

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Agera
för säker vård



Datum XXXX-XX-XX
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.

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
SAMMANFATTNING	1
1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	2
1.1. Engagerad ledning och tydlig styrning	2
1.2. En god säkerhetskultur	9
1.3. Adekvat kunskap och kompetens	10
1.4. Patienten som medskapare	11
2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
3. ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR	14
3.1. Avvikelseberättelse	14
3.2. Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda.....	15
3.3. Minimering av effekter av negativa händelser.....	16
4. TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER	17
4.1. Tillförlitliga och säkra system och processer – i vård och behandling	17
4.2. Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården	18
4.3. Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador	18
4.4. Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete	19
4.5. Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik	20
4.6. Ändamålsenliga miljöer	21
5. SÄKER VÅRD HÄR OCH NU	22
5.1. Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid	22
5.2. Situationsanpassning	22
5.3. Dagligt patientsäkerhetsarbete	23
5.4. Säker arbetsmiljö	23
5.5. Säker bemanning	23
5.6. Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare	23
6. STÄRKA ANALYS; LÄRANDE OCH UTVECKLING.....	24
6.1. Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor.....	24
6.2. Analyser som möjliggör lärande.....	24
6.3. Spridning av kunskap och lärdomar.....	25
7. ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP	26
7.1. Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv	26
7.2. Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap.....	27
8. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28
9. Bilaga 1. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån egenkontroll - Kritiska verksamhetsfaktorer	29
9.1. Registreringar i Senior alert	29
9.2. Registreringar i BPSD	31
9.3. Registreringar i Palliativregistret	32
9.4. Avvikelse i Magna cura.....	34
9.5. PPM mätning – hygien och klädregler	39
10. Bilaga 2. Sammanställning av data för egenkontroll	41
10.1. Antal utflyttade från SÄBO	41

10.2.	Redovisning av avvikelser i samverkan	41
10.3.	Avvikelser inom vård och omsorgsförvaltningen	43
10.4.	Digital signering	45
10.5.	Antal nyinskrivna i kommunal primärvård	46
10.6.	Resultat från Socialstyrelsens enhetsundersökning	47
10.7.	Nyckeltal från GR	49
10.8.	Punkt prevalensmätningar	53
10.9.	Munhälsa – genomförda utbildningar	53
11.	Bilaga 3	56
11.1.	Utredningar av allvarliga händelser 2022	56
11.2.	Utredningar av allvarliga händelser lex Maria 2022	58

SAMMANFATTNING

Mål inom patientsäkerhet är kopplade till att Alingsås kommun ska erbjuda en god och 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. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en kompetent ledning och styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer - från politiker till beslutsfattare inom kommunal och regional nivå samt operativa chefer och ledare i den patientnära verksamheten. Detta skapar förutsättningar för att medarbetare som arbetar patientnära känner sig trygga och samverkar för att ge en säker vård till patienten.

Under 2022 togs ett nationellt beslut att Covid-19 inte längre klassas som allmänfarlig sjukdom, men inom vård- och omsorg är det fortfarande restriktioner för att minska smittspridning och skydda personer i riskgrupper från allvarlig sjukdom. Periodvis under året ökade smittspridningen bland patienter och personal, vilket ledde till ansträngt läge på drabbade enheter. Utifrån det epidemiologiska läget fick åtgärder sättas in för att minska smittspridningen. Under slutet av året tillkom även spridning av RS-virus och influensa.

Förvaltningen har också arbetat aktivt med att återinföra riskförebyggande arbete och tvärprofessionell teamsamverkan, som är en grund i att arbeta för patientsäkerhet och minska risken för vårdskador. Resultatet visar att antalet registreringar tydligt ökat i kvalitetsregistret Senior Alert. Antalet utredningar av allvarliga händelser och anmälningar enligt lex Maria har minskat sedan föregående år, vilket också kan vara en följd av förbättrad samverkan. Ett fortsatt förbättringsarbete pågår i verksamheterna.

Årets systematiska kvalitetsgranskning fokuserade på området dokumentation. Verksamheterna fick utföra kollegial dokumentationsgranskning och MAS/SAS utförde en övergripande kvalitetsgranskning av dokumentation. En rad förbättringsområden identifierades och kollegial dokumentationsgranskning ingår numer i egenkontrollen.

Alingsås kommun har erhållit ett förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser och underavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Vård och omsorgsnämnden gjorde bedömningen att avtalet inte ger önskad tydlighet kring kommunens, respektive Västra Götalandsregionens primärvårdsansvar, det är dessutom oklart om skrivningarna är förenliga med gällande lagstiftning. Kommunfullmäktige fattade beslut om att avstå att underteckna det reviderade avtalet, vilket ett antal andra kommuner också gjorde.

Omställning till en "God och nära vård" innebär en förflyttning från en vård som av tradition är uppbyggd på akut sjukvård, till en hälso- och sjukvård som har kommunal och regional primärvård som nav och där allt mer vård ska ske i den enskildes hem. Områden som personcentrerat förhållningssätt, delaktighet, samverkan och kompetensutveckling är utmaningar som förvaltningen fortsatt kommer behöva arbeta med för att uppnå en säker vård. Implementering av ett nytt verksamhetssystem samt digital processkartläggning under 2023 är viktiga områden som på sikt kommer stödja en hög patientsäkerhet.

1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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 §

Verksamheten styrs av aktuella lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvården såsom hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), patientdatalagen, PDL (2008:355), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659), SOSFS 1997:14 (delegering av arbetsuppgifter), SOSFS 2011:9 (ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete), SOSFS 2015:10 (basal hygien i vård och omsorg), HSLF-FS 2016:40 (journalföring och behandling av personuppgifter), HSLF-FS 2017:37 (ordination och hantering av läkemedel), HSLF-FS 2017:40 (systematiskt patientsäkerhetsarbete) samt HSLF-FS 2021:52 (medicintekniska produkter). Tillsammans med regionala samt interna styrdokument ligger dessa till grund för arbetet med hälso- och sjukvården inom förvaltningen.

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har Vård- och omsorgsnämnden formulerat kvalitetskrav för hemtjänst, särskilt boende, kommunal primärvård samt LSS. Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas. Under 2022 reviderades kvalitetskraven och även kvalitetskrav för LSS har tagits 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/uppsökande 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

Avdelningen LSS beskriver att de arbetar med att identifiera och hitta strategier för att bedriva ett patientsäkert arbete och avdelningens chefer ska bidra till en god säkerhetskultur genom att ha kunskap om olika alternativ till lösningar. Inom personlig assistans har detta område inte varit prioriterat men de har arbetat med frågorna under året. Det är avdelningschefens ansvar att frågorna lyfts upp på agendan. Avdelningen efterfrågar ett digitalt ledningssystem med tydliga processer som skulle vara ett stöd i arbetet.

Äldreboendeavdelningen har påbörjat ett processorienterat arbetssätt för socialtjänsten. Processen för korttidsverksamheten finns i det digitala systemet och har reviderats under 2022. Förvaltningen har under året påbörjat arbetet med att ta fram en digital hälso- och sjukvårdsprocess.

Privata vårdgivare har kvalitetsledningssystem som hjälper till att styra mot en patientsäker verksamhet och som motsvarar kraven i lagar och regler. Personal i ledande befattningar ska ha den kunskap och kompetens som krävs för att vägleda personalen i frågor som rör patientsäkerhet samt arbeta systematiskt med förbättringsarbete såsom avvikelshantering och egenkontroller. En privat verksamhet har under året arbetat med att göra medarbetarna delaktiga och förtydliga verksamhetens mål. Ledningen ska vara en tongivande förebild och har en avgörande roll för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

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 två medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) samt en 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 planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls samt uppfylla de krav som anges enligt HSLF-FS 2021:43, Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Vidare ansvarar verksamhetschefen för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Ansvara även 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 rehabiliterings (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 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 om en HSL-avvikelse är av en så pass allvarlig händelse att den medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria) och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Avdelningschefs ansvar/verksamhetschef privat regi

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.

Enhetschefs ansvar/chef privat regi

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 avvikelsehantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion

samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kännedom om och arbeta efter gällande lagstiftning, mål, processer, riktlinjer och rutiner. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår det att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra och samverka för 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 samt samverka utifrån nämndens mål och gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner.

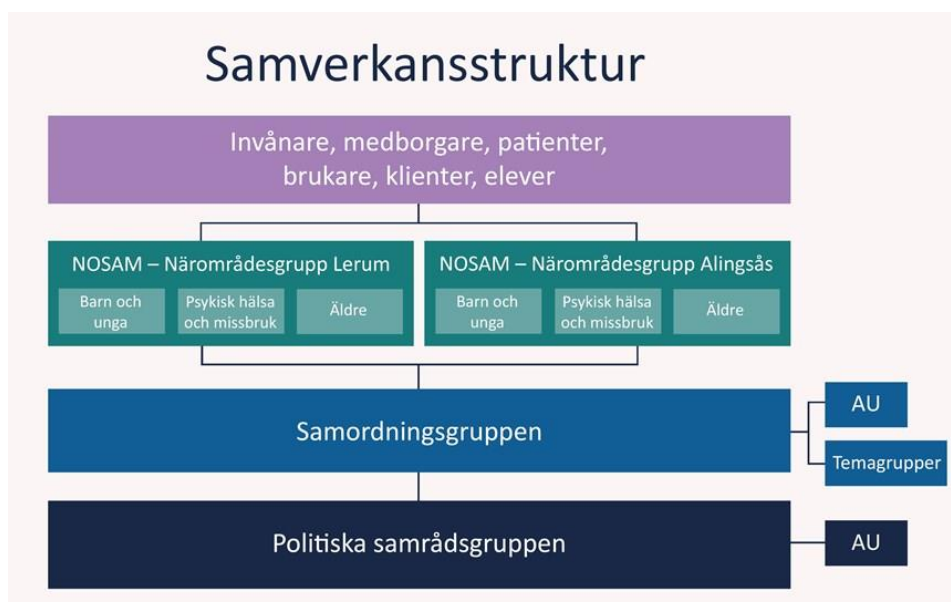
Verksamhetschef/ avdelningschef beskriver mål och strategier för sin organisation.

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 samt Närområdessamverkan (NOSAM)



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.

Från och med oktober-2022 är SAMLA uppdelad i kommunvis i operativ Närområdessamverkan (NOSAM). Syftet är att genom långsiktigt arbete bygga upp hållbara strukturer för samverkan med fokus på prioriterade närområdesfrågor samt arbeta med de fokusområden som är framtagna i SAMLA för 2022-2023. NOSAM tar fram en egen handlingsplan utifrån de prioriterade målområdena i Samverkansplanen: psykisk hälsa, in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt kvalitetsförbättringar.

Samverkan vid utskrivning från slutna 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,
- Riktlinje och rutin för in- och utskrivning samt IT-tjänsten SAMSA (för samordnad vård och omsorgsplanering).
- På delregional nivå har en "Tillämpning av slutenvårdsprocessen" tagits fram.

I Alingsås kommun finns ett vårdplaneringsteam bestående av legitimerad personal och biståndshandläggare som ansvarar för in- utskrivningsprocessen.

Brister i informationsöverföringen i vårdens övergångar utgör en stor risk. När en patient har kontakt med flera vårdgivare finns det risk för glapp i vårdkedjan. Det kan leda till att patienten och inblandad hälso- och sjukvårdspersonal inte kan skapa eller tappar den gemensamma bilden av vad som har hänt och vad som är planerat. Då finns risk för att nödvändig information inte följer med patienten. Äldre patienter och patienter med kroniska sjukdomar är särskilt utsatta, vilket beror på att många av dessa patienter har kontakt med både kommunal primärvård, regional primärvård och specialist- och akutsjukvården. Dessa patienter har stort behov av en sammanhållen vård där alla inblandade har samma bild av målet, de aktuella åtgärderna och rollfördelningen. Därför är det av största vikt att i samverkan arbeta med processerna för planering och informationsöverföring i vårdens övergångar för att säkra en trygg och säker hemgång.

Det har skrivits ett flertal avvikelser i samverkan från kommunen. Avvikelserna gäller framförallt brister i läkemedelshantering i vårdens övergångar, där rutiner inte följts från sjukhus samt oklarheter i in- och utskrivningsprocessen när det gäller t ex. planering vid utskrivning.

Privata vårdgivare upplever att utskrivning från sjukhus utgör en risk, då de inte har tillgång till planeringsverktyget SAMSA. De är beroende av att få information från andra, vilket kan leda till osäkerhet i informationsöverföring.

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.

Patientsäkerheten stärks och individen får en tryggare och bättre vård och omsorg. Arbetet ska bidra till uppfyllande av satta mål regiongemensamt antagen riktlinje samt länsgemensam handlingsplan för psykisk hälsa i Västra Götaland.

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 försämrats 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.

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) 2022 med tillhörande bilaga, gjordes förtydliganden gällande ansvarsfördelning mellan kommunen och vårdcentralerna. MAS har korta veckovisa avstämningar med alla verksamhetschefer för vårdcentralerna och har haft en samverkan när det gäller gemensamma områden som t ex. vaccinationer och smittspårningar.

Vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS

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 SÄS har rutiner på sin hemsida som gäller för kommunal vård och omsorg. Under 2022 har vårdhygien haft informationsträffar med enhetschefer. MAS har regelbundna avstämningsmöten med Vårdhygien för information och dialog om saker som rör området.

Högskolan i Borås

Avdelningen för hälso- och sjukvård har sedan flera år en samverkan med Högskolan i Borås genom Kommunal utbildningsenhet inom vård- och äldreomsorg i Alingsås kommun (KUVO). Enhetens handledarutbildade sjuksköterskor tar emot sjuksköterskestudenter som gör sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Till enheten hör också

huvudhandledare, lektor och adjunkt. KUVO har väldigt nöjda studenter visar utvärderingarna efter genomgången VFU.

Egen verksamhet

Verksamheterna beskriver att det finns rutiner för när kommunens sjuksköterskor ska kontaktas samt vikten av samverkan med legitimerad personal och andra aktörer för att förebygga vårdskador. Samverkan med MAS och SAS lyfts också som ett stöd i det riskförebyggande arbetet.

1.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I Alingsås kommun har det 2022 tagits fram en kommunövergripande handlingsplan för informationssäkerhet och dataskydd. Informationssäkerhetssamordnare, IT-säkerhetssamordnare och dataskyddsansvariga leder arbetet och verkställer tillsammans med kommunens verksamheter innehållet i denna handlingsplan. Från Vård- och omsorgsförvaltningen deltar två representanter i detta nätverk. Kommunen har också två dataskyddsombud som representerar samtliga förvaltningar och kommunstyrelsen.

Under 2022 har det rapporterats sju personuppgiftsincidenter.

Sedan november 2022 pågår en utbildning i informationssäkerhet som är riktad till samtliga medarbetare som innehar en e-postadress. Syftet är att höja kompetensen inom detta område.

Det finns en loggningsrutin framtagen som följs månadsvis, enligt egenkontrollplan, när det gäller verksamhetssystemet samt Nationell patientöversikt (NPÖ).

En privat utförare har under 2022 fattat beslut om att utbilda chefer och medarbetare i informationssäkerhet, för att öka kunskapen om kraven i Dataskyddsförordningen.

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.



En privat verksamhet har under året sett över sin introduktion för nya medarbetare och identifierat punkter som är av vikt för att främja en god säkerhetskultur, som t ex. att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada som går att undvika, rapportera om en risk identifieras samt att dela erfarenheter, både positiva och negativa. Introduktionsprocessen, beskrivs av en annan verksamhet, som en del i en god säkerhetskultur där medarbetaren blir informerad om rapporteringsskyldighet samt anmälningsplikten gällande lex Maria och lex Sara. De betonar också att ledningen behöver vara uppmärksam på hur medarbetarna pratar om säkerhetskulturen, så den inte förminskas genom en "gör som man brukar"-attityd. Verksamheten säkerställer att personalen får tid för utbildning och reflektion som rör patientsäkerhetsfrågor. En utförare har under våren haft reflektionsmöten som bland annat handlar om lågaffektivt bemötande samt hur de kvalitetssäkrar läkemedelsgivning hos patienter.

Inom avdelningen för LSS arbetar enhetscheferna med att skapa trygghet för att våga rapportera och lyfta risker som identifieras och sedan ha dialog om detta på verksamhetsmöten och APT. Metodutvecklare och stödpedagoger arbetar nära verksamheterna. En god dialog och samverkan mellan olika professioner och externa aktörer beskrivs som en framgångsfaktor och en förutsättning för att garantera en god säkerhetskultur. Ett förbättringsarbete gällande riskförebyggande arbete med kartläggningmaterial från Senior Alert har påbörjats på några enheter under 2022 och kommer utvecklas ytterligare framöver. Medarbetare utbildas också fortlöpande i "Pedagogiskt förhållningssätt".

Inom hemtjänsten har arbetet med Senior Alert och teamsmöten påbörjats inom vissa enheter. Rutin för detta finns, men en utmaning är att få alla professioner att delta på mötena. Arbetet med att utveckla samverkan kommer fortgå under 2023. Enhetschefer har fått extra stöd för att gå igenom avvikelser. De arbetar också med avvikelser, synpunkter och klagomål i arbetslagen för att ständigt förbättra omvårdnaden samt analysera var i processen misstag skett. Planeringsverktyget TES används för att säkra att varje insats blir utförd i rätt tid. Äldreboendeavdelningen har som mål att lära av avvikelser och händelser samt sprida detta vidare i organisationen.

Patientsäkerhet är ett komplext kunskapsområde och det finns ofta flera orsaker till att patienter drabbas av vårdskador. Orsaker till risker och vårdskador kan identifieras utifrån olika synsätt, där systemsyn utgår från att negativa händelser uppstår på grund av brister i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kan röra områden som arbetsmiljö, bemanning, kompetens, organisation och rutiner. Hälso- och sjukvårdspersonal har också ett individuellt yrkesansvar. En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det innebär även att organisationskulturen skapar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten.

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. Adekvat kunskap och kompetens uppnås dels genom den befintliga kompetensen som medarbetarna besitter samt genom kompetensutveckling. För att få en bild av verksamheternas bemanning och kompetens bör kompetenskartläggningar regelbundet utföras för att identifiera och säkerställa att personalen har den kompetens och kunskap som är nödvändig för att utföra en god och säker vård och omsorg. Kompetensförsörjning är en av flera samverkande faktorer som påverkar riskerna för vårdskador. En god kompetensförsörjning innebär att på såväl kort som lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens.



Avdelningen för hemtjänst har under hösten 2022 startat upp ett resursteam som består av undersköterskor. Syftet är att ge säker vård genom att stödja övriga hemtjänstteam, vid frånvaro, med prioriterade insatser som t ex. delegerade uppgifter. Teamet har fått kompetensutbildning av utbildningssjuksköterska. Avdelningen har också förtydligat uppdraget för fast omsorgskontakt. Hemtjänsten ska enligt kvalitetskrav bestå av 75% undersköterskor och en ökning har skett under året vilket gör att det nu finns 75,8% utbildade undersköterskor. Genom Äldreomsorgslyftet har 50 medarbetare kunnat erbjudas utbildning till undersköterska. Vidare planeras det för att anställa specialistutbildade undersköterskor.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen har en utbildningssjuksköterska som stöttat verksamheterna och utbildat i riskförebyggande arbete med riskbedömningar för bl a. blåsdysfunktion. Ett förbättringsarbete har påbörjats i att ta fram process för delegeringsutbildning och stöd till sjuksköterska i delegering för syrgasbehandling. Det planeras för liknande process för andra specifika delegeringar.

I verksamheten för personlig assistans finns inga utbildningskrav. Trots det finns det ett flertal anställda med undersköterskekompetens, vilket säkrar att det finns adekvat kunskap och kompetens. Personalen har också under året genomgått kompetensutveckling inom förflyttningsteknik och detta kommer fortgå under nästa år. Inom LSS Boende och arbete betonas vikten av att ha rätt grundkompetens för att kunna utföra en god och säker vård. Inom avdelningen finns fem metodutvecklare som utbildar personalen i pedagogiskt förhållningssätt. De kvalitetssäkrar också den sociala dokumentationen, dels på enhetsnivå och dels på individnivå. I medarbetaröverenskommelser identifieras behov av kompetens och en plan utformas för att tillgodose kompetenshöjning där det behövs.

Privata verksamheter har också deltagit i Äldreomsorgslyftet och därigenom utbildat medarbetare till undersköterskor. Schemaläggning sker utifrån delegering och kompetens och det eftersträvas kontinuitet för att den personal som känner patienten bäst kan bedöma ett förändrat hälsotillstånd. Medarbetarna behöver utöver basutbildning också ha kunskaper i t ex. fallprevention, läkemedelshantering, nattfasta, undernäring, trycksår och vårdrelaterade infektioner. Under 2023 planeras tillfällen in för utbildning inom dessa områden. En verksamhet lyfter vikten av en systematisk och utarbetad introduktion samt handledning. Det är en del av kompetensförsörjningsplanen där ska det finnas ett tydligt och enhetligt introduktionsprogram i patientsäkerhet för både ledare och medarbetare. En

annan verksamhet schemalägger personal som har en god bemötandestrategi samt spetskompetens inom demensvård till patienter med demenssjukdom.

Personal från flera demensavdelningar (43 stycken personal) samt personal från privat hemtjänst har deltagit i utbildningsmodellen Stjärnmärkt som finns på Svenskt Demenscentrum. Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. Hemtjänst i egen regi har valt att avstå denna utbildningsinsats.

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 §

Verksamheterna inom såväl egen regin och privata arbetar med genomförandeplaner, handlingsplaner, omvårdnadsplaner samt bemötandestrategier. I dokumentationen ska det framgå på vilket sätt den enskilde gjorts delaktig i planeringen för sin vård och omsorg. Dokumentationsgranskning som utförts under året, som en del i det systematiska kvalitetsarbetet, har visat att detta inte alltid varit tydligt dokumenterat och förbättringsarbeten har identifierats och genomförts.

Avdelningen för hemtjänst ligger högt i brukarundersökningar och hemtjänstindex, vilket indikerar att patienterna känner sig delaktiga i sin planering för vård och omsorg. Både egen regin och privata utförare har arbetat med fast omsorgskontakt som skapar delaktighet genom kontinuitet.

Alla verksamheter arbetar systematiskt med synpunkter och klagomål och ser detta som en viktig del för att kunna identifiera förbättringsområden.

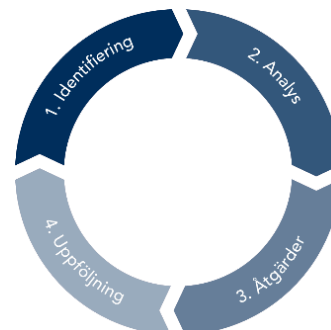
Processen för synpunkter och klagomål behöver utvecklas, framför allt när det gäller ansvarsfördelning samt att tydligare involvera patienten och deras anhöriga. Förbättringsarbete pågår. Ett nytt avvikelssystem kommer implementeras under 2023, vilket kommer underlätta hanteringen.

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 kvalitetskrav som finns för särskilt boende, hemtjänst, funktionsstöd samt kommunal primärvård. I patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse anges mål som verksamheten ska uppnå gällande kvalitet, vilket följs upp årligen. Förvaltningen har fastställda rutiner för hur detta genomförs.

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

De Kritiska verksamhetsfaktorerna redovisas i bilaga 1 och där beskrivs även mål, åtgärd under 2022, resultat, analys av resultat, mål för 2023 samt planerade åtgärder för 2023.

Följande egenkontroller genomförs regelbundet inom verksamheten:

Område	Frekvens	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1-2 gånger per år	PPM-databasen
Journalgranskning	1 gång per år	Enligt mall
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databas, SKR
Trycksår	1 gång per år	PPM-databas, Senior alert
HALT- vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på SÄBO	1 gång per år	PPM-databas, Folkhälsomyndigheten och Senior alert
Avvikelser	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder)	3 gånger per år	Statistik från register till Socialstyrelsen
Trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt blåsdysfunktion	2 gånger per år*	Senior Alert
Palliativ registret	2 gånger per år*	Palliativ registret
BPSD	2 gånger per år*	BPSD
Klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, ärendehanteringssystem
Uppföljning av kvalitetskrav	1 gång per år	Kvalitetskrav
Uppföljning av externa utförare	1 gång per år	Avtal samt förfrågningsunderlag
Brucarundersökning	1 gång per år	Socialstyrelsen
Inlämning av uppgifter till KOLADA	1 gång per år	Kolada förvaltas och utvecklas av RKA
Inlämning av uppgifter i Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)	1 gång per år	Sveriges kommuner och regioner
Läkemedelsgenomgång	1 gång per år	Egen mätning
Olämpliga läkemedel	1 gång per år	Öppna jämförelser
Läkemedelshantering	1 gång per år	Enkät till sjuksköterskor
Loggningsrutin för verksamhetssystem	1 gång per månad	IT-enhet
Loggningsrutin för NPÖ	1 gång per månad	IT-enhet Läkemedelshantering
Nyckeltalsredovisning från GR	1 gång per år	Göteborgsregionen
Enkät personcentrerad vård	1 gång per år	Göteborgsregionen

Inom privat regi kan följande kontrollpunkter förekomma utöver de som nämns ovan:

Område	Frekvens	Källa
Uppföljning av rutiner för patientsäkerhetsarbetet	Kvartalsvis	Egen mätning
Öka kontinuiteten hos kunderna		
Nyckelkvittenser	2 gånger per år	Signeringslistor
Öka antalet dokumenterade synpunkter	1 gång per år	Egen mätning

Utifrån de resultat som framkommit vid tidigare i granskningar har vissa egenkontroller valts ut och prioriterats som förbättringsområden under året, för att säkra en god vård och omsorg. De kontrollpunkter som följts särskilt utöver kritiska verksamhetsfaktorer, beskrivs mer ingående i bilaga 2.

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.



Verksamhetschef/ avdelningschef beskriver sin verksamhet.

3.1. Avvikelse rapportering

Riktlinje och manual gällande rapporteringsskyldighet och hantering av inträffade händelser har reviderats under året och implementerats i verksamheten.

Antalet avvikelser är fortsatt högt. Totalt är det inte någon större skillnad på antalet inkomna avvikelser mellan år 2021 till år 2022 (se bilaga 2, diagram 6).

Antalet läkemedelsavvikelser ligger fortfarande betydligt högre än vad som är önskvärt (se bilaga 1, diagram 6). Under de två senaste åren har förvaltningen infört digital signering inom egenregion. Detta system fungerar inte lika bra inom alla enheter. Vissa enheter har fortfarande problem med uppkopplingen medans andra enheter haft problem med att få till bra rutiner som följs av alla i arbetslaget. Det har lett till ett stort antal osignerade insatser som i sin tur ger avvikelser. I perioder har det varit så många osignerade poster i systemet att IT-ansvarig har fått gå in och öppna upp systemet så verksamheten kan signera insatser i efterhand (se Diagram 9, bilaga 2). Detta är givetvis en hantering av insatser som innebär en patientsäkerhetsrisk då verksamheten i efterhand inte vet säkert vilken

insats som utförts. De enheter som har högst antal osignerade poster kommer att följas extra noga och erbjudas stöd och handledning till dess att de har fått till ett fungerande arbetssätt som är patientsäkert.

Antalet fallavvikelser har ökat under året och det är hemtjänst inom egenregion som står för den största ökningen (se bilaga 1, diagram 5). Avdelningen har haft i uppdrag att komma igång med teamsamverkan samt att arbeta riskförebyggande kring fall, vilket inte kommit igång på det sätt som varit önskvärt. Avdelningen kommer att jobba vidare med detta uppdrag under kommande år.

En privat hemtjänstutförare har rapporterat ett ökat antal fall. Denna enhet har under året startat upp ett förbättringsarbete för att minska antalet fall och har tagit fram en ny rutin för hur fall ska hanteras för de som bor i ordinärt boende.

Målet är att alla avvikelser ska hanteras skyndsamt (1 - 2 veckor) av chef och eventuell legitimerad personal, för att åtgärder snabbt ska sätta in så att händelsen inte upprepas. Denna process följs som kritisk verksamhetsfaktor och det genomsnittliga resultatet för avdelningarna är fortfarande för lågt (se bilaga 1, tabell 2). Det finns goda exempel på enheter som hanterar denna process exemplariskt och ligger på 95 - 100% avslutade avvikelser vid samtliga mättillfällen, vilket visar på att målet kan nås med rätt arbetssätt.

Det finns även en kritisk verksamhetsfaktor som mäter andelen klassificerade avvikelser (se bilaga 1, tabell 3). Resultatet visar på liknande tendens som ovan. Det finns enheter som har 95 - 100% men genomsnittsvärdet per avdelning blir alltför lågt då vissa enheter inte har fungerande rutiner som följs. De enheter som har låg andel avslutade utredningar samt låg andel klassificerade avvikelser kommer att följas extra noga och erbjudas stöd och handledning till dess att de har fått till ett fungerande arbetssätt som är patientsäkert.

De flesta enheter har under året arbetat för att få till en fungerande teamsamverkan och det är fler avvikelser som klassificeras och signeras, vilket är positivt. Avdelningschefer inom egen region har tidigare arbetat fram handlingsplaner för respektive avdelning med åtgärder kring avvikelshantering. Någon enhet har jobbat strukturerat med detta uppdrag genom regelbundna workshops kring avvikelshantering i syfte att lära och utveckla verksamheten. MAS har varit i vissa grupper och pratat om avvikelshantering.

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

Under året har det varit flera allvariga händelser gällande risk för vårdskada eller vårdskada. I samband med dessa utredningar har det framkommit behov av mer kunskap om hur händelser/ avvikelser utreds. Det finns en rutin för utredning av vårdskada som uppdaterats under året.

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

Det är chefens ansvar att återkoppla till den drabbade patienten samt göra personen delaktig i förbättringsarbetet, vilket beskrivs i rutinen.

Vid utredning av vårdskador framkommer följande områden som de vanligaste orsakerna till att en vårdskada har uppkommit:

- Brist på samverkan mellan professioner. Den legitimerade personalen behöver ta ansvar för att inhämta information från enhetschef och vård och omsorgspersonal för att kunna handleda och ge stöd. Den legitimerade personalen ansvarar för bedömningar när patientens hälsa förändras.
- Brist på kontinuitet. När legitimerad personal byter ansvarsområden är risken stor att viktig information faller bort. Kontinuitet är en av de viktigaste aspekterna för att uppnå en hög vårdkvalitet som bidrar till ökad patienttillfredsställelse och bättre vårdresultat. Utebliven kontinuitet är en patientsäkerhetsrisk.
- Brist i dokumentation. Viktig information utelämnas i dokumentationen vilket leder till felaktiga bedömningar av patientens tillstånd.
- Brist i information/ kommunikation. Viktig information utelämnas vid bedömningar. Vård- och omsorgspersonal får inte tag på sjuksköterska inom rimlig tid när patientens tillstånd förändras.

I en del händelser har det framkommit att involverade personer 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 ökat risken för allvarliga vårdskador.

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 minimera effekten av negativa händelser är det viktigt att händelserna utreds och klassificeras skyndsamt (1 - 2 veckor), vilket finns beskrivet under kapitel 3.1. 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. Det finns en vinst i att berörda professioner gör en analys av avvikelsen tillsammans. Den samordnade analysen ger bäst resultat om den genomförs av det tvärprofessionella teamet. Vissa händelser är så komplexa att teamen behöver träffas separat för att göra en händelseanalys kring den enskilda avvikelsen. Verksamheter arbetar med olika metoder i utredningsfasen, såsom att ställa sig frågan VARFÖR ett flertal gånger enligt LEAN-metoden.

Den privata hemtjänsten efterfrågar den legitimerad personalens del när det gäller hanteringen av avvikelser inom hälso- och sjukvård.

För att kunna minimera effekten av negativa händelser är det viktigt att såväl enhetschef som avdelningschef/ verksamhetschef analyserar inkomna avvikelser på såväl detaljnivå som enhet/ avdelningsnivå för att se mönster och/ eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Efter denna analys kan chefen ta ställning till om arbetssätten är säkra eller om åtgärder behöver vidtas i syfte att säkra en god och säker vård och omsorg.

Det finns önskemål om att utredningar av vårdskador eller risk för vårdskador ska samlas oidentifierade på en särskild plats, så att de kan användas som lärande exempel i organisationen. Detta initiativ kan genomföras av respektive utförare.

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.

Förvaltningen arbetar med ett digitalt processverktyg för kvalitetsledningssystem. Den övergripande hälso- och sjukvårdsprocessen finns nu beskriven tillsammans med bland annat korttidsprocessen. Under kommande år ska specifika vårdprocesser vid olika diagnoser beskrivas exempelvis inkontinens, diabetes och svårläkta sår.

Avdelning Hälso- och sjukvård arbetar enligt processer kring demens via kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom). För att säkra en god och säker vård vid demens använder sig flera verksamheter av de webbutbildningar som finns på Svenskt Demenscentrum som till exempel Demens ABC och utbildningen Stjärnmärkt.

Privata utförare har processer kring hygien där all personal måste genomföra webutbildning inom hygien och bli godkänd innan de får arbeta. Hygienombud arbetar med checklista för att säkerställa att basala hygienrutiner följs.

MAS har under året fokuserat på att säkra upp att det finns aktuella riktlinjer inom verksamheten, så att det är tydligt hur hälso- och sjukvården ska utföras. För att det ska bli enklare för alla som arbetar med hälso- och sjukvårdsuppgifter att göra rätt, har MAS:arna under året skapat en plats på kommunens intranät där viktig information, länkar till utbildningar, avtal, stödjande dokument, riktlinjer gällande hälso- och sjukvård med mera har samlats.

Ett förbättringsarbete har påbörjats med att ta fram processer för specifika delegeringar. En riktlinje för vård i livets slutskede har tagits fram under året för att säkerställa en likvärdig, trygg och säker vård i livets slutskede.

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

Alingsås kommun deltar i samverkan med Lerum och Alingsås (SAMLÄ) som är uppdelat i en kommunvis operativ närområdessamverkan (NOSAM). NOSAM har i uppgift att ta fram en handlingsplan med aktiviteter utifrån de prioriterade målområdena i samverkansplanen - psykisk hälsa, in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och kvalitetsförbättringar.

Det finns ett närsjukvårdsteam i Alingsås. Det är ett mobilt specialistteam som besöker och följer upp de mest sjuka och sköra patienterna i deras hem exempelvis patienter med hjärtsvikt, patienter som har svårt att klara sin medicinering eller patienter som behöver hjälp med injektioner.

När en person behöver hjälp och stöd från både kommun och region samt kanske även andra aktörer, ska alla insatser alltid utgå från individen och dennes behov. I dessa fall kan en "Samordnad individuell plan" (SIP) upprättas tillsammans med individen. Att använda SIP-processen som struktur för individsamverkan skapar ett helhetsperspektiv kring personer med komplexa behov och är ett redskap för att åstadkomma en personcentrerad vård.

Enligt författning HSLF-FS 2022:39 ska personalen i verksamheten ha kunskap om våld och andra övergrepp av eller mot närstående för att kunna ge god vård. Vårdgivaren ska samverka externt med berörda verksamheter, myndigheter och organisationer för att skapa förutsättningar för att samordna de olika aktörernas åtgärder och insatser så att de inte motverkar varandra. Förvaltningen behöver arbeta med denna process under det kommande året då tydliga rutiner för samverkan saknas vid misstanke om våld och andra övergrepp.

4.3. Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador

För att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador måste vården arbeta strukturerat med förebyggande insatser.

MAS har under året publicerat en riktlinje "Förebygga fall trycksår, undernäring ohälsa i munnen" som utgår från Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (HSLF-FS 2022:49), som gäller för såväl verksamhet inom SoL som LSS. I riktlinjen beskrivs de olika professionernas ansvar för det förebyggande arbetet.

Alla verksamheter jobbar med riskbedömningar och majoriteten av dem använder sig av kvalitetsregistret Senior alert. Inom demensvården används kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom).

Privat hemtjänst har implementerat BPSD som arbetssätt och vissa utförare har deltagit i satsningen att utbilda personalen i Stjärnmärkt (demensutbildning).

Hemtjänst i egen regi har valt att avstå de utbildningssatsningar som genomförts under året och arbetar inte med kvalitetsregistret BPSD och har därmed inget strukturerat arbetssätt för personer med kognitiv svikt.

Inom LSS används andra arbetssätt tex AKK (alternativ och kompletterande kommunikation), lågaffektivt bemötande, motiverande samtal eller tydliggörande pedagogik, för att möta de behov som finns hos patienten.

Flera verksamheter lyfter vikten av att återuppta arbetet med Teamsamverkan, som i stora delar var vilande under pandemin. Det är av största vikt att alla professioner deltar och delar med sig av sin kunskap vid dessa träffar för att vårdskador ska kunna förebyggas. Flera verksamheter påtalar att den legitimerade personalen (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut) inte närvarar på dessa träffar i den utsträckning som är önskvärt.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen har ett prioriterat uppdrag att arbeta preventivt och med riskbedömningar.

Den 1 november började en ny författning (HSLF-FS 2022:44) att gälla om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. Syftet med författningen är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och därigenom bidra till insatser av god kvalitet. För att minska antalet vårdrelaterade infektioner finns två sjuksköterskor som har ett särskilt uppdrag att undervisa och stödja verksamheterna när det gäller hygien. Under året har de gjort en särskild satsning inom LSS-verksamheten vilket har gett en god följsamhet till basala hygienrutiner.

Alla som skrivs in i kommunal primärvård, beviljas ett äldreboende eller får en korttidsplats (enligt SoL) ska enligt kvalitetskraven, få en aktivitets- och funktionsbedömning genomförd snarast. Vid denna bedömning synliggörs behovet av stöd och hjälp i vardagen för att undvika exempelvis fall, undernäring, trycksår.

Den journalgranskning som genomfördes under året visade att en aktivitets- och funktionsbedömning mycket sällan var genomförd och dokumenterad. Här finns ett tydligt förbättringsområde som skulle kunna minska antalet vårdskador i verksamheten.

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. För att minska risken att information glöms bort eller misstolkas exempelvis vid överlämningar behövs det ett strukturerat arbetssätt. Vid informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier och/ eller mellan vårdgivare ska rapporteringen ske enligt kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation).

Det är viktigt att tydligt beskriva patientens tillstånd och då kan skattningsverktyg för bedömning av status och vitala parametrar användas, som säkerställer att bedömningar alltid sker på ett likartat och evidensbaserat sätt. Inom SAMLA (Samverkan i Lerum och Alingsås) används ett evidensbaserat beslutsstöd (VISAM). Syftet med beslutsstödet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på rätt vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.

MAS har under året skrivit en riktlinje gällande "Insatser vid förändrat hälsotillstånd". I denna beskrivs vilket ansvar olika yrkeskategorier har när patientens hälsotillstånd förändras samt hur bedömningar genomförs strukturerat samt hur information förmedlas.

När det finns behov av strukturerade bedömningar används evidensbaserade skattningsinstrument. Det finns metoder för att bedöma patientens tillstånd exempelvis smärta, oro eller ångest och andra skalor som används vid riskbedömningar, exempelvis skalor som mäter risk för fall och risk för trycksår. Vid hjälpmedelsförskrivning använder sig legitimerad personal av beslutsstöd.

De medicintekniska produkterna ska hanteras på rätt sätt så att patienten inte skadas genom exempelvis fall, tryck, slag eller friktion mot hud i samband med användning. Riktlinjen samt rutin för hantering av medicintekniska produkter har under året uppdaterats.

På äldreboende har en översyn av alla vågar genomförts och gamla vågar har bytts ut.

Det finns nu möjlighet att genomföra säkra videokonferenser via en digital tjänst.

En privat utförare har infört digitala schemakort för att säkra upp att rätt insatser utförs vid rätt tidpunkt.

Inom LSS används pedagogiskt förhållningssätt som arbetssätt och utbildningar har pågått under året.

Förvaltningen har i slutet av året anslutit sig till SveDem som är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är att skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. Utbildning i kvalitetsregistret kommer att ske under 2023.

4.5. Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik

Under året har en upphandling av nytt verksamhetssystem genomförts och ett avtal är undertecknat med Pulsens system Combine, som ska vara på plats den 1 december 2023.

Införande pågår av ett modernt och trådlöst digitalt trygghetssystem inklusive plattform för välfärdsteknik och extern larmcentral. Systemet ska kunna användas inom alla Alingsås boendeformer, ordinära-, särskilda- och LSS-boenden. Det nya trygghetssystemet håller på att testas i verksamheten. Olika typer av välfärdsteknik kommer att kunna anslutas till trygghetssystemets plattform exempelvis GPS-larm, Digital tillsyn och Medicinrobotar.

Inom vårdsamverkan i Västra Götalandsregionen pågår gemensamma projekt kring upphandling av "Digital hjälpmedel" i samverkan. Med detta avses både traditionella hjälpmedel med digitala komponenter och det område som vanligtvis benämns "välfärdsteknik". Västra Götalandsregionen och 47 (av 49) kommuner har beslutat att samarbeta i detta projekt. Alingsås kommun är enda kommunen som valt att stå helt utanför detta arbete.

Systemet för digital signering har nu funnits ett par år i verksamheten. Många av de problem som fanns i början har åtgärdats och systemet fungerar bättre. Vissa

verksamheter upplever dock fortfarande att de finns problem med att programmet laggar eller att uppkoppling bryts så att signering inte kan genomföras. Systemet kommer att bytas ut då det nya verksamhetssystemet införs.

Hemtjänstavdelningen har ett digitalt planeringsverktyg som underlättar planering och uppföljning för enhetschef. Systemet möjliggör även för legitimerade att med hjälp av enhetschef/ samordnare få information vem som utfört planerade HSL-insatser.

En privat utförare beskriver den process som finns för att säkra att personal har kunskap om de digitala hjälpmedel och medicintekniska produkter som finns hos patienterna. Processen börjar vid introduktionen då alla får utbildning i den välfärdsteknik och de medicintekniska produkter som finns hos patienterna så att en säker miljö upprätthålls både för patient och personal. Hjälpmedelsinventering görs för att kunna ha god kontroll över vilka krav som ställs på personal i det dagliga arbetet. Instruktion för hur hjälpmedlet skall användas skall finnas tillgängligt i hemmet. Riskmedvetenhet hos personal som innebär kontroll av att hjälpmedlet är helt och funktionsdugligt innan användning.

Flera verksamheter arbetar med fysiska arbetsmiljö ronder. Vid dessa tillfällen kan problem med exempelvis medicintekniska produkter upptäckas. Rehab kontaktas omedelbart om trasig utrustning upptäcks.

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. I samråd med fastighetsägaren, räddningstjänst med mera görs regelbundna översyner av lokaler. Vid om och nybyggnad bevakas de regler och riktlinjer som gäller för vårdlokaler.

När patienter vårdas i hemmet behöver patientsäkerheten liksom arbetsmiljön vägas mot patientens integritet och självbestämmande. För att anpassa hemmiljön kan det behövas särskilda åtgärder.

Alla hemtjänstutförare arbetar med riskbedömningar som omfattar fysisk arbetsmiljö, vilket innebär att det skall finnas tillräckligt med utrymme för alla arbetsmoment som skall utföras. De hjälpmedel som krävs för uppdraget ska vara tillgängliga, vilket ibland kräver anpassningar av bostaden. Ibland behöver överenskommelser göras eftersom det krävs att såromläggningsmaterial förvaras hos patienten samt att vissa läkemedel behöver förvaras i kylskåp. Hjälpmedel kan behövas installeras, belysningen kan behöva justeras och sängen kanske behöver bytas ut till en vårdsäng.

Ett privat äldreboende beskriver att byggnadens utformning ger goda förutsättningar för att bedriva en god och säker vård. Vid smitta kan arbetet delas upp i kluster så att personal och patienter inte blandas. Det finns även innergårdar med många planteringar, växthus och höns hus som på ett tryggt sätt gynnar en stimulerande utomhusvistelse.

Avdelningen hemtjänst hade som mål att utveckla samarbetet med Räddningstjänsten under 2022 men detta har inte genomförts då Räddningstjänsten prioriterat andra uppdrag.

Personlig assistans gör regelbundet bedömningar i den enskildes hem för att säkra upp arbetsmiljön samt för att göra en bedömning om det finns behov av hjälpmedel. I detta

arbete vägsarbetsmiljö, patientsäkerhet och den enskildes önskemål och integritet samman.

Rehab är en viktig resurs och behöver finnas tillgänglig för att bidra med aktivitets- och funktionsbedömningar i hemmet, för att säkra en trygg miljö.

5. SÄKER VÅRD HÄR OCH NU

Hälso- 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. Säker vård här och nu handlar om att verksamheten har förmåga att och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser kan inträffa, men också kunna hantera och agera här och nu innan patientsäkerheten blir hotad.



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

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.

5.1. Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid

Verksamheterna arbetar med kontinuitetsplanering och krisplaner. T ex. hur vården och omsorgen säkras om det uppstår strömavbrott och digitala störningar. Handlingsplan för värmebölja finns framtagen. Under 2022 har arbetet med att minska smittspridning av Covid-19 fortgått i förvaltningen och smittspridningen har periodvis varit hög. Verksamheterna har haft strategier för att snabbt anpassa sig till nya rekommendationer och rutiner. Även om Covid-19 inte klassas som allmänfarlig sjukdom längre gäller det att skydda riskgrupper från att drabbas av allvarlig sjukdom. Pandemin harsynliggjort behovet av att öka patientsäkerheten. Smittspridning, bemanning, omställning av arbetssätt samt långsiktig planering är utmaningar kopplade till pandemiarbetet. Att utgå från perspektivet att alla verksamheter berörs i alla situationer i hela hälso- och sjukvården, stärka kompetensförsörjning, ha fokus på helhet och systematik samt riskmedvetenhet och proaktivt arbete är viktiga delar framåt.

5.2. Situationsanpassning

Inom äldreomsorgen, både egen regi och privat, finns det tillgång till enhetschef i beredskap, som har till uppgift att hantera akuta förändringar som påverkar verksamheten som sker på obekvämtid (sjukdom, akuta boendesituationer, oväder etc).

5.3. Dagligt patientsäkerhetsarbete

Ett närvarande ledarskap beskrivs ha stor betydelse för patientsäkerheten. Genom att ansvarig chef närvarar i verksamheten kan risker och brister uppmärksammas snabbare och avhjälpas genom olika strategier. Betydelsen av fungerande tvärprofessionella team runt patienten lyfts som en viktig del för att uppnå hög patientsäkerhet och arbeta förebyggande.

Några enheter har patientsäkerhet som en stående punkt på verksamhetsmöten, då också avvikelser lyfts som lärande exempel. Att kontinuerligt ha patientsäkerhet på agendan ökar riskmedvetenheten och lärdomar för både ledning och medarbetare. Alla har ett personligt ansvar för att bidra till en säker vård, oavsett roll i organisationen.

5.4. Säker arbetsmiljö

Organisatoriskt arbetsmiljöarbete utförs enlighet med ett årshjul. Alla verksamheter arbetar strukturerat med områden som rör arbetsmiljö samt genomför riskbedömningar när nya ärenden tillkommer. Personalen använder skyddsutrustning vid misstänkt eller bekräftad Covid-19 hos patienter. Vid avsteg från rutiner upprättas handlingsplaner och risk- och konsekvensanalyser görs även utifrån ett arbetsmiljöperspektiv.

5.5. Säker bemanning

Alla verksamheter inom såväl privat som egen regi arbetar med planering för hur rätt grundbemanning ska säkras vid brist på personal (exempelvis vid hög frånvaro vid sjukdom eller semesterperioder). Där ska det framgå hur många vikarier som krävs med rätt kompetens för att kunna upprätthålla en god och säker vård och omsorg. I en liten personalgrupp blir det sårbart vid hög frånvaro, då det är svårt att bemanna med vikarier som har rätt kompetens. Det behöver också finnas en plan för prioriteringar av arbetsuppgifter. Vissa verksamheter tillämpar förhöjd grundbemanning för att säkerställa behovet av personalresurser.

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

Genom antagen plan för systematisk kvalitetsgranskning genomfördes en granskning under året, med fokus på dokumentation. Syftet med att dokumentera och föra journaler är i första hand, att dokumentationen ska bidra till en god och säker vård och omsorg för den enskilde. Det är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka och kontrollera om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt. För att verksamheten ska kunna förbättras och utvecklas krävs det att socialtjänsten och hälso- och sjukvården dokumenterar på ett tillfredställande sätt. Genomförd dokumentationsgranskning visade på vissa brister och avdelningarna/verksamheter har upprättat handlingsplaner för sitt förbättringsarbete kring dokumentation.

Egenkontrollen av dokumentationen kommer framöver att ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet, med målsättning att öka kvalitén och kunskapen.

Förslag på prioriterade åtgärder efter granskningen, samt inför införandet av nytt verksamhetssystem, är en översyn av introduktionen, fortbildning och

kompetensutveckling i dokumentation. Verksamheterna behöver ta fram rutiner för samverkan så att dokumentationen utvecklas och blir ändamålsenlig i syfte att höja kvaliteten och patientsäkerheten i vården och omsorgen om den enskilde.

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

För att få en bred bild av patientsäkerhetsläget i vården är det relevant att samla in och sammanställa kunskap från flera olika källor så att olika aspekter som påverkar säkerheten i vården beaktas. Olika typer av data och datakällor kan behöva värderas i vården för olika patientgrupper. Detta kan exempelvis innebära att data sammanställs från kvalitetsregister, brukarundersökningar, punktprevalensmätningar, med mera. Data och analyser beskrivs mer ingående i bilaga 1 och 2.

6.1.1 Avvikelser

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

Det har inte inkommit någon avvikelse till verksamheten via patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg. Övriga avvikelser som rapporterats inom verksamheten beskrivs mer ingående i bilaga 1 och 2.

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. Några klagomål har i analysen påvisat ett antal brister i rutiner och arbetssätt som har lett till förändringar/ förtydligande i rutiner och arbetssätt.

6.2. Analyser som möjliggör lärande

Det bör finnas ett kontinuerligt lärande utifrån det egna, teamets och verksamheternas arbete genom ett arbete med ständiga förbättringar.

Förvaltningen behöver arbeta fram en modell för egenkontroll, där resultat från olika jämförelser inom kommunen, mellan liknande kommuner eller kommuner inom

Göteborgsregionen samt nationellt presenteras regelbundet så att verksamheten kan följa sina resultat samt analysera det för att använda resultatet för att höja kvalitén. Förvaltningen har deltagit i ett samverkansprojekt initierat av Göteborgsregionen vars syfte är att ta fram nyckeltal för bland annat kommunal primärvård.

Förvaltningen behöver förbättra processen kring analys och lärande erfarenheter för att minska antalet avvikelser och höja kvalitén i vård och omsorg. Ett strukturerat arbetssätt bör utvecklas där man utifrån regelbundna sammanställningar och analyser av avvikelser från enheter fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, kunna se mönster och/ eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet samt vidtar åtgärder i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Detta bör genomföras på såväl, enhets-, avdelnings- samt förvaltningsnivå.

Det digitala systemet för klagomål och synpunkter är inte användarvänligt vilket gör att alla klagomål och synpunkter inte registreras i systemet på rätt sätt. Förvaltningen kommer att påbörja ett förbättringsarbete kring detta, så att klagomål och synpunkter utreds på rätt sätt, återförs till enheten och blir en del av förbättringsarbetet.

Den privata verksamheten beskriver att de har processer som beskriver hur resultat ska sammanställas och analyseras för att sedan tas upp på APT (arbetsplatsträff).

6.3. Spridning av kunskap och lärdomar

För att möjliggöra lärande är det av vikt att resultat och lärdomar återkopplas till verksamheterna och medarbetare. Ny kunskap görs tillgänglig på ett sådant sätt att den är användbar för den som behöver den. För att förhindra att samma typ av negativa händelser upprepas, samt för att ta tillvara på och använda kunskap om vad som fungerar bra, behöver lärdomar spridas inom kommunen och vid behov även till andra aktörer.

Alla verksamheter beskriver spridning av kunskaper och lärdomar i första hand sker på APT. Vissa verksamheter har även andra forum såsom pedagogiska konferenser, vid kvalitetsnätverksträffar, webinarium samt på ledningsgruppsmöten. En avdelning beskriver att de har genomgång av lex Sarah och lex Maria-utredningar i ledningsgrupp samt i aktuell verksamhet. När en personal har varit på utbildning är det vanligt att personen får dela med sig av sin förvärvade kunskap till arbetslaget.

Verksamheterna har deltagit i olika utbildningssatsningar under året vilket beskrivs i kapitel 1.3.

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. Alla verksamheter behöver planera för en flexibel hälso- och sjukvård som kan anpassas till förändrade förhållanden, både kortsiktigt och långsiktigt. Förändringar kan t ex. vara på strategiskt övergripande nivå, som omställningen till nära vård och digitalisering. Det kan också innebära förändrad resursfördelning som kräver omprioriteringar och förändrade vårdprocesser. Det behövs exempelvis en riskmedvetenhet och beredskap:



- I utformningen av organisationsförändringar så att patientperspektivet beaktas i planering och i risk- och konsekvensanalyser.
- För återkommande variationer som medför risker, exempelvis att andelen ej ordinarie medarbetare är högre under sommarmånaderna och följer som kommer av det kring kompetens och 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 att analysera risker och skapa beredskap, dels beakta patientsäkerhet i sin planering och sina prioriteringsbeslut. Under sommaren fanns det verksamheter där patientsäkerheten äventyrades på grund av stor personalomsättning under kort tid. Detta fick till följd att patienter riskerade vårdskador, då kompetens, kontinuitet och delegerad personal saknades. Efter analys av bakomliggande orsaker upprättades handlingsplaner med åtgärder, som utökade utbildningsinsatser i riskförebyggande arbete och omvårdnad, rekrytering samt schemaläggning, vilka har genomförts under hösten. Arbetet med handlingsplanerna kommer fortsätta även nästa år.

Flera verksamheter beskriver att de arbetar med risk- och konsekvensanalyser samt tillhörande handlingsplaner. Olika organisatoriska faktorer beaktas också när det gäller utredning av avvikelser och händelser, exempelvis arbetsbelastning och stress.

7.1. Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv

Omvärldsbevakning är viktig del i det strategiska patientsäkerhetsarbetet för att kunna uppmärksamma och planera för risker i omvärlden. 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 omvärldsbevakning kan vara:

- 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 och digitalisering som kan effektivisera arbetet och öka säkerheten
- Epidemier och influensaläget

Omvärldsbevakning med inventering och systematisk analys av risker på såväl system- som verksamhetsnärnivå skapar handlingsutrymme för anpassning i verksamheterna. Förvaltningen har representanter med i Göteborgsregionens nätverk för bland annat verksamhetschefer och MAS/MAR. Där förs dialoger om kommande utmaningar samt nya lagar och regelverk som kräver anpassningar i den kommunala hälso- och sjukvården. Gemensamma utmaningar, som exempelvis samverkan med region och kompetensförsörjning lyfts och utmynnar ibland i gemensamma strategier kopplade till den Nära vården.

7.2. Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap

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

Alla verksamheter arbetar med relevanta handlingsplaner för att möta upp kända utmaningar och risker som exempelvis värmebölja, brister i kompetensförsörjning och bemanning vid frånvaro. För att klara oförutsedda händelser är det nödvändigt med uppdaterade rutiner och riktlinjer samt att det finns kontinuitetsplaner framtagna för lägsta bemanning. Från förvaltningen har MAS och verksamhetsutvecklare deltagit i en 2-dagars Nödvattenövning arrangerad av Länsstyrelsen, ihop med kommunens övriga förvaltningar samt närliggande kommuner och andra aktörer.

8. MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För detaljerad information, se Handlingsplan för patientsäkerhet.

Enligt den Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet *Agera för säker vård* är visionen för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet "God och säker vård - överallt och alltid". Det övergripande målet är att "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

Förvaltningens handlingsplan för patientsäkerhet ska stärka patientsäkerhetsarbetet genom att beskriva strategier, prioriteringar och mål med patientsäkerhetsarbetet samt följa upp att det genomförs.

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

Gemensamt för alla verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera samt åtgärda risker samt händelser som uppkommit. När medarbetare använder sig av framtagna riktlinjer och rutiner och styrdokumenterna systematiskt revideras sker ett kontinuerligt förbättringsarbete som leder till att patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga.

Förvaltningen har under 2021 tagit fram en nulägesanalys med hjälp av SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner. Verktöget hjälper till att identifiera prioriterade områden som behöver utvecklas på lokal nivå. Arbetet med analysverktyget kommer integreras i patientsäkerhetsberättelsen. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår också utifrån de grundläggande förutsättningarna samt prioriterade fokusområdena som beskrivs i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

MAS kommer ha patientsäkerhetsdialog med respektive avdelningschef samt verksamhetschef för privata verksamheter för att gå igenom mål och strategier.

Under kommande år behöver alla verksamheter fortsätta arbeta med att beakta patientens, och när det är relevant anhörigas, delaktighet i alla delar som rör den enskildes vård- och omsorg. Att arbeta personcentrerat lägger grunden för en god och säker vård och omsorg runt den enskilde.

9. Bilaga 1.

Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån egenkontroll - Kritiska verksamhetsfaktorer

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 beskrivs nedan.

9.1. Registreringar i Senior alert

Mål 2022: Antalet registrerade personer i Senior alert ska vara 400 personer

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 följd minska uppkomna vårdskador.

Åtgärd under 2022: Fler enheter har börjat med teamsamverkan där riskbedömningar ska genomföras och registreras i Senior alert.

Resultat: Utfall 2022 avser VoO totalt. (hemtjänst (226) och äldreboende (366)). Inklusive privat regi. Antalet genomförda riskbedömningar har ökat väsentligt under året.

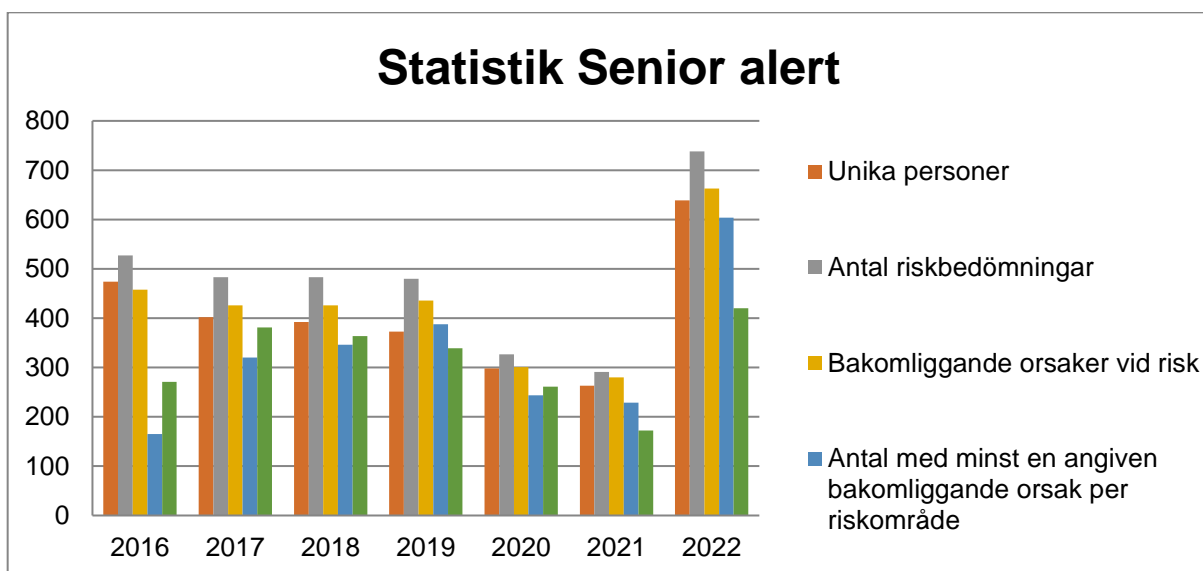


Diagram 1: Redovisning av riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert 2016 - 2022.

Analys av resultat: Pandemin har till viss del tidigare påverkat möjligheten att arbeta strukturerat med riskförebyggande arbete. Under året har det blivit enklare att genomföra teamsamverkan och möjligheten att genomföra team-möten via videolänk har utvecklats.

Alla avdelningar har beskrivet en önskan om att bli ännu bättre med det riskförebyggande arbetet samt att arbeta mer tvärprofessionellt.

Mål 2023: Minst 400 personer ska få en registrerad riskbedömning i Senior alert.

Planerad åtgärd för 2023: Alla verksamheter har 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.

9.1.1 Bedömning av munhälsa – senior alert

Mål: Antalet riskbedömningar gällande munhälsa ska finnas på minst 400 personer. Antalet åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen ska finnas på 300 personer

Bakgrund: En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet. Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. I takt med att fler blir allt äldre och behöver hjälp och stöd med sin dagliga omvårdnad, ökar även behovet av munvård och en tillfredsställande munhälsa.

Åtgärd under 2022: Fler enheter har börjat med teamsamverkan där riskbedömningar har genomförts och registreras i Senior alert.

Resultat: Av totalt 592 registrerade riskbedömningar identifierades risk i 257 fall. Totalt upprättades 185 åtgärdsplaner vid risk. Det innebär att andelen åtgärdsplaner är 71 %. Vilket är en ökning med 18 procent jämfört med 2021.

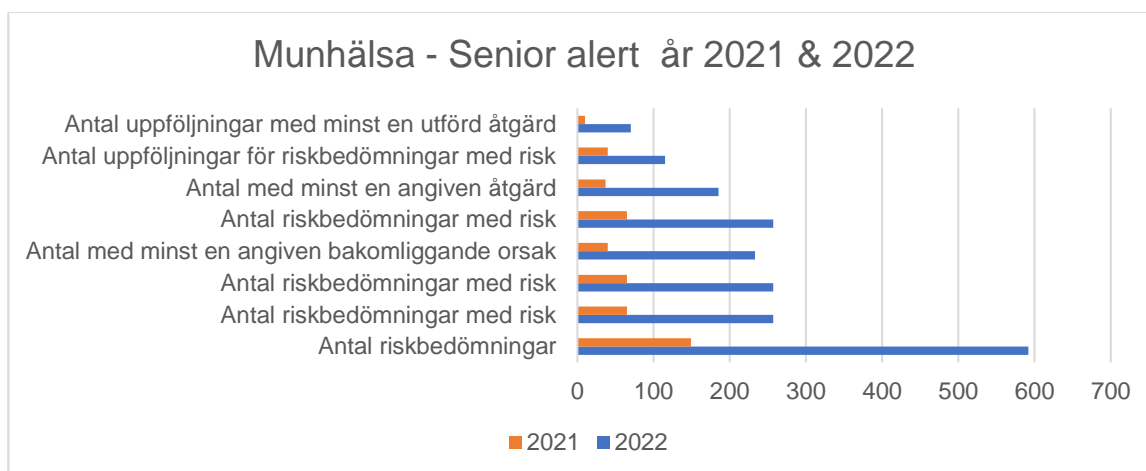


Diagram 2: Redovisning av riskbedömningar för munhälsa i kvalitetsregistret Senior alert, resultat från år 2021 och 2022.

Analys av resultat: Pandemin har till viss del tidigare påverkat möjligheten att arbeta strukturerat med riskförebyggande arbete. Under året har det blivit enklare att genomföra teamsamverkan och möjligheten att genomföra team-möten via videolänk har utvecklats. Alla avdelningar har beskrivet en önskan om att bli ännu bättre med det riskförebyggande arbetet samt att arbeta mer tvärprofessionellt.

Mål 2023: Minst 400 personer ska få en registrerad riskbedömning i Senior alert.

Planerad åtgärd för 2023: Alla verksamheter har ett uppdrag att förbättra samverkan och det riskförebyggande arbetet. Det finns upprättade handlingsplaner som utgår från de

verksamhetsförutsättningar som finns. Dessa kommer att följas upp under det kommande året. Via Svenskt demenscentrum finns en avgiftsfri webbutbildning (Lindring bortom boten) i god palliativ vård som vänder sig till all personal inom vård och omsorg, som all vård och omsorgspersonal bör gå.

9.2. Registreringar i BPSD

9.2.1 Antal personer samt registreringar i BPSD

Mål 2022: Antalet registrerade personer i BPSD ska öka med 25 %

Antalet registreringar i BPSD ska öka med 25 %

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 2022: Två sjuksköterskor har utsetts som ansvariga för registret och ska fungera som stöd till kollegor.

Resultat: Det finns totalt 93 registreringar fördelat på 70 personer registrerade under året.

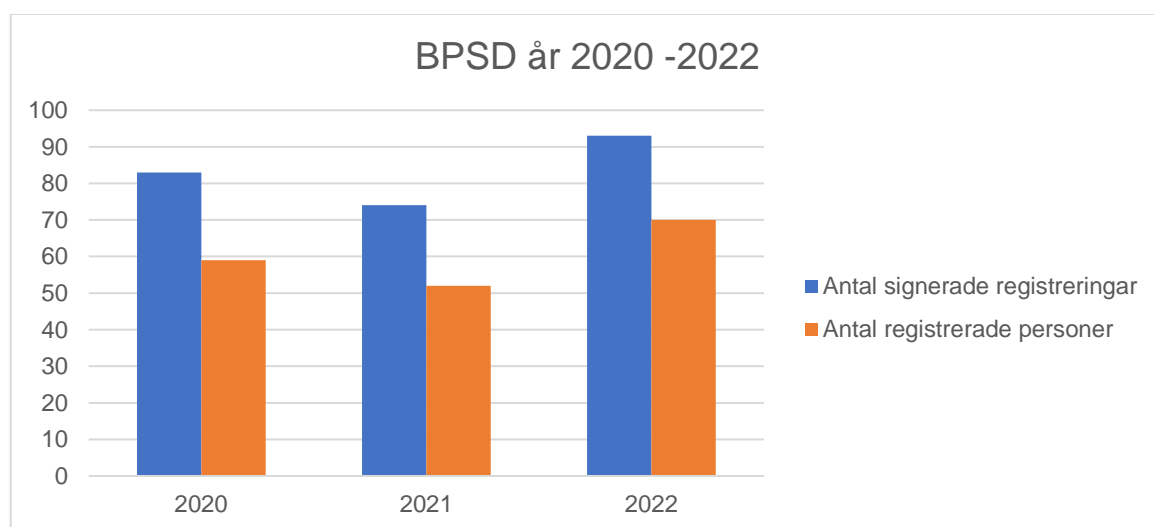


Diagram 3. Redovisning av antal registrerade personer samt antal registreringar i BPSD år 2020 - 2022.

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 fler patienter skulle gynnas av en utredning enligt BPSD.

Mål 2023: Antalet registrerade personer i BPSD ska öka med 25%. Antalet registreringar i BPSD ska öka med 25%.

Planerad åtgärd för 2023: Fortsatt utveckling av insatser för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

9.3. Registreringar i Palliativregistret

9.3.1 Smärtskattningar under sista levnadsveckan

Mål: Antalet utförda smärtskattningar ska vara genomfört på 90 % av de registrerade

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 2022: Omvårdnadspersonal och legitimerad 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 en hel del arbete för att nå det uppsatta målvärdet.

Kvalitetsindikator Palliativregister	Målvärde (%)	Resultat 2020 (%)	Resultat 2021 (%)	Resultat 2022 (%)	Trend
Dokumenterat brytpunktssamtal	98	65,8	74,8	82,5	
Injektion opioid vid smärtgenombrott	98	96,1	93,9	98,5	
Injektion ångestdämpande	98	96,1	93,9	97,1	
Smärtskattats sista levnadsveckan	100	38,8	42,9	56,2	
Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90	42,8	51	56,9	
Utan trycksår	90	88,8	93,9	86,9	
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	84,9	83	89,8	

Tabell 1. Redovisning av riskbedömningar i Palliativregistret uppdelat på områden, resultat från år 2020 - 2022.

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

Mål 2023: Smärtskattningar ska genomföras på 90% av de registrerade patienterna.

Planerad åtgärd för 2023: Palliativa teamet finns som resurs och kan erbjuda utbildning för aktuell personal.

9.3.2 Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan

Mål 2022:-Antalet utförda riskbedömningar ska vara genomfört på 90% av de registrerade

Bakgrund: Att ha en god munhälsa i livets slutskede har en social och psykologisk betydelse. Den påverkar såväl förmågan att tugga, svälja, tala, sova som smakupplevelsen och förmågan att kommunicera med andra. Om patienten luktar illa ur munnen kan det vara svårt för de närstående att rent faktiskt vara nära. En munhälsobedömning är en förutsättning för att kunna identifiera problem i munslemhinnan, i tänderna och i tandköttet och är utgångspunkten för att kunna ge den munvård som behövs.

Åtgärd under 2022: Det har pågått ett förbättringsarbete kring palliativ vård under 2022 men tillräckliga resurser har inte prioriterats för detta arbete.

Resultat: Andelen munhälsobedömningar sista levnadsveckan har ökat och det ser ut som en positiv trend. Det har ökat mest inom ordinärt boende, från 48,6% till 61,5%. Inom SÄBO och korttid har det ökat med 1,9 %. Målvärdet nationellt är 90%. Andelen "ej aktuellt" är borta, vilket är positivt.

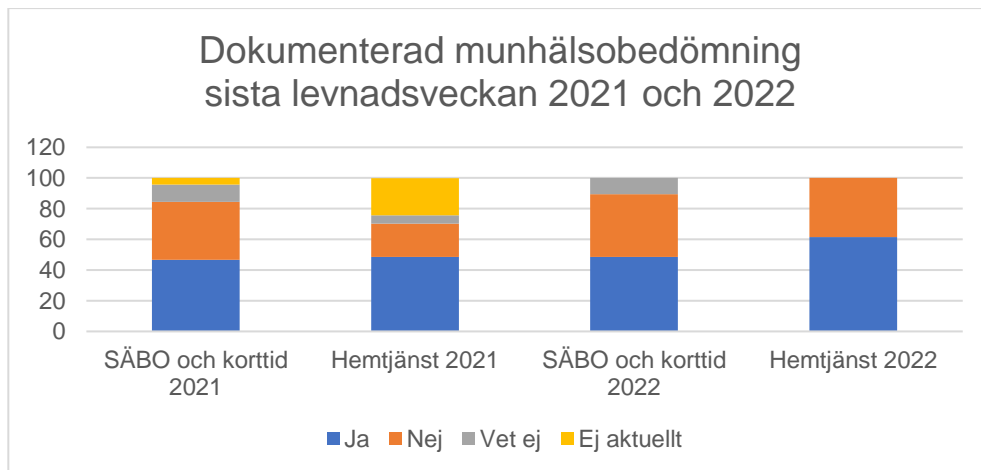


Diagram 4: Redovisning av dokumenterade munhälsobedömningar i Palliativregistret uppdelat på avdelningar, resultat från år 2021 och 2022.

Analys av resultat: Det har skett en viss förbättring under året. Det är positivt att antalet svar "Vet ej" har minskat men resultatet är fortfarande ganska långt ifrån det nationella målvärdet som är $\geq 90\%$.

Mål 2023: Antalet utförda riskbedömningar ska vara genomfört på 90% av de registrerade.

Planerad åtgärd för 2023: Palliativa teamet finns som resurs och kan erbjuda utbildning för aktuell personal. Fler personal ska genomgå utbildning i munhälsa.

9.4. Avvikelser i Magna cura

9.4.1 Avslutade utredningar

Mål 2022: Andel avslutade utredningar ska vara 95 %

Bakgrund: När en avvikelse är upprättad ska den utredas och signeras av enhetschef och i vissa fall av legitimerad personal. När avvikelsen är utredd och signerad anses den vara avslutad.

Åtgärd under 2022: Verksamheten har arbetat aktivt genom stöd och i vissa fall utbildning för att öka följsamheten till gällande riktlinje för att andelen avslutade utredningar ska öka.

Resultat: Utfall 2022: Av totalt 8 485 avvikelser har totalt 5 013 utredningar avslutats vilket innebär 59,1%. Detta är en ökning jämfört med 2021 då andelen var 53%.

Avdelning	Andel avslutade utredningar 2021	Andel avslutade utredningar 2022
Hemtjänstavdelningen	52%	73%
Äldreboendeavdelningen	66%	62%
Avd. LSS boende och arbete	14%	45%
Avdelning LSS PA och stöd	17%	22%
Målvärde	95 %	95 %

Tabell 2: Andel avslutade utredningar av avvikelser år 2021 och 2022, fördelat per avdelning.

Analys av resultat: Flera avdelningar har förbättrat sitt resultat sedan mätningen 2021. Det pågår ett förbättringsarbete på alla enheter men avdelningarna har kommit olika långt.

Mål 2023: Andel avslutade utredningar ska nå upp till 95%.

Planerad åtgärd för 2023: De enheter som har lägre andel än 70% avslutade avvikelser, kommer att följas upp extra noga samt erbjudas stöd och handledning.

9.4.2 Andel avvikelser som har klassificerats

Mål 2022: Andel klassificerade utredningar ska vara 95 %

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 2022: Verksamheten har arbetat aktivt genom stöd och i vissa fall utbildning för att öka följsamheten till gällande riktlinje för att andelen klassificeringar ska öka.

Resultat: Utfall 2022: Av totalt 8 485 avvikelser har totalt 4 099 utredningar avslutats vilket innebär 48,3%. Detta är en ökning jämfört med 2021 då andelen var 43%.

Avdelning	Andel klassificerade avvikelser 2021	Andel klassificerade avvikelser 2022
Hemtjänstavdelningen	48%	51%
Äldreboendeavdelningen	50%	63%
Avd. LSS boende och arbete	7%	38%
Avdelning LSS PA och stöd	25%	31%
Målvärde	95 %	95 %

Tabell 3: Andel klassificerade avvikelser år 2021 och 2022, fördelat per avdelning.

Analys av resultat: Flera avdelningar har förbättrat sitt resultat sedan mätningen 2021. Det pågår ett förbättringsarbete på alla enheter men avdelningarna har kommit olika långt.

Mål 2023: Andel avslutade utredningar ska nå upp till 95%.

Planerad åtgärd för 2023: De enheter som har lägre andel än 70% klassificerade avvikelser, kommer att följas upp extra noga samt erbjudas stöd och handledning.

9.4.3 Fall avvikelser

Mål 2022: Förekomsten av fall ska minska med 10 %.
Antalet allvarliga fallavvikelser ska minska med 30 %.

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 2022: Alla enheter har haft i uppdrag att komma igång med fungerande teamsamverkan och öka antalet riskbedömningar gällande fall.

Resultat: Antalet fallavvikelser ligger på oförändrad nivå på avdelning äldreboende och privat hemtjänst. Inom LSS och hemtjänst i egen regi, kan man se en marginell ökning

Det har rapporterats 52 allvarliga fallavvikelser (klassificering 3–4) varav 5 har lett till utredning av allvarlig vårdskada. Flera fall har lett till frakturer och/eller sjukhusvistelse.

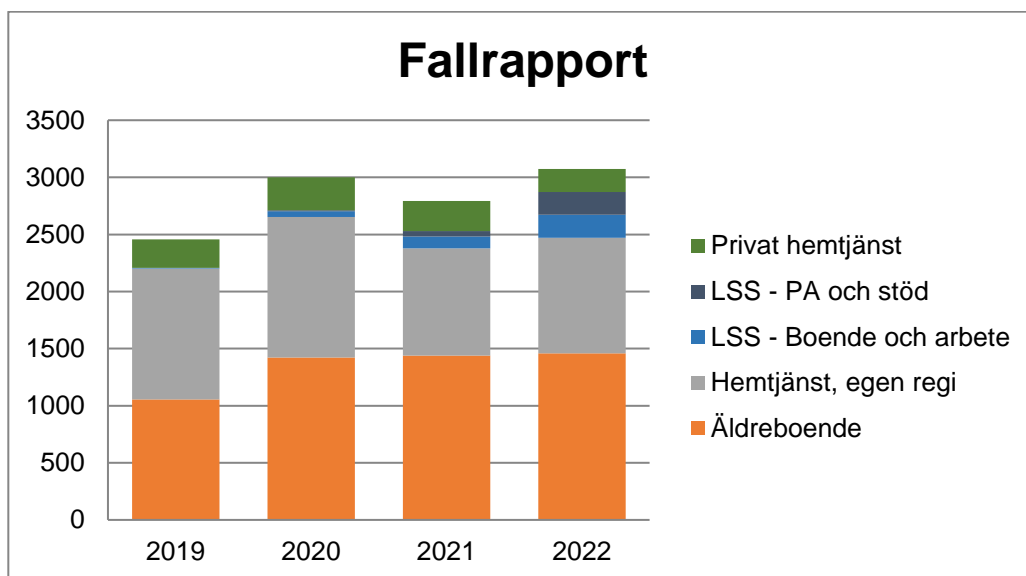


Diagram 5: Redovisning av inkomna avvikelser gällande fallincident 2019 - 2022, fördelat per avdelning.

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 2023: Förekomsten av totalt antal registrerade fallavvikelser ska minska med 10% per år.

Planerad åtgärd för 2023: 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 alla i vårdnära arbete genomför webbutbildningen.

9.4.4 Läkemedelsavvikelser

Mål 2022: Antal läkemedelsavvikelse ska inte överstiga 1 500 stycken.
Antalet allvarliga avvikelser ska minska med 10%

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 2022: Alla enheter har haft i uppdrag att komma igång med fungerande teamsamverkan där läkemedelsavvikelser ska hanteras. Vissa enheter har även haft brister i hanteringen av digital signering och upprättat handlingsplaner för att åtgärda problemen.

Resultat: Totalt 3 589. Antal allvarliga läkemedelsavvikelser, klassificering 3–4 har varit 48 st under året. Ingen läkemedelsavvikelse har utretts som allvarlig vårdskada. Några områden har gjort utredning gällande saknade narkotiska läkemedel. Allt svinn har kunnat kartläggas och adekvata åtgärder har vidtagits.

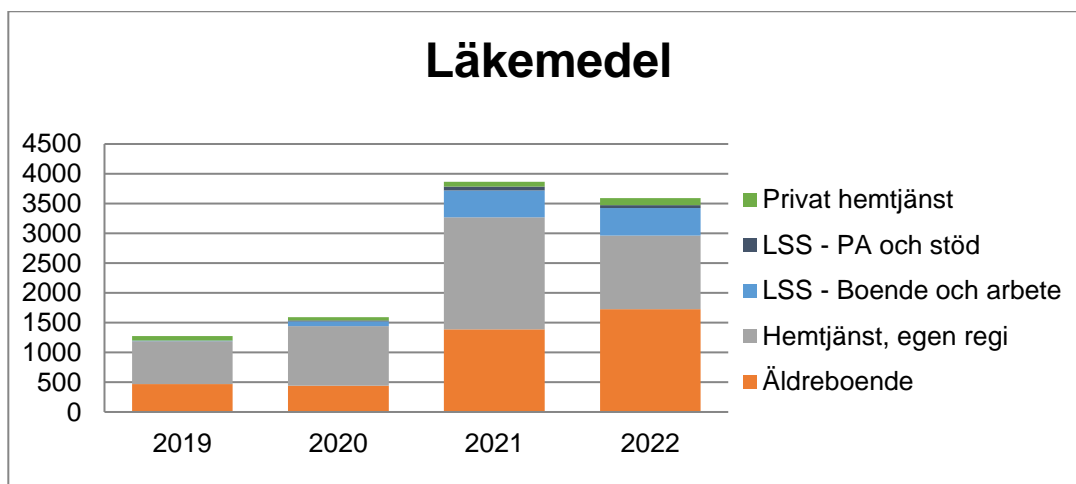


Diagram 6: Redovisning av inkomna avvikelser gällande läkemedel 2019 - 2022, fördelat per avdelning.

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, andra enheter har haft problem med införandet samt att få till bra rutiner som följs av alla i arbetslaget. På avdelning äldreboende har ökningen fortsatt under de senaste åren. Avdelning hemtjänst – egen regi har minskat antal avvikelser och övriga verksamheter ligger kvar på tidigare nivåer.

Mål 2023: Antalet läkemedelsavvikelser ska inte överstiga 1 500 stycken.

Planerad åtgärd för 2023: Stöd och handledning till de enheter som har högt antal avvikelser.

9.4.5 Avvikelser bemötande

Mål 2022: Antalet avvikelser gällande bemötande ska minska med 10 %

Bakgrund: Om hälso- och sjukvårdspersonal uppfattar att det finns brister i bemötandet ska en avvikelse skrivas och utredas av chef. Brister i bemötandet kan handla om psykiska övergrepp (kränkningar, hot, bestraffningar), brister i bemötandet som leder till obehag eller skada för enenskilde, mindre brister i lyhördhet och respekt för den enskilde.

Åtgärd under 2022: Bemötande ligger som ett ständigt pågående arbete på respektive enhet. Några riktade insatser har inte genomförts under året. Inom LSS har det pågått handledning i rapportering av avvikelser och vad som är en avvikelse som ska utredas.

Resultat: De flesta avdelningarna har minskat antalet avvikelser gällande bemötande. Totalt har det inkommit 105 avvikelser.

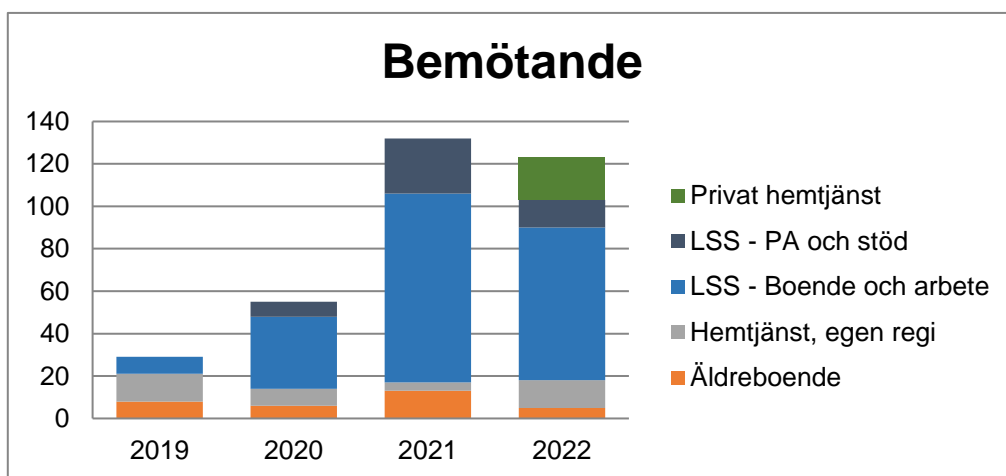


Diagram 7: Redovisning av avvikelser gällande bemötande 2019 – 2022, fördelat per avdelning.

Analys av resultat: Genom ett fortsatt arbete kring bemötande och fortsatt utbildning i lågaffektivt bemötande inom LSS kommer troligtvis antalet avvikelser gällande bemötande att minska.

Mål 2023: Antalet avvikelser gällande bemötande ska minska med 10 %.

Planerad åtgärd för 2023: Stöd och handledning till de enheter som har högt antal avvikelser.

9.5. PPM mätning – hygien och klädregler

9.5.1 Följsamhet till basala hygienrutiner

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

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 (PPM). Metoden grundar sig på observationsstudier av medarbetare i arbetet med nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Mätningen presenteras utifrån andel korrekt i fyra hygiensteg, andel korrekt i fyra klädregler samt andel korrekt i alla åtta steg.

Resultat: Mätningen genomfördes under våren och bygger på totalt 152 observationer.

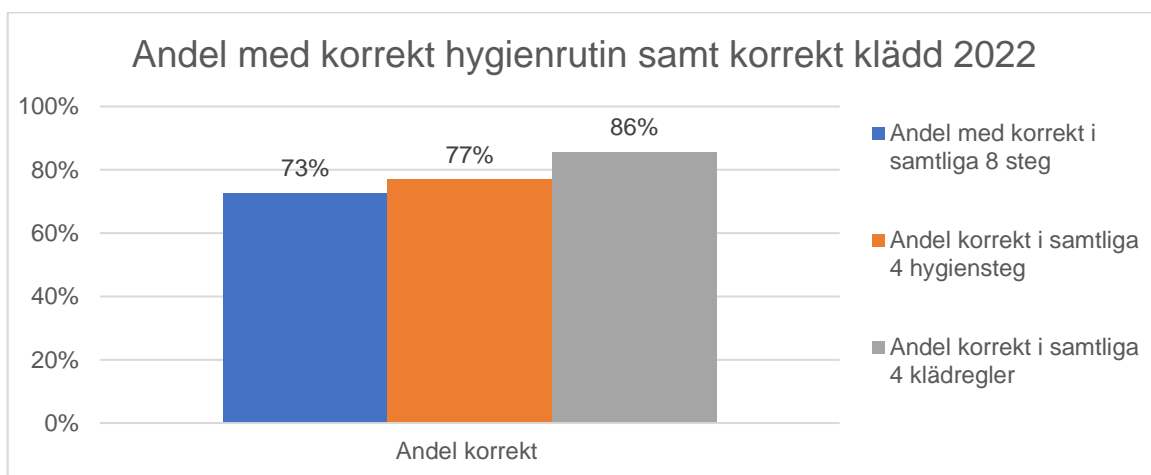


Diagram 8: Andel med korrekt genomförd hygienrutin samt korrekt klädsel vid mätning 2022.

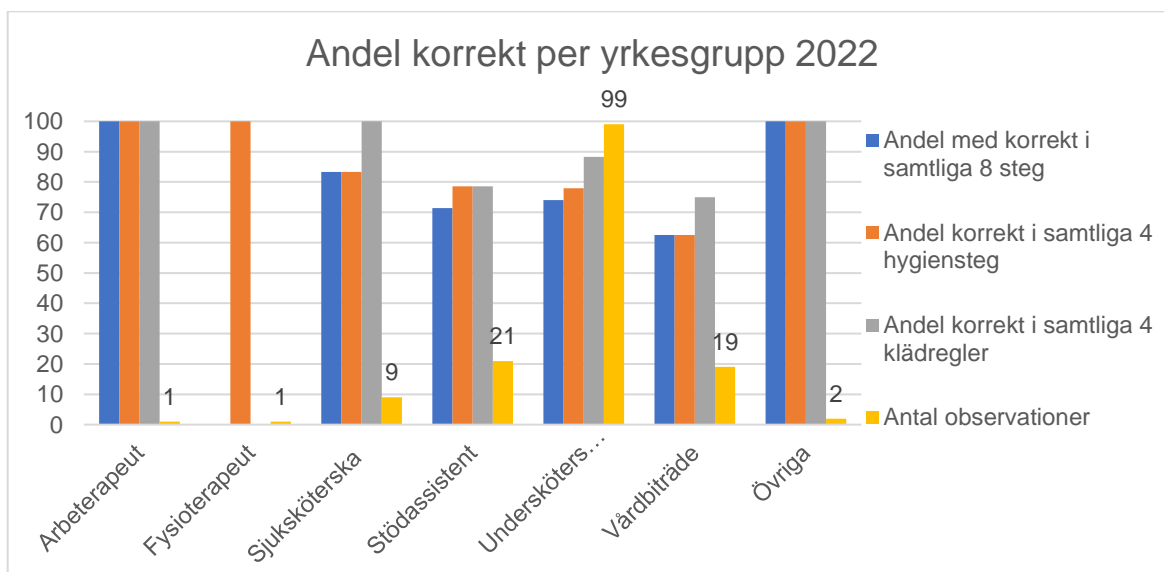


Diagram 9: Andel korrekt hanterade hygienrutiner samt klädregler fördelat på yrkeskategori samt antal observationer per yrkeskategori.

Åtgärd under 2022: Två sjuksköterskor har ett särskilt ansvar att arbeta med hygien. Ett antal personalgrupper har fått fördjupad utbildning av hygiensjuksköterskor med ett särskilt fokus på LSS verksamheten. Alla enhetschefer har erbjudits utbildning i hygien av Vårdhygien.

Analys av resultat: Det är för få observationer inom vissa personalgrupper för att någon analys ska kunna genomföras. Det finns en tydlig skillnad mellan undersköterska och vårdbiträden. Det belyser vikten av utbildning för all personal.

Mål 2023: Följsamhet till basala hygienrutiner ska vara minst 73%. Följsamhet till klädregler ska vara minst 90%.

Planerad åtgärd för 2023: 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 bland annat innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, jämförelse med nationella och regionala uppgifter.

10.1. Antal utflyttade från SÄBO

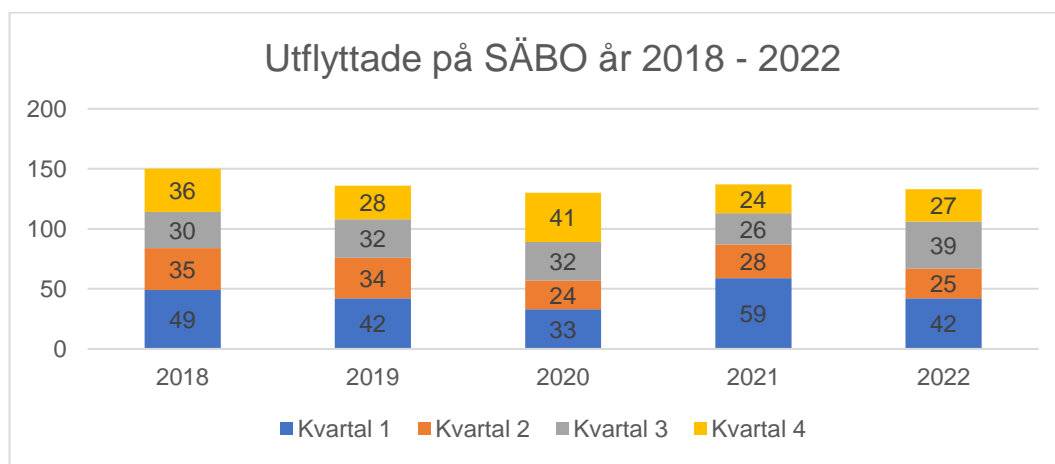


Diagram 1: Antalet "utflyttade" från SÄBO vilket oftast betyder avliden under åren 2018 - 2022.

Antalet utflyttade från SÄBO har inte förändrats under året. Detta kan tolkas som att det inte varit ett ökat antal dödsfall på våra boende under pandemin.

10.2. Redovisning av avvikelser i samverkan

10.2.1 Antal avvikelser från Alingsås kommun

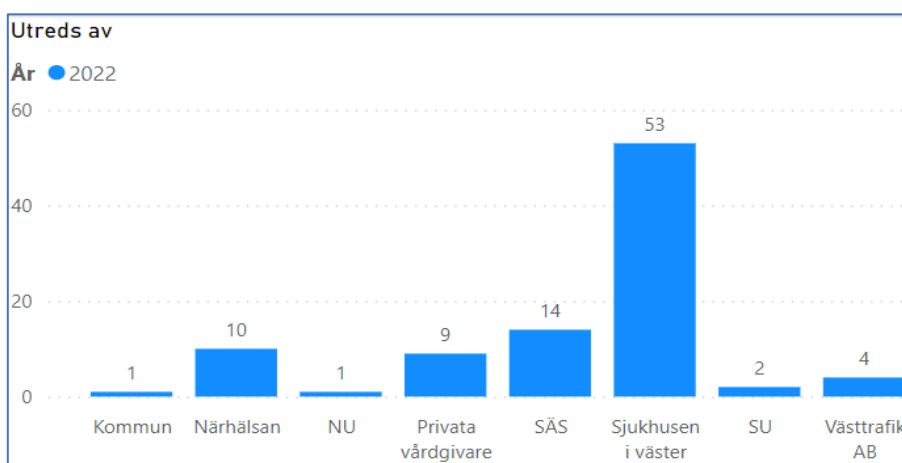


Diagram 2: Avvikelser i samverkan som upptäcktes inom Hälsa- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2022.

Alingsås kommun har skickat 94 ärenden under 2022, vilket är en ökning från föregående år då det endast var 21 st. Detta beror främst på ett breddinförande av systemet för avvikelshantering inom förvaltningen, som genomförts under året.

Alingsås kommun skickar flest avvikelser till Alingsås lasarett (Sjukhusen i väster), därefter kommer Borås lasarett. Övergången från slutenvård till öppenvård är en kritisk punkt och det är lätt att något missas eller blir fel.

10.2.2 Antal avvikelser till Alingsås kommun

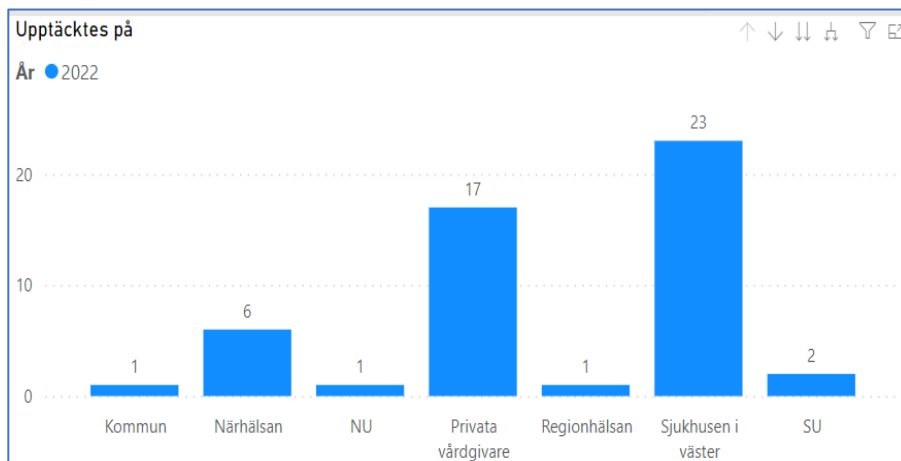


Diagram 3: Avvikelser i samverkan som skickades till Hälso- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2022.

Det har inkommit 51 ärenden under 2022, vilket är en ökning från föregående år (44 st). Alingsås kommun får flest avvikelser från Alingsås lasarett (Sjukhusen i väster), därefter kommer privata vårdgivare. Privata vårdgivare kan vara vårdcentraler som drivs av privata aktörer. Övergången från slutenvård till öppenvård är en kritisk punkt och det är lätt att något missas eller blir fel. Det kommer även en del avvikelser från vårdcentralerna gällande exempelvis provtagning som utförts av kommunen.

10.2.3 Typ av händelser, avvikelser från Alingsås kommun

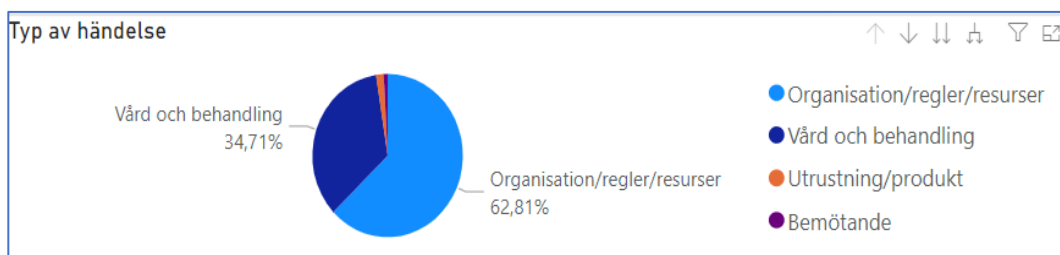


Diagram 4: Avvikelser i samverkan som upptäcktes inom Hälso- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2022

Den vanligaste typen av händelse beror på brister organisation/regler/resurser. Det är många yrkeskategorier involverade i patientens vård, vid vårdens övergångar. Många händelser handlar om att läkemedelsordinationer inte stämmer överens eller att viktig information har uteblivit, på grund av att rutiner inte följts. Ca 10% av händelserna har bidragit till övergående skada/smärta för patienten eller ökad vårdinsats. Det är fyra

händelser där allvarlighetsgraden bedöms som betydande och en händelse bedöms som katastrofal.

10.2.4 Typ av händelser, avvikelser till Alingsås kommun



Diagram 5.. Avvikelse i samverkan som skickats till Hälso- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2022

Den vanligaste typen av händelse beror på brister i vård och behandling. Majoriteten av händelserna handlar om brister i kommunikation/information. Ca 8% av händelserna har bidragit till övergående skada/smärta för patienten eller ökad vårdinsats. Det är sju händelser där allvarlighetsgraden bedöms som betydande.

10.3. Avvikelse inom vård och omsorgsförvaltningen

10.3.1 Antal avvikelser totalt

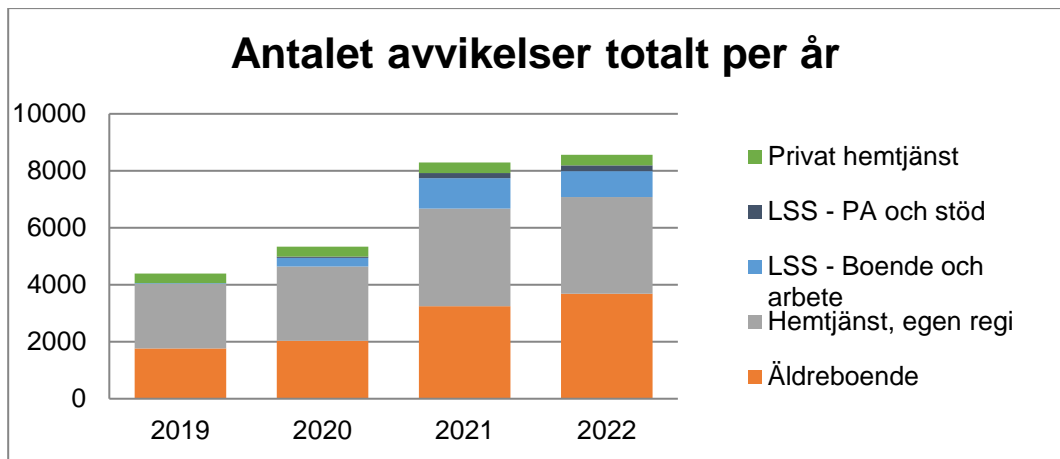


Diagram 6: Redovisning av inkomna avvikelser totalt under åren 2019 - 2022.

Totalt är det inte någon större skillnad på antalet inkomna avvikelser mellan år 2021 till år 2022. Det skiljer dock en del på innehållet vilket tydliggörs i de diagram som redovisar avvikelser per område.

10.3.2 Avvikelser dokumentation

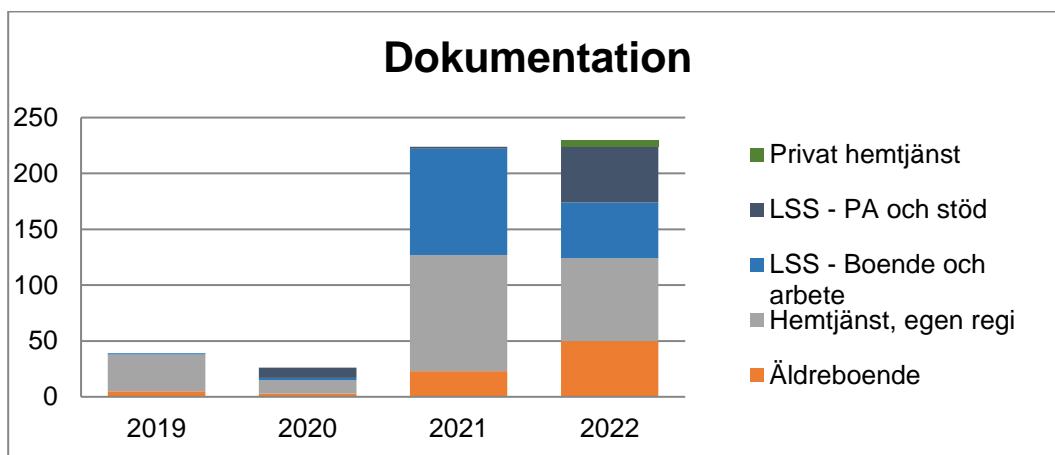


Diagram 7: Redovisning av inkomna avvikelser gällande dokumentation 2019 - 2022.

Antal avvikelser gällande dokumentation har fördelats mer jämnt över avdelningarna under år 2022 i jämförelse med år 2021. Förändringen kan bero på den satsning på dokumentation som genomförts under året samt utbildning om avvikelshantering på vissa avdelningar.

10.3.3 Avvikelser medicinteknisk utrustning

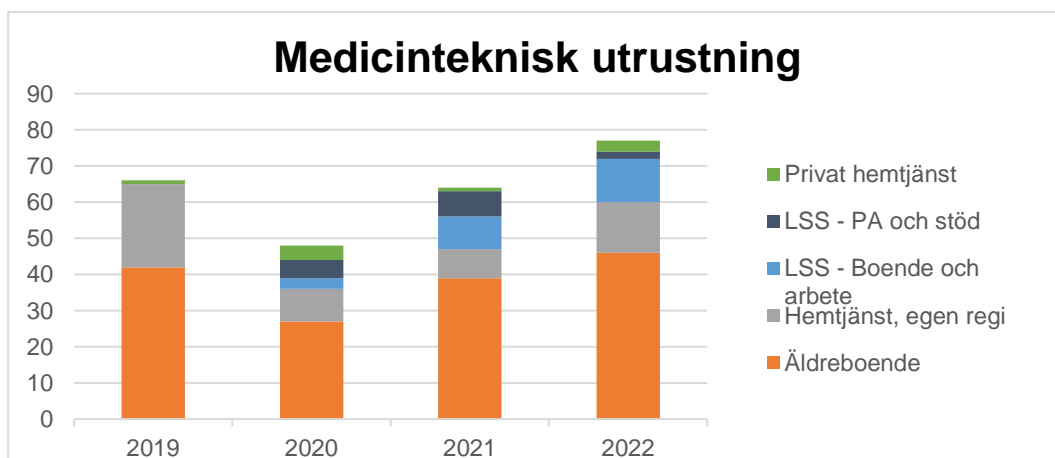


Diagram 8: Redovisning av inkomna avvikelser gällande medicinteknisk utrustning 2019 - 2022.

Det är en liten ökning av avvikelser gällande medicinteknisk utrustning under år 2022. Ökningen har inte varit så stor att någon analys av ökningen har genomförts.

10.4. Digital signering

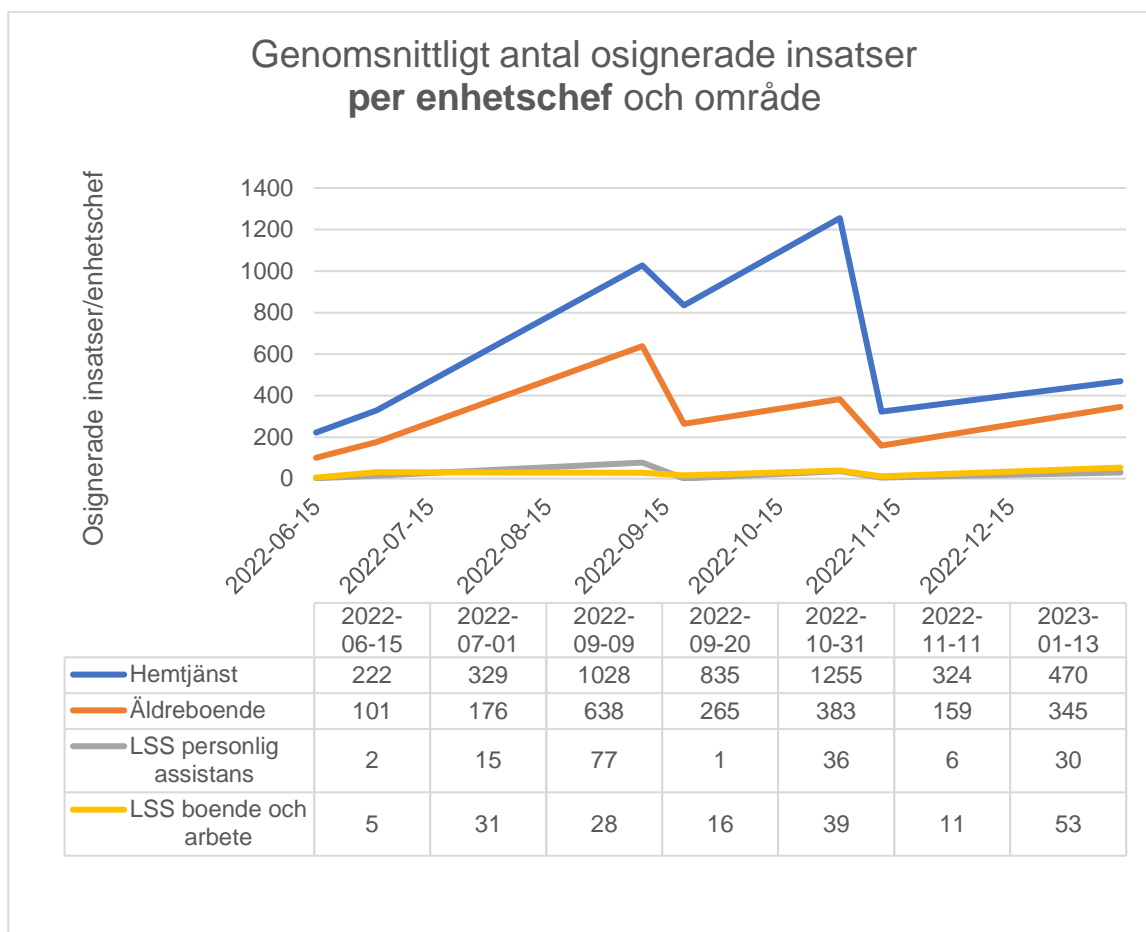


Diagram 9: Redovisning av antal osignerade insatser. Avdelningens totala antal osignerade insatser dividerat med antal enhetschefer.

Det finns fortfarande betydande problem med digital signering inom vissa enheter. Andra enheter har hittat ett system för att hantera digital signering så att de genomgående ligger på mycket få osignerade insatser medans andra enheter fortsätter att en stor andel osignerade insatser.

Vid de olika mättillfällena som presenteras ovan har det som lägst varit 4 292 och som högst 23 179 insatser, som ej signerats.

Vi ett flertal tillfällen har systemet öppnats upp så att enheterna ska kunna signera gamla händelser. Tyvärr ger det bara en kortvarig effekt och antalet osignerade insatser börjar snart att öka igen.

Handlingsplaner har upprättats på de enheter där det varit stora problem. Vissa enheter har därefter förbättrats betydligt medans andra enheter fortsätter på samma nivå.

10.5. Antal nyinskrivna i kommunal primärvård

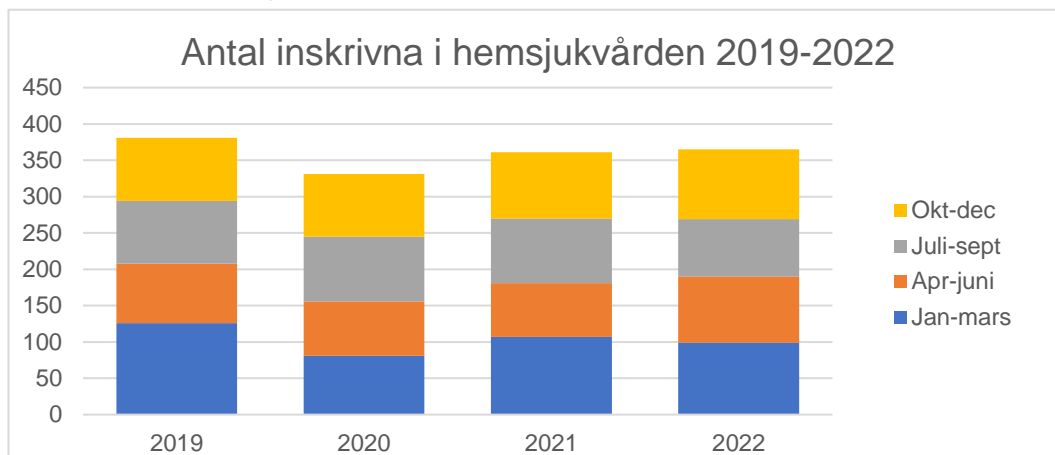


Diagram 10: Redovisning av antal nyinskrivna i kommunal primärvården 2019 - 2022.

Under år 2022 har 365 patienter skrivits in i kommunal primärvård under året. Detta är fyra fler än föregående år. Antalet inskrivningar i kommunal primärvård har inte ökat de senaste åren.

Antal inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård

Datum	Antal
2022-12-15	1014
2021-12-15	1089
2020-12-15	1150

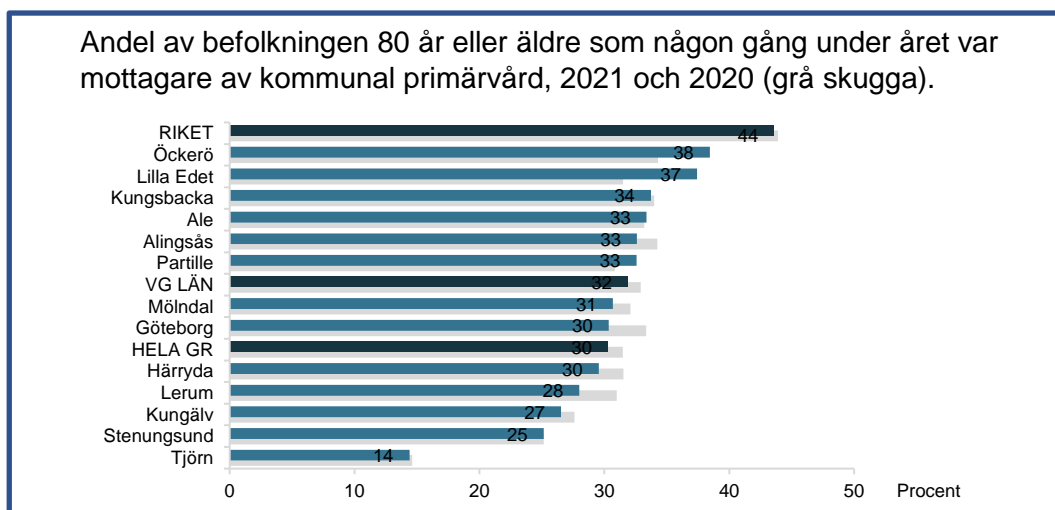


Diagram 11: Redovisning av andel av befolkningen 80 år eller äldre som någon gång under året var mottagare av kommunal primärvård, 2021 och 2020 (grå skugga), enligt siffror från GR. Tjörns värde är felaktigt och ska rättas.

I förhållande till övriga kommuner i regionen samt inom Göteborgsregionen ligger Alingsås nära genomsnittet när det gäller andel av befolkningen 80 år eller äldre som någon gång under året var mottagare av kommunal primärvård.

10.6. Resultat från Socialstyrelsens enhetsundersökning

Äldreboende	Alingsås	Västra Götaland
Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, vardagar.	0.041	0.048
Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, helgdagar.	0.005	0.007
Andel enheter som har rutin för misstanke/upptäckt av att den enskilde utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående. Målvärde 100.	10	42
Andel enheter som har rutin för misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel. Målvärde 100.	10	27
Andel enheter som har rutin för misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel). Målvärde 100.	10	27
Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar. Målvärde 100.	79	79
Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar. Målvärde 100.	74	74

Tabell 1. Statistik från Socialstyrelsens enhetsundersökning för äldreboende som har genomförts under 2022.

Bemanning av sjuksköterskor ligger lite under riket såväl vardagar som helgdagar. Många kommuner som är jämförbara med Alingsås kommun har något högre bemanning, enligt den data som ingår i denna rapportering.

Det saknas i hög utsträckning rutiner för misstanke/upptäckt av att den enskilde utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående, att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel samt att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel).

Andelen utbildad omsorgspersonal ligger i nivå med genomsnittet i Västra Götaland.

Ordinärt boende	Alingsås	Västra Götaland
Andel enheter som har rutin för när den enskilde plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd. Målvärde 100.	92	73
Andel enheter som har rutin vid misstanke om att den enskilde är undernärld eller felnärld. Målvärde 100.	100	68
Andel enheter som har rutin för misstanke/upptäckt av att den enskilde utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående. Målvärde 100.	15	46
Andel enheter som har rutin för misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel. Målvärde 100.	8	36
Andel enheter som har rutin för misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel). Målvärde 100.	15	35
Andel enheter som har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen. Målvärde 100.	92	39
Andel enheter som har rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den kommunal hälso- och sjukvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonal. Målvärde 100.	92	39

Tabell 2. Statistik från Socialstyrelsens enhetsundersökning för hemtjänst som har genomförts under 2022.

Det är fler enheter i Alingsås kommun som har svarat att det finns rutin för när den enskilde plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd, rutin vid misstanke om att den enskilde är undernärld eller felnärld, rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen samt rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den kommunal hälso- och sjukvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonal. än genomsnittet för Västra Götaland.

Det saknas i hög utsträckning rutiner för misstanke/upptäckt av att den enskilde utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående, att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel samt att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel).

10.7. Nyckeltal från GR

10.7.1 Antal fallolyckor per 1000 invånare

Antal fallskador per 1 000 person år bland patienter 65 år och äldre inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, genomsnitt 2018–2020

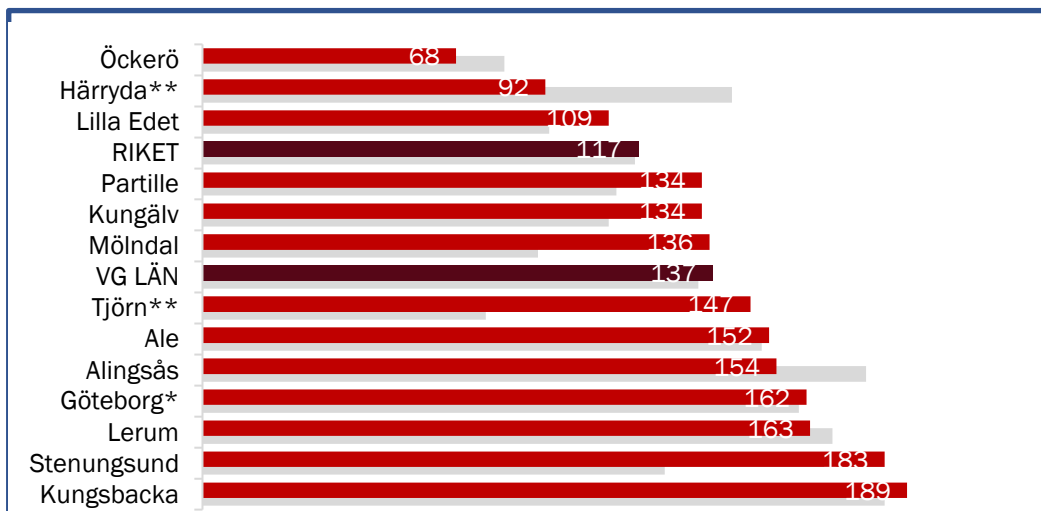


Diagram 12. Antal fallskador per 1 000 personår bland patienter 65 år och äldre inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, genomsnitt 2018–2020. Skuggade staplar visar resultatet för treårsperioden 2017–2019.

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2018–2020 117 fallskador per 1 000 personer och år bland patienter 65 år och äldre inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

Antalet var högre i Västra Götalands län (137 fallskador per 1 000 personer och år). Detsamma gäller för tio av Göteborgsregionens kommuner (134–189 fallskador per 1 000 personår).

Data källa: Patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (KHSV-registret), registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Via Öppna jämförelser kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

10.7.2 Antal påverkbara slutenvårdstillfällena

Antal påverkbara slutenvårdstillfällena per 1 000 personer och år för personer 65 år eller äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, 2018–2021 (treårsmedelvärde)

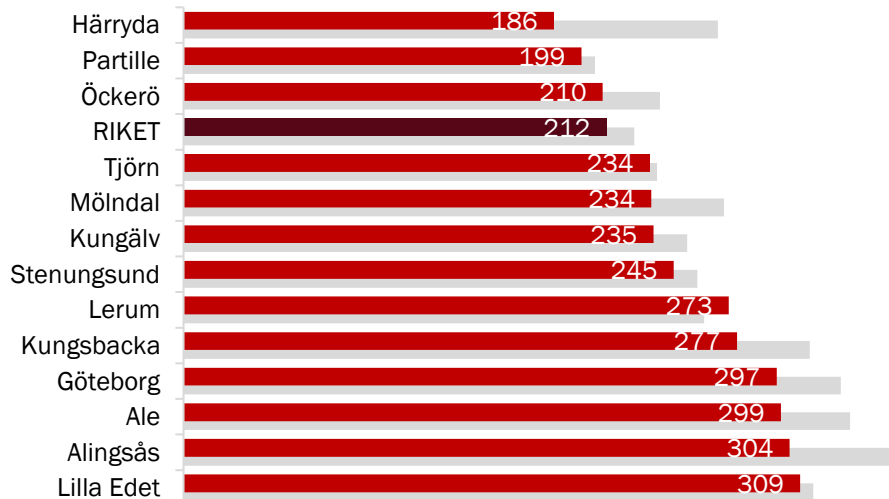


Diagram 13. Antal påverkbara slutenvårdstillfällena per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, 2018–2021 (treårsmedelvärde). Skuggade staplar visar resultatet för treårsperioden 2017–2019.

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2019–2021 totalt 212 påverkbara slutenvårdstillfällena per 1 000 personer och år för personer 65 år eller äldre med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Indikatoren visar antalet slutenvårdstillfällena per 1 000 personer och år för patienter med sjukdomstillstånden hjärtsvikt, diabetes, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Vårdplatser på sjukhus finns i ett sammanhang och påverkas av hur den öppna vården och hemsjukvården klarar av att lösa uppgiften att erbjuda god och säker vård och omsorg. Antalet slutenvårdstillfällena antas kunna påverkas om patienter med dessa sjukdomstillstånd får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. Genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling och rehabilitering kan en del, men inte alla inskrivningar i slutenvård undvikas. Även tillgången till slutenvårdsplatser kan påverka antalet inskrivningar i slutenvård.

10.7.3 Dokumenterat brytpunktssamtal

Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård, all kommunal hälso- och sjukvård, 2021 och 2020

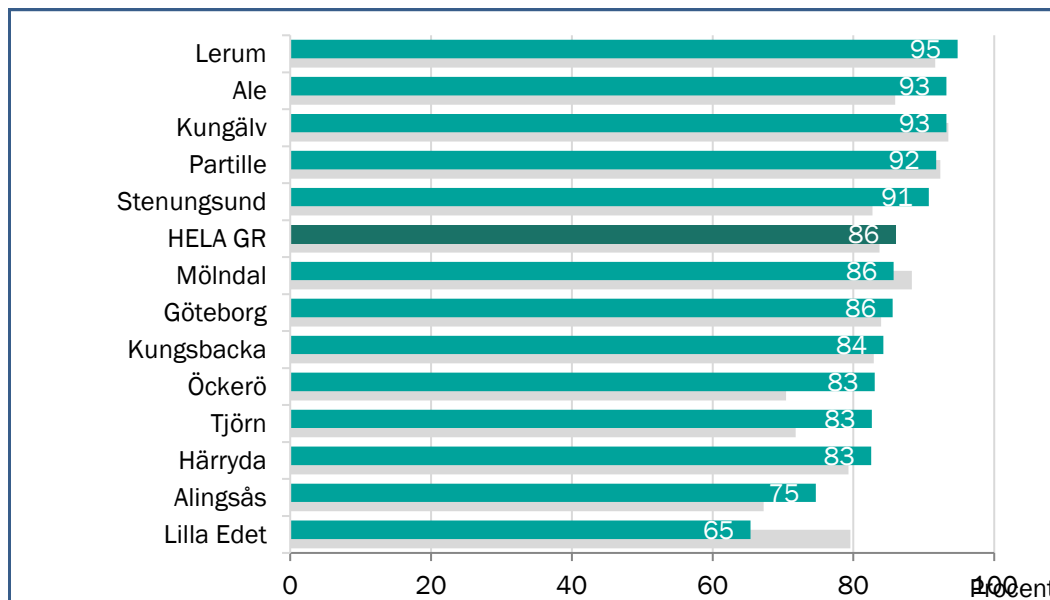


Diagram 14. Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård, all kommunal hälso- och sjukvård, år 2021 och år 2020 för kommuner inom GR.

Enligt siffror från Göteborgsregionen för år 2020 och år 2021 ligger Alingsås näst lägst när det gäller dokumenterat brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård. Trenden har dock vänt och andelen dokumenterad brytpunktssamtal ligger på 82,5 under 2022 (se bilaga 1, tabell 1). Hälso- och sjukvårdsavdelningen behöver förbättra detta arbete ytterligare då målvärdet är 100 %.

10.7.4 Ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta

Ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta under sista levnadsveckan, all kommunal hälso- och sjukvård, 2021 och 2020.

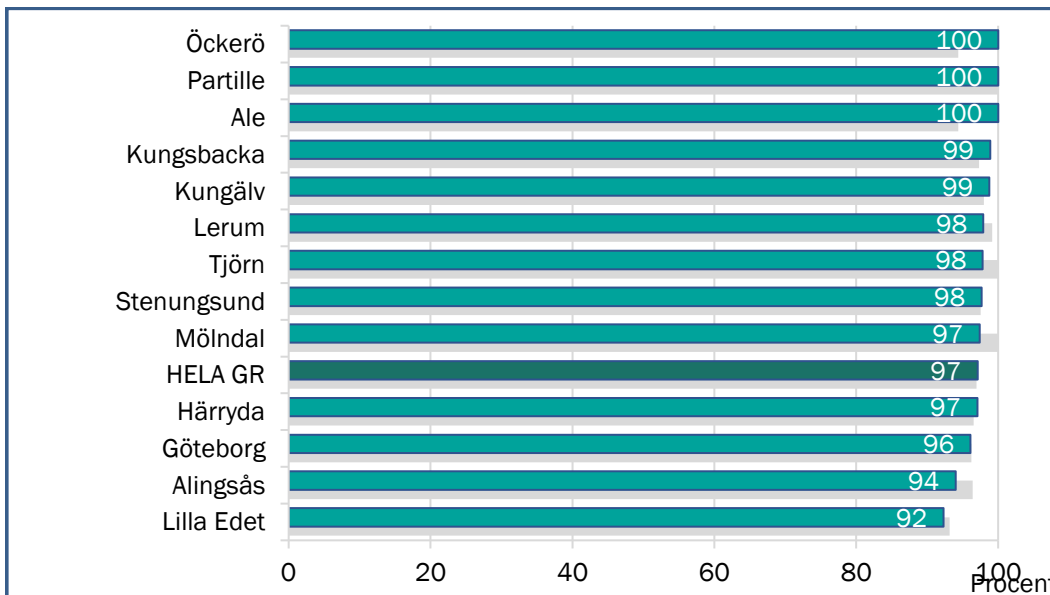


Diagram 15. Ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta under sista levnadsveckan, all kommunal hälso- och sjukvård, år 2021 och år 2020 för kommuner inom GR.

Enligt siffror från Göteborgsregionen för år 2020 och år 2021 ligger Alingsås i bottenskiktet när det gäller injektion opioid vid smärtgenombrott. Vid årets mätning har värdet ökat och ligger nu på 98,5% vilket få anses vara bra även om målet är 100% (se bilaga 1, tabell 1).

10.8. Punkt prevalensmätningar (PPM)

10.8.1 HALT- vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på SÄBO

Hälsa- och sjukvårdsavdelningen har rapporterat in resultat från vissa enheter. Det nationella resultatet presenteras av Folkhälsomyndigheten under våren.

10.8.2 Trycksår

Via kvalitetsregistret Senior alert hämtas data ut och sammanställs nationellt.

Typ av enhet	RIKET Andel trycksår	ALINGSÅS Andel trycksår	ALINGSÅS Antal registreringar
Demens	12%	3%	139
Hemsjukvård	14%	3%	174
Korttids	16%	14%	10
LSS	7%	-	0
Vård och omsorg	13%	8%	282

Tabell 3. Andel trycksår som registrerats i senior alert.

Resultatet från Alingsås kommun ligger under rikets genomsnitt vilket innebär att vi har lägre andel trycksår i verksamheten än genomsnittet i riket enligt registerdata.

10.9. Munhälsa – genomförda utbildningar

Det finns en [Överenskommelse om samverkan munhälsa](#) mellan region och kommuner. Den innehåller ett mått som innebär att samtliga enheter i kommunen under en treårsperiod ska ha genomgått utbildning i allmän munhälsovård. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

	Antal deltagare 2020	Antal deltagare 2021	Antal deltagare 2022
LSS	0	0	15
Äldreboende	0	0	20

Tabell 4. Antal deltagare i utbildning munhälsa under perioden 2020 - 2022.

De personer som gått utbildning under 2022 kommer från ett LSS-boende samt ett äldreboende. Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

Förvaltningens egenkontroller inom hälso- och sjukvård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Antal utflyttade från SÄBO	Antal utflyttade ska bibehållas på en jämn nivå	Antal utflyttade har inte ökat under året.	Verksamheten har skyddat de äldre från utbrott av smitta som kan leda till risk för förtidig död.	Fortsatt följa gällande rutiner för basala hygienrutiner samt rutiner vid smitta.	Ny mätning under 2023.	Samtliga Äldreboenden.	Egen data.
Redovisning av avvikelser i samverkan	Minskning av avvikelser i samverkan	Antalet registrerade avvikelser har ökat under året.	Ett digitalt system för registrering och utredning av avvikelser har breddinförts under året.	Avvikelse lyfts i samverkan och förbättringsarbete genomförs för att minska antalet avvikelser vid vårdens övergångar.	Sammanställning av avvikelser. Samverkan med andra vårdaktörer.	Sammanställning presenteras 2 ggr/år.	Med Control
Avvikelse inom vård och omsorgsförvaltning en	Antalet avvikelser ska minska.	Antalet avvikelser har ökat något sedan 2021.	Förbättringsarbete kring avvikelser fortsätter.	Stöd och handledning till de enheter som har högt antal avvikelser.	Sammanställning av avvikelser.	Sammanställning presenteras 2 ggr/år.	Avvikelse hanterings system.
Digital signering	Digitala signeringar ska hanteras enligt rutin.	Antalet osignerade insatser ligger fortfarande på en mycket hög nivå.	De insatser som har genomförts i verksamheten för att minska antalet osignerade insatser har inte gett tillräcklig effekt.	Stöd och handledning till de enheter som har högt antal osignerade insatser. Handlingsplaner ska upprättas och följas.	Sammanställning skickas ut internt ca 1 gång/månad. Fördjupade insatser på de enheter som fortsatt har högt antal osignerade insatser.	Sammanställning presenteras 2ggr/år.	Intern data från IT-system.
Antal nyinskrivna i kommunal primärvård	Antal inskrivna ska bibehållas på en jämn nivå	Antal inskrivna har ökat minimalt under året.	Kriterier för inskrivning i kommunal primärvård följs.	Fortsatt arbete enligt gällande rutiner.	Ingen åtgärd.	Sammanställning presenteras 1 gång/år.	Egen data samt data från GR

Förvaltningens egenkontroller inom hälso- och sjukvård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Resultat från Socialstyrelsens enhetsundersökning	Resultaten ska ligga i nivå med liknande kommuner eller högre.	Förvaltningen ligger lågt på flera mätpunkter och saknar rutiner.	Rutiner saknas inom viktiga områden	Rutiner bör upprättas och implementeras i verksamheten.	Ny kontroll vid nästa mättillfälle.	Kontrolleras 1 gång/år.	Socialstyrelsen.
Nyckeltal från Göteborgsregionen (GR)	Resultaten ska ligga i nivå med liknande kommuner eller högre.	Förvaltningen ligger lågt på flera mätpunkter.	De områden som avviker mest följs som Kritiska verksamhetsfaktorer.	Fortsatt förbättringsarbete inom området.	Ny sammanställning från 2022.	Sammanställning presenteras 1 gång/år.	Data från GR
Trycksår	Resultaten ska ligga i nivå med riket eller lägre	Ligger lägre än riket på samtliga enheter.	Resultatet är bra. Det förebyggande arbetet behöver fortsätta.	Fortsatt arbete enligt gällande rutiner.	Ny mätning under 2023.	Sammanställning presenteras 1 gång/år.	PPM mätning Senior alert
HALT-vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på äldreboende	Resultaten ska ligga i nivå med liknande kommuner eller lägre	Resultatet presenteras våren 2023	Analyseras under året.	Strukturerade åtgärder genomförs på individnivå enligt senior alert.	Ny mätning under 2023.		PPM-mätning, Folkhälsomyndigheten och Senior alert
Utbildning i munhälsa	Alla enheter ska genomgått utbildning inom en treårs period	Verksamheten är långt från målet.	Pandemin har försvårat deltagande i utbildningar.	Verksamheter uppmanas att anmäla sig till utbildningar.	Påminnelser skickas ut till verksamheterna fyra gånger under året.	Kvartalsvis redovisning från VG regionen	VG regionen

11. Bilaga 3

11.1. Utredningar av allvarliga händelser 2022

11.1.1 Risk för patientsäkerheten på ett kommunalt äldreboende

Under året uppmärksammades brister i omvårdnad både genom avvikelser internt samt från regionen. Det inkom även ett antal synpunkter/klagomål från anhöriga. Under perioden var det stor personalomsättning som kulminerade inför sommarperioden och flera avvikelser visade att de boende inte fick en god och säker vård och omsorg, bland annat uppmärksammades trycksår och undernäring hos flera boenden. En analys av förloppet gjordes och handlingsplan för att säkerställa en god vård och omsorg togs fram. Utifrån den påbörjades ett arbete med utbildningar, schemaarbete, rekryteringar samt reviderade rutiner. Teamsamverkan är uppstartad och utbildningsinsatser av sjuksköterska har givit god effekt. Förbättringsarbeten kommer fortgå framöver.

11.1.2 Patient som inte övervakas vid läkemedelsintag

Via ett klagomål fick MAS information om att personal inte övervakade intaget av läkemedel hos en patient med kognitiv svikt. Personalen valde att lägga fram medicin när de var på besök, för att sedan ringa till patienten och uppmana hen att ta sin medicin. Detta är ett förfarande som endast får användas när läkare har gjort en riskbedömning som finns dokumenterad i journal och beskriven i beställning till personal, vilket kan förekomma hos helt adekvata personer med läkemedel som har liten risk för skada, vid mindre feldosering.

Patienten hittades medvetslös och fördes med ambulans till sjukhus för vård i några dagar. Det är oklart hur stor betydelse en eventuell felmedicinering påverkad situationen då det fanns andra problem hos denna individ som skulle kunna förklara tillståndet.

Ett förtydligande om vad det innebär att överlämna och övervaka intaget av medicin har genomförts på aktuella avdelningar.

11.1.3 Trycksår på patient på demensboende

En utredning inleddes med anledning om information om att patienter på ett demensboende utvecklade trycksår. Mest anmärkningsvärt var en person som hade risk att utveckla trycksår där tillräckliga åtgärder uteblev och patienten fick blodfyllda blåsor på hälar. Tidigare hade samma patient fått sår på skinkorna då personalen inte kontrollerat mängden luft i den tryckavlastade dynan som var ordinerad till patienten.

Personal på boendet fick undervisning i vikten att dagligen inspektera huden hos alla patienter i samband med kroppsvård och ombyte av kläder. Kommunikationen mellan sjuksköterska och vårdpersonal förbättrades. Det är viktigt att det sker en daglig kommunikation mellan yrkeskategorierna, så att insatser kan vidtas omedelbart när en patients tillstånd förändras.

11.1.4 Försämrat tillstånd och kraftig viktnedgång

I samband med en utredning av ett klagomål upptäcktes det att en patient haft en kraftig viktnedgång och blivit betydligt försämrad i sitt allmäntillstånd. Patienten har kognitiv svikt och är inte medveten om sitt hälsotillstånd utan upplever att hen har ätit. Vid utredning framkommer det att en organisationsförändring inom hälso- och sjukvårdsavdelningen genomförts och patientansvarig sjuksköterska har bytts ut. Under de aktuella 2½-3 månaderna fanns det ingen anteckning från någon sjuksköterska vilket får tolkas som att den patientansvariga sjuksköterskan inte gjort något besök för att kontrollera hälsan hos patienten. Vård och omsorgspersonal har inte varit tillräckligt uppmärksamma och inte

kontrollerat att patienten har ätit. Ordinerade kontroller av vikt som funnits har inte genomförts och inte efterfrågats av ansvarig sjuksköterska. Ingen uppmärksammas att patienten inte orkade med aktiviteter som tidigare.

MAS har tagit fram en riktlinje som beskriver vilket ansvar respektive yrkeskategori och beskrivna har för att uppmärksamma och vidta åtgärder när patientens tillstånd försämras.

11.1.5 Delegering av läkemedel till vård och omsorgspersonal

Vid utredning av en händelse gällande brist på stöd till vård och omsorgspersonal som inkom från ambulansen fann MAS förutom den beskrivna händelsen även att sjuksköterskor inte hade följt ordination från läkare. Händelsen inträffade när en svårt sjuk patient vårdades på ett äldreboende och läkare hade ordinerat ett kraftigt lugnande läkemedel som skulle ges i injektionsform. Det stod tydligt i dokumentationen att denna ordination ej fick delegeras till vård och omsorgspersonal då patienten skulle bedömas och övervakas av sjuksköterska.

Sjuksköterska bortser från denna anteckning och överlåter till vård- och omsorgspersonal att bedöma samt injicera läkemedlet och följde därmed inte gällande ordination samt gällande delegeringsriktlinje i vilken det står att detta läkemedel endast i undantagsfall får delegeras till särskild utsedd personal.

Händelsen är inte färdigutredd ännu. Delegationsriktlinjen kommer att förtydligas muntligt för chefer och sjuksköterskor så att detta förfarande inte upprepas.

11.1.6 Utredning med anledning av klagomål som skickats till IVO

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har begärt in uppgifter gällande nämndens rutiner gällande hantering av klagomål och synpunkter samt en beskrivning av hur det hanteras i ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9, efter att en anhörig skickat in ett klagomål till IVO. Anhörig upplevde att hans anhörig fick vänta för lång tid på smärtlindring. Klagomålet är hanterat av ansvarig chef och sjuksköterska. Enligt journaluppgifter bedömde MAS att sjuksköterska i stort sett hanterat patientens smärta och smärtlindring enligt gällande riktlinjer och rutiner.

IVO har begärt ut journalanteckningar för det aktuella ärendet. Utredningen pågår hos IVO.

11.2. Utredningar av allvarliga händelser lex Maria 2022

11.2.1 Trycksår på patient inom LSS-avdelningen

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en patient boende på ett LSS-boende. I februari uppmärksammades att patienten hade början till sår på klinkor. Insatser sattes in för att läka samt avlasta huden. I juli inkommer avvikelser från leg personal, som uttrycker oro för patienten, då personal på boendet inte hanterade hjälpmedel på rätt sätt samt att instruktioner/beställningar på åtgärder inte följdes. Trycksåret hade då förvärrats väsentligt, vilket bland annat ledde till sjukhusvistelser i maj och juli för revidering av såren. Patienten fick utstå mycket smärta, flera infektioner samt ett stort vårdlidande på grund av att vård- och omsorgsinsatserna brustit kring den enskilde. MAS initierade en händelseanalys som föranledde anmälan enligt lex Maria. En handlingsplan togs fram och flera åtgärder har vidtagits som givit effekt. De åtgärder som vidtogs gjorde att IVO i sitt beslut ansåg att vårdgivaren fullgjort skyldigheten att utreda och åtgärda händelsen som medförde vårdskada och IVO avslutade ärendet.

11.2.2 Patient med axelskada efter fallincident

Under perioden har en utredning av allvarlig händelse genomförts gällande en patient boende på en demensavdelning på ett av kommunens äldreboende. I slutet av oktober faller patienten och klagar på smärtor i vänster arm. Vårdpersonalen skriver avvikelserapport men händelsen dokumenteras inte i patientens journal. En vecka efter händelsen gör sjuksköterska en bedömning av smärtan, men på grund av brister i kommunikation härleds inte smärtorna till fallet. Även läkare gör en bedömning efter ytterligare en vecka, i samband med annat medicinskt tillstånd som patienten blir inskickad till sjukhus för. På akuten röntgas patienten och man finner då en felställning i vänster axel samt nya och gamla bäckenfrakturer. Försök att få axeln i rätt position misslyckas och konsekvenserna blir att patienten får bestående funktionsnedsättning samt smärta i axeln. MAS initierade en händelseanalys som föranledde anmälan enligt lex Maria. En handlingsplan har tagits fram efter analys av händelsen och åtgärder är påbörjade eller planerade. IVO har ännu inte inkommit med beslut i ärendet.

11.2.3 Stöld av narkotikaklassade läkemedel

Under perioden har MAS blivit informerade angående utredning av allvarlig händelse på ett privat äldreboende. I mitten på november påbörjades utredning efter att det upptäcktes att apodospåsar blivit manipulerade och läkemedel i dem bytts ut. Patienterna riskerade vårdskada då de inte fått sina ordinerade läkemedel. Verksamhetens MAS har anmält händelsen enligt lex Maria. IVO har ännu inte inkommit med beslut i ärendet.