

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete – januari – juni 2023

Antagen av vård- och omsorgsnämnden 2023-xx-xx, §x

Innehåll

Inledning	3
Sammanfattning av första halvåret 2023	4
Totalt antal avvikelser, januari-juni 2023	5
Redovisning av avvikelser, utifrån avvikelseyp	6
Läkemedelsavvikelser	6
Fallavvikelser	7
Medicinteknisk utrustning	8
Omvårdnadshändelse	9
Bemötande	10
Dokumentation	11
Brister i informationsöverföring	13
Avvikelser, extern verksamhet	14
Lex Sarah, externa verksamheter	14
Avvikelser i samverkan	14
Andelen klassificerade och utredda avvikelser	15
Utredning av allvarliga missförhållanden, Lex Sarah	16
Utredning av allvarlig vårdskada, Lex Maria	17
Redovisning av synpunkter och klagomål	19
Vad handlar synpunkter och klagomålen om?	19
Vem lämnar synpunkter och klagomål?	20
Återrapportering av uppdrag	20
1. Uppdrag utifrån kvalitetsberättelsen 2022	20
2. Uppdrag återrapportera utveckling av personalkontinuitet	21
3. Uppdrag att analysera och följa upp KPMG:s rekommendationer	22
Nationella kvalitetsregister	23

Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för nämndens kvalitetsarbete.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) och styrmodellen för Alingsås kommun framgår att nämnden systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i syfte att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för nämndens verksamheter enligt lagar och andra föreskrifter.

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Vidare ska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

I enlighet med riktlinjen för hantering av händelser ska Vård- och omsorgsnämnden redovisa inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål två gånger per år.

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete, januari-juni 2023 syftar till att beskriva hur nämndens arbete med systematiskt kvalitetsarbete har bedrivits under perioden januari-juni, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Rapporten omfattar redovisning av avvikelser, synpunkter och klagomål, allvarliga händelser och missförhållanden, återrapportering av uppdrag, samt uppföljning av Nationella kvalitetsregister.

En fördjupad utvärdering och analys av nämndens systematiska kvalitetsarbete under året kommer redovisas i samband med nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse 2023.

Sammanfattning av första halvåret 2023

Det totala antalet avvikelser i förvaltningen minskade marginellt under perioden januari-juni 2023, i jämförelse med samma period föregående år.

Antalet läkemedelsavvikelser fortsätter att öka och majoriteten är fortsatt kopplade till digital signering. Även fallavvikelser och avvikelser kopplat till medicinteknisk utrustning har ökat jämfört med första halvåret föregående år.

När det gäller avvikelser kopplat till bemötande så uppnår förvaltningen målsättningen om att minska andelen med 10%. Dock kan resultatet indikera på att händelser inte rapporteras i samma utsträckning, så att det uppstår ett mörkertal.

Andelen avslutade utredningar och klassificerade avvikelser har ökat och fortsätter att öka, vissa avdelningar har gjort en stor förflyttning på detta område. Resultatet såväl avdelningsvis som förvaltningsövergripande visar dock på att det finns behov av fortsatt utvecklingsarbete kring avvikelshantering för att uppnå målsättningen.

En positiv utveckling ses gällande det riskförebyggande arbetet inom förvaltningen. Såväl antalet registreringar i Senior Alert som BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom) har ökat jämfört med samma period föregående år. Resultatet tyder på att arbetet med handlingsplaner och utökad teamsamverkan har börjat ge effekt. Samtidigt konstateras att det finns ett fortsatt behov av förbättringsarbete inom verksamheterna för att måluppfyllelsen ska uppnås.

Under våren har förvaltningen infört ett nytt arbetssätt med att mäta utvecklingen av personalkontinuiteten inom hemtjänsten vid fler tillfällen per år.

Nationella brukarundersökning utgör en viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Äldreomsorgens verksamheter arbetar aktivt och kontinuerligt med att omhänderta och vidta åtgärder utifrån underlaget, på såväl avdelnings- som enhetsnivå. Resultatet för årets brukarundersökning inom äldreomsorgen presenteras av Socialstyrelsen i oktober, varför bedömning och utvärdering utifrån KPMG:s rekommendationer sker först i nämndens kvalitetsberättelse för 2023.

I december 2023 byter vård- och omsorgsförvaltningen verksamhetssystem och får i samband med detta ett nytt system för avvikelserapportering. Detta förväntas underlätta och ge ökad kvalitet på såväl rapportering som utredning av händelser.

Därtill kommer arbetet med att se över och utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalys, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål att påbörjas i samband med införandet av nytt verksamhetssystem. Detta är också ett av uppdragen som förvaltningen gavs i samband med förra årets kvalitetsberättelse, som ett led i förbättringsarbetet kring avvikelshantering.

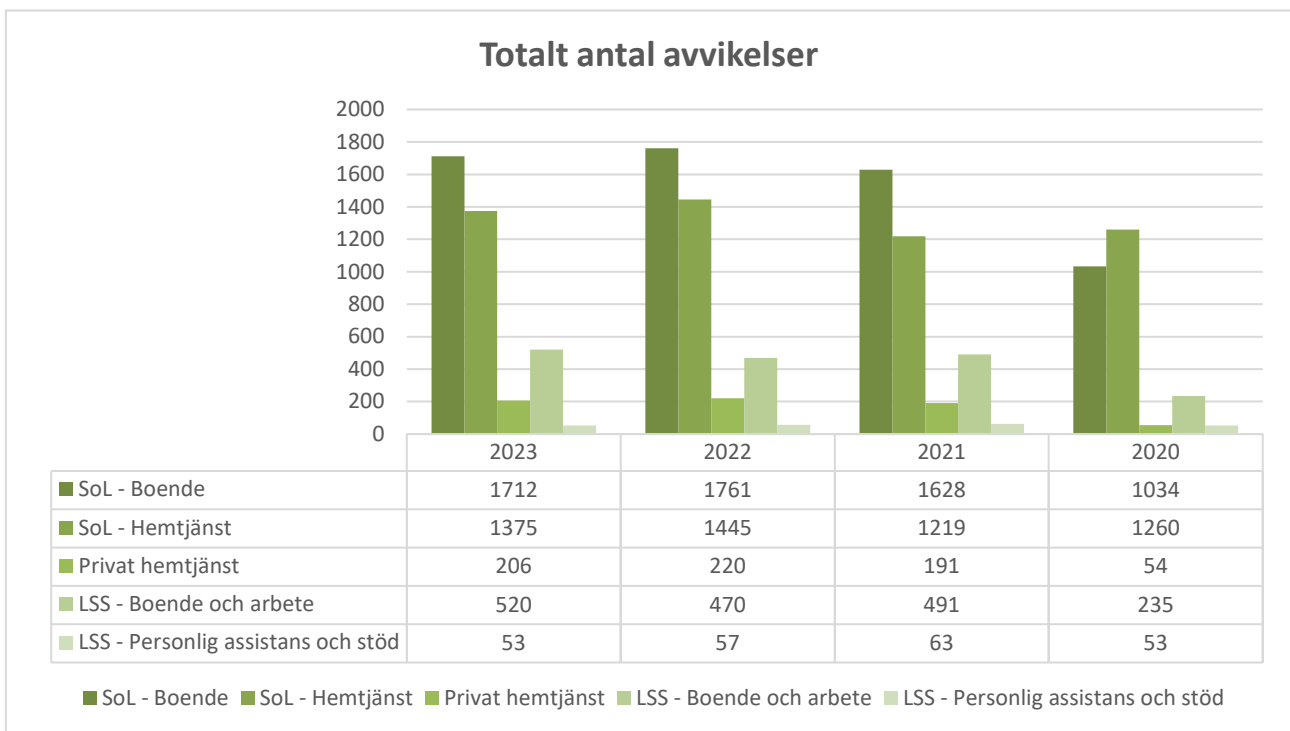
Totalt antal avvikelser, januari-juni 2023

Rapporten utgår från data som samlats in under första halvåret 2023.

Totalt har det inkommit 3866 stycken avvikelser för kommunal och privat verksamhet, motsvarande siffra för föregående år var 3953 avvikelser. Det innebär en liten minskning, men inga större förändringar ur ett övergripande perspektiv.

Antalet avvikelser har minskat inom samtliga avdelningar, undantaget avdelningen för Boende och arbete LSS, där antal avvikelser istället har ökat något.

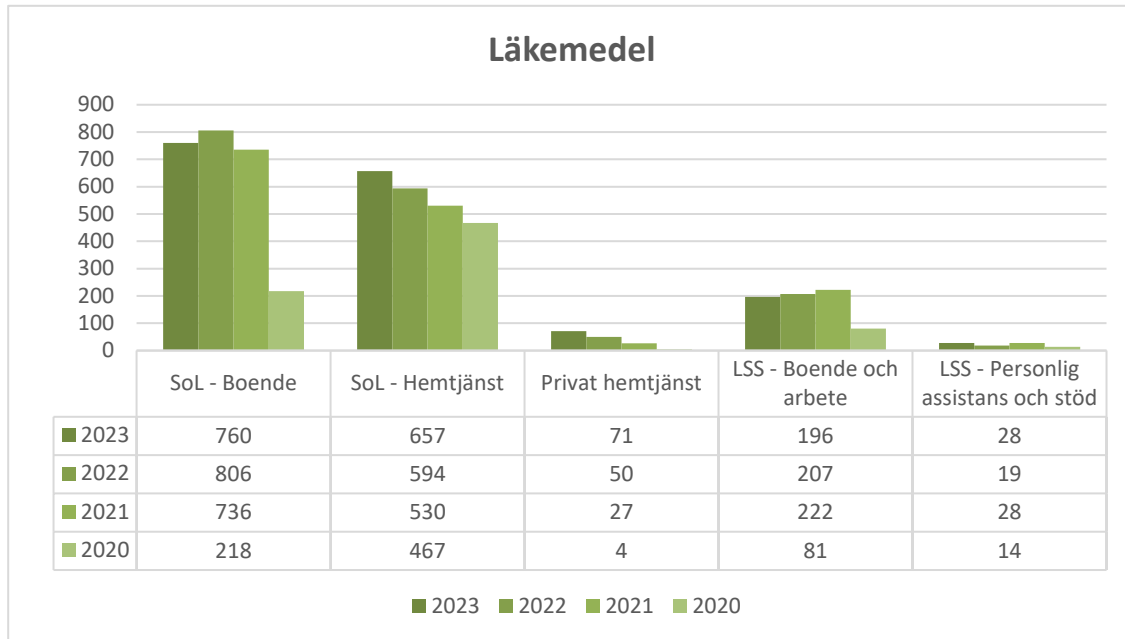
Diagram 1: Totalt antal avvikelser första halvåret, de senaste fyra åren.



Redovisning av avvikelser, utifrån avvikelsestyp

Läkemedelsavvikelser

Diagram 2: Antal läkemedelsavvikelser första halvåret, de senaste fyra åren.



Totalt antal läkemedelsavvikelser under perioden var 1712 stycken, vilket är en ökning jämfört med samma period föregående år. Den vanligaste anledningen till läkemedelsavvikelser handlar om osignerade/felsignerade läkemedel av olika anledningar. En annan orsak är att brukare som p.g.a. sjukhusvistelse eller annan frånvaro inte pausas i systemet för digital signering, vilket leder till ett ökat antal avvikelser. Läkemedelsavvikelser uppstår även till viss del av tekniska skäl, t.ex. att signering på mobila enheter försvåras på grund av dålig uppkoppling.

Åtgärder:

En ny rutin gällande kommunikation mellan sjuksköterska och planerare i hemtjänsten är implementerad. Rutinen innebär att kontakt mellan professionerna ska ske skyndsamt, då en brukare/patient läggs in på sjukhus, så att digital signering tillfälligt plockas bort/pausas. Detta för att minska antalet avvikelser.

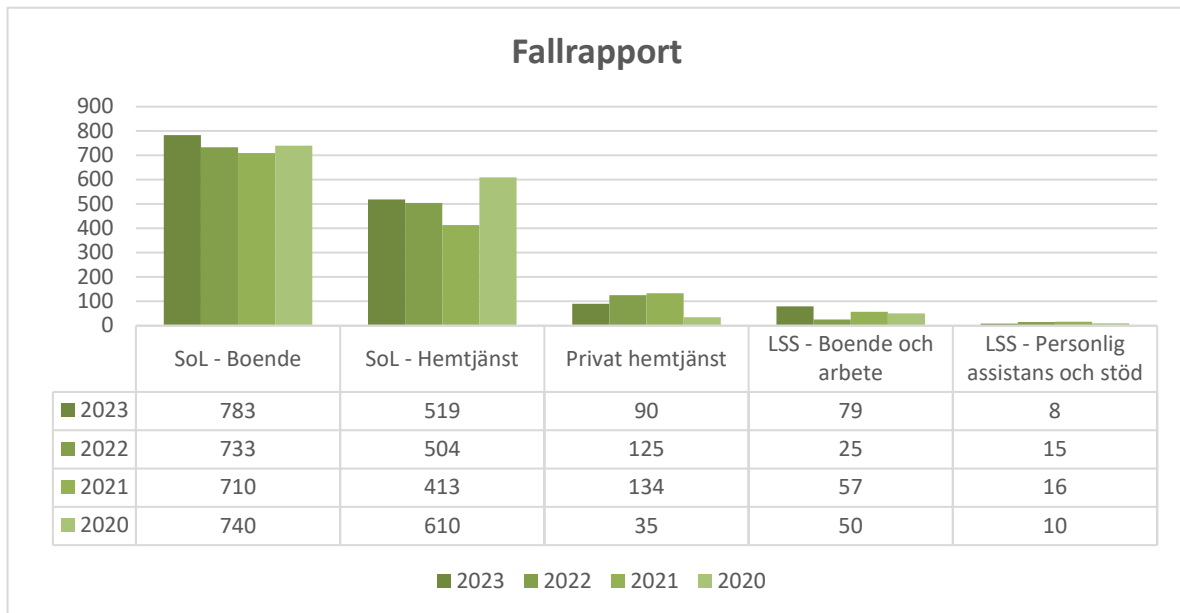
I äldreomsorgen har man satsat på att ute i arbetsgrupperna gå igenom digital signering och dessutom förtydligat detta i arbetsscheman.

Handlingsplaner som tidigare upprättats har följts upp på samtliga enheter inom avdelningen Boende och arbete, i syfte att minska antalet läkemedelsavvikelser.

Införandet av nytt verksamhetssystem förväntas underlätta signeringen av läkemedel och bidra till att antalet avvikelser på sikt minskar.

Fallavvikelser

Diagram 3: Antal fallrapporter första halvåret, de senaste fyra åren.



Totalt antal fallavvikelser under perioden är 1479 stycken, vilket är en liten ökning sedan föregående år. Störst ökning ser vi inom särskilt boende samt avdelningen för boende och arbete. En förklaring till ökningen kan vara att omvårdnadsbehov bland brukare inom LSS har ökat, vilket medför en ökad fallrisk. Inom bostad med särskild service orsakas dessutom många fallolyckor av epilepsianfall, vilket också leder till upprepade fallavvikelser.

Inom hemtjänsten ses en liten ökning av antalet fallavvikelser jämfört med samma period föregående år. Sett till volymökning, så har insatserna i hemtjänsten ökat med 12 000 timmar jämfört med samma period föregående år, vilket också medför en högre grad av avvikelser. Sett ur detta perspektiv så har avvikelserna i relation till utförda insatser procentuellt minskat.

Åtgärder:

Arbetet gällande teamsamverkan har fortsatt i förvaltningen. Det finns numera schemalagt i de flesta verksamheter, men kan också initieras extra för enskilda brukare vid behov.

Hemtjänsten arbetar tillsammans med hemsjukvården i Senior Alert med riskförebyggande åtgärder och regelbundna riskbedömningar. Dock ses ett fortsatt behov av förbättringsarbete inom särskilt boende.

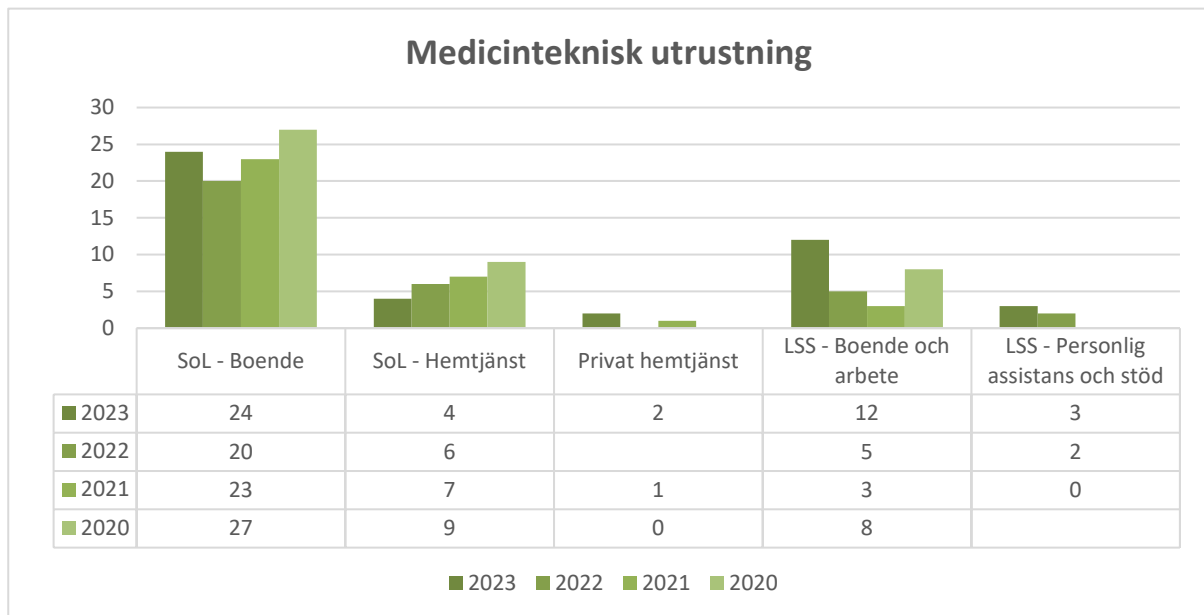
I förvaltningen finns önskemål om att anställa en utbildningssjuksköterska, vars främsta uppgift skulle vara att utbilda omvårdnadspersonal i förebyggande syfte.

Inom LSS genomförs åtgärder i form av mer förebyggande arbete, t.ex. med att aktivera och motivera den enskilde till rörelse för att bibehålla och/eller förbättra fysisk förmåga i syfte att förebygga antalet avvikelser relaterade till fall.

Att lyfta fallavvikelser och vidtagna åtgärder löpande på APT:n och verksamhetsmöten är också ett sätt där vi kan förvänta oss att lära av varandra för att undvika upprepade fallavvikelser.

Medicinteknisk utrustning

Diagram 4: Antal avvikelser kopplat till medicinteknisk utrustning första halvåret, de senaste fyra åren.



Totalt antal avvikelser kopplat till medicinteknisk utrustning är 45 stycken, vilket är en ökning i jämförelse med föregående år, då det inkom 33 stycken under samma period.

Vissa av avvikelserna är orsakade av bristfällig utrustning eller felaktigt handhavande av medicintekniska hjälpmedel. Felaktigt handhavande kan i sin tur förklaras av att det föreligger en underbemanning av rehabpersonal, vilket påverkat möjligheten till korrekt och löpande utbildning i handhavande.

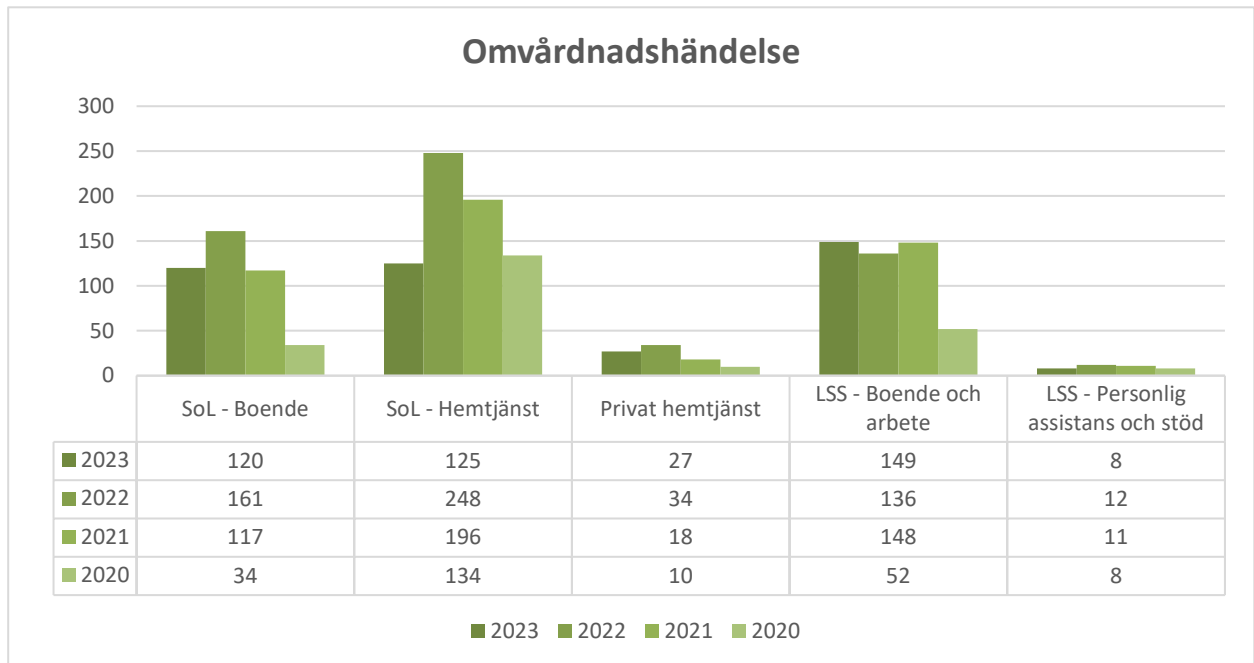
Åtgärder:

En ny chef för rehabavdelningen är rekryterad.

Ökat fokus på teamsamverkan inom förvaltningen, och uppföljning av vidtagna åtgärder förväntas även ha god effekt på sikt.

Omvårdnadshändelse

Diagram 5: Antal omvårdnadshändelser första halvåret, de senaste fyra åren.



Totalt antal omvårdnadshändelser som rapporterats under perioden är 429 stycken, vilket är en minskning i jämförelse med förra årets 591 st.

Minskat antal avvikelser kopplat till omvårdnadshändelser ses i samtliga verksamheter, förutom inom avdelningen boende och arbete, som ökat sina avvikelser något sedan föregående år. Störst förändring ses inom hemtjänsten, som sedan förra jämförelsen halverat sina avvikelser kopplat till omvårdnadshändelser.

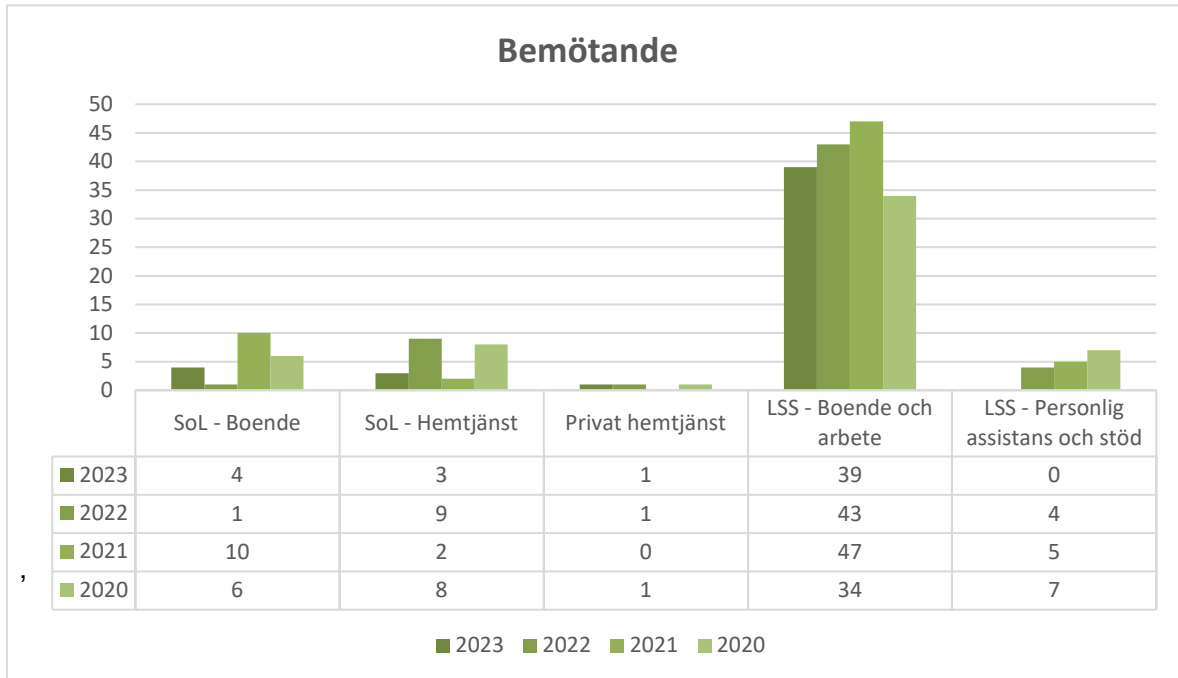
Här tycks pandemin möjligtvis ha påverkat minskningen av antalet avvikelser, då vi under 2023 inte behövt ställa in insatser i lika hög utsträckning, som under perioder av hög personalfrånvaro 2021 och 2022.

Omvårdnadshändelser som rapporterats är till övervägande delen planerade insatser som av olika orsaker uteblivit, och förekommer under både dag- och natt. På särskilt boende anges orsaker till ej utförda insatser vara personalbrist och tidsbrist. Inom hemtjänsten beskrivs ytterligare en orsak vara att insatser glömts bort eller saknats i planeringen.

De insatser inom LSS som rapporterats beror ofta på att planerade insatser inte utförts eller att personalen inte arbetat utifrån de bemötandestrategier som finns framtagna för brukarna.

Bemötande

Diagram 6: Antal avvikelser kopplat till bemötande, första halvåret, de senaste fyra åren.



Under perioden har det sammanlagt inkommit 47 stycken avvikelser kopplat till bemötande.

I nämndens kritiska verksamhetsfaktorer för 2023 finns ett målvärde om att antalet avvikelser gällande bemötande ska minska med 10 %. Under första halvåret 2022 inkom 57 stycken avvikelser kopplat till bemötande i förvaltningens interna verksamhet. Om man jämför detta med jan-juni 2023 så har antalet avvikelser minskat med 19%.

Majoriteten av inkomna avvikelser rör händelser kring brukare som bor i bostad med särskild service (LSS) och en betydande andel av dem beskriver brukares egna beteenden i form av utagerande, verbalt och fysiskt, gentemot personal eller grannar. Det kan handla om brukare som gått upp i affekt, blivit hotfulla, högljudda, kastat saker mot personal, uttryckt verbala hot, men även händelser där brukare tagit tag i, hållit fast och slagit personal beskrivs. Gemensamt för dessa avvikelser är att de ofta saknar förklaring till vad som orsakade eller föranlett händelsen eller den enskildes beteende, utan endast beskriver brukarens agerande.

En del av avvikelserna handlar även om konflikter mellan brukare – både inom bostad med särskild service och daglig verksamhet. Denna typ av avvikelser återfinns även i ett fåtal avvikelser kopplat till särskilt boende.

Ett fåtal avvikelser är direkt kopplade till brukares egna upplevelser om att ej bli lyssnad på, känslan av begränsat självbestämmande samt upplevelsen av att ej ha fått rätt stöd och bemötande från personal.

Två av avvikelserna kopplat till bemötande har klassificerats som allvarlighetsgrad 3, vilket har föranlett lex Sarah-utredningar.

Åtgärder:

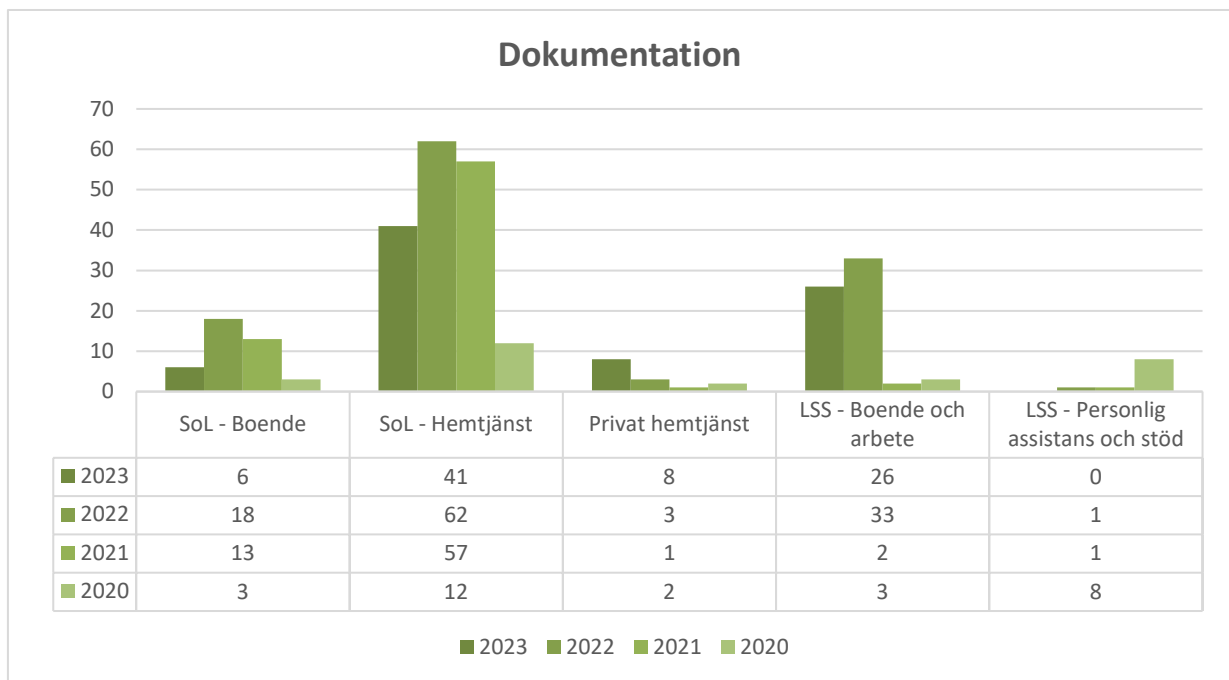
Att antalet avvikelser kopplat till bemötande fortsätter att minska indikerar att målet enligt nämndens kritiska verksamhetsfaktorer är uppnått. Dock kan resultatet också indikera att händelser inte rapporteras i samma utsträckning, så att det uppstår ett mörkertal.

Att andelen avvikelser kopplat till bemötande är som flest inom avdelningen boende och arbete förklaras bland annat av medarbetarnas medvetenhet om att rapportera händelser av detta slag, samt att avdelningen arbetar aktivt med bemötandefrågor på såväl verksamhetsmöten som genom de utbildningar i pedagogiskt förhållningssätt som personal genomgår.

Det finns ett fortsatt behov av dialog kring hur vi som förvaltning ser på avvikelser kring bemötande, detta för att få ett likvärdigt arbetssätt kring både rapportering, utredning och hantering av dessa händelser, i syfte att bibehålla en god kvalitet i verksamheten.

Dokumentation

Diagram 7: Antal avvikelser kring dokumentation, första halvåret, de senaste fyra åren.



Under första halvåret 2023 har det inkommit totalt 81 stycken avvikelser kopplat till dokumentation, vilket är en minskning sedan 2022.

Majoriteten av avvikelserna handlar om osignerade poster i digital signering, vilket gör att siffran är något missvisande, då ett stort antal avvikelser till synes är felkategoriserade, och skulle egentligen tillhört en annan kategori, i detta fall läkemedelsavvikelse.

Viktigt att lyfta fram är att relativt stor andel, 15 av 81 (ca 18%) av avvikelserna berör utebliven dokumentation från myndighetsavdelningen, t.ex. att ärendet ej följts upp

och/eller nyprövats inom beslutsperioden vilket gjort att beslutet löpt ut (ibland flera månader, upp till ett år tidigare), trots fortsatt verkställighet. Ett fåtal avvikelser handlar dessutom om att det saknas aktuella beslut för brukare. Orsaker som angetts till dessa avvikelser är bristande rutiner, låg bemanning samt stress och trötthet.

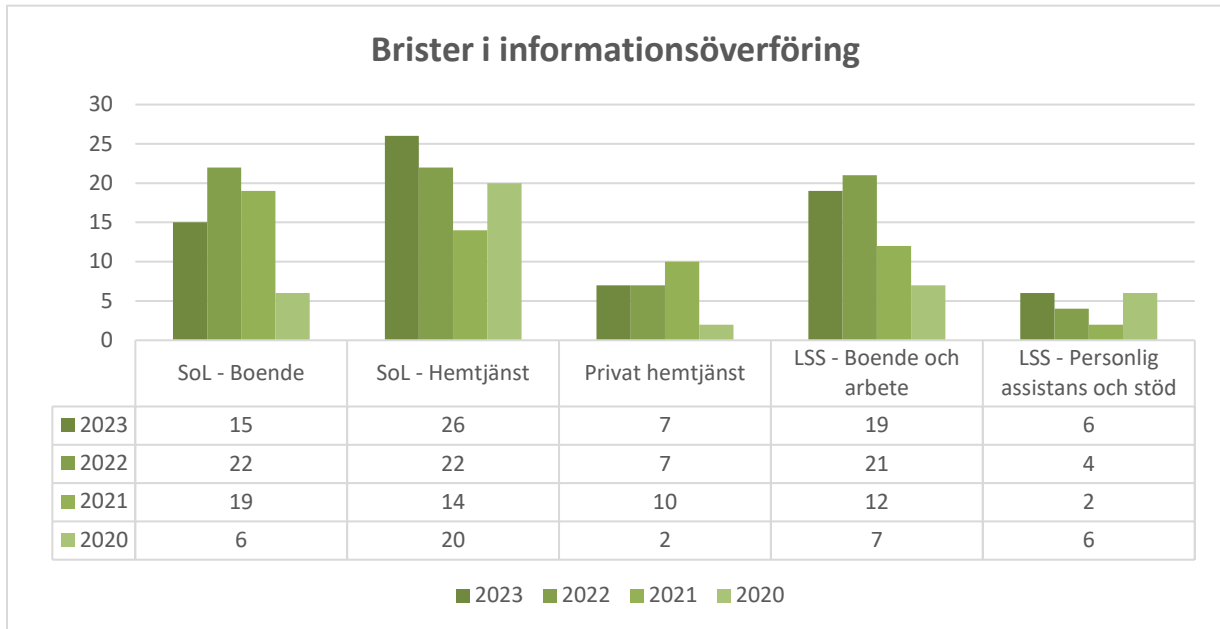
Övriga avvikelser handlar om utebliven dokumentation kring viktiga händelser eller viktig information om den enskildes mående, samt utebliven dokumentation i form av att genomförandeplan saknas för den enskilde eller att den ej följts upp i tid.

Åtgärder:

En granskning av myndighetsavdelningen har genomförts under våren 2023, utifrån risker som identifierats i samband med nämndens internkontrollplan. Granskningen visade att myndighetsavdelningen behöver ta fram tydliga rutiner och arbetssätt för uppföljning av tillsvidarebeslut samt omprövning av tidsbegränsade beslut. Införandet av nytt verksamhetssystem kommer att underlätta detta arbete, då funktionen med manuella bevakningar ger aviseringar inför att exempelvis beslut löper ut.

Brister i informationsöverföring

Diagram 8: Antal avvikelser gällande brister i informationsöverföring, första halvåret, de senaste fyra åren.



Under perioden har det totalt inkommit 73 stycken avvikelser kopplat till brister i informationsöverföring. Ett fåtal har blivit felkategoriserade och skulle egentligen tillhört andra avvikelse typer, t.ex. omvårdnadshändelser.

Avvikelserna som rapporteras som brister i informationsöverföring handlar ofta om brister i den interna kommunikationen mellan olika yrkeskategorier. Exempel på sådana avvikelser är bland annat;

- brister i kommunikation/information mellan utförare och myndighet, rörande exempelvis planerade uppföljningsmöten, beställning av insatser
- brister i kommunikation/information mellan boendet och daglig verksamhet inom LSS
- brister i kommunikation/information mellan personal och legitimerad personal, HSL
- brister i information om planerade aktiviteter, besök för den enskilde
- brister i information om förändringar gällande brukarens stödbehov, t.ex. i samband med hemgång från sjukhus

Avvikelser, extern verksamhet

Externa utförare har egna rutiner för avvikelshantering som beskrivs i respektive kvalitetsledningssystem. Det framgår i förfrågningsunderlaget för LOV, där det tydliggörs att "Utföraren ansvarar för att det finns rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål och för anmälan enligt lex Sarah, lex Maria och lex Maja".

Vidare framgår att "utförare ska fyra gånger om året, kvartalsvis, lämna en sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelser till beställaren".

Ginstgården (äldreboende som drivs av Bräcke Diakoni) har eget hälso- och sjukvårdsansvar och redovisar därför inte avvikelser inom detta område till förvaltningen.

Lex Sarah, externa verksamheter

I förfrågningsunderlaget för LOV framgår vidare att "Utföraren ska omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds". Någon utredning enligt Lex Sarah har ej inletts under första halvåret av 2023, i någon av de externa verksamheterna.

Avvikelser i samverkan

Förvaltningen följer och arbetar med avvikelser i samverkan som uppstår inom hälso- och sjukvården och som registreras i MedControl Pro. Det avser såväl avvikelser från kommunen till primärvård och sjukhus som avvikelser från primärvård/sjukdom till kommunen.

I nämndens redovisning av systematiskt kvalitetsarbete för januari-juni 2023 redovisas ingen analys av resultatet av avvikelser i samverkan på övergripandenivå.

Sammanställning och analys har inte kunnat genomföras p.g.a. personalbyten inom förvaltningen under augusti.

En sammanställning på övergripande nivå kommer istället att presenteras i samband med patientsäkerhetsberättelsen 2023.

Andelen klassificerade och utredda avvikelser

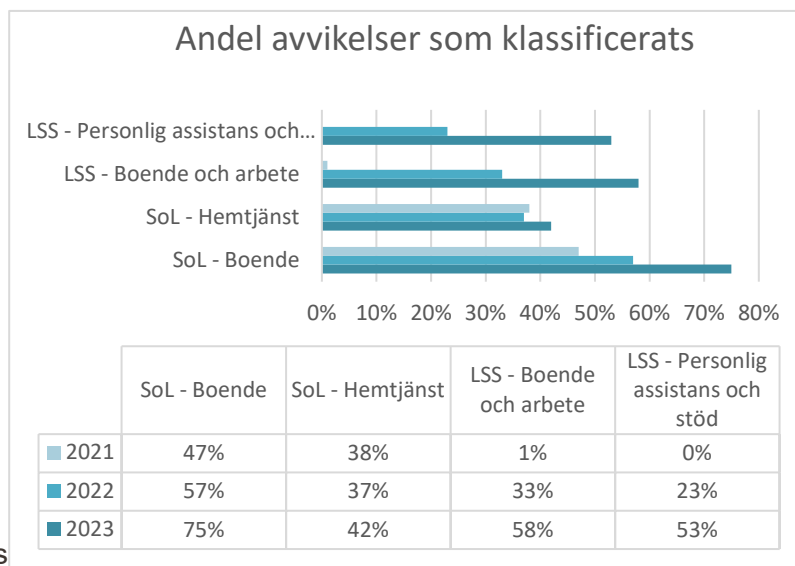
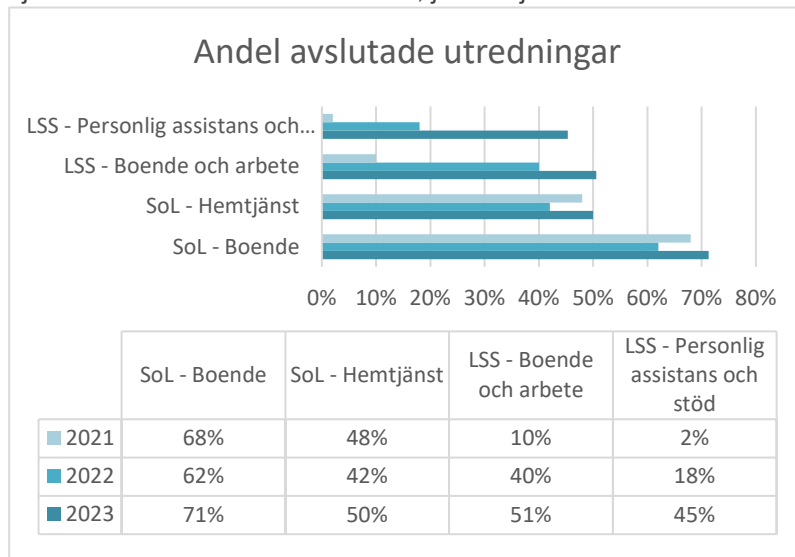
För att säkerställa kvalitén i arbetet med avvikelshantering följer förvaltningen sedan 2021 upp nyckeltalen "andel avvikelser som har klassificerats av sjuksköterska och/eller enhetschef" samt "andel avslutade utredningar". Målsättningen för 2023 är att andelen klassificerade och avslutade utredningar av avvikelser ska uppgå till 95 procent.

Vi kan se att andelen avslutade utredningar och klassificerade avvikelser ökat och fortsätter att öka, och att vissa avdelningar har gjort en stor förflyttning på detta område.

Samtliga verksamheter har arbetat aktivt med att höja kompetensen kring avvikelshantering.

Resultatet såväl avdelningsvis som förvaltningsövergripande visar dock på att det finns behov av fortsatt utvecklingsarbete kring avvikelshandlingen för att uppnå målsättningen.

Diagram 9 och 10: Andelen avslutade utredningar samt andelen avvikelser som klassificerats av sjuksköterska och/eller enhetschef, januari-juni de tre senaste året.



Utredning av allvarliga missförhållanden, Lex Sarah

Under första halvåret av 2023 har en händelse anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som en risk för allvarligt missförhållande. Anmälan inkom till IVO den 15 mars.

Anmälan handlade om att en personalgrupp under en längre period använt sig av ett medicintekniskt hjälpmedel på ett sätt som de visste stred mot legitimerad personals ordination, samt aktivt undanhållit arbetsmetoden från arbetsledning.

Bakomliggande orsaker som identifierats var;

- otillräcklig dialog mellan verksamhet och ledning om arbetssättet
- bristande följsamhet gällande beställning/ordination från legitimerad personal
- brister i dokumentationen, framför allt avsaknad av dokumentation

Planerade åtgärder som redovisats var bland annat;

- att säkerställa att innehåll och beskrivningar i beställningar från ssk/rehab blir kända i verksamheten
- att säkerställa att teamsamverkan inleds mellan verksamheten och legitimerad personal
- att säkerställa att samtlig personal har god kunskap om rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah
- att förstärka kunskapen kring social dokumentation inom verksamheten samt fortsätta med kollegial dokumentationsgranskning
- att ha en öppen dialog om verksamhetens arbetssätt och rutiner för att säkerställa att liknande situationer ej upprepas

I IVO:s beslut framgår att de avslutar ärendet och i skälen för beslutet anges att de bedömer att huvudmannen har fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet, samt att utredningen visar att huvudmannen har

- vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet
- identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade, samt
- vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Utredning av allvarlig vårdskada, Lex Maria

Endast en av de beskrivna händelserna inträffade under perioden jan-juni 2023.
Resterande händelser inträffade under 2022, men IVO:s beslut inkom under perioden.

1. Patient fick fysiska skador och psykiskt lidande under en period med oro, ångest och aggressivitet

Händelsen inträffade augusti 2022 och gäller en patient med multisjuklighet, demensdiagnos samt smärtproblematik som bor på ett äldreboende. Patienten faller ett flertal gånger under ett par dagars tid. Bedöms på sjukhus och det finns inga skador som kräver sjukhusvård utan skickas åter till sitt boende. Upplevs ha ont och får mer smärtlindring i form av opiater. Efter några dagar blir patienten mer orolig och visar tendenser till aggressivitet. Det finns ingen vårdplan tagen i samverkan med vårdcentral som beskriver hur patientens förändrade behov ska hanteras. Enhetschef upprättar en handlingsplan, men åtgärderna möter inte patientens behov. Bemanningen under helgen upplevs som otillräcklig. Delar av helgen är patienten aggressiv och utåtagerande. Personalen ringer till slut 112 för att få hjälp av polis och ambulans. När patientens läkemedel justeras blir patienten lugnare och planerade åtgärder gör situationen hanterbar. Anhörig har vid flertalet tillfällen påtalat att patienten är känslig för opiater.

Sammantaget utsattes patienten för vårdlidande då patienten inte fick rätt vård under en period med stor oro och aggressivitet som följd samt fysiska skador. Under utredningen upptäcktes även att riktlinjer för hantering av läkemedel samt hantering av avvikelser inte följts. Verksamheten kommer genomföra förändringar av arbetssätt och rutiner såväl internt som externt för att förbättra teamsamverkan, samverkan med läkare samt följsamhet till gällande riktlinjer och rutiner. Detta innebär en tydligare teamsamverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt ansvarig läkare på vårdcentralen.

2. Utbredd smitta av Covid-19 på äldreboende

Vid ett covid-utbrott på ett äldreboende under februari - mars 2023 upptäcktes det brister i följsamhet till förvaltningens rutiner/rekommendationer från smittskydd och vårdhygien i regionen. Detta bidrog troligtvis till att majoriteten av de boende drabbades av Covid-19 och flera patienter blev allmänpåverkade under sin sjukdomsperiod.

Verksamheten kommer genomföra förändringar av arbetssätt och rutiner såväl internt som externt för att förbättra samverkan med medicinskt rådgivningsansvarig vårdcentral då gällande riktlinje tolkades på olika sätt. Åtgärder kommer vidtas för att säkerställa att verksamheten har möjligheter att ta del av samt följa gällande riktlinjer och rutiner samt att säkerställa att extern samverksam fullföljs. Uppföljning kommer att ske den 14 september.

3. **Brister i omvårdnad av patient i efterförloppet av fall**

I maj inkommer en underrättelse och begäran från IVO som tagit emot en anmälan med klagomål gällande hantering av vården efter ett fall som inträffade i juli – 22. Patienten, som bor på en demensavdelning, skickades till sjukhus efter två dagar och där visar röntgen en höftfraktur som opererades. Patienten kom tillbaka till sitt boende för fortsatt vård. Allmäntillståndet försämrades och efter fem dagar kontaktar anhöriga ambulans. Efter en dryg vecka på sjukhus avlider patienten.

Utredningen visar brister i följsamhet till rutiner och riktlinjer för dokumentation samt uppföljningsansvar för patientens tillstånd. Hög personalomsättning på grund av sjukdom i personalgruppen samt semesterperiod kan ha bidragit till detta. Verksamheten kommer genomföra förändringar av arbetssätt och rutiner för att förbättra samverkan internt. Åtgärder kommer också vidtas för att arbeta med uppföljningar av patienters förändrade hälsotillstånd samt särskilt beakta patienter med demensdiagnos som kan ha svårare att uttrycka exempelvis tecken på smärta. Ny riktlinje om hur man går till väga vid förändrat hälsoläge hos brukare. Denna har under våren 2023 implementerats i verksamheterna.

4. **Brister i uppmärksamhet om skada och upptäckt av frakturer**

Patient med demenssjukdom boende på ett av kommunens äldreboenden. Patienten faller och klagar på smärta i vänster arm, detta inträffade under sommaren 2022. Vårdpersonal skriver avvikelser men dokumenterar inte i social dokumentation eller kontaktar sjuksköterska. 5 dagar senare gör sjuksköterska bedömningen att fysioterapeut ska kontaktas för bedömning. Ytterligare 6 dagar senare gör läkaren en undersökning av patienten av annan anledning blir då ombedd av sjuksköterska att även undersöka armen och läkaren bedömer det då som inflammatorisk orsak. Ambulans tillkallas av annan medicinsk orsak och patienten röntgas på sjukhuset där man kan se en felställning av vänster axel samt gamla och nya frakturer i bäckenet.

Utredningen visar brister i följsamhet till rutiner och riktlinjer för dokumentation samt uppföljningsansvar för patientens tillstånd. Hur man ska dokumentera i omsorgen och hur och när man tar kontakt med sjuksköterska har man gått igenom och uppdaterat personal i den nya rutinen som implementerats under våren. Ärendet var på grund av bristande information lågt prioriterat av fysioterapeut. Uppföljning kommer att ske den 14 september.

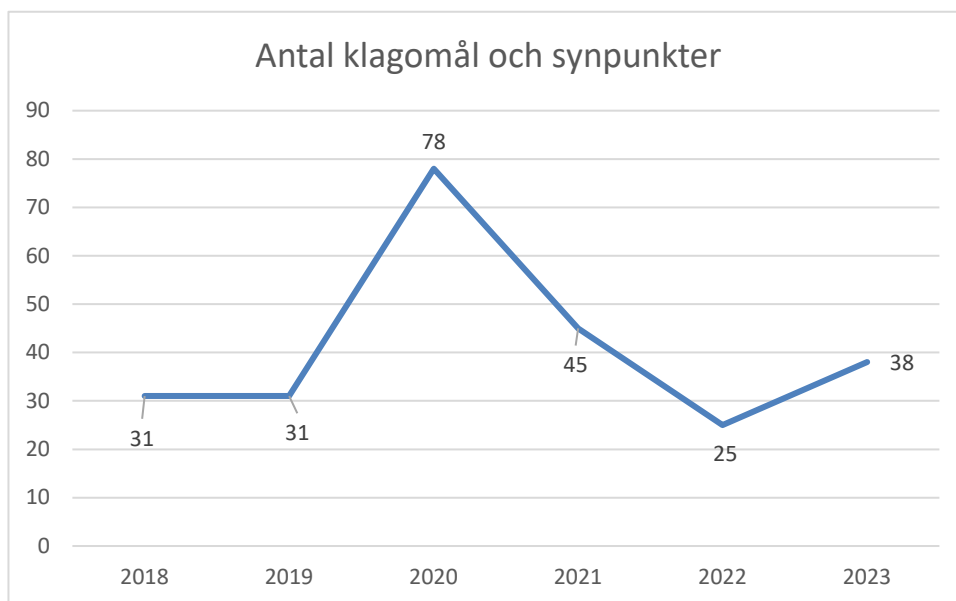
Redovisning av synpunkter och klagomål

Förvaltningen har en rutin som ska säkerställa ett systematiskt sätt för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskild, personal, anhöriga och kommuninvånare. En väl fungerande klagomåls- och synpunktshantering utgör en viktig del för att upptäcka och förebygga fel och brister i verksamheten, samt identifiera nya förbättringsområden för att åstadkomma en bra kvalitet och säkerhet för den enskilde.

De synpunkter och klagomål som inkommer till förvaltningen diarieförs och ska därefter hanteras enligt rutin. Något som uppmärksammades i kvalitetsberättelsen för 2022 var att det fanns en betydande andel synpunkter och klagomål som ej hanterats och/eller besvarats enligt gällande rutin. En möjlig orsak som identifierades var att rutinen kring synpunkts- och klagomålshantering ej var tillräckligt implementerad eller känd i verksamheterna.

Som en del av nämndens prioriterade utvecklingsområden framhölls därför vikten av att vidareutveckla arbetssätt och höja kompetensen bland förvaltningens chefer avseende hantering av synpunkter och klagomål. För mer information, se avsnittet om "Åtterrapporering av uppdrag", punkt 1.

Diagram 11. Antalet inkomna klagomål och synpunkter första halvåret, de fem senaste åren.



Vad handlar synpunkter och klagomålen om?

Under första halvåret 2023 har det inkommit 38 stycken klagomål och synpunkter.

Sex av klagomålen handlar om myndighetsutövning och brister gällande information vid framförallt vistelse på korttidsboende och att handläggningstiden vid ansökningar är lång.

En enskild brukare i en verksamhet har inkommit med flera klagomål som handlar om samverkan mellan SoL och LSS samt stöd från enhetschef och socialsekreterare.

Övriga klagomål och synpunkter handlar om bland annat om bemötande, bristande insatser för den enskilde, bristande information, grannar som blir störda samt brister i utförandet av insatser.

Vem lämnar synpunkter och klagomål?

Majoriteten av de synpunkter och klagomål som inkommer till förvaltningen är inlämnade av en enskild brukare, eller dennes anhörig.

Synpunkter och klagomål kommer från personer som har hjälp och stöd från äldreomsorgen, boende på särskilt boende, de som har hemtjänsten och hälso- och sjukvård, anhöriga, personal och allmänheten. I brukarundersöken framgår att våra brukare inom både hemtjänst och SÄBO inte vet hur de lämnar synpunkter och klagomål och det kan vara orsak till antalet sjunkit.

Återrapportering av uppdrag

Under 2022 fick vård- och omsorgsförvaltningen ett antal uppdrag från Vård- och omsorgsnämnden. I denna rapport återrapporteras vissa av dessa uppdrag, som givits i samband med kvalitetsberättelsen samt utifrån yttrandet av KPMG:s granskning av äldreomsorgen.

En fördjupad analys och redovisning av uppdragen kommer att ske i samband med kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen för 2023.

1. Uppdrag utifrån kvalitetsberättelsen 2022

I samband med nämndens kvalitetsberättelse för 2022 fattade Vård- och omsorgsnämnden följande beslut (2023-02-21, §17);

"Vård- och omsorgsförvaltningen får i uppdrag att se över och utveckla verksamhetens rutiner, arbetssätt och metodstöd gällande riskanalys, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål".

I kvalitetsberättelsen 2022 framhålls att hantering av såväl avvikelser, som synpunkter och klagomål är områden som förvaltningen behöver se över och vidareutveckla. För att säkerställa en ökad följsamhet till gällande rutiner föreslogs därför att riktlinjer och rutiner ska ses över, tydliggöras och kommuniceras ut i verksamheterna.

Inom ramen för nämndens plan för egenkontroll genomfördes under våren 2023 en systematisk kvalitetsgranskning av SAS och MAS, utifrån kvalitetskravsområdet "Trygghet och säkerhet" med fokus på implementering och följsamhet till gällande riktlinjer och

rutiner. En fördjupad analys och redovisning av den systematiska kvalitetsgranskningen kommer att redovisas i samband med kvalitetsberättelsen.

Granskningen bestod av verksamhetsbesök, intervjuer samt en enkät och riktade sig till förvaltningens enhetschefer för utförarverksamheter.

Granskningen visar på att det finns ett stort behov bland förvaltningens chefer av att vidareutveckla introduktionen och stödet i arbetet med hanteringen av synpunkter, klagomål och avvikelser. Utifrån underlaget i granskningen har planering påbörjats med att utveckla och ta fram tydligare rutiner och metodstöd gällande riskanalys, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål.

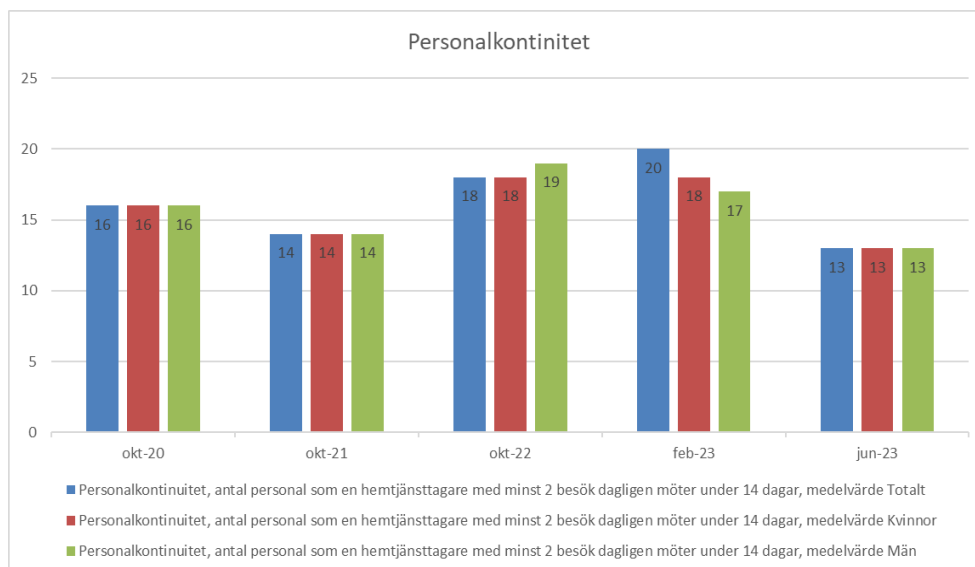
Förvaltningen är i full gång med att förbereda för implementeringen av nytt verksamhetssystem och nytt avvikelserapporteringssystem, och denna planering ligger till grund för fortsatt arbete med nämndens uppdrag.

2. Uppdrag återrapportera utveckling av personalkontinuitet

Under hösten 2022 granskade KPMG på uppdrag av kommunens revisorer äldreomsorgen. Utifrån resultatet av granskningsrapporten gav Vård- och omsorgsnämnden 2023-03-21, §26 förvaltningen i uppdrag att återrapportera *personalkontinuiteten vid två tillfällen under 2023*.

Som ett led i att analysera utvecklingen av personalkontinuiteten har förvaltningen under våren infört ett nytt arbetssätt med att genomföra fler mätillfällen under året. Förvaltningen kommer från och med 2023 att följa upp personalkontinuiteten tre gånger per år. Två gånger vid egna mätillfällen, vecka 8–9 och vecka 22–23 samt en gång i oktober inom ramen för KKIK. Uppföljning och analys av hur personalkontinuiteten utvecklas sker inom ramen för nämndens systematiska kvalitetsarbete

Diagram 12. Mätning av personalkontinuiteten inom hemtjänsten, de senaste fem mätningarna.



Resultatet i den utökade mätningen som genomfördes under våren 2023 visar att utfallet varierar både över åren och de senaste två mätningarna. I februari ses en försämring av personalkontinuiteten jämfört med oktober 2022, medan resultatet i juni visar på en stor förbättring jämfört med tidigare mätningar. Vid en jämförelse mellan män och kvinnor ses inga större skillnader över åren.

Inom hemtjänsten sker fortsatt ett aktivt arbete i syfte att ha en så hög personalkontinuitet som möjligt, bland annat genom att den fasta omsorgskontakten ska vara den personen som utför de flesta besöken. Verksamhetens samordnare har i uppdrag att säkerställa en hög personalkontinuitet i planeringen. Inom verksamheten finns också en andre fast omsorgskontakt utsedd för varje brukare.

Förvaltningen kommer att fortsätta arbetet med att följa upp och analysera utvecklingen av personalkontinuiteten med ett tätare intervall. Nästkommande redovisning sker i samband med nämndens kvalitetsberättelse för 2023.

3. Uppdrag att analysera och följa upp KPMG:s rekommendationer

Mot bakgrund av KPMG:S granskning av äldreomsorgen 2022 gav Vård- och omsorgsnämnden 2023-03-21, §26 förvaltningen i uppdrag att inom ramen för nämndens systematiska kvalitetsarbete analysera och följa upp KPMG:s rekommendationer gällande kvalitet i brukarundersökningen.

Sammanfattningsvis rekommenderades vård- och omsorgsnämnden att analysera resultatet i den senaste brukarundersökningen avseende förtroende för personalen, möjlighet påverka tider och sociala aktiviteter inom särskilt boende, samt vidta erforderliga åtgärder. Nämndens generella målsättning gällande mål för god kvalitet i äldreomsorgen kopplat till brukarundersökningen, är att resultatet ska vara minst i nivå med resultatet för strukturellt liknande kommuner äldreomsorg.

Inom särskilt boende har förtroendet för personal minskat under de senaste åren, men ligger i den senaste mätningen över både genomsnittet för riket och strukturellt liknande kommuner. Utvecklingen med en negativ trend kan ses även för riket och strukturellt liknande kommuner. Spridningen mellan olika enheters resultat sträcker sig från 57 procent till 100 procent. Gällande att påverka tider har resultaten avseende särskilt boende varierat relativt kraftigt mellan åren, med en tydlig försämring 2022. Resultatet ligger också något under genomsnittet för riket och strukturellt liknande kommuner. Spridningen mellan enheterna är stor. Enhetsresultaten ligger mellan 14 till 82 procent. Avseende aktiviteter försämrades brukarnas bedömning betydligt 2022. Resultatet i senaste mätningen ligger klart under både genomsnittet för riket och strukturellt liknanden kommuner, från att ha ökat under 2020 år och då legat klart över genomsnittet för riket och för strukturellt liknande kommuner. Spridningen mellan olika enheters resultat sträcker sig från 13 procent till 67 procent.

Anpassningar och åtgärder under coronapandemin bedöms ha påverkat resultatet för såväl nöjdheten med de aktiviteter erbjuds som möjligheten att kunna påverka tider. Under året har verksamheten fullt ut kunna återgå det nya arbetssättet kring aktiviteter som infördes mot bakgrund av tidigare års resultat, vilket förväntas ha en positiv effekt på årets resultat.

Alla äldreboende har i uppdrag att erbjuda minst 14 aktiviteter per vecka. Vidare har arbetet som påbörjades under 2022 med att ta fram handlingsplaner och vidta åtgärder för bland annat bättre struktur, följsamhet till rutiner och ökad personkontinuitet inom vissa boenden fortgått under året. Underlaget i de nationella brukarundersökningarna utgör en viktig del i avdelningens arbete med verksamhetsutveckling, på såväl avdelnings som enhetsnivå. Respektive enhet ansvarar för att analyser resultatet och vid behov vidta förbättringsåtgärder utifrån respektive enhetsresultat.

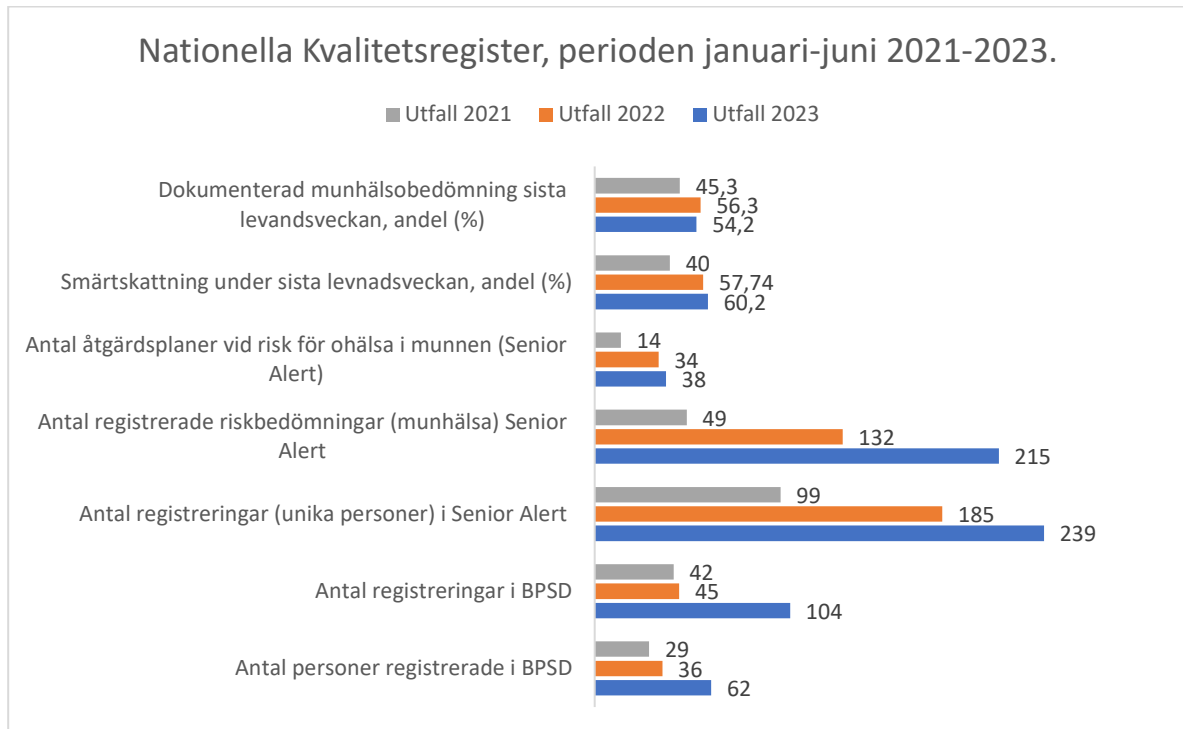
Några utfall för 2023 har inte presenterats av Socialstyrelsen ännu, varför en fördjupad analys och utvärdering kommer att redovisas i samband med nämndens kvalitetsberättelse för 2023.

Nyckeltal		Utfall 2023	Utfall 2022	Utfall 2020	Utfall 2019
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	Alingsås	IU.	85	86	92
	Liknande kommuner, äldreomsorg, 2021	IU.	81	84	86
	Riket	IU.	81	84	85
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)	Alingsås	IU.	54	71	63
	Liknande kommuner, äldreomsorg, 2021	IU.	56	57	60
	Riket	IU.	57	60	60
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	Alingsås	IU.	39	75	62
	Liknande kommuner, äldreomsorg, 2021	IU.	50	62	62
	Riket	IU.	54	61	63

Nationella kvalitetsregister

I enlighet med Alingsås styrmodell ska 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. Ett område som förvaltningen särskilt följer inom ramen för arbetet med Kritiska verksamhetsfaktorer är riskförebyggandearbete för att minska specifika vårdskador. Uppföljningen görs genom nyckeltal som bland annat mäter registreringgraden i nationella kvalitetsregister.

Diagram 13. Nationella kvalitetsregister, perioden januari-juni, de tre senaste åren.



Generellt visar resultatet på att det riskförebyggande arbetet har förbättrats inom förvaltningen. Såväl antalet registreringar i Senior Alert som BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom) har ökat jämfört med samma period föregående år. Även andelen smärtskattningar under sista levnadsveckan, ökade något. Däremot ses en viss minskning av andelen dokumenterade munhälsobedömningar i Svenska Palliativ registret. Vilket kan förklaras av att resultatet baseras på ett mycket litet urval.

Utifrån tidigare års resultat har samtliga verksamheter haft i uppdrag att upprätta handlingsplaner i syfte att förbättra det riskförebyggande arbetet, och som regelbundet följs upp av förvaltningens MAS. Därutöver sker ett aktivt arbete med att öka teamsamverkan inom förvaltningen. Resultatet tyder på att åtgärderna har gett en viss effekt. Samtidigt konstateras att det finns ett fortsatt behov av förbättringsarbete inom verksamheterna för att måluppfyllelsen ska uppnås.