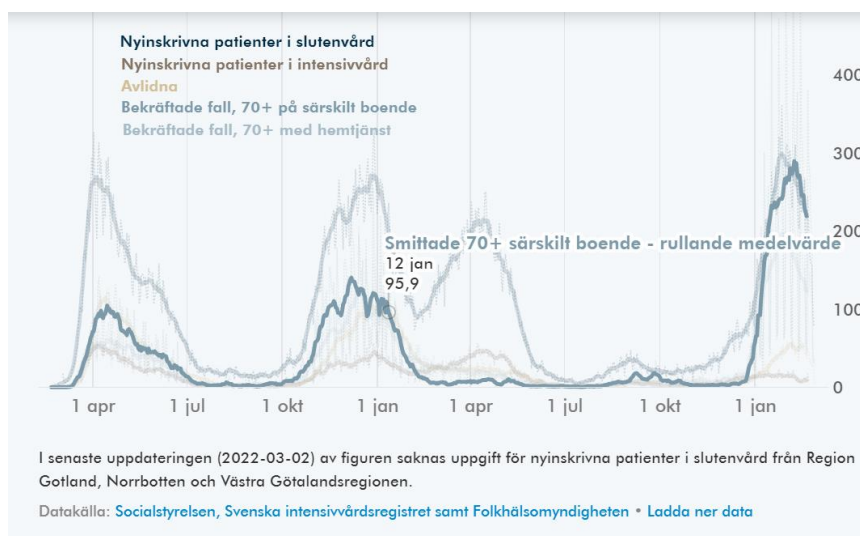
**Bakgrund:** Pandemin med Covid-19 har slagit hårt mot sköra äldre i vårt samhälle. Det har varit stort fokus på att sätta in kraftiga åtgärder för att skydda de som av olika anledningar löper störst risk att drabbas av allvarlig sjukdom.

**Åtgärd under 2021:** Förvaltningen har haft som mål att följa de rekommendationer som har kommit från Smittskydd och Vårdhygien i Västra Götaland samt Folkhälsomyndigheten. Rutiner har uppdaterats och kommunicerats till verksamheten. Personal i vårdnära arbete har använt antigentest före arbetspass.

**Resultat:** Under perioden 1 dec 2020 till och med slutet av april var antalet insjuknade mycket högt i hela landet. Antalet bekräftat smittade stämmer väl överens med data från hela Sverige.



**Diagram 4:** Veckovis rapporter till Socialstyrelsen gällande patienter med bekräftad covid -19.



**Diagram 5:** Statistik från Socialstyrelsen gällande antal patienter med bekräftad covid-19 i hela landet.

**Analys av resultat:** Antalet smittade har kunnat hållas tämligen lågt och mycket få har blivit allvarligt sjuka under året.

**Mål för 2022:** Inget aktuellt mål.

**Planerad åtgärd för 2022:** Fortsätta följa de rekommendationer som har kommit från Smittskydd och Vårdhygien i Västra Götaland samt Folkhälsomyndigheten.

## 9.10. Följsamhet till basala hygienrutiner

**Mål:** Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler understiger inte 82%

**Bakgrund:** Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. SKR (Sveriges kommuner och regioner) genomför årligen en nationell punktprevalensmätning. Metoden grundar sig på observationsstudier av medarbetare i arbetet med nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling.

**Åtgärd under 2021:** Alla verksamheter har jobbat intensivt med basala hygienrutiner främst för att förhindra smitta av covid-19.

**Resultat:** SKR genomförde inte någon nationell punktprevalensmätning.

**Analys av resultat:** Finns inget resultat.

**Mål för 2022:** Följsamhet till basala hygienrutiner ska vara minst 73%. Följsamhet till klädregler ska vara minst 90%.

**Planerad åtgärd för 2022:** Planerar att delta i årets mätning. Fortsatt fokus på att utbilda och följa upp basala hygienrutiner.

## 10. Bilaga 2. Sammanställning av data för egenkontroll

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter mm.

### 10.1. Antal utflyttade från SÄBO

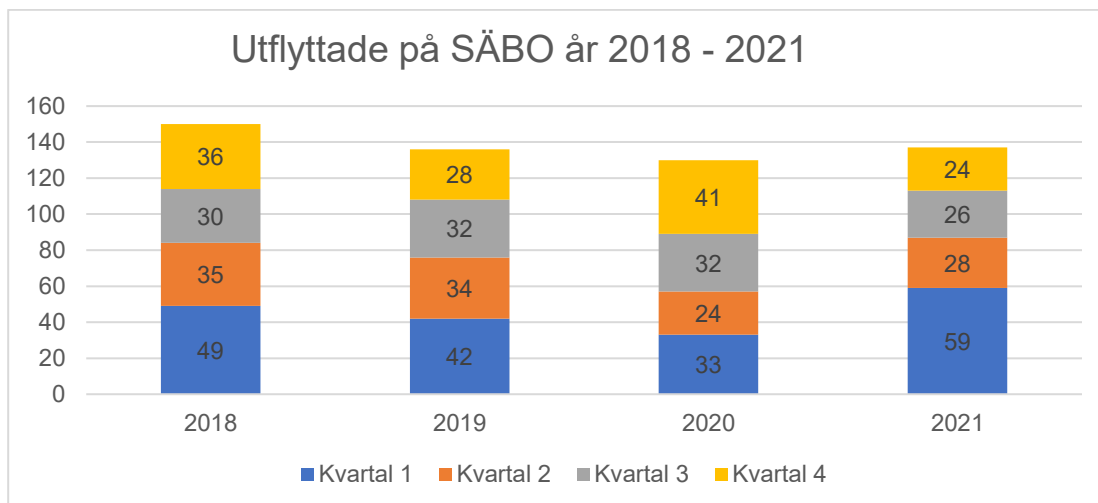


Diagram 6: Antalet "utflyttade" från SÄBO vilket oftast betyder avliden under åren 2018 - 2021.

### 10.2. Redovisning av avvikelser i samverkan

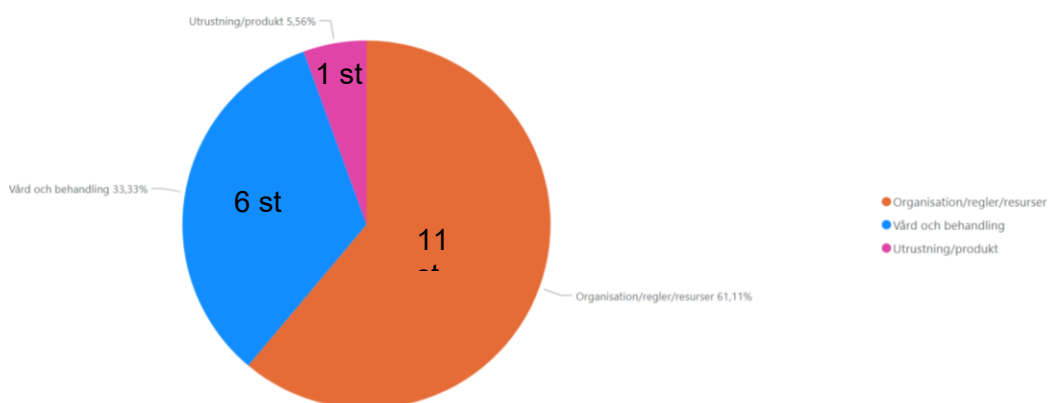
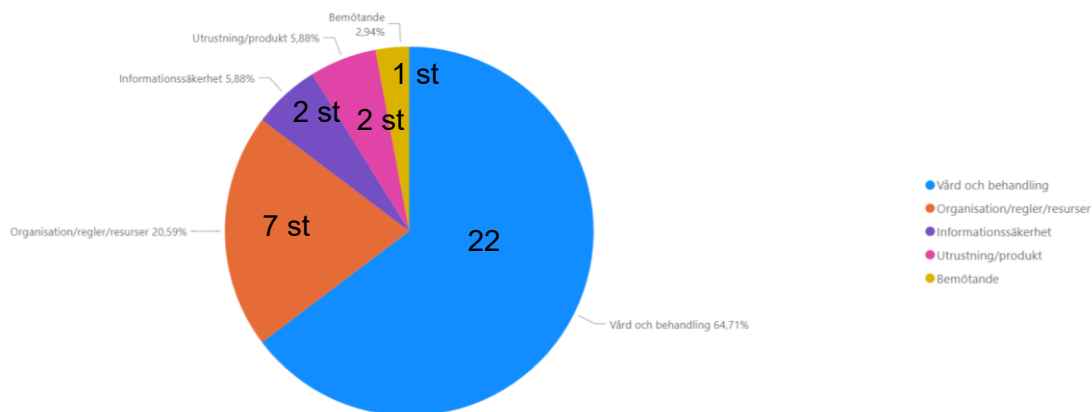
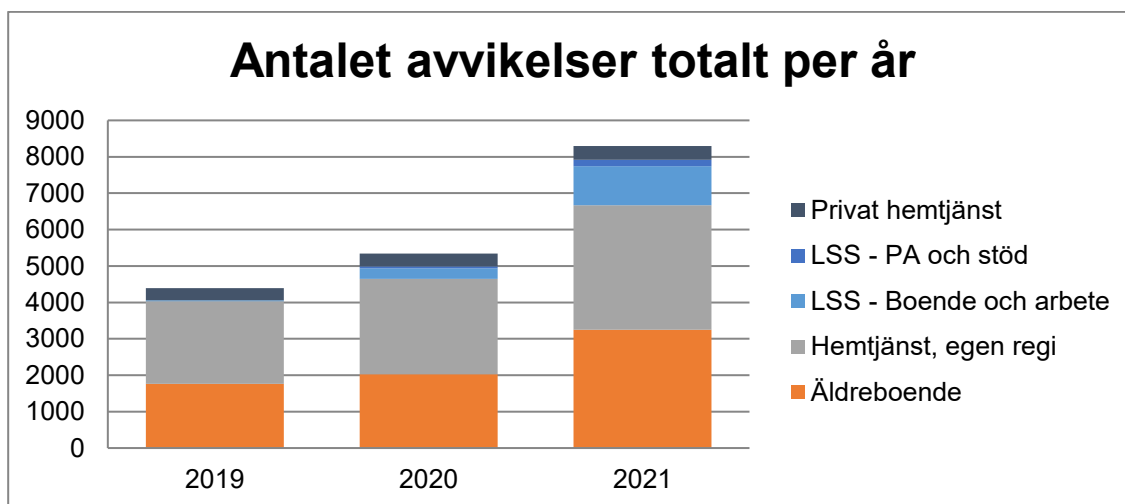


Diagram 7: Avvikelser i samverkan som upptäcktes inom Hälso- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2021



**Diagram 8:** Avvikelse i samverkan som utreds av Hälso- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2021

### 10.3. Redovisning av avvikelser



**Diagram 9:** Redovisning av inkomna avvikelser totalt under åren 2019 -2021.

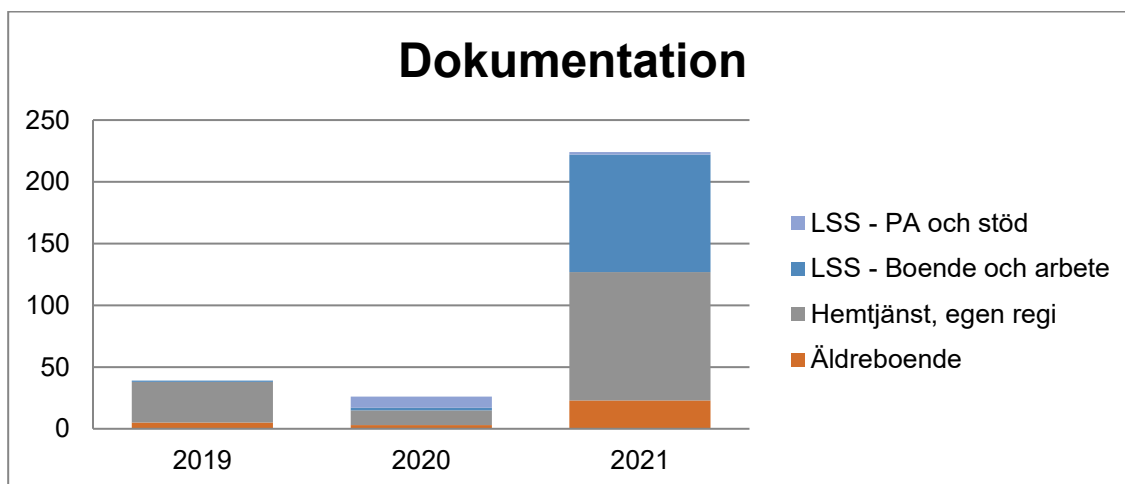


Diagram 10: Redovisning av inkomna avvikelser gällande dokumentation 2019-2021.

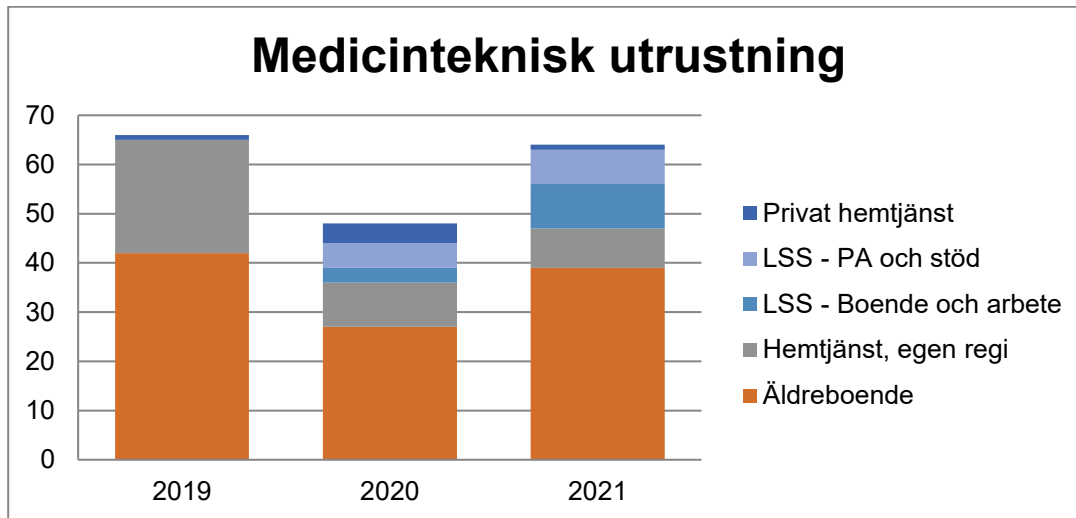


Diagram 11: Redovisning av inkomna avvikelser gällande medicinteknisk utrustning 2019-2021.

#### 10.4. Antal nyinskrivna i hemsjukvården

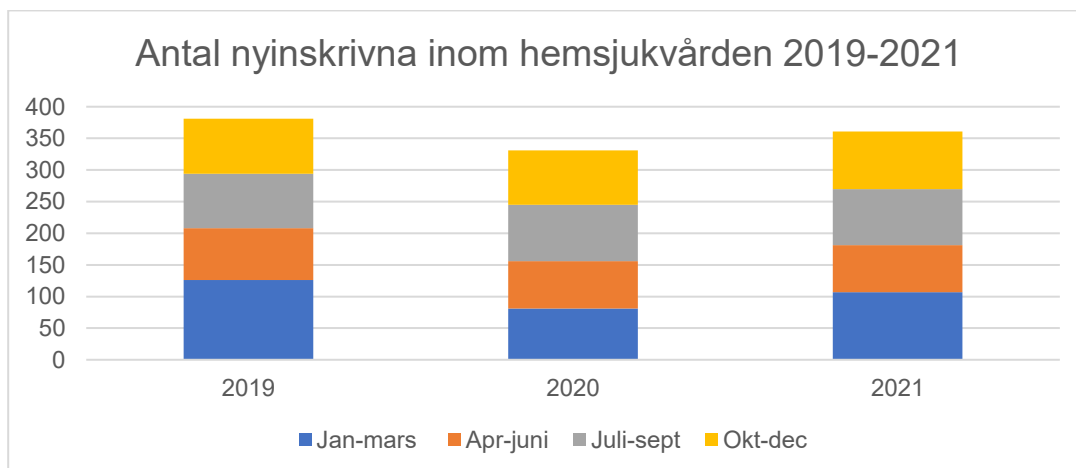


Diagram 12: Redovisning av antal nyinskrivna i hemsjukvården 2019-2021.

#### 10.5. Resultat från Socialstyrelsens Öppna jämförelser.

Vård och omsorg vid demenssjukdom	
Erbjuder vård och omsorg med ett demensteam inom någon av alla boendeformer	NEJ
Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i särskilt boende för äldre	NEJ
Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam på korttidsplats	NEJ
Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i bostad med särskilt service (SoL)	NEJ
Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i bostad med stöd och service till vuxna (LSS)	NEJ
Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i ordinärt boende	NEJ
Vård och omsorg vid diabetes	
Styrdokument diabetes	NEJ



Erbjuder enkel fotundersökning inom alla boendeformer	NEJ
Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i särskilt boende	NEJ
Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem på korttidsplats	NEJ
Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i bostad med särskilt service (SoL)	NEJ
Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i bostad med stöd och service till vuxna (LSS)	NEJ
Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i ordinärt boende	NEJ
<b>Vård och omsorg vid stroke</b>	
Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke	NEJ
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke inom samtliga boendeformer	NEJ
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i särskilt boende	NEJ
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke på korttidsplats	NEJ
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service (SoL)	NEJ
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service (LSS)	NEJ
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i ordinärt boende	NEJ
<b>Vård och omsorg vid blåsdysfunktion</b>	
Styrdokument blåsdysfunktion	NEJ
Erbjudande om basal utredning avseende blåsdysfunktion	NEJ
<b>Fallprevention</b>	
Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården	JA
Fallskador per 1 000 person/år i kommunal hemsjukvård	178 (Riket 116)
Höft- och lårfaktur per 1 000 person/år i kommunal hemsjukvård	51 (Riket 33)
Fallskador per 1 000 person/år i särskilt boende för äldre	81 (Riket 83)
Höft- och lårfaktur per 1 000 person/år i särskilt boende för äldre	42 (Riket 44)
<b>Vård och omsorg för att förebygga och behandla undernäring</b>	
Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring	JA
<b>Vård och omsorg vid palliativ vård</b>	
Styrande dokument för vård och omsorg vid palliativ vård	NEJ
Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård	NEJ
<b>Läkemedelshantering</b>	
Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i särskilt boende	JA
Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling på korttidsplats	NEJ
Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i bostad med särskild service (SoL)	JA
Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i bostad med särskild service (LSS)	JA
Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i ordinärt boende	JA

**Tabell 7:** Indikatorer för kommunal hälso- och sjukvård. Resultat från Öppna jämförelser 2021.

## **11. Bilaga 3. Utredningar av allvarliga händelser 2021**

### **11.1. Covid-tejp på äldreboende**

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse gällande Covid-tejp på äldreboende genomförts. Händelsen uppdagades i februari 2021 och handlade om att enhetschefer ansvariga för två olika boenden köpt in och monterat tejp på olika kontaktytor. Produkten var inte upphandlad av kommunen och den var inte godkänd för att användas inom hälso- och sjukvård, vilket innebar att man frångick följsamheten till gällande vårdhygienrutiner och därigenom åsidosatte patientsäkerheten. Utredningen utmynnade i ett antal åtgärdsförslag som sammanfattningsvis innehöll vikten av att göra en risk- och konsekvensanalys och ha dialog med medicinskt ansvariga och överordnad chef vid inköp av nya produkter som inte är upphandlade och godkända.

### **11.2. Personal utan munskydd (1)**

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande att en personal suttit tillsammans och ätit med brukare på ett äldreboende och personen visade sig vara positiv för covid-19. Flera äldre blev sjuka i anslutning till händelsen. Utredningen visade att det finns fastställda rutiner framtagna för användning av skyddsutrustning under pågående pandemi och när det saknas följsamhet till dessa riskerar både brukare och personal att utsättas för smitta som kan leda till allvarlig sjukdom. Personen förnekade händelsen och ord står mot ord. Utredningen utmynnade i ett antal åtgärdsförslag där enhetschefen behöver upprätta handlingsplaner för att få ökad följsamhet till gällande rutiner samt arbeta för att få ett mer öppet klimat på enheten.

### **11.3. Personal utan munskydd (2)**

Under perioden har en utredning påbörjats av allvarlig händelse gällande en personal inom LSS-verksamhet som träffat personal och brukare utan munskydd. Personen tar ett antigen-test som visar positivt, men efterföljande provtagning visar negativ för covid-19. Utredningen visar att gällande rutiner för skyddsutrustning ej följts vilket ökar risken för smittspridning i en pågående pandemi. Personalen vidhåller att de följt rutiner och ord står mot ord. Förbättringsarbete pågår.

### **11.4. Brukare avliden konstaterad med covid-19**

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en brukare som konstaterats med Covid-19 hittades avliden morgon efter utan att personal stannat hos brukaren och inte fick stöd av tjänstgörande sjuksköterska, trots ett försämrat mående samt att palliativ vårdnivå var satt. Utredningen visade att fokus lades på arbetsmiljön och det fanns brister i samordningen mellan enhetschef i beredskap, tjänstgörande sjuksköterska samt vårdpersonal. Ett åtgärdsförslag var att ta fram en checklista för bedömning av patienter med covid-19, som ett stöd för sjuksköterskor. Detta har genomförts.

### **11.5. Händelse med tiltbar hygienstol**

Ett klagomål, som inkom i slutet av 2020 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

avvikelseberapporterna, vilket är mycket svårt att utreda vidare efter så lång tid. Patienten uppger kvarstående men efter skadorna, och har hänvisats till kommunens försäkringsbolag. Trots ytterligare utredning under 2021 framkom inga ytterligare uppgifter. Försäkringsbolaget har tilldömt patienten ersättning pga kvarstående skador.

### **11.6. Utredning synpunkt/klagomål från anhörig till patient på äldreboende**

Anhörig framför i oktober 2021 synpunkter på omvårdnaden och uppföljningen runt patienten, som kom åter till äldreboendet i augusti efter att ha vårdats för en stroke. Synpunkt/klagomål gäller delar i omvårdnaden som rör förflyttning och positionering i säng/rullstol, munvård, ordination från dietist, uppföljning av vikt, fotvård och kontrakturprofylax. Anhörig påtalar vikten av att det görs regelbundna riskbedömningar samt att åtgärder och omvårdnadsplaner följs upp. Analys av händelsen visade på brister i dokumentation kring utredning för, bedömning och utprovning av hjälpmedel. Kontinuiteten av sjuksköterskor och rehabpersonal har också varit en bidragande orsak när det gäller att ha ett övergripande ansvar för att patienten får adekvat vård. Det framkommer brister i samverkan mellan olika professioner och verksamheten har under pandemin inte ersatt arbetssättet med fysisk teamsamverkan med andra kontaktvägar för att säkerställa behovet av samverkan runt patienten. Det är ett prioriterat arbete att få igång teamsamverkan igen i alla verksamheter.

### **11.7. Utredning synpunkt/klagomål via Patientnämnden, från anhörig till patient med hemsjukvård**

Patienten har vänt sig till patientnämnden i april 2021, för att framföra synpunkter avseende hemsjukvårdens insatser då de upplever att återkoppling och information från sjuksköterskan efter att ärendena ska ha lyfts med läkaren varit bristfälliga. Närstående ville ha patientnämndens hjälp att förmedla synpunkter och frågor till ansvarig hos vårdgivaren. Hälso- och sjukvårdsavdelningen inkom med svar på synpunkterna. Ärendet anmäldes också av anhörig till IVO, som begärt ut journaler och förtydligande av vissa svar. IVO har inte inkommit med beslut i ärendet ännu.

## **12. Utredningar av allvarliga händelser Lex Maria 2021**

### **12.1. Felaktigt givet läkemedel**

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en läkemedelshändelse på ett av kommunens särskilda boenden. Händelsen skedde i november-20 och handlar om en patient som bl a fick hjälp att administrera läkemedel i PEG-sond (en kanal genom huden på magen som gör det möjligt att ge mat och läkemedel direkt i magsäcken). Att administrera var en delegerad uppgift som utfördes av vårdpersonal. Vid det aktuella tillfället fick patienten en för hög dos läkemedel administrerad av delegerad personal. Patienten övervakades på akuten, men fick inga bestående men av händelsen. MAS beslutade att anmäla händelsen till IVO, enligt Lex Maria. De åtgärder som vidtogs efter händelsen gjorde att IVO i sitt beslut ansåg att vårdgivaren fullgjort skyldigheten att utreda och åtgärda händelsen som kunnat medföra en allvarlig vårdskada och avslutade ärendet.

### **12.2. Stor smittspridning av covid-19 på två äldreboenden**

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en stor smittspridning av covid-19 på två av kommunens äldreboende mellan 8/12 – 31/1 som drabbade både patienter och personal. MAS beslutade att anmäla händelsen till IVO, enligt Lex Maria. Boendena togs över av kommunen från privat utförare i oktober och utredningen visade att trots att det fanns framtagna rutiner och riktlinjer var det en utmaning att få följsamhet då verksamheterna drabbades av stort personalbortfall p g a covid-19. Utifrån detta fanns också brister i kommunikation och informationsutbyte. Förbättringsarbete pågår. De åtgärder som vidtogs på kort och längre sikt gjorde att IVO i sitt beslut ansåg att vårdgivaren fullgjort skyldigheten att utreda och åtgärda händelsen som medförde allvarlig vårdskada och de vidtog inga ytterligare åtgärder utan avslutade ärendet.

### **12.3. Patient med höftfraktur efter fallincident**

Patient med demensdiagnos, boende på SÄBO, faller den 2/7 och blir därefter försämrad med ökade smärtor, avsevärt försämrad gångförmåga samt ökad trötthet. Först 5/7 skickas patienten till sjukhus för kontrollröntgen som påvisar en höftfraktur och patienten opereras.

Konsekvenser av händelsen är att patienten utsatts för vårdlidande och allvarlig vårdskada då hon inte fick adekvat vård i anslutning till fallincident samt att det fanns brister i samverkan, t ex kopplades inte rehab in för bedömning. MAS beslutade anmäla ärendet till IVO, enligt Lex Maria. De åtgärder som vidtogs på kort och längre sikt gjorde att IVO i sitt beslut ansåg att vårdgivaren fullgjort skyldigheten att utreda och åtgärda händelsen som medförde allvarlig vårdskada och de vidtog inga ytterligare åtgärder utan avslutade ärendet.

### **12.4. Patient med hjärnblödningar efter fallolyckor**

13/9 inkommer en avvikelse från Akutmottagningen som beskriver att patienten inkommit med ambulans 11/9 med nedsatt tal och motorik. Framkommer inga uppgifter på om trauma eller fall och att patienten står på blodförtunnande läkemedel. Vid kontakt med hemsjukvården beskrivs utifrån journalanteckningar att patienten ramlat vid tre tillfällen under 2 veckors tid. Synpunkter från sjukhusets sida gällande bristande dokumentation

samt att patienten inte skickats vidare i vårdkedjan tidigare i förloppet. På akuten påvisas subduralblödning med både äldre och färskare blödningsinslag. Patienten opereras för utrymning av hematomet.

Konsekvenser av händelsen är att patienten utsatts för vårdlidande och fördröjd vård och behandling då han inte fick adekvat vård i anslutning till upprepade fallincidenter. MAS bedömer att händelsen föranleder en anmälan till IVO enligt Lex Maria. IVO har ännu inte inkommit med beslut i ärendet. Förbättringsarbete vidtogs när det gäller process vid fall i verksamheten. Teamsamverkan är lyft en prioriterad åtgärd.

### **12.5. Fallincident i samband med lyftvåg**

I december 2020 inkom avvikelse med digital lyftvåg, där fästet till lyftvågen gått sönder och patienten fallit i golvet på grund av detta. Turligt nog skadades inte patienten. Händelsen utreddes under januari 2021 och MAR anmälde ärendet som lex Maria till IVO, som godkände föreslagna åtgärder. Under 2021 har arbete pågått för att säkerställa att liknade incidenter inte inträffar igen.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Enhet / avdelning / företag	Bräcke diakoni Ginstgården
Kontaktperson	Maria Åkebrand
Telefonnummer	0322-280190
E-postadress	Maria.akebrand@brackediakoni.se

## Inlämning av uppgifter till Patientsäkerhetsberättelse

En komplett redogörelse ska vara MAS tillhanda senast den 20 januari.

\* = Egenregi kan redovisa uppgiften i Hypergene

### 1 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

#### 1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning \*

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser Direktör som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av direktör, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn & Ungdom och LSS-boende, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av Direktör som företrädare för vårdgivaren.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet. Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för ett systematiskt och uthålligt utvecklingsarbete i hela organisationen.

Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som också är organisationens kvalitetsstrateg, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete, ledarskap och civilsamhällsfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

För att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen har ett patient- och brukarsäkerhetsråd bildats under 2021. Rådet består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef. I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Varje medarbetare har ett ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.

Ginstgården är ett särskilt boende för äldre personer med kognitiv svikt och har 32 lägenheter fördelade på fyra enheter. Ginstgården bedriver vård och omsorg enligt SoL och HSL. Bräcke diakoni har drivit Ginstgården sedan 2010 och mellan oktober 2016 och november 2020 drevs Ginstgården i ett unikt IOP (Idéburet Offentligt Partnerskap) med Alingsås kommun, där Ginstgården var en del av en vårdkedja för personer med demenssjukdom. Målet med vårdkedjan var att överbygga de glapp som uppstår för den enskilde i vårdens och omsorgens övergångar samt att genom utbyte av erfarenheter, gemensamt lärande och metodutveckling kunna stärka ett personcentrerat och evidensbaserat arbetssätt. Genom detta IOP kunde Bräcke diakoni och Alingsås kommun gemensamt skapa förutsättningar för en unik sammanhållen vårdkedja med fokus på helheten i vården och omsorgen av personer med kognitiv svikt och deras anhöriga. Under 2020 vann Bräcke diakoni upphandlingen av ett nytt avtal som påbörjades den 12 november 2020. I och med det nya avtalet så har vi fortsatt att sträva mot att arbeta för att bibehålla vårdkedjan så att dessa erfarenheter och kunskaper inte försvinner.

## 1.2 En god säkerhetskultur \*

Bräcke äldreboende Ginstgården bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid i förhållande till andra aktörers resultat eller synpunkter (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Ginstgårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen. Ledningsgruppen

analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör övergripande riskanalyser gemensamt på verksamhetsnivå liksom individuella riskbedömningar tillsammans med boende, anhöriga och personal. På detta sätt skapar både organisationen och verksamheten en kultur av ett öppet arbetsklimat där risker identifieras och hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar.

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv. Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även tandvården erbjuder munhälsobedömningar och ger rekommendationer och åtgärder vid behov.

Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. BPSD-registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vi använder oss regelbundet av BPSD-schema för att kartlägga den boendes oro. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov av läkare som är knuten till boendet. Vid läkemedelsgenomgång så använder vi oss av BPSD-schema för att kartlägga den boendes oro och symtomskattning för att skatta den boendes symtom för att kunna identifiera effekter och biverkan på läkemedel.

Riskanalyserna och samverkan i teamet skapar ett öppet arbetsklimat och trygghet i arbetsgruppen där olika frågor om säkerhet synliggörs. Detta kan i sin tur leda till nya arbetssätt, rutiner och/eller utbildningsinsatser. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning. Under året har vi kontinuerligt gjort riskanalyser för våra boenden både när det gäller fall, trycksår och undernäring. Dessutom har upprepande riskanalyser genomförts för att skydda våra äldre från att bli smittade av covid-19. Riskanalyserna har vi gjort innan inflyttning och under tiden personerna varit boende hos oss. Vi har även gjort noggranna riskanalyser när det gäller besökande till Ginstgården. Riskanalys vid besök har oftast varit en avvägning mellan den psykiska hälsan och risken att bli smittad av covid-19. För att möjliggöra säkra besök vid vård i livets slutskede har vi gjort specifika riskanalyser för dessa situationer. Vi har arbetat under året med att all personal skall känna sig bekväm med att göra avvikelser så att vi i tid kan fånga upp allt från ett felaktigt arbetssätt till fallrisker eller smittorisker.

### **1.3 Adekvat kunskap och kompetens \***

I verksamheten finns undersköterskor, vårdbiträden, stödpedagog, sjuksköterska och distriktssköterska. Dessutom finns tillgång till läkare via Bräcke vårdcentral Centrum. Tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut erhålls via Alingsås kommun.



Ginstgårdens stödpedagog är utbildad Silviasyster och är även anställd som biträdande verksamhetschef. Dessutom finns det undersköterskor som är utbildade med specialistkompetens i demens och palliativ vård. Ginstgårdens verksamhetschef har en mångårig chefserfarenhet inom äldreomsorgen och har en kandidatexamen inom socialt arbete. Under året som har gått har all personal gått utbildning inom palliativ vård som har genomförts i samarbete med Betaniastiftelsen. Personalen har träffats i mindre grupper under tre tillfällen och med handledare gått igenom utbildning palliativ vård.

#### 1.4 Patienten som medskapare \*

De boende på Ginstgården är medskapare och medverkar till upprättande av sin egen genomförandeplan samt är delaktiga när individuella vårdplaner upprättas. Anhöriga är även behjälpliga och skriver en levnadsberättelse i samband med nyinflyttning. Genom levnadsberättelsen kan man lära känna den boende och hans tidigare liv. Vid pandemins start 2020 och under 2021 var vi tvungna att ställa in de aktiviteter som var planerade med boenderåd och anhöriga.

Ginstgårdens stödpedagog har ett övergripande ansvar för att samverka med anhöriga. Kontakten kan bestå av regelbundna telefonsamtal, sms, mail och/eller stödjande samtal vid besök. Att alltid signalera att tid finns för ett samtal oavsett hur kontakten inleds skapar ett förtroende. Målsättningen är att anhöriga ska känna att de aldrig stör när de söker kontakt och vill samtala. De är en viktig del av vårt team kring den som bor på Ginstgården.

Vi har två sociala rum, en sluten grupp på Facebook och ett Instagramkonto, där vi uppdaterar anhöriga med vad som händer på Ginstgården och delar vår vardag för att anhöriga ska få en inblick. Våra boende har även fått möjlighet att få inblick i sina anhörigas liv via Facebook efter samtycke. Vi har aktivt arbetat med att boende skall ha möjlighet till videosamtal med sina familjer via Ipad. Fokus har under året varit på att skapa individuella aktiviteter i mindre grupper per enhet för att minska eventuell smittspridning. Dessa aktiviteter har planerats tillsammans med den enskilde personen. Exempelvis; Verksamhetschefen har via mindre forum bjudit in boende att vara med och bestämma inredning inomhus. Utomhus i Ginstgårdens trädgård har de fått vara med och göra inköp och bestämma de växter som ska planteras. En av de boende har med stöd av personal skött hönsen i vår hönsgrärd. När det har tillåtits har vi haft bokcirkel och musikstund med musiker utifrån där de boende har varit delaktiga.

## 2 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Senior alert (Trycksår, undernäring, fall, ohälsa i munnen)	Riskbedömningar som idag bara görs på papper ska registreras i Senior alert.	År 2021 hade 2 patienter riskbedömning i Senior alert, vilket motsvarar 6% av	Detta har nedprioriterats pga coronapandemin, läggs in som mål för 2022.	Introducera undersköterskor i arbetet med att registrera data i Senior alert.	Åtgärd ej genomförd. Uppföljning görs 2022.	Månadsvis uppdatering och uppföljning av Senior alertdata.	Senior alert via stiftelsens interna databas.

		Ginstgårdens platser. (13% år 2020) (97% inom Bräcke diakoni år 2020)					
<b>Fall</b>	Antalet fall ska minska varje år.	År 2021 hade vi 57 fallavvikelser  (85 fall år 2020, 116 fall 2019).  Se även diagram i stycke 6.1.	Fallen har minskat generellt i verksamheten, och i tre av fyra enheter.	2021 har vi skapat struktur för teams möte tillsammans med olika professioner för att arbeta fallförebyggande i enlighet med upplägg som senior alert har.	Har arbetat fallförebyggande och med BPSD åtgärder. Vi har på grund av pandemin inte fått till dokumentationen i senior alert men underlaget vi arbetat utifrån på mötena har varit på papper.	Månatlig uppföljning av avvikelser på varje enhet på team möte. Närvarande enhetens undersköterskor, Sjuksköterskor, verksamhetschef, inbjudna även rehab.	DF Respons (avvikelsesystemet).
<b>BPSD</b>	Målet är att alla boende med ökad oro ska få en översikt i ett BPSD-schema för kartläggning över dygnet.	Vi har sett tydliga positiva resultat i tidigare användning av dessa scheman.	Schema visar tidpunkter på dygnet där man ev kan byta tidpunkt på läkemedel mot oro eller använda annan åtgärd ex promenad eller aktivitet.	Att använda BPSD schemat på rondan tillsammans med ansvarig läkare för att även en medicinsk bedömning gällande läkemedel och andra åtgärder.	Schema följs dagligen av omvårdningspersonal. Provar och utvärderar en åtgärd i taget	Dagligen samt på rondan veckovis vid behov.	BPSD registret anpassat till lokala förutsättningar

### 3 Öka kunskap om inträffade vårdskador \*

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelsehantering och rapporterar både HSL- och sociala avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelsesystem.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR, SAS och hälso- och sjukvårdsrådgivare en central roll i hantering av avvikelserna. Både sociala och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelsesystem, DF Respons, vilket har medfört ett bra stöd för att fånga avvikelser och skapa effektivare processer för att

utreda, följa upp och analysera dessa, vilket i sin tur skapar lärande, förbättrar kvaliteten och stärker patient- och brukarsäkerheten.

### **3.1 Avvikelseerrapportering \***

På Bräcke Ginstgården hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser.

Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelsehantering och rapporterar både HSL- och SoL avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem. All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen.

### **3.2 Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda \***

Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning. Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR och SAS en central roll i hantering av avvikelserna. Både SoL- och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons, vilket har medfört ett bra stöd för att fånga avvikelser och skapa effektivare processer för att utreda, följa upp och analysera dessa, vilket skapar lärande, förbättrar kvaliteten och stärker patientsäkerheten.

#### **Lex Maria**

Risk för vårdskada samt inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAR, MAS och/eller hälso- och sjukvårdsrådgivare genomför tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

#### **Lex Sarah**

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför och vad vi behöver göra för att förhindra att det händer på nytt. Vid allvarligt missförhållande/ påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls även händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

Under 2021 har Ginstgården inte haft några lex Maria utredningar men 2 stycken lex Sarah utredningar. Båda utredningarna resulterade i att inget missförhållande har skett. Den ena händelsen handlar om behovet av tät tillsyn av den enskilde nattetid och den andra händelsen berörde en misstanke om att personal varit hårdhänt mot den enskilde vilket utredningen fann att så inte var fallet.

#### **Utredning av övriga avvikelser**

Vid fallolycka identifierar vi orsaker och går igenom hur man kan arbeta för att förebygga fallet. Exempel på åtgärder är ett nytt hjälpmedel eller nya skor. Under 2021 har vi sett goda resultat av vårt fallförebyggande arbete där antalet fallavvikelser har minskats.

Vid läkemedelsavvikelser ges alltid återkoppling till berörda av verksamhetschef eller sjuksköterska. Vi ser avvikelser som identifierade förbättringsområden och därför är det öppna och icke skuldbeläggande klimatet viktigt för att skapa lärande och utveckling inom personalgruppen och verksamheten.

### **Synpunktshantering**

Externa klagomål och synpunkter från patienter, gäster eller anhöriga är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Blanketten "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i entrén och på de olika enheterna.
- Den enskilde kan prata direkt med personalen eller direkt med verksamhetschefen.
- Den enskilde kan framföra sina synpunkter via brev, mail eller sms.
- Använda länken till formuläret "Tyck till" på hemsidan.

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet redan före inflyttning med den enskilde och dennes anhöriga. Verksamhetschefen återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd

### **3.3 Minimering av effekter av negativa händelser \***

För att minimera effekter av negativa händelser i den akuta fasen är det viktigt att personal agerar omgående. På Ginstgården involveras ansvarig sjuksköterska omgående när något negativt har hänt och vid behov även verksamhetschef. Under jourtid finns även tillgång till kommunens jourhavande sjuksköterska samt Bräcke diakonis chef i beredskap. De tidigare beskrivna systematiska riskanalysarbetet bidrar till att personal är mer förberedda och trygga med hur de ska agera när något negativt inträffar.

När det gäller allvarliga händelser informeras MAS, SAS och MAR omgående både muntligen av sjuksköterska eller verksamhetschef men också via mejl när avvikelserna är graderad i avvikelssystemet. Med den höga tillgängligheten av multiprofessionell expertkunskap säkras stödet till ledningen och verksamheten för att minimera effekter av negativa händelser.

## **4 Tillförlitliga och säkra system och processer \***

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi aktivt arbetar utifrån individens behov. Arbetet styrs med hjälp av ett processororienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens

kvalitet. Det kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv databas. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete med att förbygga fel och brister, hantera avvikelser och främja en öppen kommunikation. Medarbetare och chefer skapar en samsyn, lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation genom kunskapsutveckling.

Under 2021 har vi fortsatt vårt arbete mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Vi har under 2021 fortsatt utveckla arbetet kring de lokala kvalitets och patientssäkerhetsmålen. Efter att varje verksamhet har identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter så delas dessa med övriga verksamheter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

#### 4.1 Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling \*

Under 2021 har verksamheten främst fokuserat på nedanstående mål.

Fokus-område	Mål	Aktivitet	Ansvarig	Tidplan	Måluppfyllelse
Ansvar för gemensamma resurser	100% av alla boende ska en individuell riskbedömning de närmste veckorna från inflyttningsdatum	Alla boende ska ha en individuell riskbedömning i den enskildes lägenhet vid inflyttning och få en uppföljning vid förändring.	Kontaktpersoner	2021	75
Ansvar för gemensamma resurser	Brukarundersöknings nöjdhet av maten önskar vi öka till 85%	Vi har ny matleverantör med ökade möjligheter att variera kosten.	Personalgruppen ska arbeta aktivt med matsituationen.	2021	100
Diakoni i praktiken	Dokumentera synpunkter och klagomål i DF Respons	DF Repsons	Verksamhetschef	Varje månad	75
Stolta och engagerade medarbetare	Öka medarbetarundersöknings resultat i att känna sig delaktiga i sin egen arbetsmiljö.	Varje månad följa upp arbetsgruppens mående på BPSD-möten.	Arbetsgruppen och verksamhetschef	Hela 2021	100
Tillit och lärande	100% av alla medarbetare ska ha gått dessa utbildningar	Alla ska gå webbutbildning i Noll vision, demens ABC, demens ABC +, basal vårdhygien, säker läkemedelshantering	Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef	2021	75

Vi har under året haft dialog tillsammans med personalen om vikten av att dokumentera synpunkter för att ta tillvara den respons som är positiv men också det vi behöver utveckla. Detta är inte fullt ut implementerat till alla i personalgruppen.

Under alla enhetsmöten under 2021 har vi en stund innan mötet börjat pratat om hur arbetsmiljön är på enheten och hur den går att utveckla och säkra ytterligare.

Då vi har några nyanställda så har vi inte nått upp till att alla har gått webbutbildningarna som var i målet för 2021.

Vi har bytt matleverantör och arbetsgruppen har fått utbildning i att skapa en god måltid och måltidsmiljö.

Alla boenden har haft en riskbedömning i den enskildes lägenhet i början på året men då vi har några nyinflyttade så har inte riskbedömningen uppdaterats till de nyinflyttade. Vi har under pandemin inte lyckats introducera nya medarbetare och vi har inte haft fokus på att fylla i en riskbedömning utan vi har arbetat utefter rutiner som gäller exempelvis alla vid ett covid-19 utbrott.

#### **4.2 Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården \***

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal samt övrig personal som har behörighet till följande program använder SIHTS-kort vid inloggning till vårdsystemet Pascal, SAMSA, utförande av tandvårdskort, kvalitetsregistrerna Senior Alert, Palliativa registret och BPSD-registret. SIHTS-kort har använts på Ginstgården under flera års tid och används som ett led i att öka informationssäkerheten.

Ginstgården har ett gemensamt säkert dokumentationssystem, Magna Cura, med Alingsås kommun där personal kan skriva meddelande till rehab och rehab kan skriva information till personal. Patientansvarig sjuksköterska kan lägga in vårdåtgärder som ska utföras när kommunsköterskan ansvarar för Ginstgården under kväll och natt. I samband med inskickning av boende till sjukhus eller hemgång från sjukhuset kan sjuksköterskan samverka i vårdplaneringen tillsammans med sjukhuset i SAMSA-samordnad vård och omsorgsplanering. SAMSA är ett IT-stöd för kommunikation mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götalands Regionen. Vi använder oss också av SAMLA (Samverkan Lerum Alingsås) VISAM beslutstöd för att kvalitetssäkra informationsöverföringen och öka patientsäkerheten. Det är ett evidensbaserat beslutstöd för sjuksköterskan. Beslutsstödet är utformat som en checklista och ger stöd för sjuksköterskan att avgöra var den fortsatta vården bäst sker. Syftet med beslutstödet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på rätt vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare ska säkras.

#### **4.3 Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador \***

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör övergripande riskanalyser gemensamt på verksamhetsnivå liksom individuella riskbedömningar tillsammans med barn, föräldrar, patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid organisationsförändringar och vid personalförändringar när det gäller kompetens eller resurser. En riskanalys behöver också göras på processer som bedöms innehålla

många risker, vid införande av ett nytt arbetssätt och när en ny metod eller teknik ska införas, eftersom det kan påverka patientsäkerheten.

För att förebygga risker så att patienterna inte drabbas av vårdskada samverkar ett flertal vårdprofessioner och som stöd används flera kvalitetsregister såsom Senior alert, BPSD registret samt palliativa registret. Vid BPSD-möten som sker månadsvis med varje enhet görs riskanalyser i Magna Cura så att all personal får möjlighet att vara uppdaterade i vad som senast beslutats. Detta görs efter samtycke av boende.

En hög följsamhet till basala hygienrutiner minskar också risken för smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Följsamheten av basala hygienrutiner kontrolleras upp två gånger per år, resultat och ev åtgärder återkopplas till medarbetare på APT. Resultat av följsamhet till basala hygienrutiner redovisas under 6.1.

Vårdskada kan också förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. På Ginstgården hanteras avvikelse av utredare utsedda av verksamhetschef samt av kvalitetsavdelningen. Avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Under pandemin har Bräcke diakoni haft veckovisa uppföljningsmöten då verksamhetschef och sjuksköterska fått ta del av hur smittläget ser ut i närområdet men även i omvärlden. Där har även de medverkande fått information och genomgång av nya och förändrade rutiner så som vilka skyddsmedel som skall användas.

#### **4.4 Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete \***

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion. Vid identifierad risk för undernäring kontaktas läkare som skriver remiss till dietist. Dietist som är kopplad till kommunen och vårdcentralen hör sedan av sig till sjuksköterska för att lägga upp en individuell vårdplan. Den innefattar oftast ordination på kosttillskott och råd. Om det är risk för trycksår så bedömer sjuksköterska via Senior Alerts Nortonskala om det behövs förskrivas decubitusmadrass. Om det behövs så förskrivs madrass till den boende.

Vid fallrisk så bedöms behov av hjälpmedel och arbetsterapeut kontaktas för översyn.

Under våra månatliga BPSD-möten utgår vi ifrån BPSD som arbetsverktyg. Där är vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterska, stödpedagog och verksamhetschef närvarande och går igenom alla boendes allmäntillstånd och kartlägger eventuella förändringar och förbättringar. Under året har vi kunnat göra väsentliga förbättringsåtgärder för dom boende på Ginstgården. Vi har upplevt att genom samarbete mellan professionerna har vi funnit lösningar på olika situationer. På BPSD-mötet med personal så går vi också igenom fallavvikelser och åtgärder diskuteras som sedan genomförs.

Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide). Folk tandvården i samarbete med Oral Care, som är en mobil tandvård, kan erbjuda munhälsobedömningar och ger rekommendationer hur tänderna

ska skötas. Sjuksköterska skriver intyg för nödvändig tandvård och anmäler vid behov boende till Oral Care om hen önskar det. Oral Cares tandläkare och tandhygienister kan göra lättare behandlingar på plats så boende behöver inte åka iväg.

Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. BPSD-registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vid oro hos boende så kartläggs den med hjälp av BPSD-schema och följs under en eller flera veckor. Patientansvarig läkare får ta del av resultatet och kan då se när oron är störst under dygnet och kan på så sätt sätta in lämplig behandling. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov med läkare från Bräcke vårdcentral Centrum. Vid fördjupad läkemedelsgenomgång tas blodprover och symtomskattning görs utifrån särskild blankett (LÄR UT). Läkare kommer regelbundet en gång i veckan till Ginstgården och gör hembesök vid behov.

Palliativa registret fylls i efter att en boende har avlidit. All personal har utbildats i palliativ omvårdnad. På Ginstgården finns personal som är undersköterskor och specialutbildade till palliativa ombud. Palliativa ombuden har i sin tur utbildat personal i mindre samtalsgrupper där man talat om palliativ omvårdnad och även egna erfarenheter man haft.

#### **4.5 Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik \***

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att medicintekniska produkter, hjälpmedel är besiktigade och funktionsdugliga. Alla Ginstgårdens hjälpmedel besiktigas regelbundet och trasiga hjälpmedel lagas av tekniker omgående. 2021 så besiktigades alla hjälpmedel som taklyftar, mobila lyftar, rullstolar, m.m. Det har även inköpts robothundar och robotkatter som visats sig ha god effekt och stillat oro hos den boende. Digital signeringslista har ännu inte startat eftersom tekniken inte varit klar ifrån Alingsås kommun.

#### **4.6 Ändamålsenliga vårdmiljöer \***

Ginstgården byggdes för att bli ett demensboende och det kan man se på utformningen. Lokalerna är väl anpassade till målgruppen. Vid smitta kan arbetet delas upp i kluster så att personalen och de boende inte blandas utan smittan hålls på en enhet. För att ytterligare förebygga smittspridning har vi använt oss av digitala möten istället för att ses fysiskt. Boende har också möjlighet att vara i kontakt med sina anhöriga genom digitala möten via I-pads.

Ginstgården har även två innergårdar där det finns gångar och planteringar som är tillgängliga för personer med kognitiv svikt. I den större innergården finns ett växthus i ena sidan och i den andra sidan finns en hönsgård. Där finns även en örträdgård som uppskattas av dom boende. Rabatterna har planterats med blommor som utvalts med omsorg för dess färg och doft från förr som ger möjlighet att väcka minnen till liv. Den mindre innergården ligger i anslutning till den relativt nyöppnade enheten. Även denna innergård anpassas efter personer med kognitiv svikt där fruktbarande träd växer och möjlighet finns för plantering av örter.

## **5 Säker vård här och nu \***

### **Riskhantering**



Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalysarbetet sker på olika nivåer inom Bräcke diakoni, det sker både organisationsövergripande, specifikt inom äldreomsorgen, verksamhetsövergripande samt på individnivå, som tidigare beskrivet. Riskanalyser genomförs också i flertalet områden till exempel gällande arbetsmiljö, risk för smittspridning och hantering av livsmedel. Till varje riskanalys kopplas en tydlig handlingsplan där varje risk bedöms utefter allvarlighetsgrad samt sannolikhet för att den ska inträffa. Åtgärder vidtas för att förhindra att den identifierade risken uppstår men handlingsplanen innehåller också åtgärder vad som ska göras om risken inträffar.

Coronapandemin har krävt ständiga, snabba omställningar där organisationens styrning, beslutsfattande, roller och ansvar har satts på prov.

Tidigt i pandemin tillsattes ett krisledningsteam bestående av direktor, driftchef (läkare), utvecklingschef, MAS, HR-chef, ekonomichef, kommunikatör och krissamordnare som tillsammans har drivit och samordnat smittskyddsarbetet. Omvärldsbevakning på internationell, nationell, regional och lokal nivå tillsammans med riskanalyser på organisations-, verksamhets- och individnivå utgjorde grunden för en mängd åtgärder för att säkra hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet samt förhindra smittspridning. Ett tätt samarbete mellan krisledningsteam och stödfunktioner har resulterat i god kommunikation till verksamheterna och medarbetarna.

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. En del i stödet är förenklad och anpassad information om basala hygienrutiner och skyddsutrustning i fickformat. Vidare har lokala, tydliga kommunikationsplaner och handlingsplaner vid misstanke eller vid verifierad smitta av covid-19 tagits fram i samarbete med verksamheterna. Medarbetarna har via intranätet tillgång till uppdaterad information kring covid-19 och i ledningssystemet är information, rutiner, riskanalyser, egenkontroller och länkar som rör covid-19 samlad. Avvikelser, riskbedömningar och egenkontroller såsom hygienkulturmätning utgör uppföljning och bas för fortsatta förbättringar.

Krisledningsteamets förebyggande arbete har även inkluderat simulering av olika tänkbara sjukdomsscenarior av personal och behov av kohortvård för att underlätta planering och bemanning av extra personal. Dessutom har ett stort arbete lagts på att säkra god tillgång till skyddsutrustning med rätt kvalitet. Genom regelbunden inventering i alla verksamheter och en centralt styrd process för inköp och distribution har vi lyckats säkerställa att det under hela pandemin har funnits rätt skyddsutrustning på plats i varje verksamhet.

Under 2021 har vi i de verksamheter där vi har stadigvarande ansvar för dem vi finns till för genomfört omfattande provtagningar och smittspårning. Bräcke diakonis verksamheter har också haft ett systematiskt arbete med att erbjuda brukare och patienter vaccin mot covid-19 enligt nationella och regionala riktlinjer. Alla boende på SÄBO som kan och vill vaccinera sig har under hösten 2021 fått tredje dosen vaccin. Bräcke mobilt hälsoteam Väst har haft uppdrag att vaccinera utsatta grupper i alla VGR's kommuner, där vaccinering av målgruppen inte hade påbörjats.

Som i många verksamheter har digitaliseringen tagit stora steg även hos oss. Möten hålls nuförtiden digitalt i mycket större omfattning inom hela organisationen. Användandet av läsplattor mellan boende och anhöriga men också mellan sjuksköterskor, läkare och omvårdnadspersonal internt har underlättat kommunikation lokalt i verksamheterna. Webinarier riktat till personal och chefer har varit ett sätt att sprida ny information samt fånga upp och hantera frågor och eventuell oro medan digital introduktionsutbildning har tagits fram till nya medarbetare.

Under 2021 har krisledningsteamets arbete bestått av driftchef, utvecklingschef, HR-chef, hälso- och sjukvårdsrådgivare, MAR och MAS. Teamet har träffats en gång per vecka för uppdatering av nya riktlinjer samt diskuterat och tagit ställning till verksamhetsnära frågor som rör pandemin. Krisledningsteamet har bjudit in chefer och andra nyckelpersoner i verksamheterna till veckovisa digitala lägesavstämningar för hur pandemiarbetet fungerar i verksamheterna samt uppdatering av ny information och riktlinjer.

Sammanfattningsvis präglas vårt kvalitetsarbete under pandemin av såväl systematik som en hög grad av flexibilitet. Ny kunskap inhämtas och implementeras kontinuerligt. Det finns en tydlig kommunikation med utgångspunkt i de nationella rekommendationerna med en anpassning till lokala förutsättningar efter genomförda riskanalyser. Implementeringen av nya arbetssätt och förändringen av situationen följs upp genom löpande avstämning i krisledning, driftledning och operativa arbetsgrupper (smittskydd, skyddsutrustning, bemanning, kommunikation) och en tät kontakt mellan dessa och de lokala ledningsteamerna.

På Ginstgården har fortlöpande riskanalyser genomförts med syfte att förebygga smittspridning och identifiera behov av åtgärder och därefter följa upp gjorda analyser. En riskanalys som gjordes under våren 2020 och som upphörde hösten 2021 var om att låsa ytterdörren för att ha kontroll på vilka som befann sig på Ginstgården och för att minska smittspridning. Personal fick då större möjlighet att ha kontroll och erbjuda handsprit och munskydd till alla besökande. Alla riskanalyser som utförts finns inlagda i mapp i ett ledningssystem och individuella genomförda riskanalyserna finns i handlingsplaner i Magna Cura.

### **Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid \***

Möjlighet att vara med på Bräcke diakonis veckomöten har gjort att det är lättare att följa smittläget i omvärlden. Genom den interna databasen Qlikview kan verksamhetschef ta del av uppdaterad interaktiv avvikelsestatistik och därigenom lättare göra uppföljningar. På detta sätt kan verksamhetschef få fram informativa fakta att presentera för personalen.

## **5.1 Situationsanpassning \***

En proaktiv organisation med tydliga rollfördelningar som underlättar situationsanpassningar när det sker olika typer av störningar i vardagens vård- och omsorgsarbete. För att underlätta detta arbete utbildar Bräcke diakoni kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. På Ginstgården följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt, kvalitetsombud och verksamhetschef upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga

insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Ett exempel på situationsanpassning är hanteringen av pandemin genom de tidigare nämnda veckovisa digitala covidmöten som har riktat sig till alla verksamhetschefer och andra nyckelpersoner i verksamheten. Dessa har varit betydelsefulla för att snabbt kunna anpassa och hantera pandemifrågor i verksamheten. Bräcke diakoni har också haft en sk "covidjour" tillgänglig sju dagar i veckan dygnet runt för att stödja verksamheterna vid ett eventuellt covid-19 utbrott.

För att underlätta en situationsanpassning under helger, kvällar och nätter finns alltid en verksamhetschef i beredskap som kan kontaktas när behov uppstår.

## **5.2 Dagligt patientsäkerhetsarbete \***

Ginstgården lokala ledningsgrupp leder det dagliga arbetet. De gemensamma mötesforum som består av rapporter och återkommer teammöten, ronder och APT är en viktig del av det dagliga patientsäkerhetsarbetet. En annan viktig del är att göra boende och anhöriga involverade i den dagliga vården och omsorgen. Detta underlättas av relationskontinuitet där boende, anhöriga och personal lär känna varandra inom respektive enhet på Ginstgården. Detta arbetssätt möjliggör en personcentrerad och säker vård som inger trygghet.

## **5.3 Säker arbetsmiljö \***

En viktig del i en säker arbetsmiljö är att alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Medarbetarna i verksamheterna är delaktiga i kvalitets- och patientsäkerhetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policyer, rutiner och arbetssätt samt utveckling och administration av digitala system. Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Speranza Akademi, internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

Andra viktiga delar i säker arbetsmiljö som Ginstgården arbetar kontinuerligt med är årliga kontroller av hjälpmedel, utbildning i ergonomi och att arbetscheman följer arbetstidslagen så det finns tid för återhämtning. Det hälsofrämjande arbetet är också en förebyggande del där ingår bl a årliga arbetsmiljöronder samt arbetet med hälso- och

arbetsmiljöpolicy. Men även en god tillgång till skyddsutrustning som arbetsmiljöverket har godkänt är en viktig del av den säkra arbetsmiljön.

#### 5.4 Säker bemanning \*

Ginstgården följer kommunens krav för bemanning av verksamhetschef, sjuksköterska och undersköterskor. Kommunens rehabpersonal konsulteras vid behov. När det finns ett ökat behov av extra personal t ex vid kohortvård eller vård i livets slutskede anpassas bemanningen efter detta.

#### 5.5 Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens och samskapande och samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt i dialogen utifrån en 3-gradig skala. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftområdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. Resultaten för Ginstgårdens kvalitetsdialog presenteras i Figur 1.

Område	Struktur	Process	Resultat	Diff S	Diff P	Diff R
1. Styrdokument och ledningssystem	3,0	2,3	2,5	0,67	0,00	0,00
2. Riskanalyser	3,0	3,0	3,0	0,00	0,00	0,00
3. Avvikelsehantering	3,0	2,6	2,0	0,00	0,20	-0,33
4. Egenkontroll	3,0	3,0	2,0	0,00	0,33	0,00
5. Kunskap och kompetens	3,0	2,5	3,0	1,00	-0,50	0,50
6. Samverkan	3,0	2,7	3,0	0,33	0,33	0,50

Figur 1. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala. Diff S, P och R är skillnaden av skattningen mot 2020.

Ginstgården har en mycket väl utvecklad struktur inom alla områden har under 2021 förbättrat flertalet områden. Redan 2020 fanns ett utmärkt riskanalyserbete med goda resultat från struktur till resultat. Samverkan har förbättrats under året och är även denna på en mycket god nivå men processen planeras att utvecklas ytterligare. De flesta processer är välfungerande men det finns utvecklingspotential i att utveckla användningen av ledningssystemet och synpunktshandlingen, som är del av avvikelsehanteringen.

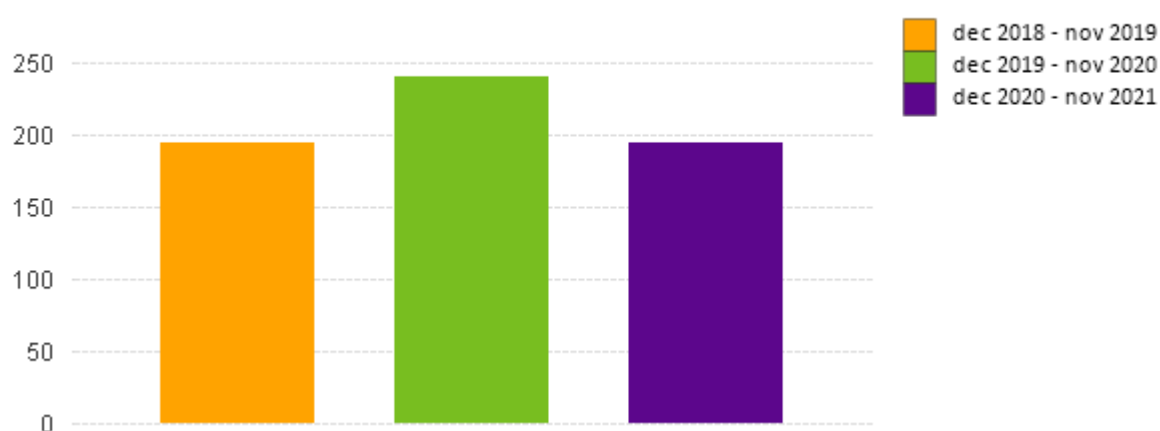
## 6 Stärka analys, lärande och utveckling \*

Bräcke diakoni använder sedan 2018 Kvalitetsanalys, en analysplattform i Qlikview, som ett viktigt verktyg för egenkontroll. Kvalitetsanalys kopplar ihop befintliga datakällor

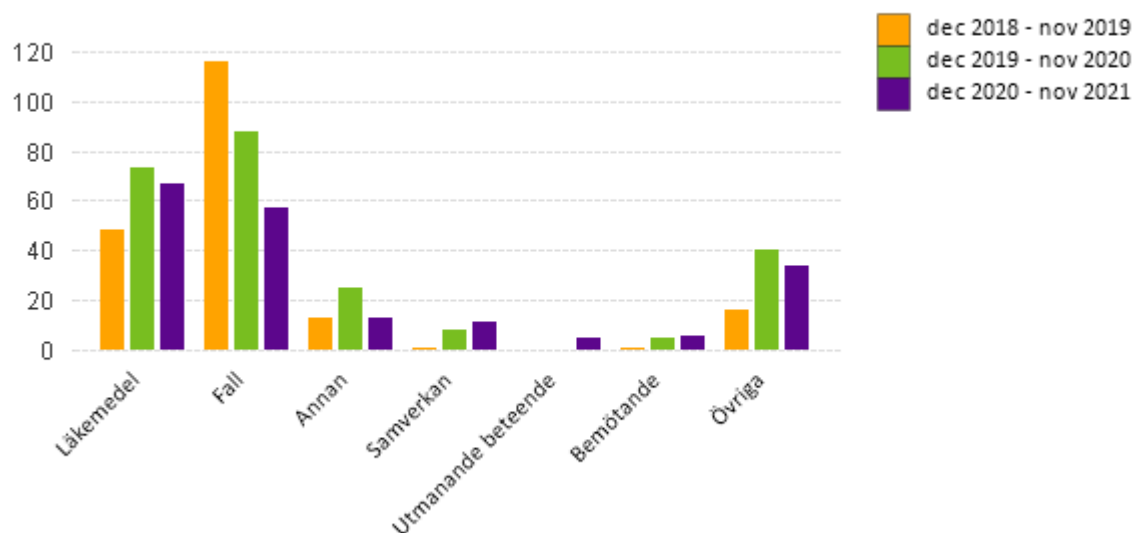
i ett interaktivt, transparent gränssnitt och ger verksamheterna kontroll över sina kvalitetsresultat, möjliggör benchmarking med andra liknande verksamheter inom organisationen och där det finns data, även med andra i landet. Kvalitetsanalys förenklar och bidrar till att fatta faktabaserade beslut och skapar ett driv för förbättringar i verksamheten. I Kvalitetsanalys finns i dag data från följande källor: Avvikelser från tre olika datakällor (DF Respons, Vodok, Treserva), nationella brukar- och patientenkäter (t.ex. Kolada), nationella kvalitetsregister (Senior alert, Svenska Palliativregistret), data från vår interna Kvalitetsdialog, vår egenkontroll av basal hygien, alla verksamheters mål och handlingsplaner för året och våra strategiska fokusområden. Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor \*

## Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



Antal avvikelser per typ

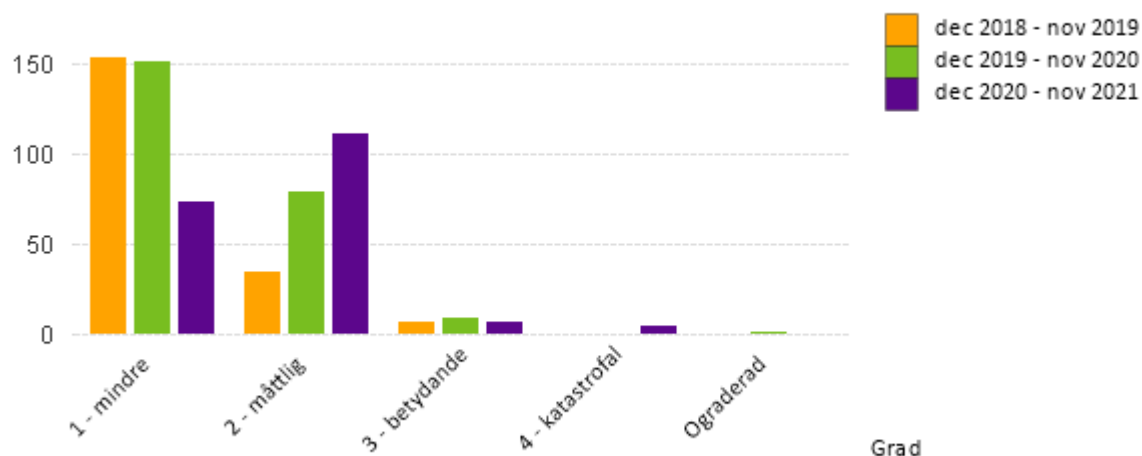


**Figur 2.** Antal avvikelser totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Medarbetarna är sedan flera år bra på att anmäla avvikelser, se figur 2. Läkemedelsavvikelser och fall står för majoriteten av alla avvikelser men ett fokuserat arbete kring att minska fall och läkemedelsavvikelser har gett goda resultat genom speciellt minskat antal fallavvikelser. De i övrigt vanligast förekommande

avvikelse typerna är samverkan, utmanande beteende och bemötande tillsammans med samlingskategorierna Annan (okategoriserade avvikelser, med möjlighet till fritextkategorisering, i de fall ingen befintlig avvikelse typ passar in) och övriga, som är en summering av de ovanligaste avvikelserna. Slutsatsen av denna analys är att Ginstgården kommer fortsätta att använda sina olika arbetssätt för att minska såväl läkemedelsavvikelser som fallavvikelser.

Allvarlighetsgrad (antal)

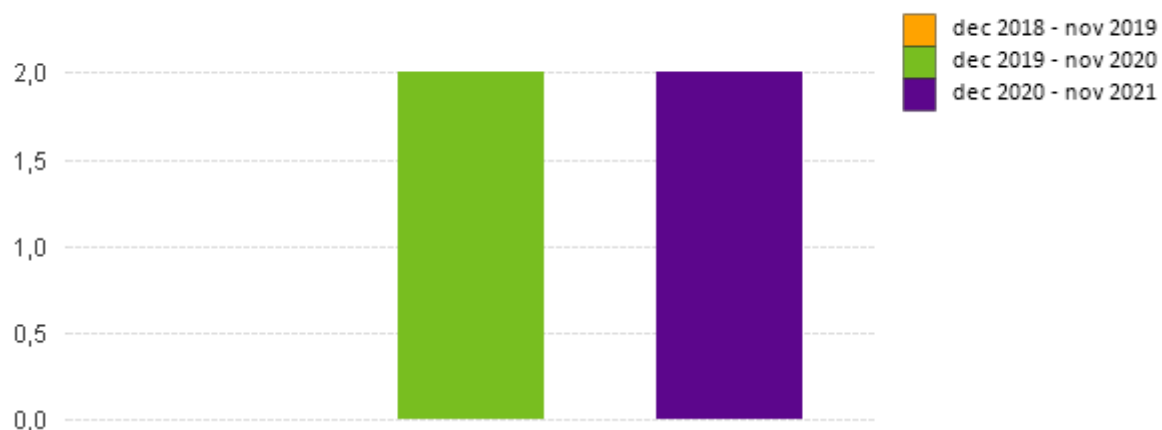


**Figur 3.** Avvikelsernas allvarlighetsgrad för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

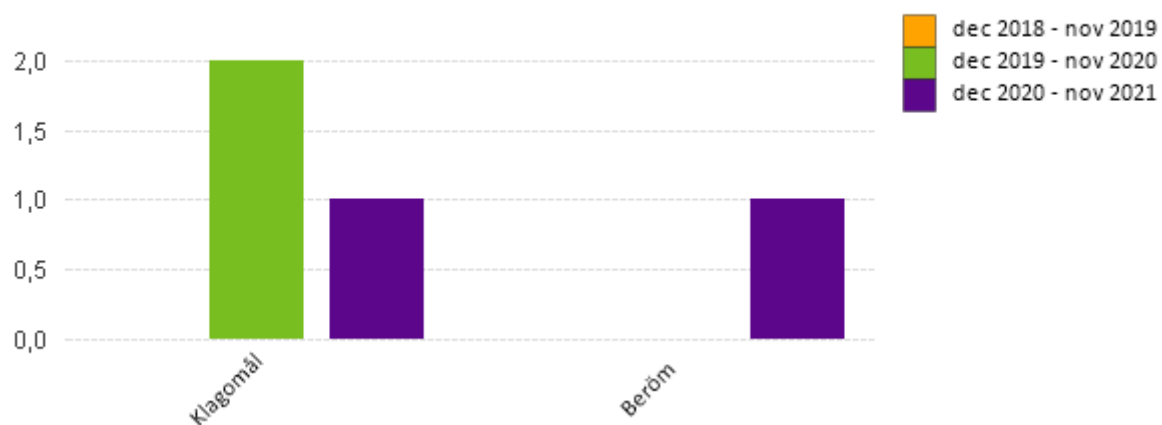
Under 2021 har allvarlighetsgraden ökat något genom att det är färre mindre avvikelser men fler måttliga avvikelser. Detta kan delvis bero på att vi kan se att boende idag är i ett sämre skick idag än tidigare vid inflyttning till ett särskilt boende. Det har också skett en katastrofal avvikelse som har utvecklats till ett personalärende. Andra allvarliga avvikelser som registrerats är; Vid två tillfällen har personal upptäckt att boende har rökt i sängen. Vid övergången mellan sommar och vintertid var larmet förskjutet en timma så att larmen inte gick direkt till nattpersonalen, vilket bidrog till att boende fick vänta onödigt länge på hjälp. Vid ett tillfälle har det upptäckts att en stor mängd narkotiska läkemedel har försvunnit ur ett läkemedelsskåp. En avvikelse har skickats till ambulansen för att utredas då ambulanspersonalen inte läste eller lyssnade på information angående boende så att personen fick lida onödigt mycket vid transport och även vid överlämnandet till akutvårdspersonalen.

## Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)

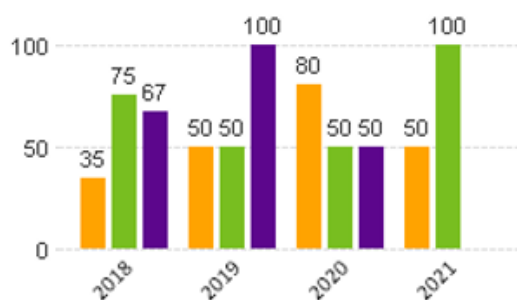


**Figur 4.** Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

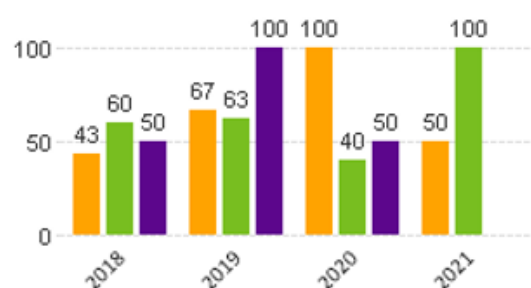
Två synpunkter har registrerats i systemet, ett klagomål och ett beröm. Beröm är viktiga för att lyfta det som fungerar väl i verksamheten. Övriga synpunkter bemöts fortfarande enbart muntligen, men ett aktivt arbete pågår för att öka synpunktsdokumentationen i avvikelssystemet.

## Senior alert

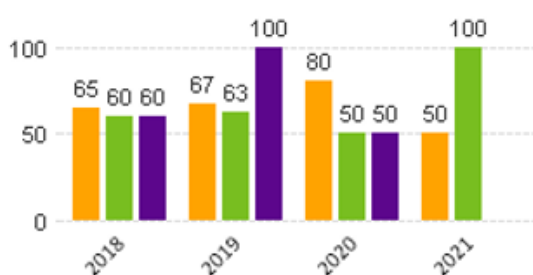
Andel boende med risk för trycksår (%)



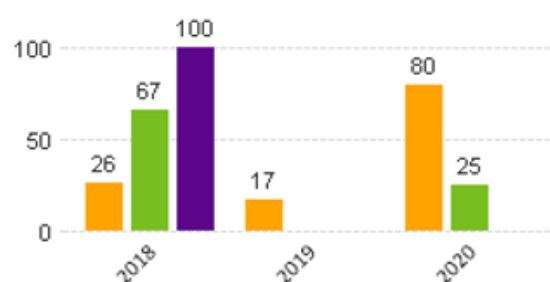
Andel boende med risk för undernäring (%)



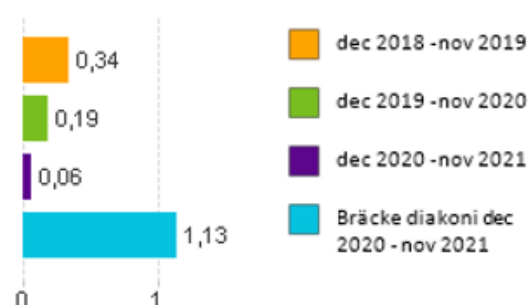
Andel boende med risk för fall (%)



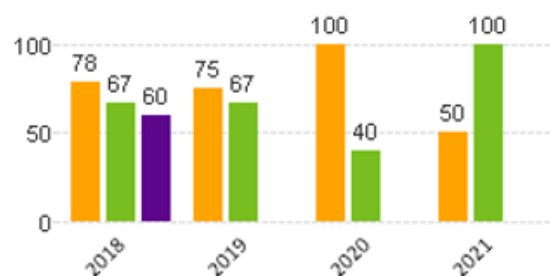
Andel boende med risk för ohälsa i munnen (%)



Antal riskbedömningar/plats



Andel boende med risk (%)

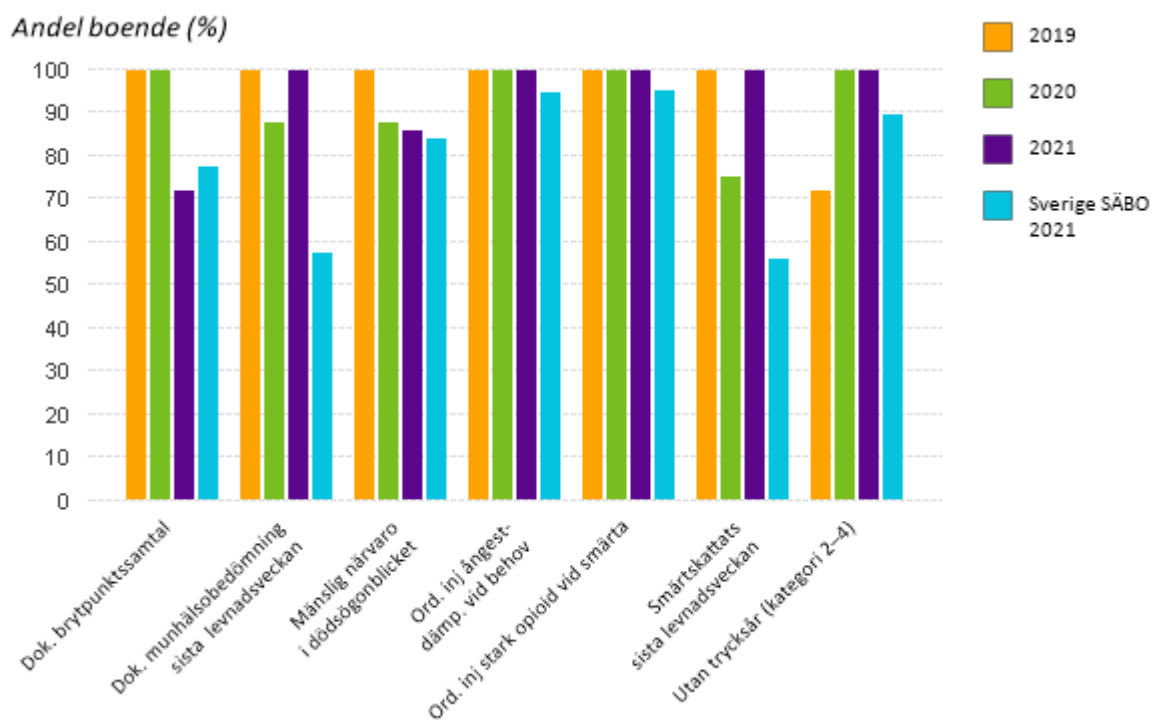


Figur 5. Data från Senior alert.

På Ginstgården används Senior alert som verktyg men än så länge registreras inte arbetet regelbundet, därför är det bara enstaka patienter registrerade. Alla boende som har registrerad identifierad risk 2021 har fått en åtgärdsplan, men ingen genomförd åtgärd är registrerad. Åtgärder har dock genomförts men inte registrerats, dess resultat visar sig dock exempelvis i de minskade fallavvikelsena. Ett mål för 2022 blir att öka registreringen i Senior alert.



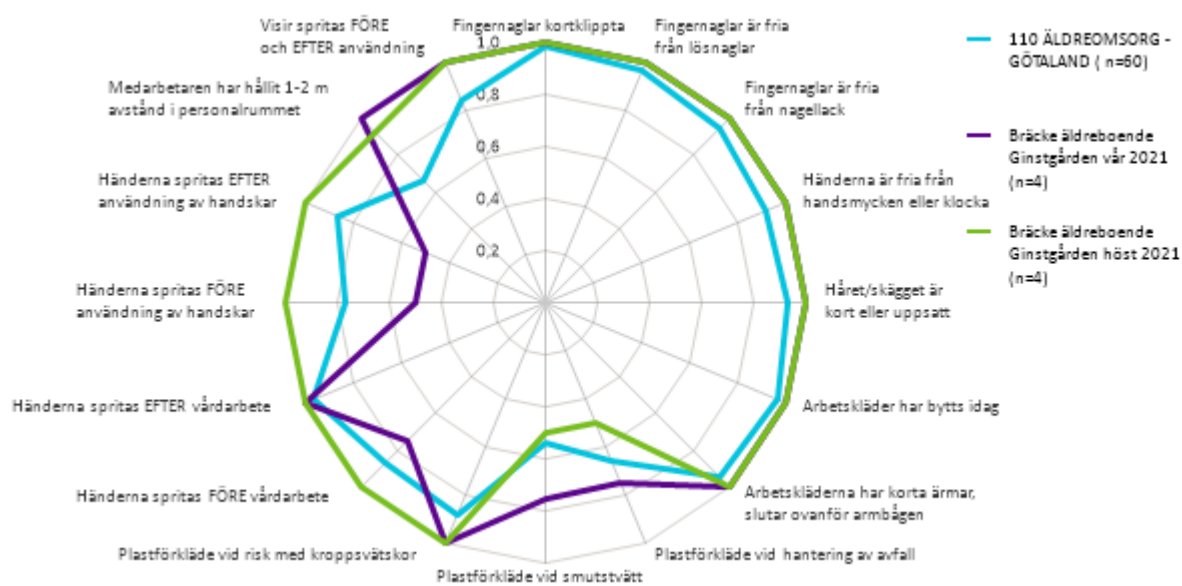
## Svenska palliativregistret



**Figur 6.** Resultat från Palliativregistret för 2021 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Ginstgården har goda resultat i Palliativregistret, där 100% av boende har fått dokumenterad munhälsobedömning och smärtskattning sista levnadsveckan, ångest och smärta är behandlad och ingen har haft trycksår. Vid 85% av dödsfallen har den boende haft någon hos sig i dödsögonblicket, något över medelvärdet på SÅBO i Sverige och alla har haft ett brytpunktssamtal men endast 70% har blivit dokumenterat, något som kan förbättras framöver. Detta beror delvis på ny personal, både undersköterska och sjuksköterska, samt den höga belastningen som pandemin orsakat.

## Egenkontroll Basal hygien



Figur 7. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2021 och driftområdets resultat för hela 2021.

Ginstgården har en mycket god följsamhet till basala hygienrutiner. Vårens mätning visade på att användandet av handsprit före och efter användning av handskar behövde förbättras, vilket har gjorts med gott resultat vid tidpunkten för höstens mätning. Höstens mätning visar dock på en förbättringspotential kring användandet av plastförkläde vid hantering av smutstvätt och avfall. Återkoppling av resultatet har tagits upp på APT.

### 6.1 Analyser som möjliggör lärande \*

Under året har vi haft två avvikelser där boende har rökt inomhus. Lärande gjordes under en riskanalys inför en handlingsplan. Riskanalysen inkluderade en diskussion kring hur rökningen skulle hanteras för att å ena sidan ha så liten påverkan som möjligt på den enskildes egenbestämmande och integritet och å andra sidan upprätthålla säkerheten för den enskilde och för de andra som bor på enheten.

### 6.2 Spridning av kunskap och lärdomar \*

Inom Bräcke diakoni finns det olika forum som nyttjas för spridning av kunskap och lärdomar. Några exempel är webinarier, internutbildningar, månatliga ledningsgruppsmöten där även MAS, SAS och HR deltar, reflektionsmöten med ledningsgrupper efter kvalitetsdialog och färdigskrivna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser, gemensamma sjuksköterske- och rehabiliteringsmöten två ggr/år, kvalitetombudsträffar 2 ggr/år och veckovisa möten gällande covid-19.

På Ginstgården sprids kunskap och lärdomar i den lokala ledningsgruppen, gemensamma teamsmöten, rapporter, APT samt via mejlutskick till all personal.

## 7 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Inom Bräcke diakoni pågår ett kontinuerligt patient- och brukarsäkerhetsarbete. Det har sin utgångspunkt i det ovan beskrivna patient- och brukarsäkerhetsrådet som består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef. Detta team möts sex ggr/år och vid behov oftare och i olika konstellationer. Det finns stora vinster i att ha ett gemensamt patient- och brukarsäkerhetsråd bestående av ett multiprofessionellt team, eftersom vi har olika kunskaper och perspektiv. Ett gemensamt forum innebär att vi kan dela kunskaper och lärdomar med varandra, planera för en säkrare framtid samt se till att nya kunskaper och lärdomar sprids vidare inom och utanför organisationen.

### 7.1 Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt \*

Under 2020 och 2021 var Bräcke diakonis MAS och MAR med i ett pilottest av SKR nya analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete som är riktat till kommunal vård och omsorg. Detta verktyg utgår från nationella handlingsplanen och ska stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet inom bl a äldreomsorgen. Verktiget med tillhörande genomförandestöd innebar att en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet inom organisationen genomfördes, utmaningar för en säker vård identifierades och sedan tog vi fram och prioriterade olika insatser som ska möta dessa utmaningar för att stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt. Analysverktyget har också bidragit till att skapa en samsyn inom organisationen kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård och omsorg. Arbetet har slutligen resulterat i en handlingsplan som följs upp av kontinuerligt av Bräcke diakonis patient- och brukarsäkerhetsråd.

Detta arbete har identifierat olika förbättringsområden i vårt gemensamma avvikelssystem och tydligare frågeställningar i kvalitetsdialogen om patienters delaktighet i vården och omsorgen samt i förbättringsarbeten inom verksamheten. Det har även ökat förståelsen för hur bemötande kan påverka patientsäkerheten och en ny bemötandepolicy har tagits fram som beskriver hur vi kan arbeta med bemötande i verksamheten.

I nuläget har detta verktyg bara använts organisationsövergripande inom Bräcke diakoni, nästa steg är att använda verktyget för respektive äldreboende inom organisationen.

### 7.2 Omvärldsbevakning ur ett patientsäkerhetsperspektiv \*

Organisationsövergripande har MAS och MAR under 2021 gått patientsäkerhetsutbildning 7,5 på avancerad nivå i syfte att stärka det framtida patientsäkerhetsarbetet inom Bräcke diakoni. Den nya driftledningsgruppen som nu leds av en gemensam driftchef har skapat bättre förutsättningar för omvärldsbevakning och kunskapsutbyte mellan Bräcke diakonis olika driftområden eftersom det för samman chefer på olika nivåer med expertkunskaper inom olika områden, bl a äldreomsorg, primärvård och psykiatri.

Ginstgårdens multiprofessionella ledningsgrupp bevakar olika områden utifrån deras olika professioner och ansvarsområden och utifrån nätverk de deltar i. Leg sjuksköterska på Ginstgården har nyligen också tagit distriktsjuksköterskeexamen. Organisationen kring olika ombud, såsom miljöombud, kvalitetsombud, palliativa ombud

och hygienombud, underlättar också omvärldsbevakningen och kunskapsspridningen inom verksamheten.

### 7.3 Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap \*

SKR analysverktyg har hjälpt oss att identifiera detta som ett förbättringsområde för Bräcke diakoni. De simuleringsövningar Ginstgårdens personal har övat hittills är att ta av och på skyddsutrustning eftersom detta är ett viktigt moment för att förhindra smittspridning och få en säker och trygg arbetsmiljö.

Bräcke diakonis diakoner har också hjälpt verksamheten att sprida kunskap om den nya bemötandepolicyn. Här det finns möjlighet att också få träna sig i hur man kan agera om en kollega har ett dåligt bemötande. Även den palliativa utbildningen som flertalet undersköterskor på Ginstgården har gått tar upp olika svåra situationer i livets slutskede och där man får möjlighet att föra en dialog kring vad man kan göra när dessa situationer uppstår.

...

## 8 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Fokusområde	Mål	Aktivitet	Ansvar	Klar senast
Stolta och engagerade medarbetare	All personal skall känna sig trygg med att dokumentera i BPSD-registret	Personalutbildning genom kommunens regi då dom under 2022 kommer utbilda instruktörer som Ginstgården kommer få möjlighet att ta del av.	VC	Dec2022
Diakoni i praktiken	Alla boende får den sociala tiden behöver utifrån genomförandeplan.	Starta gruppaktiviteter om coronapandemiläget tillåter.	VC	September 2022
Diakoni i praktiken	Alla boende får den sociala tiden behöver utifrån genomförandeplan.	Rapportera avvikelser i DF och i genomförandeplan om boende inte får sin sociala tid.	Alla medarbetare	Dec 2022
Tillit och lärande	100% av boende ska registreras i Senior Alert och BPSD-registren.	Registrera i Senior alert och BPSD.	SSK	Dec 2022
Stolta och engagerade medarbetare	Öka andelen personal med kompetens inom välfärdsteknik	Vi kommer göra en inventering av personalen som har intresset och utifrån det skapa tvärgrupper inom Stiftelsen. Genom detta vill vi skapa en	VC	Dec 2022

		utbildningsplan för välfärdsteknik.		
Diakoni i praktiken	100% boende har riskbedömning gjord i enskilda hem	Implementera befintligt arbetssätt under BPSD-möten	VC/ kontaktpersoner	Juni 2022
Tillit och lärande	Öka antalet dokumenterade synpunkter i DF	Lägga in synpunkter i DF. Regelbundet ta upp på APT	VC	Oktober 2022
Diakoni i praktiken	Alla medarbetare ska ha varit inloggade i ledningssystemet	Öka användning av ledningssystemet	VC/ Biträdande VC	Dec2022
Diakoni i praktiken	Minska antalet läkemedelsavvikelser	Undersöka möjligheten till digitalsignering. Öka förståelsen varför följsamhet till läkemedelsrutinen brister	Verksamhetschef och MAS	Dec 2022

## 9 Referensmaterial

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Kvalitet och patientsäkerhet – information från Socialstyrelsen

Patientsäkerhetsberättelse – information från Sveriges kommuner och regioner

Systematiskt patientsäkerhetsarbete - information från Sveriges kommuner och regioner

Svenska palliativregistret – information om registret

Senior alert – resultat och statistik på nationell nivå

Senior alert – hämta egna data (krävs ingen inloggning)

Svenska palliativregistret - hämta egna data (krävs ingen inloggning)

BPSD – information om registret

Uppdatering av  
tillämpningsanvisningar  
2022 - avgifter och  
ersättningar för personer  
inom verksamhetsområde  
funktionsstöd

5

2022.039 VON





Datum: 2022-03-16  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.039 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Uppdatering av tillämpningsanvisningar 2022 – Avgifter och ersättningar för personer inom verksamhetsområde funktionsstöd**

### **Ärendebeskrivning**

Brukare inom daglig verksamhet betalar i dagsläget en kontant summa för fika till kaffekassa. Beloppet om 5 kr/dag motsvarar självkostnadspris.

Det blir allt svårare att ta ut och få tag i kontanter för brukarna. Personal inom boendesidan behöver därför ta tid i anspråk för att vara behjälpliga med att tillsammans med brukare åka till bankomat för att ta ut kontanta medel vilket tar tid från verksamheten.

### **Förvaltningens yttrande**

Förvaltningen föreslår att kontant betalning av kaffekassa för brukare i daglig verksamhet avskaffas. Förvaltningen föreslår istället en månadsvist uttag för kaffekassa via utställd faktura som skickas ut via ekonomiavdelningen i dagsläget för betalning av mat och resor.

Förvaltningen föreslår en avgift om

20 kr för hel vecka = 3 dagars närvaro eller mer

10 kr för halv vecka = 2 dagars närvaro eller mindre

Nyttjar man inte kaffe eller fika görs inget avdrag.

### **Ekonomisk bedömning**

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

### **Förslag till beslut**

Nämnden föreslås att göra ett tillägg i tillämpningsanvisningarna kring det nya betalningssättet

### **Beslutet ska skickas till**

Förvaltningen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Hanna Tenfält  
Controller



# Tillämpningsanvisningar 2022

Avgifter och ersättningar för personer inom verksamhetsområde LSS

---

Typ av styrdokument: Tillämpningsanvisningar  
Beslutande instans: Nämnd  
Datum för beslut: ÅÅÅ-MM-DD  
Diarienummer: XX

Gäller för: Vård- och omsorgsnämnden  
Giltighetstid: 2022  
Dokumentansvarig: Hanna Tenfält

# Inledning

Tillämpningsanvisningarna anger vilka avgifter och ersättningar som gäller för personer inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Det gäller avgifter och ersättningar för mat, resor, fritidsverksamhet, bostad samt andra omkostnader som inte är att betrakta som del av omvårdnaden. Insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) är i grundprincip avgiftsfri. Vård- och omsorgsavgifter inom verksamhetsområdet gäller också för den som får insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Tillämpningsanvisningarna gäller oavsett huruvida individen bor i bostad med särskild service eller i eget boende.

I SoL framgår att kommunen får ta ut avgift för exempelvis boende samt i vilka enskilda fall kommunen inte kan ta ut avgifter. I dessa anvisningar (bilaga 1) finns ett förtydligande av beräkning av förbehållsbelopp så att "den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga levnadsbehov" (SoL 8 kap). I LSS anges att om man har inkomst (ålders/garantipension, sjukersättning eller annan inkomst) får skäliga avgifter för bostad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter tas ut av kommunen. Avgifterna får inte överstiga självkostnaden och kommunen ska se till att den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov.

Tillämpningsanvisningarna gäller samtliga personer som ingår i verksamheter inom Vård- och omsorgsnämnden med insatser inom SoL och LSS samt biståndslösa insatser. Tillämpningsanvisningarna beräknas utifrån prisbasbeloppet och ändras 1 januari 2022.

Beräkningarna av beloppen följer dessa anvisningar.

# Personlig assistans

Insatsen personlig assistans är kostnadsfri för den enskilde.

Den som har beviljats assistansersättning enligt 51 kap socialförsäkringsbalken (SFB) av försäkringskassan har kommunen rätt att ta ut avgift för personlig assistans i enlighet med 18 § LSS.

Avgiften får inte vara högre än den assistansersättning som beviljats av försäkringskassan. Försäkringskassan kan besluta att betala ut ersättningen direkt till kommunen (51 kap. 17 § SFB).

# Ledsagarservice

Ledsagarservice är enligt 9 § 3 p. LSS avgiftsfritt för den enskilde.

# Kontaktperson

Insatsen är avgiftsfri. Vid utförande av aktiviteter i samband med insatsen kontaktperson enligt 9 § LSS står biståndstagaren över 18 år för sina egna omkostnader. Är den enskilde under 18 år bekostas aktiviteterna av kontaktpersonen genom att beviljas omkostnadsersättning.

Arvodes- och omkostnadsersättning till kontaktpersoner grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning och utges enligt separat rutin och i enlighet med SKR's rekommendationer.

# Avlösarservice

Avlösarservice enligt 9 § p. 5 LSS är avgiftsfri. Omkostnader för avlösare utges ej av kommunen.

# Bostad med särskild service

## Avgift för kost och förbrukningsartiklar

Avgift för kost och förbrukningsartiklar beräknas utifrån prisbasbeloppet (för år 2022 är prisbasbeloppet 48 300 kr). Måltidsabonnemang A motsvarar 78 % av prisbasbeloppet, måltidsabonnemang B motsvarar 50 % av prisbasbeloppet och förbrukningsartiklar motsvarar 1,5 % av prisbasbeloppet. I måltidsabonnemang A ingår alla måltider alla dagar. I måltidsabonnemang B ingår alla måltider utom lunch på vardagar samt alla måltider på helgdagar. Med förbrukningsartiklar avses städ- och rengöringsartiklar, toalett- och hushållspapper samt liknande förbrukningsartiklar. Personliga hygienartiklar ingår inte i förbrukningsmaterial. Fakturering sker på månadsbasis.

I de fall brukare innehar specialkost exempelvis sondmatning, timbalkost m.m. där kommunen står för kostnaden debiteras brukaren sedvanlig taxa för måltidsabonnemang.

Avgifter 2022:

Måltidsabonnemang A: 3 140 kronor/månad

Måltidsabonnemang B: 2 013 kronor/månad

Förbrukningsartiklar: 60 kronor/månad

Frånvaroavdrag för heldag görs med 3,3 % av avgiften för måltidsabonnemang A samt för helger vid måltidsabonnemang B. Vid vardagar för måltidsabonnemang B görs ett avdrag på 2,6 %. Vid beräkning av frånvaroavdrag för annat än heldag används följande avdrag: Frukost 0,5%, lunch 1,65 %, mellanmål 0,25 % och kvällsmål 0,9 %.

För år 2022 motsvarar frånvaroavdraget:

Måltidsabonnemang A samt helgdag: 104 kr/dag

Måltidsabonnemang B vardag: 52 kr/dag

Frukost: 16 kr/dag

Lunch: 52 kr/dag

Mellanmål: 8 kr/dag

Kvällsmål: 28 kr/dag

Samma priser används vid beräkning av tilläggskostnad när fler måltider erhålles än vad som ingår i måltidsabonnemanget samt för brukare som inte har måltidsabonnemang men äter enstaka måltider och ska faktureras för dessa.

Inom serviceboende betalar varje brukare normalt sina egna kostnader för hushållet. Hur brukaren betalar sina kostnader kan variera med hänsyn till vad som överenskommit med god man.

Vid boende i extern placering skall brukaren betala för hyra, mat och resor på samma sätt som vid kommunalt boende. Avgiftsuttaget från kommunen beror på om det externa boendet tar ut avgifter eller inte.

## **Enskilt stöd i samband med måltider i serviceboende**

Pedagogisk måltid eller enskilt stöd i samband med måltider ges i undantagsfall till brukaren när det finns en bedömning eller ett beslut om att det finns behov av pedagogisk måltid. Frukost, lunch och kvällsmål kan vara pedagogiska måltider. En pedagogisk måltid är en måltid, där personal äter tillsammans med brukaren/klienten. Pedagogisk måltid sker på arbetstid och där brukaren har ett behov av enskilt stöd i samband med måltiden.

Förvaltningen betalar ersättning till brukaren för de pedagogiska måltiderna eller enskilt stöd när brukaren svarar för kostnader för det egna hushållet. Principen är att kommunen betalar sin andel av självkostnaden avseende livsmedel för pedagogiska måltider.

Brukarens behov av enskilt stöd i samband med måltider kan variera samt att den anställdes möjlighet att äta en fullvärdig måltid kan vara begränsad av omvårdnads- situationen. En bedömning av självkostnaden för måltiden får göras i varje enskilt fall i samråd mellan ansvarig enhetschef och brukaren/god man.

Personal som äter pedagogisk måltid betalar en reducerad avgift som följer de avgifter som riktlinjer och rutiner för pedagogiska måltider beskriver.

För år 2022 motsvarar det:

Frukost	9 kr
Lunch	24 kr
Kvällsmål	17 kr

## Hyra av bostad med särskild service

Varje brukare som har en boendeinsats har ett hyresförhållande med förvaltningen och erlägger hyra som faktureras månadsvis i förskott. I service- och i gruppboendestad betalar brukaren faktisk kostnad samt del av gemensamhetsutrymme.

## Kostnader för fritidsresor

Brukare som gör lokala resor på sin fritid och reser med personbil eller buss, som bekostas av förvaltningen, skall betala en avgift. Denna avgift motsvarar det skattefria beloppet som Skatteverket anger. Varje resande betalar milersättning oavsett hur många som reser med i fordonet. Med lokal resa avses resa som är högst 30 km (tur och retur).

Vid längre resor utanför närområdet betalar brukaren fordonets självkostnad. Resa som är längre än 30 km (tur och retur) anses vara en resa utanför närområdet. När fordonet används av flera brukare delas fordonets självkostnad mellan de brukare som nyttjar bilen eller bussen. Beräkningen av självkostnaden görs i samverkan med ansvarig för bilhanteringen i kommunen och revideras varje år.

För år 2022 motsvarar det:

18,50 kr/mil för lokala resor (justeras utifrån Skatteverkets nivå 2022)

34 kr/mil för längre resor (längre än 30 km)

Normalt används verksamhetens bilar/bussar för fritidsresor. Om personal vid förvaltningen skulle använda egen bil för brukares fritidsresor skall reseräkning skrivas på samma sätt som för övriga tjänsteresor. Betalning direkt från brukare till anställd får inte förekomma. Resekostnader faktureras brukaren varje månad. Den merkostnad för fordon eller andra omkostnader som eventuellt kan uppstå på grund av medföljande personal skall inte faktureras brukaren. Dessa regler tillämpas också för brukare som har ordinärt boende och som använder sig av förvaltningens fordon för fritidsresor.

## Aktiviteter för brukare

Brukare betalar själv sina kostnader för sociala aktiviteter, det gäller även rese- kostnader.



## Avgifter för vårdnadshavare vid placerade barn

För barn och ungdomar som upp till och med 18 år bor i bostad med särskild service för barn och ungdomar eller familjehem enligt 9 § 8 p. LSS. Enligt § 20 LSS, beräknas ersättningen till kommunen utifrån föräldrarnas ersättningskyldighet.

Föräldrars ersättning till kommunen ska, enligt 6 kap. 2 § socialtjänstförordningen, beräknas på samma sätt som om det gällde att bestämma återbetalningsskyldighet för var och en av dem, enligt lagen (1996:1 030) om **underhållsbidrag**.

Bestämmelsen innebär att kommunen ska göra individuella beräkningar och skälighetsbedömningar av respektive förälders betalningsförmåga. För var och en av

föräldrarna ska fastställas ett belopp som de ska betala till kommunen. Beräkningen utgår från respektive förälders inkomst och antalet barn de är försörjningsskyldiga för. Beräkningen kan därför leda till att föräldrarna ska betala olika belopp. Beräkningen omprövas årligen.

Det belopp som var och en av föräldrarna ska bidra med per månad får dock inte överstiga vad som motsvarar underhållsstödsbeloppet som enligt socialförsäkringsbalken motsvarar:

- 1 673 kr/mån t o m månaden då barnet fyller 11 år

- 1 823 kr/mån fr o m månaden efter den då barnet har fyllt 11 år t o m månaden då barnet fyller 15 år

- 2 223 kr/mån fr o m månaden efter den då barnet fyllt 15 år

Om brukaren är 18 – 19 år har kommunen inte rätt att ta ut avgifter from

18-årsdagen tills juli samma år personen fyller 19 år när aktivitetsersättning utgår från

Försäkringskassan. Om aktivitetsersättning har betalats ut retroaktivt av Försäkringskassan har kommunen rätt att inhämta avgifter under samma period.

# Korttidsverksamhet

Vid insats i form av korttidshem, stödfamilj eller läger enligt 9 § 6 LSS tas en avgift ut för mat. Resor till och från korttidsvistelsen betalas av omsorgstagaren/vårdnadshavaren.

Arvode och omkostnadsersättning till kontaktfamilj/stödfamilj vid korttidsvistelse grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning som utges enligt separat rutin i enlighet med SKR's rekommendationer.

Om brukaren är 18 – 19 år har kommunen inte rätt att ta ut avgifter från 18-årsdagen tills juli samma år personen fyller 19 år när aktivitetsersättning utgår från Försäkringskassan.

## Korttidsvistelse/stödfamilj

För måltider i korttidsvistelse/stödfamilj tillämpas följande priser baserade på prisbasbeloppet.

Måltider (ålder)	0-7 år	8-15 år	16 år-
Helkost	0,14 %	0,175 %	0,22 %
Varav (i procent av helkost):			
Frukost	17 %	17 %	17 %
Lunch	49 %	49 %	49 %
Mellanmål	7 %	7 %	7 %
Kvällsmål	27 %	27 %	27 %

För år 2022 innebär det:

Måltider	0-7 år	8-15 år	16 år-
Helkost	68 kr	84 kr	106 kr
Varav:			
Frukost	12 kr	14 kr	18 kr
Lunch	33 kr	41 kr	52 kr
Mellanmål	5 kr	6 kr	7 kr
Kvällsmål	18 kr	23 kr	29 kr

## Korttidstillsyn

För mellanmål under skoldagar oavsett eventuell frånvaro beräknas avgiften till 3,9 % av prisbasbeloppet, detta gäller för ungdomar till och med 17 år. För 2022 motsvarar kostnaden 157 kronor per månad

Måltider under begärt antal dagar för heldagstillsyn beräknas på samma sätt som för korttidsvistelse/stödfamilj.

# Daglig verksamhet och Daglig sysselsättning

## Resor till och från daglig verksamhet

För resor till och från serviceboende, gruppboende eller eget boende betalar brukaren en avgift som uppgår till samma belopp som taxan för kollektivtrafiken. Dock tas en maximal avgift ut motsvarande kostnad för månadskort inom kollektivtrafiken.

För år 2022 innebär det 35 kr/enkelresa, dock maximalt 815 kr/månad.

## Lunch och fika vid daglig verksamhet och daglig sysselsättning

Brukare i daglig verksamhet och daglig sysselsättning betalar samma avgift för lunch som brukare inom särskilt boende.

För fika inom daglig verksamhet betalar brukare en avgift motsvarande självkostnadspris.

För 2022 motsvarar det

20 kr för hel vecka = 3 dagars närvaro eller mer

10 kr för halv vecka = 2 dagars närvaro eller mindre.

Nyttjar man inte kaffe eller fika görs inget avdrag.

## Särskilda aktiviteter

För sådana särskilda aktiviteter som den dagliga verksamheten erbjuder eller anordnar inom ramen för individuell plan för den enskilde betalar brukaren ingen avgift. För sådana särskilda aktiviteter, som den dagliga verksamheten erbjuder vid enstaka tillfällen under året (t ex besök på utställningar, utflykter) betalar brukaren avgifterna. Kostnad för resor till aktiviteten betalas av den dagliga verksamheten.

För andra aktiviteter som ligger utanför den dagliga verksamheten (t ex deltagande i särskild undervisning för vuxna) som brukaren önskar delta i, betalar brukaren sin kostnad inklusive resa. Används förvaltningens fordon för resor erläggs resekostnad enligt ovan, kostnader för fritidsresor.

## **Habiliteringsersättning**

Brukare som deltar i daglig verksamhet erhåller habiliteringsersättning. Ersättningen utbetalas månadsvis baserad på brukarens närvaro på den dagliga verksamheten. 2022 uppgår habiliteringsersättningen för dagar då brukaren närvarat på daglig verksamhet en heldag till 61 kr/dag. För halv dag/del av dag är habiliteringsersättningen 43 kr/dag. Habiliteringsersättningen uppgår till 0,125 % av prisbasbelopp.



Granskning av  
ekonomistyrningen inom  
vård- och omsorgsnämnden

6

2021.254 VON

Datum: 2022-03-15  
Handläggare: Anita Hedström  
Direktnr:  
Diariennr: 2021.254 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Granskning av ekonomistyrning inom vård- och omsorgsnämndens

### Ärendebeskrivning

På revisorernas uppdrag har KPMG genomfört en granskning av rubricerat område. Kommunens revisorer har behandlat och godkänt revisionsrapporten. Revisorerna överlämnar revisionsrapporten till vård- och omsorgsnämnden med frågeställningen om vilka åtgärder vård- och omsorgsnämnden avser genomföra med bakgrund av revisionsrapporten. Svaret ska vara revisorerna tillhanda senast den 31 mars 2022.

Av bifogad revisionsrapport framgår att Alingsås kommuns revisorer har gett i uppdrag till KPMG att granska ekonomistyrningen inom vård- och omsorgsnämnden. Mot bakgrund av denna granskning rekommenderar KPMG vård- och omsorgsnämnden att:

- Se över möjligheterna att följa upp resultaten strukturerat även på verksamhetsnivå.
- Under 2022 utvärdera det nya arbetssättet kopplat till förbättrad prognossäkerhet för att kunna genomföra ytterligare justeringar i arbetssättet vid behov.
- Fortsätta att upprätta korrekta och tillräckligt omfattande analyser av verksamheternas utveckling.
- Kontinuerligt förbättra ekonomistyrningen.
- Vid behov ta fram handlingsplaner där konkreta åtgärder framgår

### Förvaltningens yttrande

Vård- och omsorgsförvaltningen har tagit del av rapporten och delar bilden som framkommer i rapporten att det tidigare funnits brister men att både förvaltningen och nämnden tillsammans har förbättrat den ekonomiska styrningen av verksamheten under 2021. Vård- och omsorgsförvaltningen har följande kommentarer på KPMG:s rekommendationer:

- Se över möjligheterna att följa upp resultaten strukturerat även på verksamhetsnivå.

Vård- och omsorgsnämnden följer den av kommunfullmäktige beslutade styrmodellen och policy för ekonomistyrning. Vård- och omsorgsförvaltningen följer de anvisningar till styrmodellen som kommunledningskontoret tar fram. I anvisningarna finns inga krav på uppföljning på verksamhetskod. Det skulle innebära en ökad arbetsbörda både på förvaltningen och kommunen i stort inom ekonomiområdet.

- Under 2022 utvärdera det nya arbetssättet kopplat till förbättrad prognossäkerhet för att kunna genomföra ytterligare justeringar i arbetssättet vid behov.

Prognossäkerheten förbättrades avsevärt under 2021. I en stor förvaltning som omsätter över 1 miljard om året behöver dock ständiga förbättringar göras. Förvaltningen har en process för att än mer öka kvaliteten på prognoserna.

- Fortsätta att upprätta korrekta och tillräckligt omfattande analyser av verksamheternas utveckling.

Vård- och omsorgsförvaltningen informerar kontinuerligt nämnden om dess verksamhet. Utöver det fick vård- och omsorgsförvaltningen flera uppdrag av ordförande och nämnden under 2021. De viktigaste rapporterna var "Vård- och omsorgsnämndens ekonomiska förutsättningar" och "Strategi för äldreomsorgen 2022–2030" där den senare även beslutades i kommunfullmäktige i december 2021. I budgetbeslutet 2022 gav nämnden i uppdrag till förvaltningen att ta fram en strategi för funktionshinder 2023–2030.

- Kontinuerligt förbättra ekonomistyrningen.

En förbättrad ekonomistyrningen beslutades av vård- och omsorgsnämnden i budget 2021. De förändrade arbetssätt som vård- och omsorgsförvaltningen införde under 2021 har redan givit effekt. Nämnden gav i budget 2022 förvaltningen i uppdrag att bedriva verksamheten kostnadseffektivt med hög kvalitet för att klara av den demografiska utvecklingen. Förvaltningen har inför 2022 vidtagit åtgärder för att fortsätta utveckla ekonomistyrningen, så att nämndens resurser används på bästa sätt till gagn för Alingsåsarna.

- Vid behov ta fram handlingsplaner där konkreta åtgärder framgår

Vård- och omsorgsförvaltningens strävan är att ekonomistyrningen skall vara så bra att handlingsplaner inte behövs. I samband med bokslutet beslutade nämnden om handlingsplaner inom ett verksamhetsområde, som under flera år haft problem med budgetföljsamheten.

### **Ekonomisk bedömning**

Ärendet i sig medför inga direkta ekonomiska konsekvenser.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsförvaltningens yttrande antas som vård- och omsorgsnämndens eget yttrande och expedieras till kommunrevisionen.

### **Beslutet ska skickas till**

Kommunrevisionen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef Förvaltningskontoret





# Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs- nämnden

Revisionsrapport  
Alingsås Kommun

KPMG AB

2021-12-15

Antal sidor 17



**Alingsås Kommun**

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning/bakgrund	3
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	3
2.2	Revisionskriterier	4
2.3	Metod	4
3	Resultat av granskningen	4
3.1	Resultatutveckling och prognostisering	4
3.2	Budgetprocessen	9
3.3	Uppföljningsprocessen	10
3.4	Vidtagna åtgärder med anledning av uppkommen situation	12
3.5	Nyckeltal i jämförelse med andra	14
4	Slutsats och rekommendationer	16
4.1	Rekommendationer	16

## 1 Sammanfattning

Vi har av revisorerna i Alingsås kommun fått i uppdrag att granska ekonomistyrningen inom vård- och omsorgsnämnden. Det övergripande syftet med granskningen har varit om nämnden har en ändamålsenlig ekonomistyrning och huruvida arbete med ekonomiska prognoser är effektivt samt om de prognoser som tas fram ger en tillförlitlig bild av vård- och omsorgsnämndens resultat och utveckling.

Vi kan genom vår granskning konstatera att det hänt mycket senaste året inom nämndens verksamheter kopplat till ekonomistyrning och uppföljning. Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att det har funnits brister men att nämnden idag har en till stor del ändamålsenlig ekonomistyrning.

I vård- och omsorgsnämndens uppföljningar presenteras budget och utfall fördelat på kontogrupperna *Intäkter*, *Personalkostnader*, *Lokalhyror*, *Köp av tjänst* samt *Övriga kostnader*. Vi anser dock att det skulle ge ett mervärde att även presentera uppföljningarna på verksamhetsnivå.

Under 2021 har arbetet med uppföljningar setts över och förändrats vilket vi bedömer kommer att påverka arbetet med ekonomiska prognoser positivt framöver. Vi rekommenderar nämnden att under 2022 utvärdera det nya arbetssättet kopplat till förbättrad prognossäkerhet för att kunna genomföra ytterligare justeringar i arbetssättet vid behov. En hög prognossäkerhet hjälper nämnden att vidta rätt åtgärder under året.

Vi kan konstatera att budgetprocessen finns tydligt reglerat i Styrmodell Alingsås kommun. Då nämnderna inte längre kan komma med äskanden inför budgetarbetet är det av stor vikt att nämndernas förutsättningar kommer fram i de material som kommunledningskontoret tar fram och som beskriver planeringsförutsättningarna inför kommande års budgetarbetet. Vår bedömning är att förutsättningar för detta finns då en mycket noggrann nulägesbeskrivning av vård- och omsorgsnämndens verksamheter samt dokumentet Strategi för äldreomsorgen finns framtagna. Det framkommer också i intervjuerna att det sker regelbundna dialoger mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kommunledningsförvaltningen inom ramen för budgetarbetet.

Arbetet med uppföljningarna styrs utifrån antagen styrmodell samt framtagna anvisningar inom nämnden. Avdelnings- och enhetschefer är involverade i arbetet med uppföljningarna vilket vi anser är bra då det är viktigt att budgetansvariga har kunskap om sina kostnader och intäkter. Det är ett måste för att få en fungerande ekonomistyrning. Vår bedömning är att nämnden erhåller underbyggda budgetuppföljningar.

Vi kan konstatera att nämnden varit aktiv i att fatta beslut med anledning av de ekonomiska underskotten. Handlingsplaner finns framtagna men likväl har underskotten fortsatt. För att handlingsplaner ska vara framgångsrika krävs att **de bygger på tillräcklig och korrekt analys av nuläget**, att **handlingsplanen/åtgärderna är tillräckligt konkreta** samt att **det finns en fungerande ekonomistyrning**. Vår bedömning är att det funnits brister i en eller flera av dessa punkter under tidigare år. Den nulägesanalys som finns framtagna samt det påbörjade arbetet med att förbättra ekonomistyrningen anser vi ger förutsättningar för att nämnden ska få den kontroll på verksamheten som behövs för att kunna arbeta mot en budget i balans. Vi anser att nämnden bör fortsätta arbetet på den inslagna vägen.



**Alingsås Kommun**

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgsnämnden

2021-12-15

Vi har i vår granskning noterat en del förbättringsområden och med anledning av detta rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att;

- se över möjligheterna att följa upp resultaten strukturerat även på verksamhetsnivå.
- under 2022 utvärdera det nya arbetssättet kopplat till förbättrad prognossäkerhet för att kunna genomföra ytterligare justeringar i arbetssättet vid behov.
- fortsätta att upprätta korrekta och tillräckligt omfattande analyser av verksamheternas utveckling.
- kontinuerligt förbättra ekonomistyrningen.
- vid behov ta fram handlingsplaner där konkreta åtgärder framgår.

2021-12-15

## 2 Inledning/bakgrund

Vi har av revisorerna i Alingsås kommun fått i uppdrag att granska ekonomistyrningen inom vård- och omsorgsnämnden. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2021.

Vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun bedriver verksamhet för över 700 miljoner kronor netto per år fördelat på många verksamhetsområden. För 2018 uppvisade nämnden ett underskott på sammantaget 22,8 miljoner kronor medan prognosen som presenterades i samband med delårsrapporten per 31 augusti uppgick till -38,9 mkr. Enligt delårsrapporten per 31 augusti 2019 uppgick helårsprognosen för 2019 till -18 miljoner kronor och utfallet för 2019 slutade på -31,9 mkr. Utfallet för 2020 slutar på +2,3 mkr men nämndens resultat har kraftigt påverkats av den pågående pandemin både genom ökade och minskade kostnader för olika verksamheter samtidigt som riktade statliga bidrag kopplade till pandemin tillkommit under året. Bedömningen är dock att det strukturella underskottet, rensat från kostnader och intäkter påverkat av pandemin, uppgår till -35 mkr vilket är kvar att hantera under 2021.

De stora underskotten i förhållande till budget innebär att kostnaderna kraftigt överstiger tilldelad budget. Det kan bero av flera anledningar, dels att tilldelad budget inte är realistisk i förhållande till den verksamhet som nämnden bedriver alternativt att verksamheten inte bedrivs effektivt vilket medför för höga kostnader. Ett tredje alternativ kan vara att verksamheten bedrivs med högre ambitionsnivå än vad budgeten tillåter. För att kunna förklara underskotten krävs med andra ord grundlig analys båda av budget och utfall vilket även inkluderar jämförelser med andra likvärdiga kommuner.

Aktuell och korrekt redovisning är av mycket stor betydelse, bland annat för kostnadskontroll och prioriteringar. Beslut måste kunna fattas och följas upp utifrån korrekta underlag. Förutom att säkerställa en "korrekt" kostnadsnivå som speglar uttalad ambitionsnivå är det också viktigt att ha ändamålsenliga uppföljningsrutiner och ett prognosarbete som ger hög träffsäkerhet jämfört med utfallet.

Revisorerna har identifierat risker kopplade till budget, utfall samt till uppföljnings- och prognosprocessen och har bedömt att det är väsentligt att granska om vård- och omsorgsnämnden, måste ta ett större ansvar för att säkerställa både nivåer samt processerna kring arbetet med uppföljningar och upprättandet av prognoser.

### 2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Det övergripande syftet med granskningen är om nämnden har en ändamålsenlig ekonomistyrning och huruvida arbete med ekonomiska prognoser är effektivt samt om de prognoser som tas fram ger en tillförlitlig bild av vård- och omsorgsnämndens resultat och utveckling.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

— Hur har nämndens budget och nettokostnader utvecklas på verksamhetsnivå de senaste 5 åren?

— Hur har nämndens budgetäskande och budgettilldelning sett ut de senaste fem åren?

## Alingsås Kommun

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

— Vilka verksamhetsområden uppvisar underskott och vad är anledningen till underskotten?

— Hur styrs och leds arbetet med uppföljning och prognoser i samband med budgetuppföljning och delårsrapport?

— Vilka aktörer inklusive administrativ resurs deltar i processen och hur kommuniceras uppföljningarna/prognoserna till nämnden?

— Erhåller nämnden underbyggda budgetuppföljningar?

— Fattar nämnden några beslut med anledning av avvikelser?

— Hur förhåller sig nämndens nettokostnader på verksamhetsnivå vad avser personalkostnader fördelat på förvaltning (tjänstemannanivå) och övriga verksamheter i jämförelse med liknande kommuner? (Förutsätter att uppgifterna finns inrapporterade till kolada)

— Hur har antalet anställda på förvaltningen samt ute i verksamheterna utvecklats under de senaste åren?

Granskningen innehåller även en kostnadsjämförelse med liknande kommuner vad avser verksamhetskostnader.

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden.

## 2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller kommunallagen samt tillämpbara interna regelverk och policys.

## 2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av relevanta dokument. Det har även genomförts intervjuer/avstämningar med;

- Vård- och omsorgsnämndens presidium (ordförande och vice ordförande)
- förvaltningschef
- avdelningschef ekonomi

Samtliga intervjuade personer har beretts möjlighet att faktakontrollera.

## 3 Resultat av granskningen

### 3.1 Resultatutveckling och prognostisering

#### lakttagelser

Nämndens resultat har varierat de senaste åren där utfallet för 2016 varit -7,3 mkr, 2017 1,1 mkr, 2018 -22,8 mkr och för 2019 -32,9 mkr samt för 2020 +2,2 mkr, se tabell sidan 7. Enligt årsredovisningen för 2020 framkommer att det underliggande strukturella

## Alingsås Kommun

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

resultatet för 2020 rensat för kostnader och intäkter påverkat av pandemin uppgår till -35 mkr.

I vård- och omsorgsnämndens årsredovisningar presenteras budget och utfall fördelat på kontogrupperna *Intäkter*, *Personalkostnader*, *Lokalhyror*, *Köp av tjänst* samt *Övriga kostnader*. Ingen redogörelse sker per verksamhetsområde med undantag av 2018 då verksamhetsområdet *Funktionsstöd* särredovisades då området flyttats från socialnämnden till vård- och omsorgsnämnden. Analys i text utgår dock ibland från verksamhetsområden.

### *Intäkter*

Intäkterna för 2016 ökade enligt årsredovisningen med 8 mkr. 5,7 mkr var en ökning av statliga bidrag medan resterande del kommer från en ökning av avgifterna. Avgiftsökningen kommer enligt årsredovisningen från hög beläggning, fler vårdtagare, höjd larmavgift samt höjd maxtaxa för omvårdnadsinsatser.

Intäkterna översteg enligt årsredovisningen budget med 3,2 mkr för 2017. Överskottet beror bland annat på att omvårdnadsintäkter är 1,2 mkr högre än budget utifrån fler vårdtagare och helårseffekt av höjd maxtaxa.

För äldreomsorgen 2018 överstiger intäkterna budgeten med 7 mkr medan intäkterna för funktionsstöd uppvisar ett underskott på 1,8 mkr. Det härrör från minskade intäkter inom personlig assistans.

Intäkterna visar ett överskott på 3,3 mkr för 2019. Det beror enligt årsredovisningen framförallt på ökade avgifter om 1,1 mnkr inom äldreomsorgen, på obudgeterade intäkter för extratjänster/nystartsjobb på 3,7 mnkr samt ökade försäljningsintäkter och obudgeterade kaffeavdrag om 0,5 mnkr. En budgeterad intäkt för en statlig satsning till personlig assistans på 2,0 mnkr betalades inte ut utan försköts i tid.

För 2020 överskrider intäkterna budget med 46 mkr. Enligt årsredovisningen står coronarelaterade intäkter för 38,5 mkr. Dessa intäkter kompenserar för kostnadsökningar relaterat till pandemin inom övriga områden.

### *Personalkostnader*

Enligt nämndens årsredovisningar har personalkostnaderna överskridit budget åren 2016-2020 med beloppen -9,1 mkr för 2016 därefter -8,4 mkr, -19,8 mkr, -29,4 mkr samt -31,6 mkr för 2020.

För 2016 förklaras kostnadsökningarna inom personalsidan enligt årsredovisningen bland annat av volymökningar, höjda arbetsgivaravgifter för unga samt en särskild lönesatsning på undersköterskor.

För 2017 förklaras underskottet på 8,4 mkr främst av att utförd hemtjänst i kommunal regi ökat. Köp av tjänst har dock minskat då utförd hemtjänst i privat regi minskat dock inte i samma omfattning som den kommunala hemtjänsten ökat.

2018 övertog nämnden verksamheten *Funktionsstöd* från socialnämnden och i årsredovisningen för 2018 särredovisades funktionsstödet. Underskottet för personalkostnaderna för äldreomsorgen (dvs exklusive funktionsstöd) uppgick till -8,5 mkr. Det förklaras enligt årsredovisningen främst av att kommunalt utförd hemtjänst ökat. Personalkostnaderna för funktionsstöd uppvisade ett underskott på 11,3 mkr i förhållande till budget. 6,4 mkr av detta förklaras enligt årsredovisningen av justeringar

## Alingsås Kommun

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

som genomförts för att särskilja funktionsstöd och äldreomsorg under 2018. Det har också öppnats ett nytt LSS-boende vilket medfört underskott på personalkostnader på -1,2 mkr. Personlig assistans samt korttidsverksamheten uppvisar också underskott på personalkostnaderna.

För 2019 uppvisar personalkostnader ett underskott mot budget om -29,3 mkr. Det förklaras enligt årsredovisningen av bland annat volymökningar inom LSS-verksamheten. Där ett nytt LSS-boende och en enhet för korttidstillsyn inom LSS har startats upp samt av ökning av assistanstimmar. Hemtjänsttimmarna har också överstigit budget.

För 2020 uppvisar personalkostnaderna ett underskott på 31,7 mkr vilket enligt årsredovisningen till stor del beror på pandemin. Avvikelsen påverkas även av att kommunen tagit över driften av två äldreboenden från privata aktörer i oktober. 2020-års personalkostnader är över 45,3 mkr högre jämfört med föregående år.

### Lokalhyror

Kostnaderna för *Lokalhyror* uppvisar små avvikelser i förhållande till budget för samtliga år och har i denna granskning inte tittats närmare på.

### Köp av tjänst

Under 2016 ökade kostnaderna för *Köp av tjänst* med 8,2 mkr enligt årsredovisningen vilket gav ett budgetunderskott på 7,3 mkr. Av kostnadsökningarna återfanns enligt årsredovisningen 3,3 mkr för privat utförd hemtjänst 3,3 mkr, 2,4 mkr för externa korttidsplatser samt till viss del inom IT och kost.

Under 2017 minskade kostnaden för *Köp av tjänst* enligt årsredovisningen med 11,4 mkr och uppvisar ett budgetöverskott med 6,6 mkr. Minskad privat utförd hemtjänst, minskade kostnader för externa korttidsplatser och minskade kostnader för kosten är huvudorsaker till överskottet och kostnadsminskningen. För äldreomsorgen 2018 uppvisar *Köp av tjänst* ett underskott på 5,1 mkr i förhållande till budget. Ökningen av privat utförd hemtjänst står enligt årsredovisningen för 8,1 mkr av kostnadsökningen och för hela budgetunderskottet för äldreomsorgen 2018. Funktionsstöds *Köp av tjänst* uppvisar ett underskott om 6,0 mkr. 3,9 mkr av detta beror enligt årsredovisningen på ökningen av privat utförd personlig assistans och med 1,35 mkr beror underskottet på att nämnden belastats med en gränsdragningskostnad vid övertagandet av området funktionsstöd.

För 2019 uppvisar *Köp av tjänst* ett underskott på 12,4 mkr. Kostnadsökningarna beror enligt årsredovisningen dels på en förändring från utförande i egen regi till utförande av externa aktörer, dels på volymökningar. Kostnaderna för *Köp av tjänst* har 2020 minskat med ca 9 mkr i jämförelse med föregående år och uppvisar nu ett litet överskott i förhållande till budget. Det har dock enligt årsredovisningen skett stora förändringar; två äldreboenden har övergått i kommunal regi i oktober vilket sänker kostnaden för *Köp av tjänst*. Samtidigt har köp av hemtjänst och personlig assistans i enskild regi ökat då de har tagit marknadsandelar från kommunen vilket ökat kostnaden för *Köp av tjänst*.

### Övriga kostnader

För 2016 och 2017 är *Övriga kostnader* i nivå med budget. För äldreomsorgen 2018 uppvisar *Övriga kostnader* ett underskott på 5,5 mkr. Det beror enligt årsredovisningen på blandat annat ökade bilkostnader inom hemtjänsten, personalrepresentation, hälso-



## Alingsås Kommun

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

och friskvård samt IT-kostnader. För 2019 uppvisade *Övriga kostnader* ett överskott i förhållande till budget på 3,8 mkr. Överskottet beror enligt årsredovisningen framför allt på lågt utfall på kostnaderna för utbildning, allmän inköpsrestriktivitet samt på en avvikelse på cirka en miljon kronor i ersättningen till Försäkringskassan för de första 20 assistanstimmarna. För 2020 redovisas för övriga kostnader ett underskott på 12,8 mkr vilket enligt årsredovisningen förklaras av inköp av skyddsmaterial till följd av den rådande pandemin.

	2016	2016	2017	2017	2018	2018	2019	2019	2020	2020
(tkr)	Budget	Bokslut	Budget	Bokslut	Budget	Bokslut	Budget	Bokslut	Budget	Bokslut
<b>Verksamhetens intäkter</b>	<b>75,6</b>	<b>83,6</b>	<b>78,9</b>	<b>82,1</b>	<b>191,0</b>	<b>196,2</b>	<b>193,7</b>	<b>197,0</b>	<b>191,9</b>	<b>237,9</b>
Personalkostnader	-326,7	-335,8	-348,4	-356,8	-593,2	-613,0	-604,0	-633,4	-647,0	-678,6
Lokalhyror	-58,9	-58,0	-59,8	-59,3	-79,6	-76,4	-80,1	-78,5	-82,8	-82,8
Köp av tjänst	-108,2	-115,4	-110,6	-104,0	-134,4	-145,5	-159,7	-172,1	-163,5	-162,7
Övriga kostnader	-30,0	-29,9	-30,2	-31,0	-73,8	-74,3	-80,0	-76,1	-70,9	-83,7
<b>Verksamhetens kostnader</b>	<b>-523,8</b>	<b>-539,1</b>	<b>-549,0</b>	<b>-551,0</b>	<b>-881,1</b>	<b>-909,1</b>	<b>-923,8</b>	<b>-960,1</b>	<b>-964,2</b>	<b>-1 007,8</b>
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-448,2</b>	<b>-455,5</b>	<b>-470,1</b>	<b>-468,9</b>	<b>-690,1</b>	<b>-712,9</b>	<b>-730,1</b>	<b>-763,1</b>	<b>-772,3</b>	<b>-769,9</b>
Kommunbidrag	448,2	448,2	470,1	470,0	690,1	690,1	730,1	730,1	772,1	772,1
Finansnetto								0,0		
<b>Årets resultat</b>		<b>-7,3</b>		<b>1,1</b>		<b>-22,8</b>		<b>-32,9</b>		<b>2,2</b>

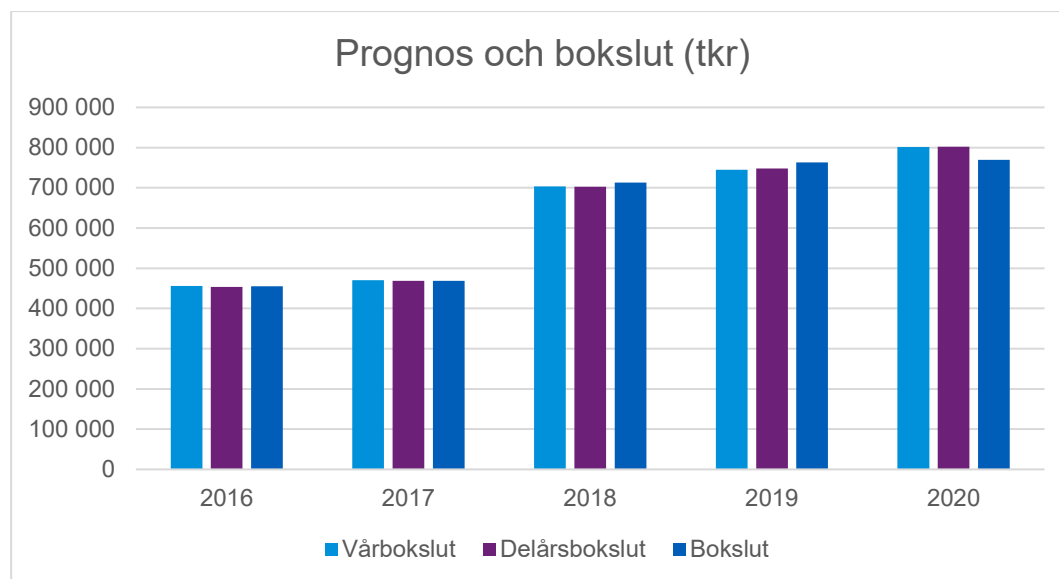
Källa: Vård- och omsorgsnämndens årsredovisningar 2016-2020.

### Antal anställda

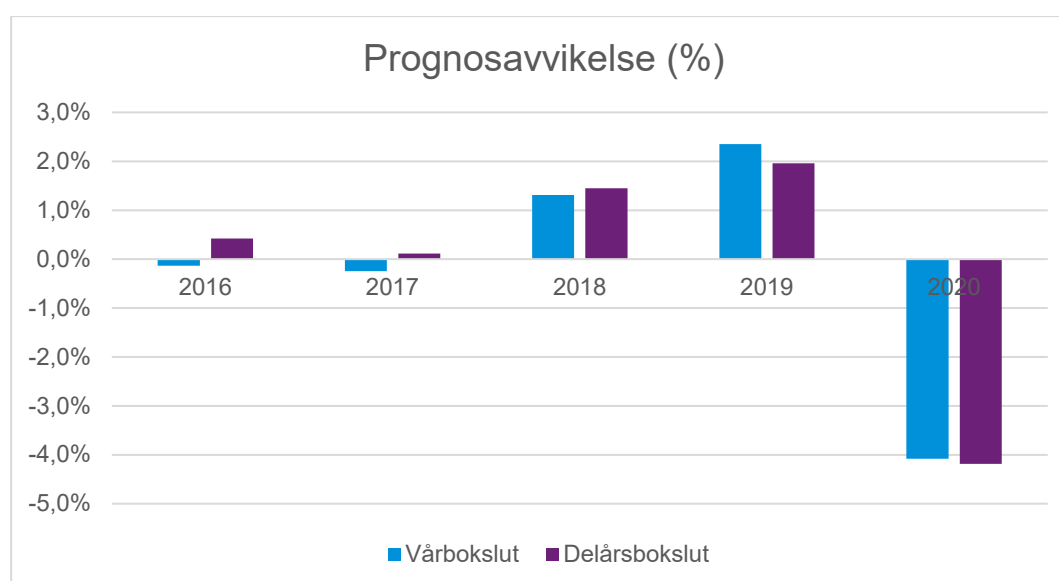
Antalet anställda inom vård- och omsorgsförvaltningen uppgick per sista september 2021 till 2 113 personer vilket motsvarar 1 161 årsarbetare. Motsvarande siffror för 2020 var 2 159 personer vilket motsvarade 1 140 årsarbetare. I Bilaga C framgår förändringarna per avdelning.

### Prognossäkerhet

Prognoser av helårsresultatet upprättade vid bokslutet per sista april "Vårbokslutet", per sista augusti "Delårsbokslutet" samt resultatet "Bokslut" för respektive år finns redovisat i tabellen nedan.



Skillnaderna mellan vad som prognostiserats för helårsresultat vid utgången av april jämfört med utgången av augusti var störst för 2019. Prognosavvikelserna har dock ökat över mellan åren. Enligt figuren nedan, som visar prognosavvikelsen i procent, förändras den från att ha legat nära noll 2016 och 2017 till 1,3% och 1,4% för 2019, 2,3% och 2,0% för 2019 och slutligen 4,1% och 4,2 % i avvikelse för 2020. Enligt årsredovisningen har pandemin försvårat prognosarbetet under 2020 då stor osäkerhet har funnits kring kostnader och intäkter. Den största anledningen till förändringen beror på den statliga kompensationen för covid-19 om 31,0 mkr som utbetalats. Nämnden har enligt förklaring i årsredovisningen, i enlighet med försiktighetsprincipen, varit försiktig med att prognostisera med dessa intäkter då storleken fortfarande är oklar.



2021-12-15

### 3.1.1 Kommentarer och bedömning

I vård- och omsorgsnämndens uppföljningar presenteras budget och utfall fördelat på kontogrupperna *Intäkter*, *Personalkostnader*, *Lokalhyror*, *Köp av tjänst* samt *Övriga kostnader*. Vi kan genom vår granskning konstatera att personalkostnaderna uppvisat underskott samtliga år sedan 2016. Det förklaras till stor del av volymökningar inom kommunalt utförd hemtjänst. *Köp av tjänst* har varierat över åren. De år då till exempel kommunal hemtjänst ökat på bekostnad av hemtjänst utförd i privat regi uppvägs delvis personalkostnadsökningar i form av minskad *Köp av tjänst*. Detta skedde delvis 2017.

Andra år har ökade personalkostnader delvis vägts upp av ökade intäkter vilket skett under 2020. I årsredovisningarna redogörs för dessa samband mellan kostnadsområdena vilket vi anser är bra. Vi anser dock att det skulle ge ett mervärde att även presentera uppföljningarna på verksamhetsnivå. Vi rekommenderar nämnden att se över möjligheterna att följa upp resultaten strukturerat även på verksamhetsnivå.

Prognosavvikelseerna mätt i procent är relativt små, möjligen med undantag av 2020 då prognosavvikelseerna överstiger 4 %, men räknat i kronor kan vi konstatera att prognoserna avviker med ca 10 mkr, 15 mkr samt 32 mkr för delårsrapporterna för 2018, 2019 och 2020. Prognosavvikelseerna har förbättrats mellan vårbokslut och delårsbokslut för 2017 och 2019 vilket vi anser i normalfallet bör vara naturligt då osäkerheterna minskar ju närmare årsskiftet vi kommer. Detta har dock inte gällt för 2016, 2018 och 2020. Då har prognosavvikelsen ökat mellan den prognos som lades i vårbokslutet respektive delårsbokslutet.

Under 2021 har arbetet med uppföljningar setts över och förändrats (se avsnitt 3.3.1) vilket vi bedömer kommer att påverka arbetet med ekonomiska prognoser positivt framöver. Vi rekommenderar nämnden att under 2022 utvärdera det nya arbetssättet kopplat till förbättrad prognossäkerhet för att kunna genomföra ytterligare justeringar i arbetssättet vid behov. En hög prognossäkerhet hjälper nämnden att vidta rätt åtgärder under året.

## 3.2 Budgetprocessen

### lakttagelser

Kommunfullmäktige fastställer årligen kommunens budget medan det är kommunstyrelsens arbetsutskott som ansvarar för budgetprocessen. Enligt *Styrmodell Alingsås kommun* arbetar Kommunstyrelsens arbetsutskott under våren varje år fram förslag till ekonomiska ramar för nästkommande tre år. Detta sker i samarbete med tjänstemän från kommunledningskontoret. Planeringsförutsättningarna baseras på gällande ekonomistyrningsprinciper, volymförändringar, omvärldsfaktorer och prognos för kommande år.

Nämnderna har inte möjlighet att äska pengar. Vid intervjuerna framkommer att så har varit fallet i tidigare års budgetprocesser. Enligt styrmodellen ska kommunstyrelsen fatta beslut om förslag till ramar innan sommaren. Under hösten tydliggörs vilka prioriteringar som ska göras i kommunens verksamheter genom resursfördelning, prioriterade mål, indikatorer och eventuella uppdrag.

Vid intervjuerna framkommer att inför budgetbeslut sker träffar mellan kommunchef och förvaltningsföreträdare för informella samtal. Det kan genomföras tekniska justeringar.

## Alingsås Kommun

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

När nämnden till exempel ville höja kvaliteten på maten erhöll nämnden en utökad budgetram.

Kommunfullmäktige fattar, enligt styrmodellen, beslut om budget inför kommande år senast i november månad. Nämnderna kan dock börja sitt planeringsarbete i juni så snart kommunstyrelsen beslutat om de ekonomiska ramarna och efter kommunfullmäktiges beslut senast i november kan nämndernas planering slutföras. Nämndernas budget innehåller även nämndens internkontrollplan.

Enligt styrmodellen ska nämnderna senast i december besluta om sin budget. Arbetet med internbudgeten för 2022 pågår i skrivande stund. Förvaltningschef, ekonomichef, controller samt enhetschefer deltar i arbetet med internbudgeten. För 2022 har kompensation som överstigit löneavtalet erhållits vilket, enligt verksamhetsföreträdarna, gör att arbetet med årets internbudget inte upplevs lika jobbigt.

Budgetprocessen sammanfattas i bilaga 2.

### 3.2.1 Kommentarer och bedömning

Budgetprocessen redogörs tydligt för i Styrmodell Alingsås kommun. Då nämnderna inte längre kan komma med äskanden inför budgetarbetet är det av stor vikt att nämndernas förutsättningar kommer fram i de material som kommunledningskontoret tar fram och som beskriver planeringsförutsättningarna inför budgetarbetet. Vår bedömning är att förutsättningar för detta finns då en mycket noggrann nulägesbeskrivning av vård- och omsorgsnämndens verksamheter samt dokumentet Strategi för äldreomsorgen<sup>1</sup> finns framtagna. Det framkommer också i intervjuerna att det sker regelbundna dialoger mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kommunledningsförvaltningen inom ramen för budgetarbetet.

### 3.3 Uppföljningsprocessen

#### lakttagelser

Uppföljningsprocessen regleras i dokumentet *Styrmodell Alingsås kommun*<sup>2</sup>. Kommunfullmäktige följer upp kommunens budget två gånger per år vilket är per sista augusti och sista december. Respektive nämnd ansvarar för att rapportera till kommunstyrelsen medan kommunstyrelsen ansvarar för att sammanställa och rapportera till kommunfullmäktige. Därutöver genomförs enligt styrdokumentet månadsuppföljningar av nämndernas ekonomi, fördjupad månadsuppföljning per sista april samt löpande analys av verksamheterna. Enligt styrmodellen sker bokslutsdialoger, både på tjänsteperson- och politisk nivå, tre gånger per år vilket infaller inför nämndens fördjupade månadsuppföljning per sista april, vid uppföljning av delårsrapporten per sista augusti samt inför årsredovisningen.

Tjänstemannadialogen sker mellan förvaltningsledning och ansvarig personal på kommunledningskontoret den politiska dialogen sker mellan kommunstyrelsens arbetsutskott samt resterande gruppleddare i kommunfullmäktige och respektive nämnds/bolags presidium.

<sup>1</sup> Strategi för äldreomsorgen, Dnr 2021.170 VON

<sup>2</sup> Styrmodell Alingsås kommun Dnr 2019.617 KS

2021-12-15

Enligt styrmodellen sker löpande uppföljning av nämndens ekonomi månadsvis och vid befarade avvikelser i förhållande till budget ska handlingsprogram för en budget i balans beslutas och rapporteras till nämnd och styrelse. Vid den fördjupade månadsuppföljningen per sista april följs även de centrala posterna skatte- och pensionsprognoser upp. Vid delårsbokslutet per sista augusti följs även de prioriterade målen upp.

Vid intervju med presidiet framkommer att de upplevt osäkerhet gällande nämndens kostnader och intäkter främst när det blir tydligt i bokslutet 2020 att nämndens resultat uppgick till **2,3 mkr** men rensat för kostnader och intäkter påverkat av pandemin beräknades det strukturella till **-35 mkr**.

Att problemen inom nämndens verksamheter varit så här stora var enligt nämndsförande inte känt för nämnden förrän i slutet av 2020 delvis på grund av flera byten av personal på ekonomiavdelningen. Ny erfaren enhetschef ekonomi anställdes under hösten 2020 och nämndsförande gav denne i uppdrag att ta fram en nulägesanalys av nämndens verksamheter vilket resulterade i rapporten Vård- och omsorgsnämndens ekonomiska förutsättningar 2021. Nämnden fick enligt enhetschefen en presentation av rapporten under mars 2021.

Vid intervjuerna framkommer att förvaltningen under 2021 har jobbat hårt med att förbättra ekonomistyrningen. Enligt presidiet är det först nu avdelningscheferna förstår sin ekonomi fullt ut och är jättenöjda med det stöd de får i detta arbete. Tidigare år har ekonomiansvarige mer eller mindre skött all ekonomi utan att involvera avdelningscheferna i någon större utsträckning.

Det framkommer vid intervjuerna att enhetscheferna själva sätter sina prognoser i verksamhetssystemet Hypergene. Till hjälp och stöd finns två controllers samt förvaltningens ekonomichef. Vanligtvis träffas både avdelningschef, förvaltningens ekonomichef, controller och enhetschef för genomgång. Innan slutgiltig prognos lämnas för förvaltningen träffas förvaltningschef och förvaltningens ekonomichef för genomgång.

Rapporterna som går vidare till kommunledningsförvaltningen är ganska tunna då kommunledningsförvaltningen, enligt intervju med förvaltningsförträdare, inte vill ha mer information. Enhetschefen för ekonomi presenterar dock uppföljningarna både till nämndens arbetsutskott och till nämnden vilket innebär att nämnden får mer information vid presentationstillfällena än vad som framkommer i rapporterna. Vid intervjuerna med presidiet framkommer att de känner sig helt trygga med de uppföljningar de fått under detta år.

### 3.3.1 Kommentarer och bedömning

Arbetet med uppföljningarna styrs utifrån antagen styrmodell samt framtagna anvisningar inom nämnden. Avdelnings- och enhetschefer är hösten 2021 involverade i arbetet med uppföljningarna vilket vi anser är bra då det är viktigt att budgetansvariga har kunskap om sina kostnader och intäkter. Vi bedömer att det är ett måste för att få en fungerande ekonomistyrning.

Nämnden får en gång i månaden, med undantag av januari och juli, både en skriftlig rapport samt en muntlig presentation där nämndsledamöterna har möjlighet att ställa kompletterande frågor gällande uppföljningarna. Förvaltningen följer bland annat utvecklingen av hemtjänststimmar fördelat på kommunal och privat regi.

2021-12-15

Vidare och i enlighet med kommunfullmäktiges prioriterade mål ”I Alingsås råder god ekonomisk hushållning grundat på effektiv resursanvändning” följs nettokostnadsavvikelse för LSS och Äldreomsorgen vilket ger en bild av hur verksamheten förhåller sig till statistiskt förväntad kostnad givet genomsnittlig effektivitets- och ambitionsnivå. Vår bedömning är att nämnden vid tid för granskningen erhåller underbyggda budgetuppföljningar.

### 3.4 Vidtagna åtgärder med anledning av uppkommen situation avseende nämndens underskott

#### lakttagelser

Efter genomgång av nämndsprotokoll kan vi konstatera handlingsplaner för en ekonomi i balans finns upprättade vid ett flertal tillfällen.

#### **VON 2018-12-17 §86**

Nämnden beslutar om handlingsplan för nämnden att efterleva den av kommunfullmäktige beslutade ramen för 2019. Därtill beslutade nämnden att en genomgripande risk- och konsekvensanalys av handlingsplanen ska återredovisas till nämnden.

#### **VON 2019-02-18 §24**

Nämnden beslutar om åtgärder enlighet med handlingsplanen vilket omfattar kostnadsbesparande åtgärder om 25 mnkr på helårseffekt. Beräknad effekt av handlingsplanen 2019 är cirka 15 mnkr utifrån att helårseffekt ej uppnås under innevarande år.

#### **VON 2020-01-27 §3**

Handlingsplan för budget i balans 2020.

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om att ge förvaltningen i uppdrag att göra förändringar inom följande område.

1. Fortsatt generell besparing på personalkostnaderna med 1,2%
2. Införa digitala inköp
3. Göra en översyn av logistiken och kostnaderna för hämtning och lämning av måltider inom tjänsten måltidsservice i hemtjänsten
4. Avveckling av tjänsten tillagning av lättare måltider inom måltidsservice
5. Avveckla syn och hörselvårdskonsulent (75%)
6. En liten enhet för personer med demenssjukdom omvandlas till ett boende för personer med komplexa behov för att minska antal köpta platser
7. Förändra inriktningen på Hagagården och därmed sänka bemanningen nattetid
8. Avveckla kommundoktorrandtjänst (50%)

Enligt tjänsteskrivelsen<sup>3</sup> som ligger till grund för ovanstående beslut framgår att nämnden har en budget i balans i ekonomisystemet men det finns budgetposter som behöver åtgärdas för att bli realitet, annars befaras ett underskott på ca 10 mkr. Effekten

<sup>3</sup> Handlingsplan för en budget i balans 2020 dnr 2020.003

**Alingsås Kommun**

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

av föreslagna förändringar förväntas inte få full effekt under 2020 utan beräknas enligt tjänsteskrivelsen uppgå till 6 mkr. Helårseffekten är beräknad till 8,3 mkr. Ökade intäkter beräknas medföra ytterligare 2 mkr för 2020 och totalt 4 mkr för helårseffekt.

**VON 2021-01-25 §2**

Vård- och omsorgsnämndens budget 2021-2023.

Vård- och omsorgsnämndens beslut

1. Vård- och omsorgsnämndens budget 2021-2023 antas.
2. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att genomlysna riktlinjerna för beslut enligt SoL.
3. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att genomlysna riktlinjerna för beslut enligt LSS.
4. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att säkerställa att den politiska viljan efterlevs med ökat fokus på ekonomistyrning så att nämndens verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt inom tilldelad ram. För att minska nämndens kostnader får förvaltningen i uppdrag att inkomma med förslag på konkreta åtgärder under året.
5. Vård- och omsorgsnämndens handlingsplan beslutad den 27 januari 2020 § 3 anses genomförd och avslutas härmed.

Två av uppdragen innebär att förvaltningen ska genomlysna riktlinjer för biståndsbeslut enligt SoL och LSS. Enligt enhetschefen för Ekonomi fick nämnden redan 2019 en rekommendation att analysera sin myndighetsutövning vad gäller kostnadsmedvetenhet och kostnadseffektivitet gällande SoL. Detta med bakgrund av att Alingsås exempelvis har fler beviljade timmar hemtjänst per brukare än jämförbara kommuner trots att andelen hemtjänsttagare med mer än 120 beviljade timmar per månad är lägre och att mediantiden på äldreboenden är längre. Syftet både med punkt 3 och punkt 4 var att nämnden ville veta om nämnden var mer generös än andra jämförbara kommuner i sina bedömningar.

Det tredje uppdraget innebär att fokus under 2021 var att öka ekonomistyrningen i förvaltningen. Intervjuerna både med tjänstepersoner och med presidiet bekräftas att så också skett. Arbetet med att öka ekonomistyrningen har bland annat inneburit fler uppföljningsmöten på alla nivåer till exempel sätter enhetscheferna nu sina egna prognoser (med hjälp av controller om så behövs) och ett mer professionellt arbetssätt gällande prognosarbetet.

**VON 2021-06-14 §36**

Lokalförsörjningsplan 2021-2025

I samband med att Lokalförsörjningsplanen antogs gavs förvaltningen, enligt punkt 2 i beslutet, i uppdrag att ta fram en strategi för framtidens äldreomsorgorganisation som nämnden har givit förvaltningen är att ta fram *"en strategi för framtidens äldreomsorg i Alingsås"*. Vård- och omsorgsnämnden har uppfattat att de har fått ett tydligt uppdrag att ta fram en strategi som tillser att framtidens utmaningar kan ske med så låg kostnadsökning som möjligt och med visionen om bibehållen eller helst högre kvalitet.

2021-12-15

Detta har resulterat i rapporten Strategi för äldreomsorgen 2022-2030<sup>4</sup>.

### 3.4.1 Kommentarer och bedömning

Vi kan konstatera att nämnden varit aktiv i att fatta beslut med anledning av de ekonomiska underskotten. Handlingsplaner finns framtagna men likväl har underskotten fortsatt. För att handlingsplaner ska vara framgångsrika krävs att de **bygger på tillräcklig och korrekt analys av nuläget**, att **handlingsplanen/åtgärderna är tillräckligt konkreta** samt att **det finns en fungerande ekonomistyrning**.

Vår bedömning är att det funnits brister i en eller flera av dessa punkter tidigare. Den nulägesanalys som finns framtagen samt det påbörjade arbetet med att förbättra ekonomistyrningen anser vi ger förutsättningar för att nämnden ska få den kontroll på verksamheten som behövs för att kunna arbeta mot en budget i balans. Vi rekommenderar nämnden är fortsätta arbetet på den inslagna vägen.

## 3.5 Nyckeltal i jämförelse med andra

### lakttagelser

Nettokostnadsavvikelse är ett nyckeltal som arbetas fram av RKA<sup>5</sup> och publiceras i databasen Kolada<sup>6</sup>. I nyckeltalet jämför RKA kommunens nettokostnad med kommunens referenskostnad<sup>7</sup>. Nyckeltalet publiceras dels som antal mkr och dels i procentform där positiva värden indikerar högre kostnadsläge än statistiskt förväntat och negativa värden ett lägre kostnadsläge än statistiskt förväntat. "Liknande" kommuner för äldreomsorgen 2020 är Gislaved, Lidköping, Nässjö, Piteå, Trelleborg, Vänersborg och Värnamo. Vilka kommuner som är "liknande" varierar över tid beroende på hur utvecklingen ser ut i varje kommun. Det innebär att "liknande" kommuner för ett annat år kan skilja sig åt från "liknande" kommuner 2020. Nettokostnadsavvikelsen för Alingsås äldreomsorg har varierat över åren. 2016 uppgick den till 3,8 % vilket innebär att nettokostnaderna översteg statistiskt förväntad kostnad med 3,8% vilket motsvarar 16 mkr. Motsvarande siffror för 2020 är 1,5 % och 7 mkr.

<sup>4</sup> Dnr 2021.170 VON

<sup>5</sup> Rådet för kommunala analyser

<sup>6</sup> Kommun och landstingsdatabasen, [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

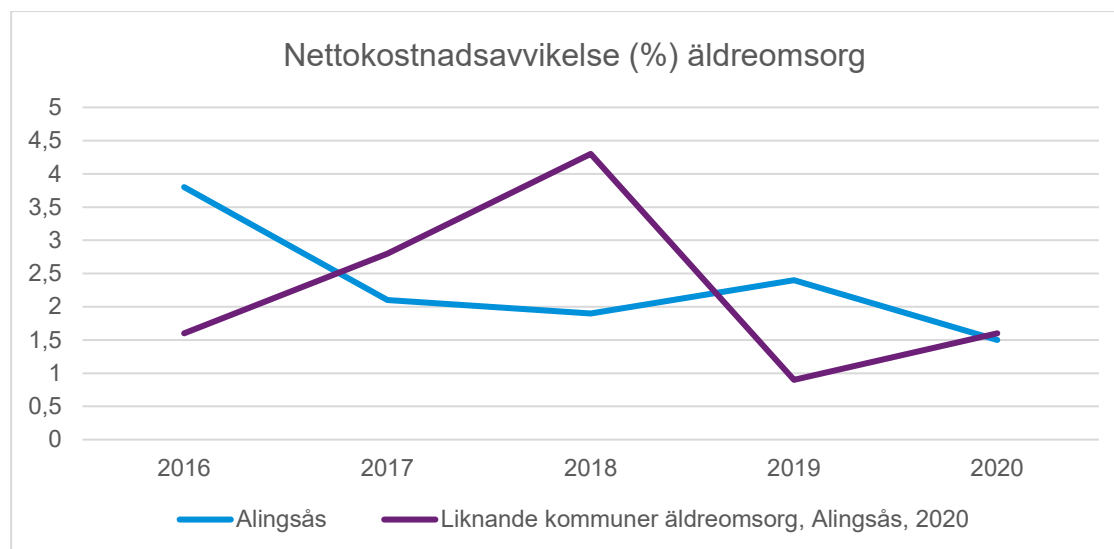
<sup>7</sup> Referenskostnad för LSS sammanställs av SKR men bygger på SCB:s standardkostnader för beräkningar i det kommunala utjämningsystemet för LSS.



## Alingsås Kommun

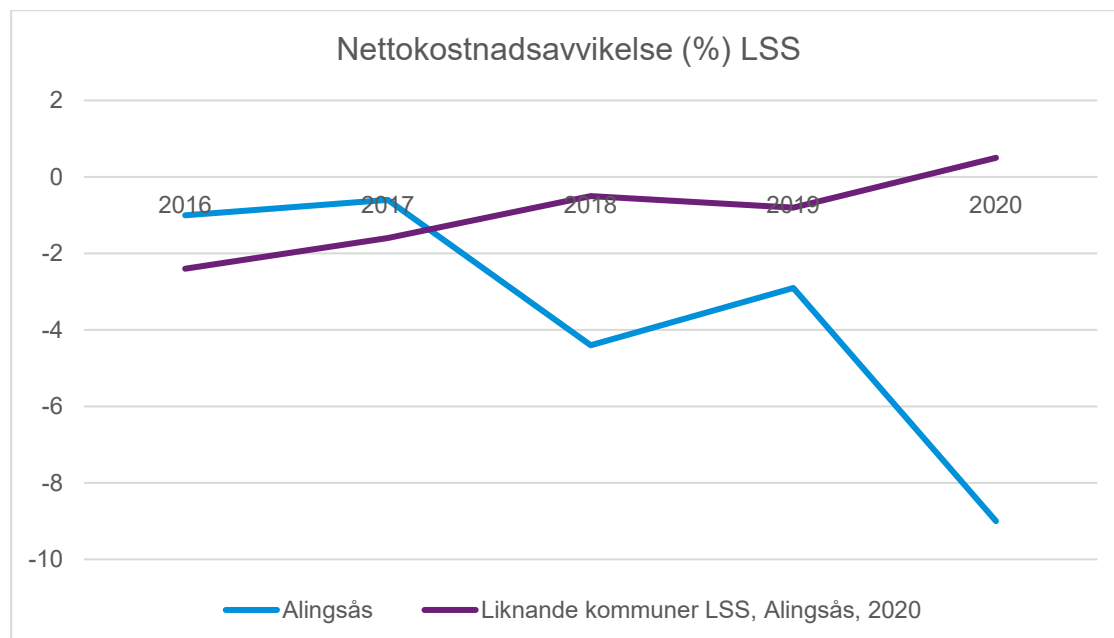
Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15



Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Alingsås har under hela perioden 2016-2020 haft en negativ nettokostnadsavvikelse för LSS som indikerar att nettokostnaden är lägre än statistiskt förväntad kostnad. Se figur nedan. Nettokostnadsavvikelsen var runt -1 % åren till och med 2017. 2018 sjönk dock nettokostnadsavvikelsen till -4,4 % men gick åter upp något till -2,9 % 2019. Alingsås därmed en lägre nettokostnadsavvikelse än "liknande" kommuner.



Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Kostnaden för funktionsnedsättning LSS boendemätt i kronor per brukare är lägre i Alingsås jämfört med liknande kommuner och riket. Det samma gäller kostnad för daglig verksamhet. När det gäller kostnaden för särskilt boende mätt i kr/brukare är den något

2021-12-15

lägre i Alingsås jämfört med "liknande" kommuner men högre jämfört med riket. Kostnaden för hemtjänsten i Alingsås mätt i kronor per hemtjänsttagare är lägre i Alingsås än för liknande kommuner.

### 3.5.1 Kommentarer och bedömning

I ett effektivt analysarbete behöver jämförelser göras. Det kan vara mot egna uppsatta mål eller mot nationella mål. Det är även viktigt att kunna jämföra sig med kommuner som har strukturellt sett liknande förutsättningar som den egna kommunen. Nyckeltalen kan också användas för att göra jämförelser av den egna kommunens utveckling över tid.

Vi kan konstatera Alingsås har lägre kostnader än jämförbara kommuner inom samtliga undersökta områden inom vård- och omsorgsnämndens verksamhet, se tabeller i bilaga D.

För vissa områden är dock kostnaden högre än den för riket i genomsnitt. Nettokostnadsavvikelsen för äldreomsorgen är dock positiv vilket indikerar att kostnaden är högre än statistiskt förväntad kostnad givet genomsnittlig ambitions- och effektivitetsnivå. Vi vill poängtera att nyckeltal sällan ska analyseras isolerade från varandra utan ett flertal nyckeltal kan behöva tolkas för att ge en komplett bild av verksamheten. Vår bedömning är att vård- och omsorgsförvaltningen på ett mycket förtjänstfullt sätt använder tillgängliga nyckeltal för att analysera nuläget vilket redogörs för i rapporten Vård- och omsorgsnämndens ekonomiska förutsättningar för 2021.

## 4 Slutsats och rekommendationer

Vi kan genom vår granskning konstatera att det hänt mycket senaste året inom nämndens verksamheter kopplat till ekonomistyrning och uppföljning. Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att det har funnits brister men att nämnden idag har en till stor del ändamålsenlig ekonomistyrning.

Under 2021 har arbetet med uppföljningar setts över och förändrats vilket vi bedömer kommer att påverka arbetet med ekonomiska prognoser positivt framöver. En hög prognossäkerhet hjälper nämnden att vidta rätt åtgärder under året.

### 4.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- se över möjligheterna att följa upp resultaten strukturerat även på **verksamhetsnivå**
- under 2022 utvärdera det nya arbetssättet kopplat till förbättrad prognossäkerhet för att eventuellt kunna genomföra ytterligare justeringar i arbetssättet om behov finns
- fortsätta att upprätta korrekta och tillräckligt omfattande analyser av verksamheternas utveckling



**Alingsås Kommun**

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

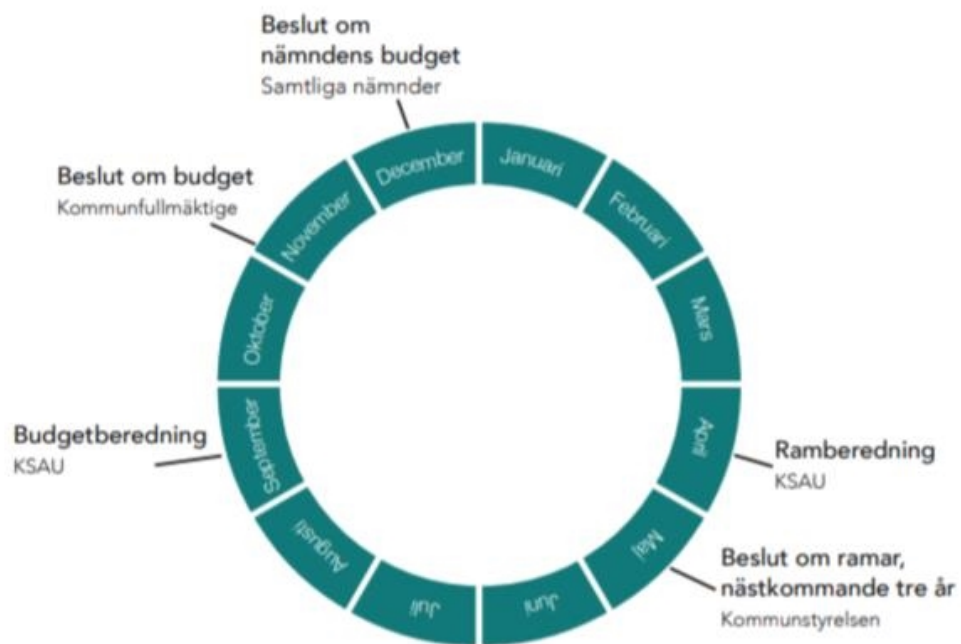
- kontinuerligt förbättra ekonomistyrningen
- vid behov ta fram handlingsplaner där konkreta åtgärder framgår.

KPMG AB

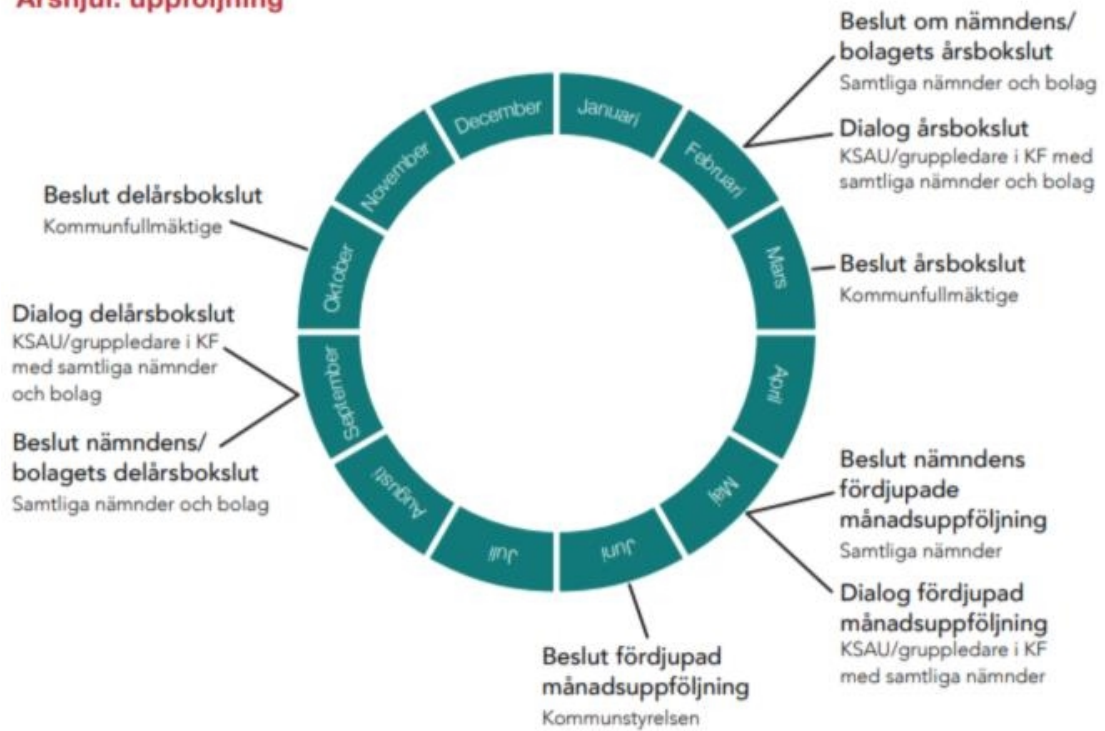
Eva Henriksson  
*Certifierad kommunal revisor*  
*Specialist*

Viktoria Bernstam  
*Certifierad kommunal revisor*  
*Kundansvarig*

### Årshjul: planering



**Årshjul: uppföljning**



**Alingsås Kommun**

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

Bilaga C

**Antal anställningar (alla anställningsformer)  
per avdelning september 2021 vs 2020**

Statistiken är sammanställd av HR avdelningen.

2020	Antal ans tällda	Antal ans tällningar	Antal års arbetare enl. ÖK	Antal års arbetare	Medelåld er	Genomsn. syss.gra d, (%)
Vård och Omsorgsförvaltning	2 159	2 917	1 262.85	1 140.06	39.0	39.08%
VoO Avd LSS PA o Stöd	294	294	258.59	246.87	45.8	83.97%
VoO Timanställda	764	1 488	0.00	0.25	33.2	0.02%
VoO Planeringsavdelning	29	29	27.50	24.30	46.8	83.78%
VoO HSV avdelning	182	185	151.59	128.87	46.4	69.66%
ÖÖÖVerksamheter avslutade	4	4	4.00	4.00	51.8	100.00%
VoO Myndighetsavdelning	26	26	23.50	19.59	42.2	75.34%
VoO Förvaltningsledning	7	7	7.00	6.83	55.0	97.62%
VoO Kvarboende	282	283	252.90	233.35	42.4	82.46%
VoO Äldreboende	378	378	322.48	285.14	45.2	75.43%
VoO Avd LSS Boende o Arbete	223	223	215.29	190.87	46.1	85.59%

2021	Antal ans tällda	Antal ans tällningar	Antal års arbetare enl. ÖK	Antal års arbetare	Medelåld er	Genomsn. syss.gra d, (%)
Vård och Omsorgsförvaltning	2 113	2 744	1 321.79	1 161.28	39.3	42.32%
VoO Avd LSS PA o Stöd	290	290	257.22	234.36	46.1	80.82%
VoO Timanställda	664	1 267	0.00		32.7	
VoO Planeringsavdelning	45	45	41.40	38.23	49.2	84.96%
VoO HSV avdelning	192	195	154.84	129.08	46.0	66.20%
VoO Myndighetsavdelning	29	29	26.75	21.93	43.0	75.63%
VoO Förvaltningsledning	8	8	7.50	7.47	57.1	93.33%
VoO Kvarboende	261	261	242.63	190.98	42.4	73.17%
VoO Äldreboende	425	425	373.09	342.92	43.7	80.69%
VoO Avd LSS Boende o Arbete	224	224	218.37	196.30	46.5	87.63%

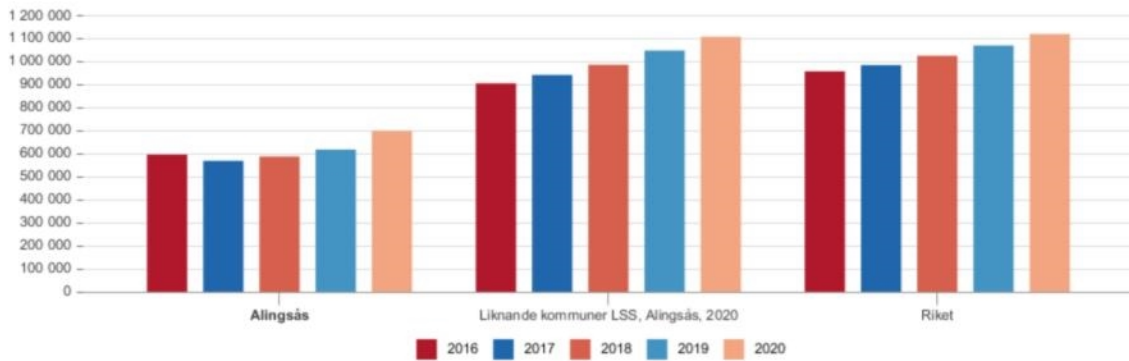
**Alingsås Kommun**

Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

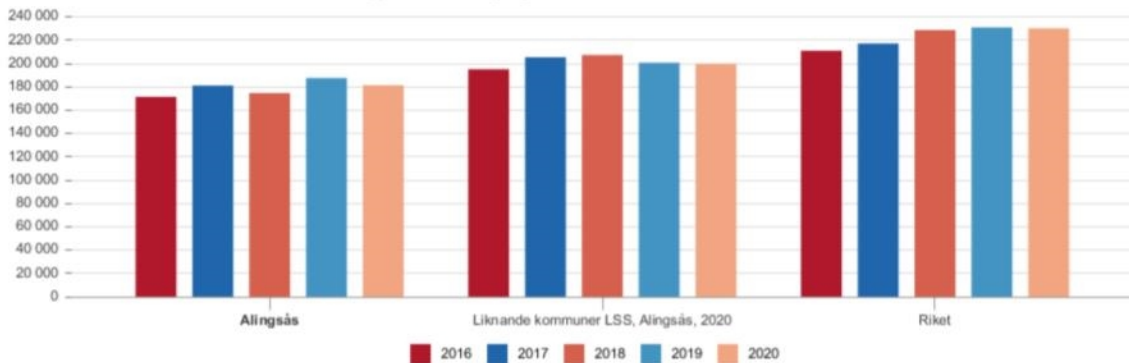
2021-12-15

Bilaga D

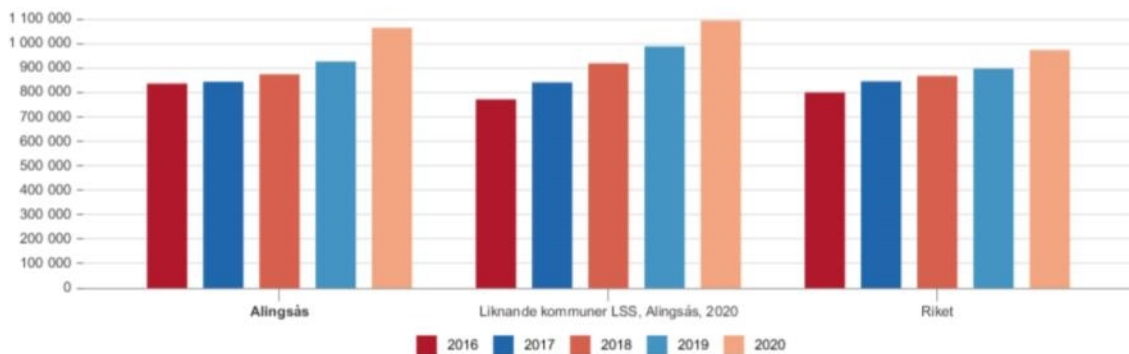
**Kostnad funktionsnedsättning LSS boende, kr/brukare**



**Kostnad funktionsnedsättning LSS daglig verksamhet, kr/brukare**



**Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare**

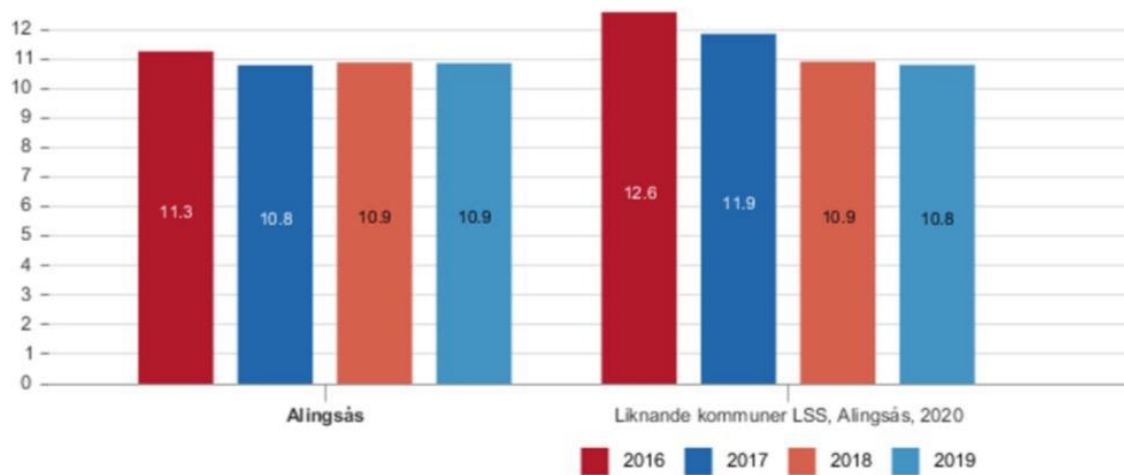


## Alingsås Kommun

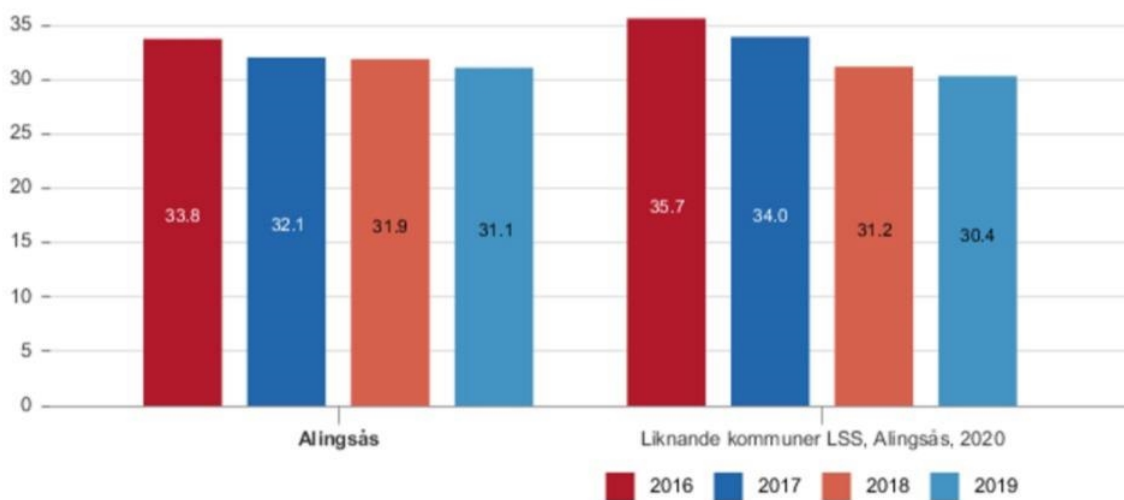
Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

Invånare 65+i särskilt boende eller med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)



Invånare 80+i särskilt boende eller med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)



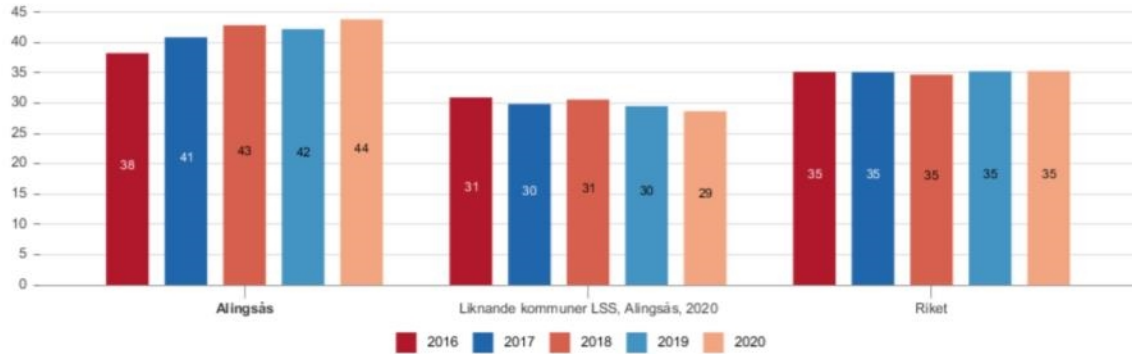


## Alingsås Kommun

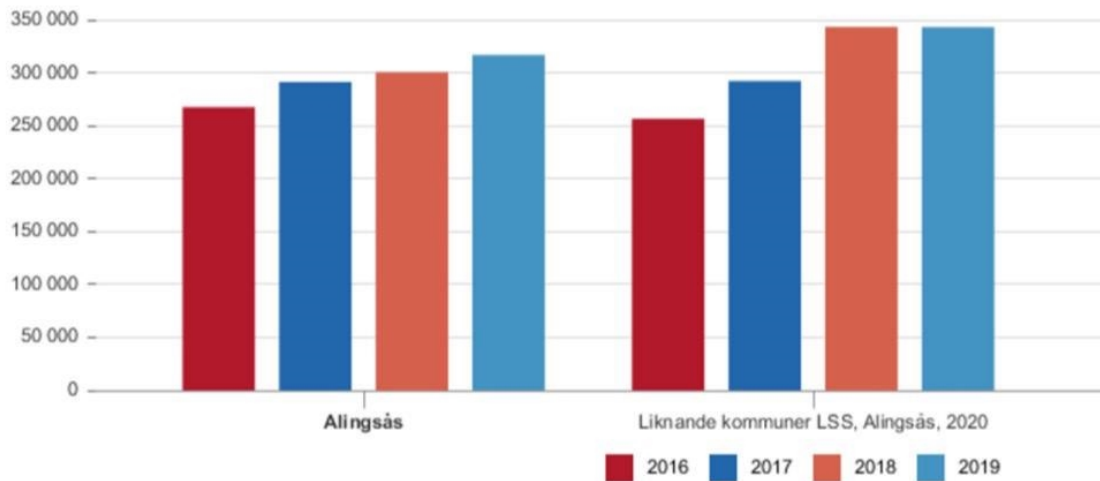
Granskning av ekonomistyrningen inom vård- och omsorgs-nämnden

2021-12-15

Genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar per brukare och månad för timregistrerade hemtjänsttagare 65+ i ordinärt boende, timmar/hemtjänsttagare



Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare



# Anmälan av delegationsbeslut 2022

7

2022.018 VON

## Delegationsbeslut

Datum                      Dnr  
2022-03-08                2022.018 VON -

Nämnd                      Vård- och omsorgsnämnden

Beslutande                Eva-Lotta Pamp, ordförande vård- och omsorgsnämnden

Enligt beslut om delegation      2.1.1 Beslut i alla ärenden, där ärendet är så brådskande att vård- och omsorgsnämndens avgörande inte kan avvaktas (ordförandebeslut), Beslut som inte omfattas av gällande delegationsförteckning – Beslut om tillfällig korttidsvistelse enligt SoL.

Ärende                      Anmälan av delegationsbeslut 2022

Beslut                      Beslut om bistånd enligt 4 kap.1 § i socialtjänstlagen i form av korttidsboende under en månads tid med anledning av att boendebeslut enligt LSS inte kan verkställas, daterat 2022-02-16.

Eva-Lotta Pamp  
Ordförande vård- och omsorgsnämnden

## Delegationsbeslut

Datum                      Dnr  
2022-03-16                2022.018 VON -

Nämnd                      Vård- och omsorgsnämnden

Beslutande                Eva-Lotta Pamp, ordförande vård- och omsorgsnämnden

Enligt beslut om delegation      2.1.1 Beslut i alla ärenden, där ärendet är så brådskande att vård- och omsorgsnämndens avgörande inte kan avvaktas (ordförandebeslut), Beslut som inte omfattas av gällande delegationsförteckning – Beslut om tillfällig korttidsvistelse enligt SoL.

Ärende                      Anmälan av delegationsbeslut 2022

Beslut                      Beslut, fattat 2022-03-15, om bistånd enligt 4 kap.1 § socialtjänstlagen i form av korttidsboende under perioden 2022-03-16 – 2022-03-22 med anledning av att boendebeslut enligt LSS inte kan verkställas.

Eva-Lotta Pamp  
Ordförande vård- och omsorgsnämnden

## Nyanställda

**Organisation:** Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvid

Rekryteringsväg	Befattning	Anställningsdatum	Organisation	Sysselsättningsgrad
3 Fr annan kommun	1650 Undersköterska	2022-02-14	Gårda 81750	100%
3 Fr annan kommun	1650 Undersköterska	2022-02-01	Klippan 3 81332	100%
1 Från samma förv	3518 Stödassistent	2022-02-17	KTS Ljuspunkten	100%
3 Fr annan kommun	2433 Enhetschef	2022-02-28	Ledningsgrupp Boende	100%
1 Från samma förv	9783 Personlig assistent HC	2022-02-10	Personlig assistans 51326	80%
1 Från samma förv	9783 Personlig assistent HC	2022-02-01	Personlig assistans 51497	100%
4 Från landsting	1151 Distriktssköterska	2022-02-14	Sjuksköterskor Haga Inne	100%
4 Från landsting	1137 Sjuksköterska	2022-02-28	Sjuksköterskor Haga Ute	100%
Rekryteringsväg saknas	1326 Aktivitetspedagog	2022-02-01	Träffpunkt	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-02-01	Västerbo 81762	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2022-02-01	Västerbo 81762	100%

Jareanställd månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid **Avtal:** Alla exklusive förtroendevalda **Vilande:**

Ej vilande **Datum:** 2022-02-01 - 2022-02-28

Vård- och omsorgsnämnden

**ANMÄLAN AV DELEGATIONSBESLUT TILL VÅRD-  
OCH OMSORGSNÄMNDEN**

**ENLIGT DELEGATIONSFÖRTECKNING**

Delegat: Eva Norrbom	Datum: 2022-03-16
----------------------	-------------------

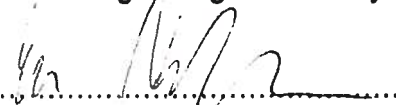
Ärendegrupp, enligt delegationsförteckningen D3	Diarienummer
--	--------------

<b>Beslut:</b> Beslut om att ersätta enskild person för trasiga glasögon.
--

<b>Övriga kommentarer</b> Personal har laadat glasögon, men misslyckat med lim på ena glaset. har ersatts med 795 kr för ej brukbara glasögon. Utbetalning mot insättning på konto har attesterats av enhetschef.
--

Ifylld anmälningsblankett skall tillsammans med skriftligt beslutsunderlag bifogas vid varje anmält beslut.

Beslut enligt delegation har ej tagits.

  
.....  
Underskrift av delegat

Skickas till nämndsekreteraren i slutet av månaden