

Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete

Januari – juni 2024

Typ av styrdokument: Rapport
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2024-09-23 § 59
Diarienummer: 2024.043 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens
verksamheter
Dokumentansvarig: Socialt ansvarig
samordnare (SAS)

Innehåll

1.	Inledning	4
2.	Sammanfattning av första halvåret 2024	4
3.	Totalt antal avvikelser, januari-juni 2024	6
4.	Redovisning av avvikelser utifrån avvikelsestyp	7
4.1.	Läkemedelsavvikelser	7
4.2.	Fallavvikelser	9
4.3.	Rubrik händelser med medicinteknisk produkt/hjälpmedel.....	10
4.4.	Utförande av insats.....	11
4.5.	Handläggning (Myndighetsenheten)	12
4.6.	Samverkan	13
4.7.	Dokumentation	15
4.8.	Hot och våld	17
4.9.	Bemötande	18
4.10.	Stöld	19
4.11.	Avvikelser i samverkan (MedControl Pro)	20
5.	Andelen klassificerade och utredda avvikelser	22
6.	Utredning av allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, Lex Sarah	24
6.1.	Redovisning av lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2024-01-01 – 2024-06-30	25
7.	Utredning av allvarlig vårdskada, Lex Maria	27
8.	Redovisning av synpunkter och klagomål	30
8.1.	Vad handlar synpunkter och klagomålen om?	30
8.2.	Vem lämnar synpunkter och klagomål?	31
9.	Nationella kvalitetsregister	32
10.	Resultat dokumentationsgranskning SoL och LSS	34
10.1.	Boende och arbete	Fel! Bokmärket är inte definierat.
10.2.	Personlig assistans och stöd	Fel! Bokmärket är inte definierat.
10.3.	Hemtjänst	Fel! Bokmärket är inte definierat.
10.4.	Hemtjänst inklusive privata LOV-utförare.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
10.5.	Särskilt boende.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
10.6.	Särskilt boende inklusive privat LOU-utförare	Fel! Bokmärket är inte definierat.
10.7.	Myndighetsenheten	37

1. 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 2024 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, allvariga händelser och missförhållanden, återrapportering av uppdrag, samt uppföljning av Nationella kvalitetsregister.

2. Sammanfattning av första halvåret 2024

Totalt har 3162 avvikelser rapporterats in under första halvåret av 2024, varav fem av dessa utmynnade i lex Sarah anmälningar och tre av dessa utmynnade i lex Maria anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Avvikelser av kategorityp fall och läkemedel är fortsatt den vanligaste typen av avvikelser som rapporteras in, följt av utförande av insats/åtgärd.

Det går att se ett tydligt trendbrott under första halvåret 2024 där andelen avslutade utredningar nu är på en rekordhög nivå. Andelen avslutade utredningar under perioden januari-juni ligger på 89% totalt (alla avdelningar). I tidigare mätning för samma period låg andelen avslutade utredningar på 60%. Det är en markant höjning av andelen avvikelser som utreds och avslutas. Målsättningen för 2024 är att andelen klassificerade och avslutade utredningar av avvikelser ska uppgå till 95 procent. Nämnden uppfyller fortfarande inte målet men bedömningen är att målet kan nås med ett fortsatt tydligt riktat

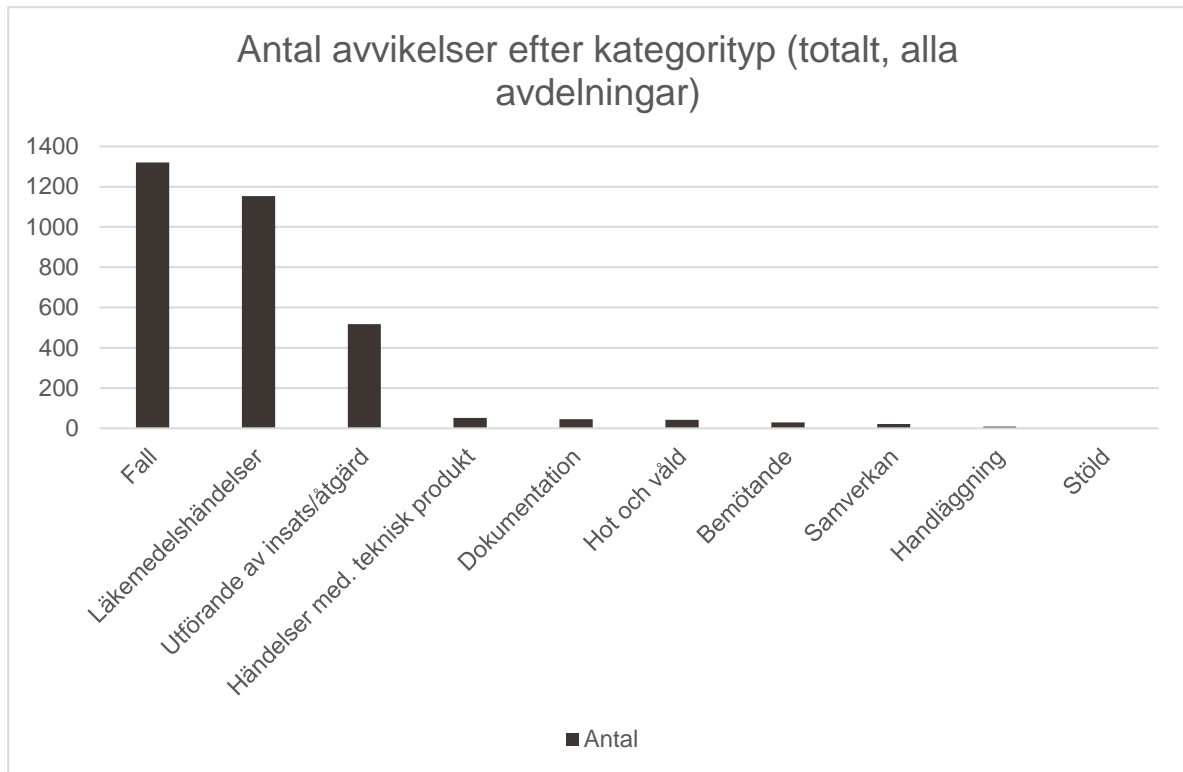
fokus på systematiskt kvalitetsarbete. Andelen (%) ohanterade avvikelser minskar i snabb takt mellan mars-maj 2024. Avdelningschefernas uppföljning av avvikelshantering, ett riktat fokus på avvikelshantering bland enhetschefer samt stöd-, bevaknings- och utbildningsinsatser från kvalitetsenheten tros ligga bakom trenden.

Under perioden har 37 synpunkter registrerats i nämndens synpunktshanteringsystem. 73% utgör klagomål på verksamheten, följt av 21.6% som avser förbättringsförslag. Frågor och beröm utgör respektive 2.7%. Antalet synpunkter är mycket få sett till Socialstyrelsens modell för avvikelser inom SoL och LSS. Den vanligaste avsändaren av synpunkter och klagomål är anhöriga.

Den första dokumentationsgranskningen för i år, kopplat till lag om stöd och service (LSS) och socialtjänstlagen (SoL), har genomförts. Resultatet från denna granskning läggs som bilaga till denna rapport. En kortfattad summering av granskningen presenteras i avsnitt 10 för respektive avdelning.

Med anledning av att avvikelshanteringssystemet har bytts ut är vissa händelsetyper inte längre jämförbara med tidigare års resultat, då dessa inte heter samma sak i de olika systemen och är snävare men också fler i nuvarande verksamhetssystem. I vissa av avsnitten kommer det därför saknas data från tidigare år då dessa inte bedöms vara jämförbara.

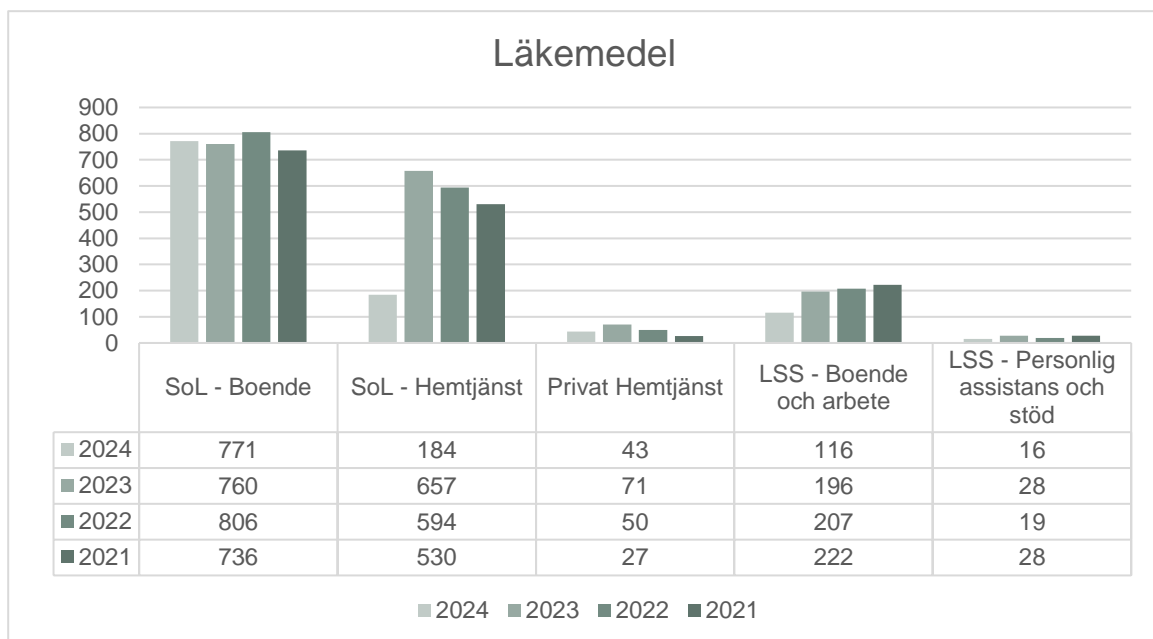
3. Totalt antal avvikelser, januari-juni 2024



Under perioden 1 januari 2024 – 30 juni 2024 registrerades 3162 avvikelser i avvikelshanteringssystemet. Privata LOV och LOU-utförare, Myndighetsenheten och kommunal primärvård är inkluderade i statistiken. Motsvarande siffra för föregående år, samma period, var 3866 avvikelser samt 3953 avvikelser år 2022. Det innebär att antalet avvikelser minskat. Det går inte att dra en slutsats om varför, men en förklaring till den något större minskningen i år jämfört med tidigare år kan vara bytet av avvikelshanteringssystemet, från Magna Cura till DF Respons. Utbildningsinsatser i DF Respons är inbokade för samtliga avdelningar under hösten 2024 och samtliga chefer i utförarverksamhet, kommunal primärvård och myndighetsenheten kommer att utbildas i systemet samt få grundläggande utbildning i bestämmelserna om lex Sarah och lex Maria, SOSFS 2011:9 och i förvaltningens ledningssystem.

4. Redovisning av avvikelser utifrån avvikelseyp

4.1. Läkemedelsavvikelser



Antalet läkemedelsavvikelser har minskat med över 30%. Vid samma period 2023 var det 1712 avvikelser och motsvarande i år är 1130. En del av förklaringen är att arbetet med att få ner antal osignerade/felsignerade läkemedelsposter i verksamhetssystemet har intensifierats. Den största minskningen är inom avdelning hemtjänst där det finns en handlingsplan och rutin för att komma till rätta med osignerade poster. En annan orsak kan vara att alla verksamheter inte skriver avvikelser på osignerade poster på läkemedel. De arbetar med osignerade poster i verksamhetssystemet men lägger inte avvikelse på det. Enligt den riktlinje som finns skal det skrivas avvikelse samtidigt som arbetet med den osignerade posten sker i verksamhetssystemet.

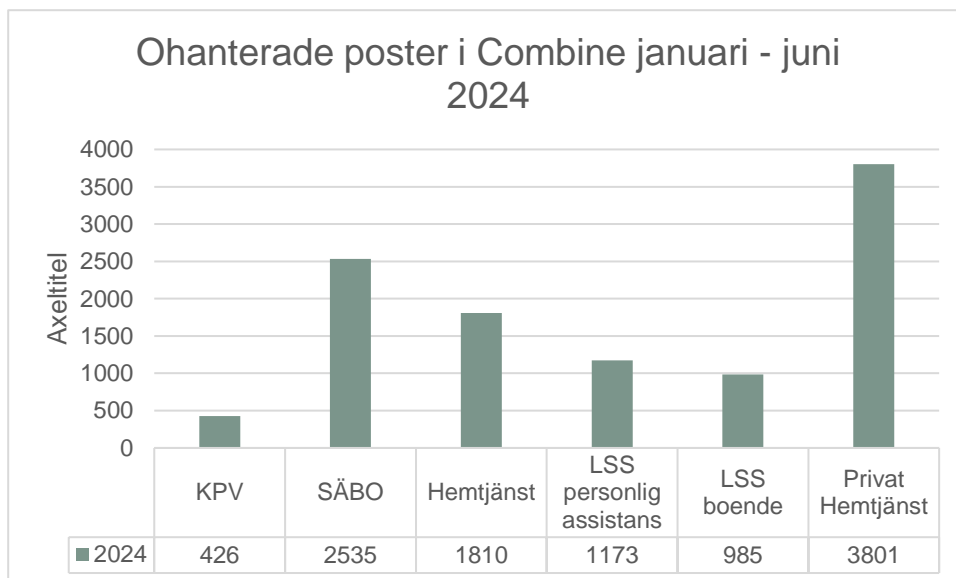
Avglömda läkemedelsdoser är fortfarande den vanligaste orsaken till avvikelser efter osignerade poster. Orsaker uppges vara glömska hos personal, missförstånd mellan personal, kommunikationsbrister och oklar arbetsfördelning. En del verksamheter har vidtagit åtgärder såsom förändring av arbetssätt så att det finns en klar fördelning av arbetsuppgifter.

Åtgärder

De flesta läkemedelsavvikelserna är inom SÄBO, där avdelningschefen har informerat om att en rutin för avdelningen ska upprättas efter semestern i syfte att minska läkemedelsavvikelserna.

Kommunal primärvård (KPV) har omarbetat delegeringsutbildningen så att det blir tydligare för enhetschefer och medarbetare. Utbildningen sker via e-learning, en interaktiv kurs med testfrågor. För den praktiska delen av delegeringsprocessen har sjuksköterskorna gemensamt utvecklat underlag med checklistor och specifika krav på svar för att säkerställa en likvärdig kompetens hos alla delegater i organisationen. Detta bör kunna minska antalet läkemedelsavvikelser framgent.

En förbättringsåtgärd som MAS kan se är att samtliga avdelningar behöver arbeta med uppföljning av avvikelser på APT, enhetschefsnivå och avdelningschefsnivå.

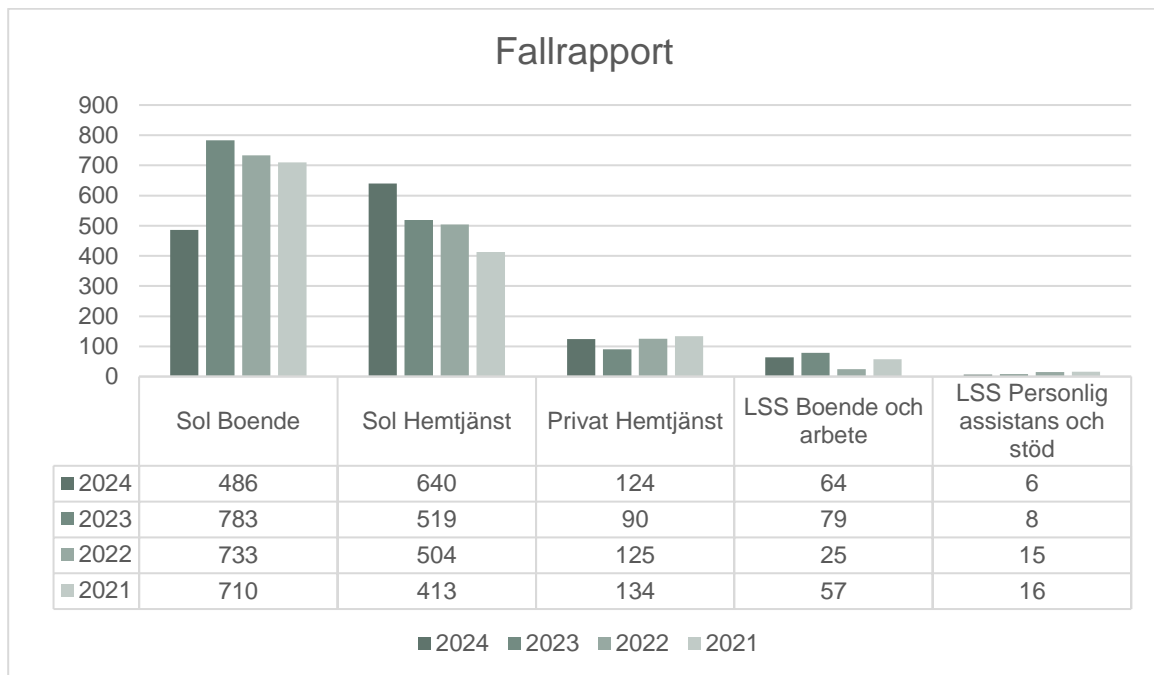


Ohanterade poster i Combine innebär osignerade eller ej utförda insatser såsom läkemedelsöverlämnande, behandlingar, näringsdrycker, vändningar med flera. Vändningar har nu plockats bort från systemet och hanteras på papper hos brukaren. De allra flesta insatserna är utförda men ej signerade. Bräcke hemtjänst har ett stort antal osignerade poster, samtal har förts med verksamhetschefen, utbildning är erbjuden samt är detta anmält till utförarens SAS och MAS. Vid stickprovskontroll i augusti har Bräcke hemtjänst minskat sina ohanterade poster i Combine markant. Även övriga verksamheter minskar sina ohanterade poster i Combine vid stickprovskontroller i augusti.

Åtgärder

Det finns en rutin "Digital signering och dokumentation i samband med ordinerad HSL-insats" där det finns en klar beskrivning kring arbetssättet av signering av hälso- och sjukvårdsinsats. Under sommaren har MAS påtalat att rutinen måste följas och en avsevärd förbättring har skett. Statistik tas fram 1g/månad av MAS och skickas ut till respektive enhetschef. Enhetschef kan själv ta fram statistik och följa sin enhet.

4.2. Fallavvikelser



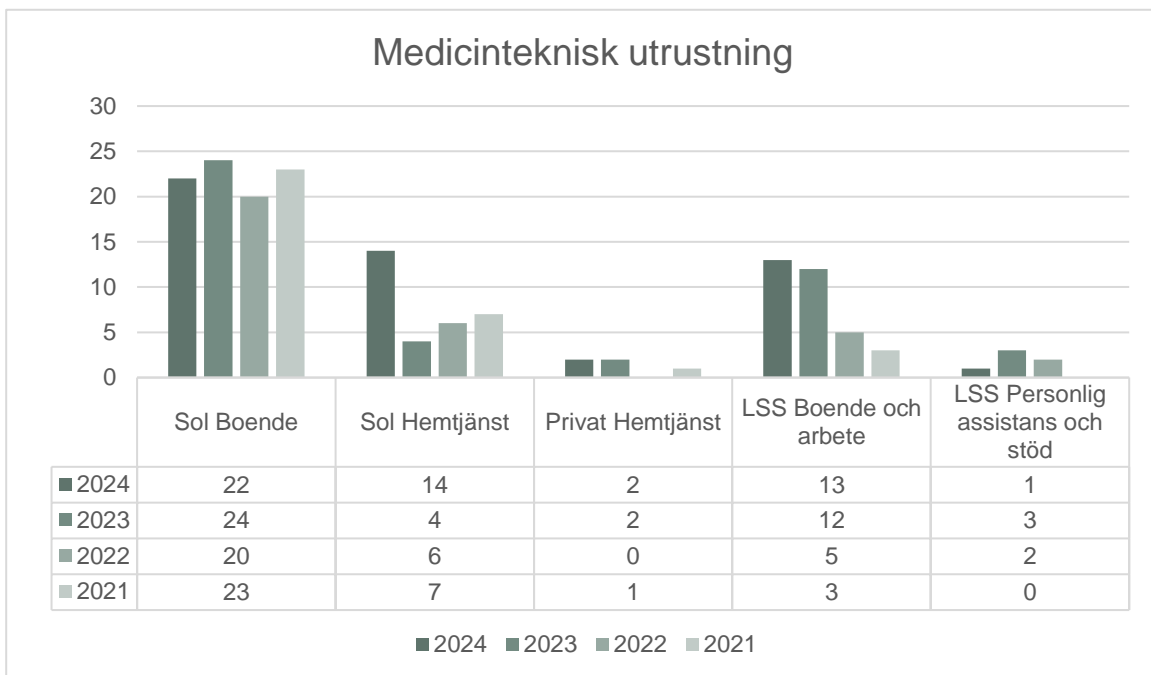
Totalt antal fallavvikelser har minskat med ca 10% i jämförelse med motsvarande period 2023. Den stora minskningen har skett inom SÄBO med nästan 40%. En del av minskningen kan bero på nytt avvikelsehanteringssystem och att all personal inte kan systemet och därigenom inte skriver avvikelser. Fallavvikelserna i hemtjänsten, både den kommunala och privata, har däremot ökat en del. Detta kan bero på att brukarna i hemtjänsten blir allt mer multisjuka samt att det har skett en volymökning av antal hemtjänsttimmar med ca 25% i jämförelse med samma period förra året. Inom LSS boende och arbete är det en minskning av fallavvikelserna medan Personlig assistans ligger på ungefär samma nivå som 2023.

Åtgärder

En ny rutin för teamsamverkan inom SÄBO och avdelning hemtjänst är implementerad under våren 2024. I teamsamverkan med avdelning hemtjänst ingår även myndighetsavdelningen med socialsekreterare. Detta innebär att hela vårdkedjan arbetar riskförebyggande, vilket är en förbättring mot tidigare år. I måldokumentet för

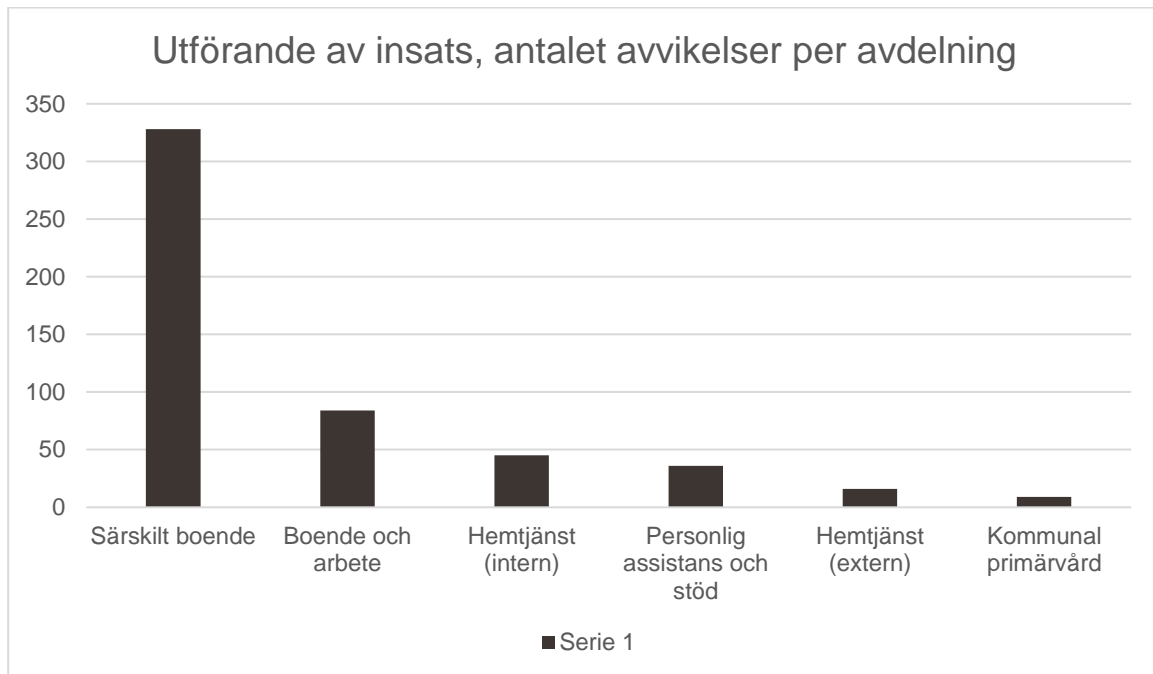
sjuksköterskor 2024 framgår det tydligt att enheterna ska arbeta med det riskförebyggande arbetet. Teamsamverkan upplevs fungera bättre än tidigare år av nästan samtliga tillfrågade. På korttiden Ängabogården har en ny rutin för riskförebyggande arbete tagits fram.

4.3. Rubrik händelser med medicinteknisk produkt/hjälpmedel



Avvikelse inom området medicinteknisk utrustning noteras en liten ökning från föregående år. I år har det inkommit 52 stycken varav några av dem är felklassificerade och inte handlar om medicinteknisk utrustning. 15 avvikelser handlar om olåsta läkemedelsskåp, under året har det även funnits en Lex Maria om ett olåst läkemedelsskåp. Åtgärder har satts in för att detta inte ska upprepas. Det finns ingen avvikelse rapporterad efter det att åtgärder har satts in. 5 avvikelser handlar om brukare inom LSS som inte har haft säkerhetsbälte på sig vid transport, händelserna utreds i en pågående Lex Sarah utredning. Ytterligare fem avvikelser handlar om lyftselar som antingen har använts fel eller används till fel brukare, samt att personalen inte har haft kunskap om selen. Andra avvikelser handlar om andningsmask, larm och säng.

4.4. Utförande av insats



Totalt har 518 avvikelser av avvikelsetypen utförande av insats rapporterats in under perioden. Avvikelsetypen avser oftast uteblivna insatser. Som skäl för detta anges oftast personal- och tidsbrist inom avdelningarna boende och arbete samt särskilt boende. Det förekommer också att insatser uteblir på grund av svårigheter i att hitta rätt metodik för att motivera brukare med exempelvis demenssjukdom att ta emot planerade insatser för personlig vård.

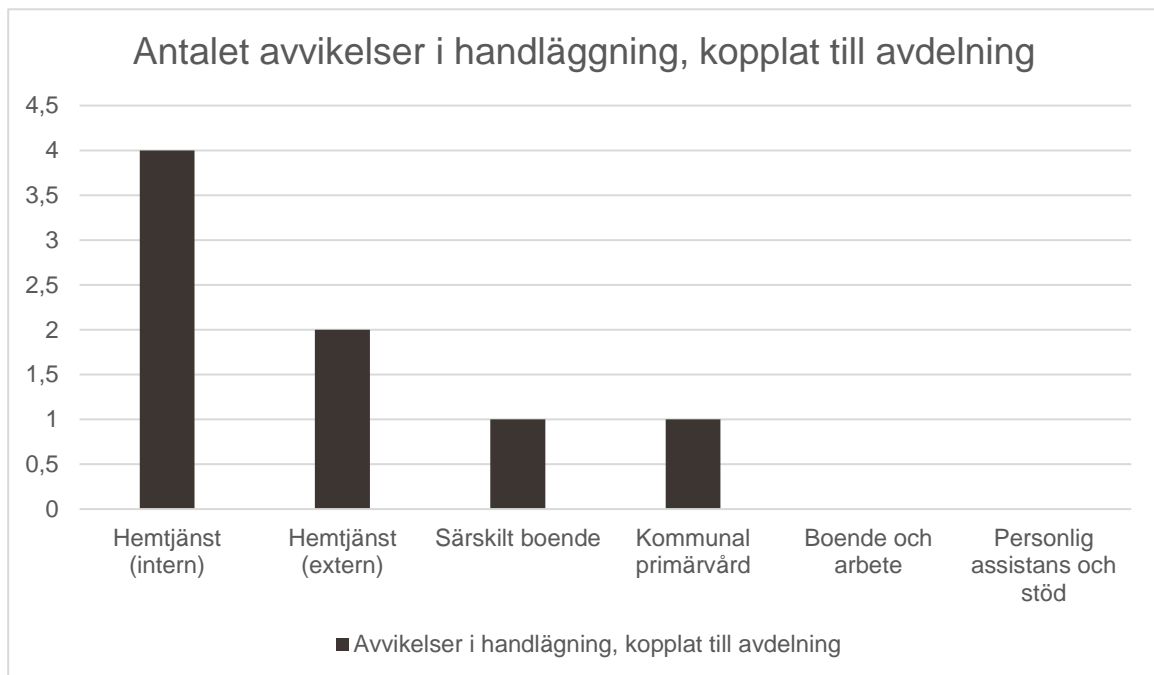
Inom personlig assistans och stöd har det inkommit flera rapporter som rapporterats in av annan avdelning som handlar om att flera brukare som har rätt till personlig assistans till och från daglig verksamhet har åkt ensamma i färdtjänsten, trots att det finns beslut från Myndighetsenheten/Försäkringskassan som ger de olika berörda brukarna rätt till ledsagning till och från den dagliga verksamheten. Att rapporter inkommer från andra avdelningar än den avdelning bristen inträffat på tyder på att bestämmelserna om lex Sarah och lex Maria samt rapporteringsskyldigheten efterlevs. Även ett 20-tal rapporter har inkommit på avdelning personlig assistans och stöd som gäller en och samma brukare som inte fick sina fritidsaktiviteter och vårdbesök utförda på grund av interna beslut som fattades kring indrag av handkasskort, vilket gjorde det omöjligt för brukare med beslut om dubbelassistans att få sina insatser verkställda om det krävdes färdtjänsttransport.

Åtgärd

Förvaltningen har anställt och ska anställa flera specialistundersköterskor. Gemensamma forum för specialistundersköterskor och metodutvecklare ska startas upp under hösten

2024 och ledas av socialt ansvarig samordnare för ett ökat erfarenhetsutbyte och utveckling av metodik mellan avdelningarna. Avvikelserna på avdelning personlig assistans och stöd är avhjälpna, dock inkommer fortsatt avvikelser på brukare som skickas ensamma till och från daglig verksamhet trots beslut om assistans som ger rätt till detta stöd. Detta gäller dock extern personlig assistans, där kommunen inte har något handlingsutrymme mer än att fortsätta anmäla bristen hos inspektionen för vård och omsorg samt Försäkringskassan. Under perioden har förvaltningen tagit fram rutiner för hur och när anmälningar kring privata assistansbolag som brister i sitt uppdrag ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg och Försäkringskassan, samt vem som ansvarar för att göra dessa anmälningarna. Rutinen har funnits i cirka ett halvår och har nu utvärderats och ska utvecklas ytterligare.

4.5. Handläggning (Myndighetsenheten)



Totalt har åtta (8) avvikelser rapporterats in på Myndighetsenheten under perioden.

Avvikelserna avser i ett fall utebliven handläggning där beslut missats att fattats när en socialsekreterare avslutade sin tjänst under migreringsfasen (förflyttningen av data mellan tidigare verksamhetssystem Magna Cura och nuvarande verksamhetssystem Pulsen Combine). Ärendet öppnades när ansökan inkom 2023-02-23. 2024-05-24 upptäcktes att ärendet fortfarande var öppet utan att beslut i ärendet fattats. En annan avvikelse handlar om miss i kommunikation mellan socialsekreterare och vårdnadshavare, som lett till att utredande samtal med barnet ansökan gäller uteblivit.

En avvikelse avser uteblivet planerat uppföljningsbesök på särskilt boende där

socialsekreterare missat att informera om förhinder.

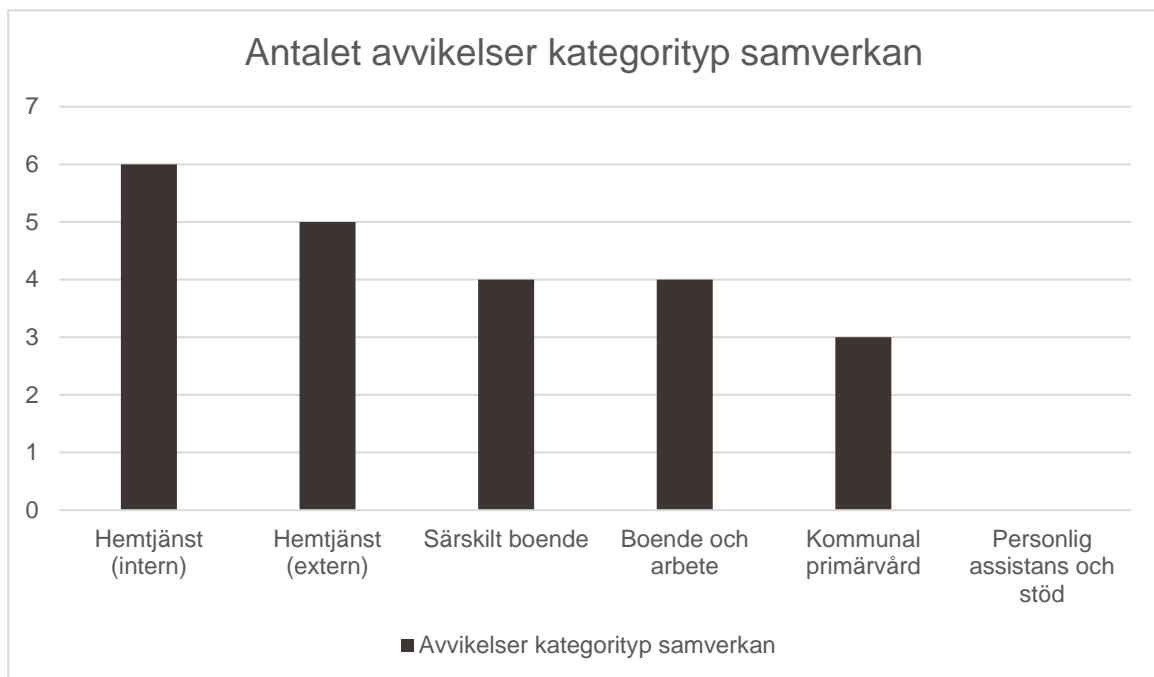
Två avvikelser handlar om missnöje med beviljad tid, där utföraren anser att behovet är större än tiden som beviljats för hemtjänstinsatser.

Tre avvikelser är felaktigt registrerade på Myndighetsenheten (kopplade till Kommunal primärvård och hemtjänst).

Åtgärder

Inga särskilda åtgärder behöver vidtas på systematisk nivå då alla dessa händelser bedöms vara av isolerad art. De åtgärder som vidtagits i respektive avvikelse bedöms vara tillräckliga.

4.6. Samverkan



Totalt har 22 avvikelser rapporterats in under kategorityp samverkan. Orsaken till dessa rapporter varierar.

Generellt handlar rapporterna som avser brister på kommunal hälso- och sjukvård om upplevda kommunikationsbrister mellan sjuksköterska och personal på andra avdelningar. Avvikelserna handlar också om kommunikationsbrister mellan kommunal primärvård och vårdcentral. Även rapporter som handlar om att andra avdelningar anser att sjuksköterskor dröjer med att besöka patienter eller att legitimerad personal gjort felbedömningar förekommer.

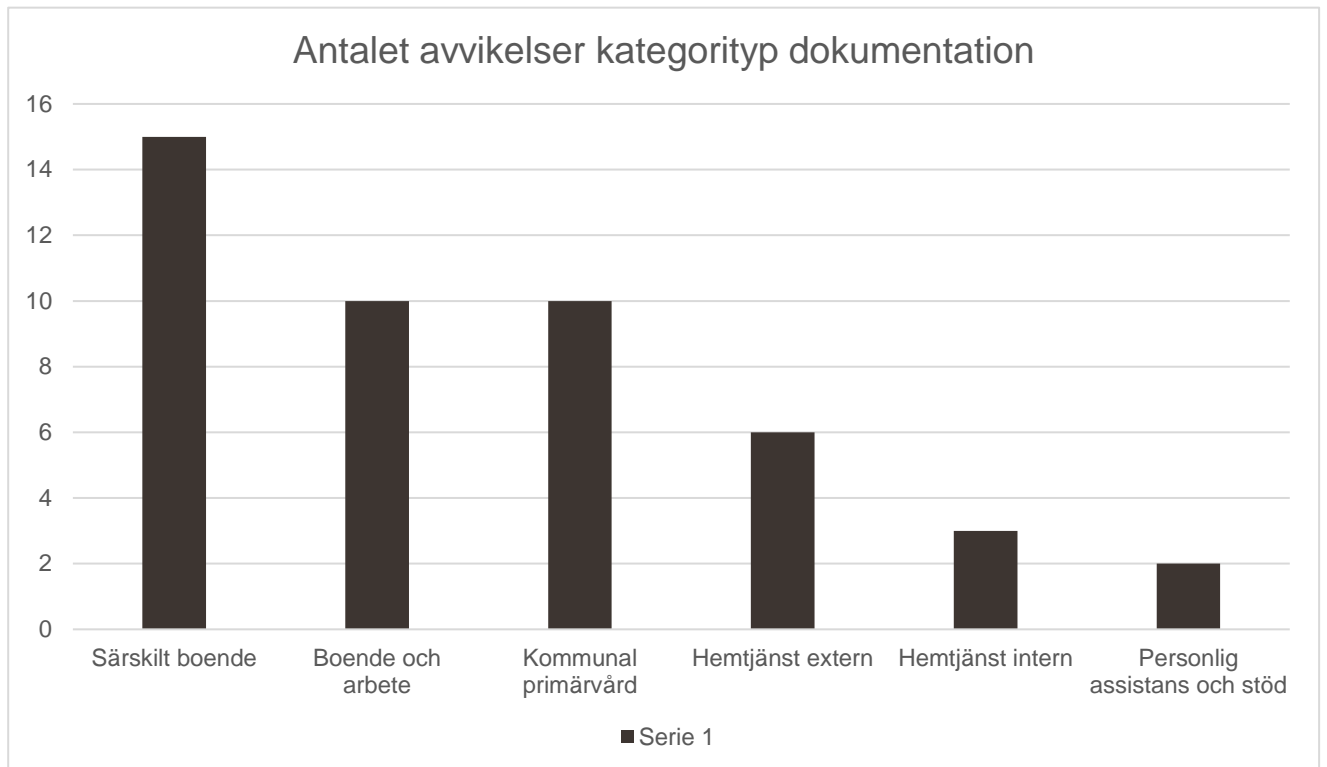
Vad gäller rapporter som inkommit på avdelning hemtjänst handlar rapporterna generellt om att hemtjänsten inte informerat kommunal primärvård om att brukare bytt hemtjänstutförare. Det förekommer även rapporter om att Myndighetsenheten missat att informera rehab, kommunal primärvård om att brukare flyttat till särskilt boende.

På särskilt boende varierar innehållet i rapporterna och det går inte att generalisera. Några rapporter handlar om felaktig såromläggning/hantering till följd av samverkansbrister. I ett fall upplevs en brukare ha ett så pass stort omvårdnadsbehov att det saknas förutsättningar och kunskap på boendet för att möta det. Vidare framkommer det i annan rapport att civila livräddare som tillkallats via SMS vid hjärtstopp, och som snabbt tagit sig till boendet för att påbörja livräddning, fått information när de kommit fram att personalen inte har kännedom om att någon brukare har ett pågående hjärtstopp, trots att ambulans larmats av annan personal på boendet.

Åtgärder

Då avvikelserna har mycket varierande orsaker anses ett ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper, enheter och avdelningar men även inom samma enheter vara en bra åtgärd att börja med. Detta har efter införandet av verksamhetssystemet och individens behov i centrum tagit fart igen hos de olika verksamheterna. Förvaltningsövergripande och lokala rutiner utvärderas fortfarande och utvecklas med tiden, särskilt efter att rapporter inkommer som uppmärksammar behovet av detta. Förvaltningsövergripande riktlinje om informationsöverföring mellan och inom avdelningar och enheter är nyligen reviderad och förtydligad.

4.7. Dokumentation



Totalt har 46 avvikelser med kategorityp dokumentation rapporterats in under perioden. Det går inte att generalisera vad avvikelserna avser, men i stora drag handlar dessa om beställningar som skickats i verksamhetssystemet från Myndighetsenheten till berörd utförare som bekräftat uppdrag och som sedan dröjt med att verkställa insats. Även en stor del av dessa avser uteblivna signeringar, så att det inte går att veta med säkerhet att insatser har utförts. Avvikelserna handlar även om utebliven dokumentation som gör det omöjligt att följa ärendet, veta vad som har hänt eller vilka åtgärder som vidtagits. Vidare förekommer rapporter om brukare som flyttar mellan enheter/avdelningar och som inte har fått beställningarna korrekt flyttade i verksamhetssystemet på rätt enhet, exempelvis på rätt hälso- och sjukvårdsorganisation, vilket orsakat dröjsmål i tex medicinintag. I en rapport framkommer uppgifter om att personal råkat bryta sekretess när grannar på boendet hört personal prata om enskild brukares personliga förhållanden.

Åtgärd

Egenkontroller där varje enhetschef undersöker om aktuella brukare har fått en genomförandeplan och säkerställer att insats startas upp är nödvändiga. Egenkontroll kan också genomföras av Myndighetsenheten vid varje bifallsbeslut inom ramen för det

uppföljningsansvar som varje ansvarig socialsekreterare har. Detta systematiska arbete är planerat och Kvalitetsenheten har tagit fram ett förslag på hur förvaltningens ledningssystem kan utvecklas och implementeras.

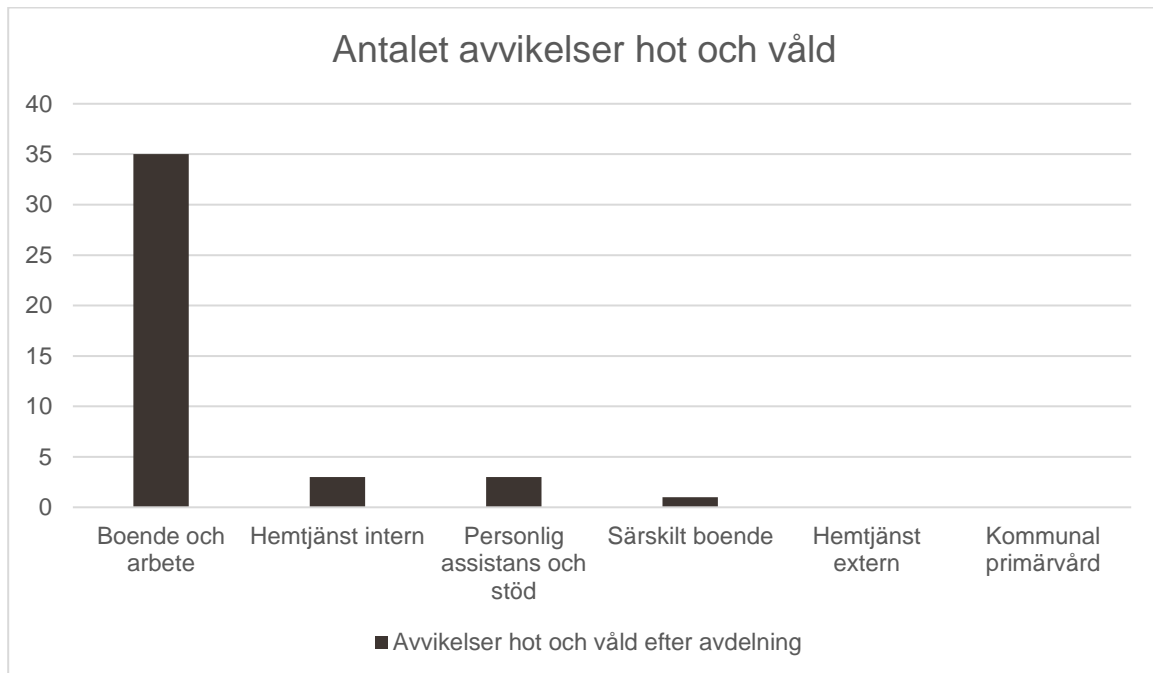
Vad gäller utebliven dokumentation är detta något som varje enhet aktivt och systematiskt måste arbeta med. På förvaltningsövergripande nivå genomförs dokumentationsgranskningar två gånger per år där varje enhet måste redovisa sitt resultat och planerade åtgärder för Kvalitetsenheten (läs mer om detta i särskilt avsnitt, Dokumentationsgranskning).

Förvaltningsövergripande riktlinje om informationsöverföring har nyligen reviderats och publicerats, där varje avdelningschef säkerställer enhetschefers implementering av denna så att den blir väl känd för alla medarbetare. Detta i syfte att säkerställa att fler händelser där brukares information i systemet hanteras korrekt.

Vad gäller den felaktiga hanteringen av sekretess finns inga tecken på systematik och åtgärder som enhetschef vidtagit i aktuellt fall anses vara tillräckligt.

De så kallade ohanterade posterna i verksamhetssystemet Pulsen Combine innebär att planerade insatser som är kopplade till respektive brukare/patient inte med säkerhet kan antas ha utförts, eftersom signering som medarbetaren som ska ha utfört insatsen måste göra när insatsen utfört, saknas. Detta är ett utvecklingsområde som uppmärksammas och som numera lyfts och följs upp på styrgruppsmöten kring Pulsen Combine. För åtgärder kring detta, läs mer under avsnitt läkemedelshändelser under sida 7.

4.8. Hot och våld

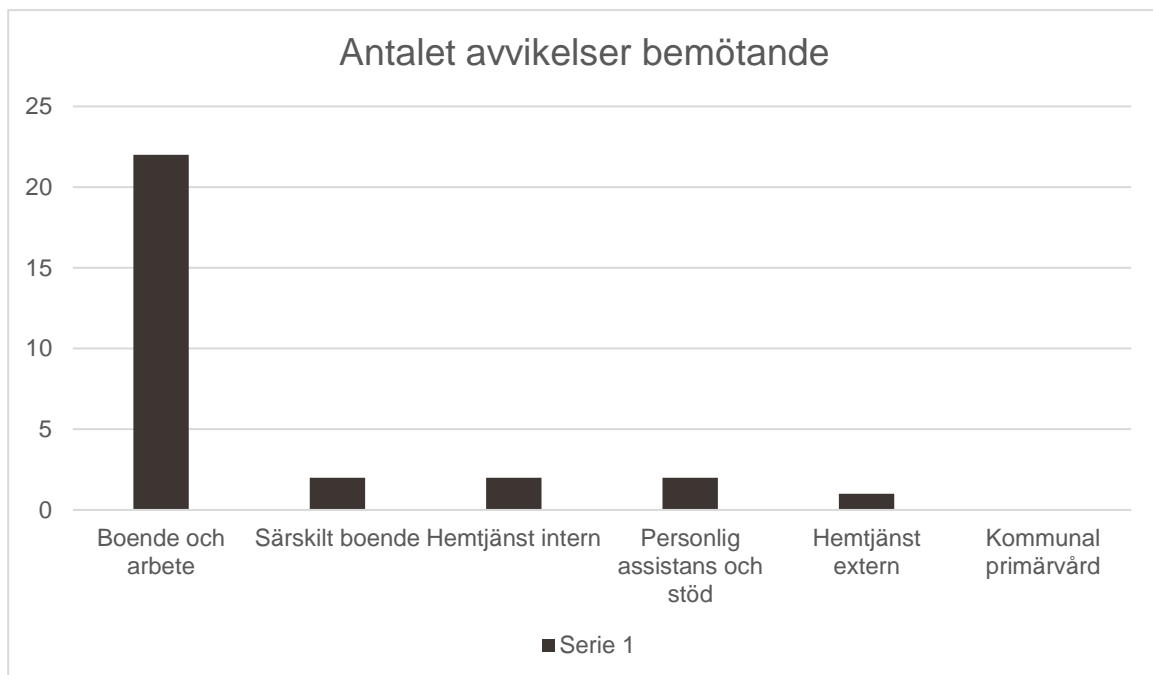


Totalt har 42 avvikelser med kategoritypen hot och våld rapporterats in under perioden. Vad gäller hot och våld är avdelning boende och arbete överrepresenterad i statistiken. Avvikelseerna handlar vanligtvis om brukare som utsätter andra brukare för hot och våld, men det förekommer även rapporter om att brukare utsätter personal för hot och våld. Det finns också en rapport som innehåller uppgift om att personal ska ha agerat hotfullt gentemot brukare. Inom avdelning personlig assistans och stöd finns enstaka rapporter om brukare som utsätter personal för våld. Det förekommer även en rapport som gäller personal som inte tillhör vård- och omsorgsförvaltningen, som agerat hotfullt och kränkande gentemot barn i korttidstillsynsverksamhet. Inom avdelning hemtjänst framkommer rapporter om brukare som agerat hotfullt gentemot personal samt filmat personalen under tjänstgöring.

Åtgärder

Det går inte att tillämpa en enskild åtgärd åt hot och våld för att komma tillrätta med problematiken. Avdelning boende och arbete har i de aktuella fallen tagit fram åtgärder som är bäst lämpade utifrån varje situation. Ofta handlar det om riktade insatser för den brukare som utsätter andra för hot och våld för att skydda hen, men också åtgärder för att skydda de andra brukarna exempelvis på gemenskapsutrymmen där flera personer vistas samtidigt. Metoder som schyssta relationer och pedagogiskt förhållningssätt används också systematiskt av samtlig personal på avdelning boende och arbete. I samtliga fall där ett mönster kan iakttas utifrån inkomna rapporter inleds en lex Sarah utredning där enhetschef, avdelningschef och socialt ansvarig samordnare träffas och tar fram konkreta åtgärder för att bryta mönstret både lång- och kortsiktigt.

4.9. Bemötande



Totalt har 29 avvikelser av kategorityp bemötande rapporterats in under perioden. Avdelning boende och arbete är överrepresenterad i statistiken. Dessa rapporter handlar nästan uteslutande om konflikter mellan brukare, ofta i anslutning till gemenskapsutrymmen. Inom personlig assistans och stöd, korttidsverksamhet, förekommer flera rapporter om ett bristande bemötande gentemot barn. En rapport handlar om en personals bristande bemötande av ett barn som orsakat rädsla hos barnet. Inom övriga avdelningar handlar avvikelserna om personals bemötande som upplevts som icke tillmötesgående, felaktiga metoder som kollegor observerat samt uteblivna planerade besök av personal.

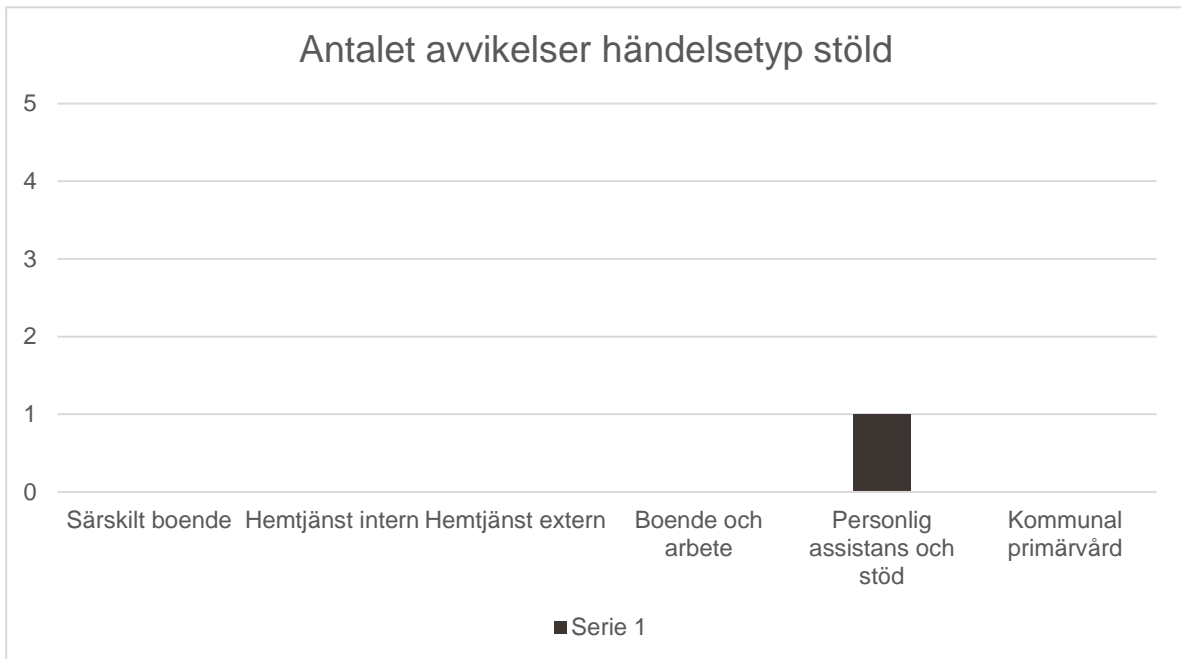
Att andelen avvikelser kopplat till bemötande är som flest inom avdelningen boende och arbete förklaras bland annat av medarbetarnas medvetenhet om att rapportera händelser av detta slag, samt att avdelningen arbetar aktivt med bemötandefrågor på såväl verksamhetsmöten som genom de utbildningar i pedagogiskt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

Åtgärder

Det pedagogiska förhållningssättet som används som metod för att skapa och öka förståelsen för bemötandefrågor tycks ha gett en god effekt på avvikelserapporteringen på avdelning boende och arbete. Sannolikt är det ett stort mörkertal på resterande

avdelningar och att resultatet inte skildrar verkligheten kopplat till bemötande. Förvaltningen behöver ha en enad syn på vad som är avvikelser i bemötande och öka förståelsen och kunskap kring detta.

4.10. Stöld



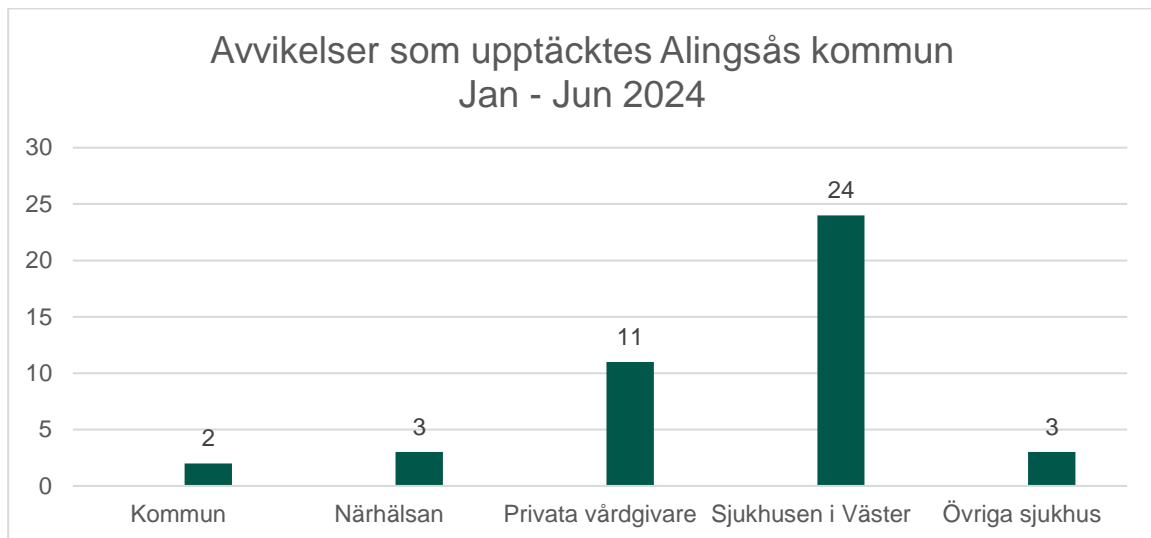
Enbart en avvikelse som avser stöld har rapporterats in under perioden. Rapporten innehåller uppgift om att en personal inom personlig assistans stjal av brukare. Åtgärder har vidtagits av ansvarig chef som bedöms tillräckliga. Händelsen är av isolerad art och det finns inga uppgifter eller rapporter som tyder på att detta sker systematiskt inom avdelningen eller att det drabbat flera brukare.

Åtgärder

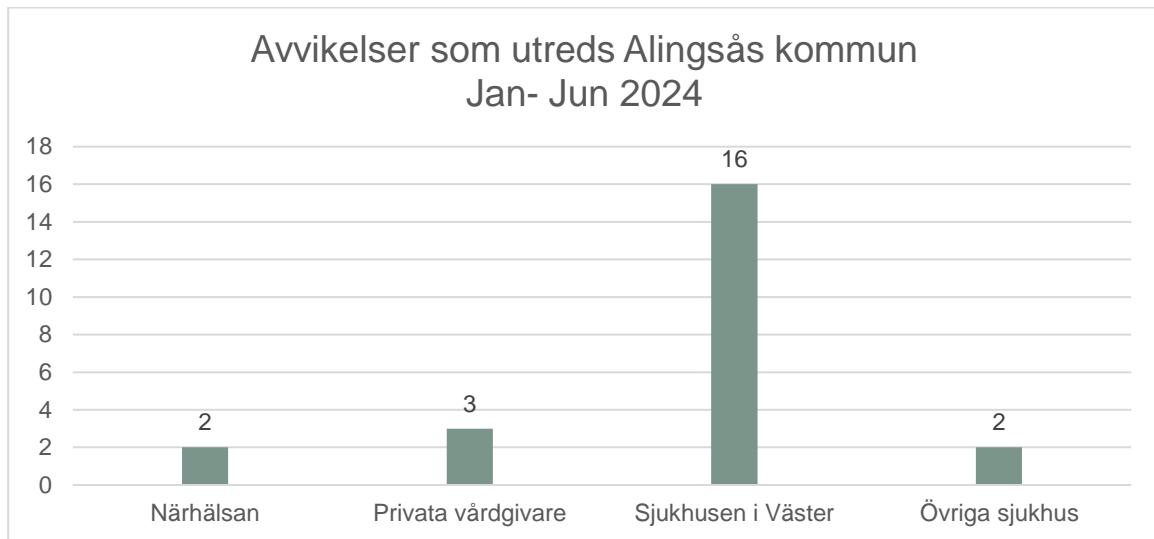
Inga åtgärder förutom de som redan vidtagits i aktuellt fall anses vara nödvändiga, då det inte finns tecken på systematik på avdelningen.

4.11. Avvikelser i samverkan (MedControl Pro)

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 och sjukhus till kommunen.



Under det första halvåret uppgår antalet registrerade avvikelser från förvaltningens verksamheter till 43 stycken, varav två är interna avvikelser som inte utreds i MedControl Pro. Det finns inte utfall från motsvarande period 2023, varpå det inte går att göra någon jämförande analys. 67% av dessa avvikelser handlar om läkemedel, det är läkemedelslistor som ej är uppdaterade, det saknas ordinationer när brukare kommer från sjukhus. Korttiderna är de verksamheter inom vår förvaltning som drabbas hårdast av att läkemedelsordinationer inte stämmer eller saknas. Övriga avvikelser är spridda på nio olika orsaker nämligen vård- och behandling och organisation/ regler/ resurser.

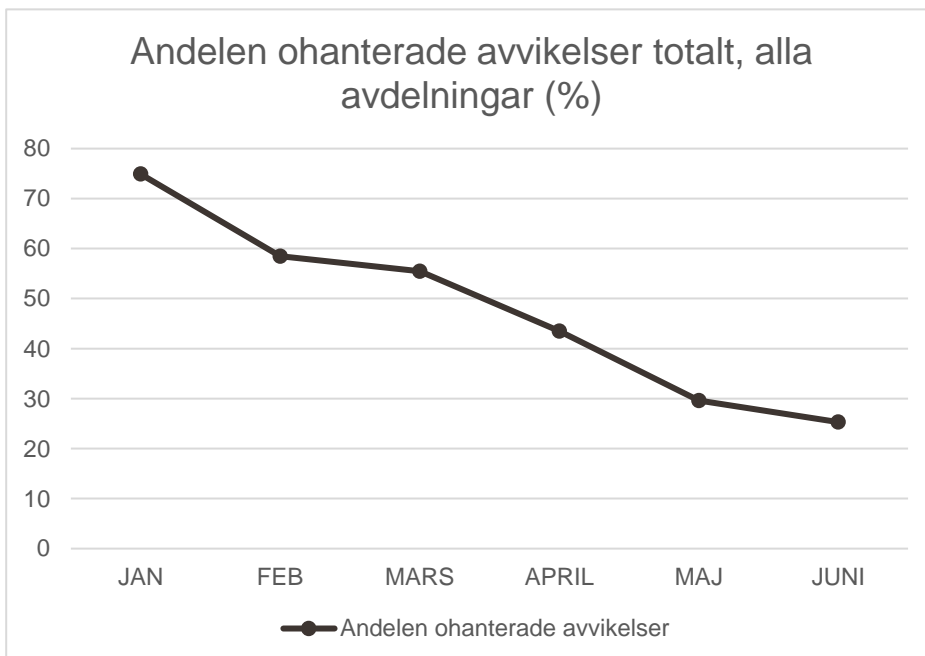
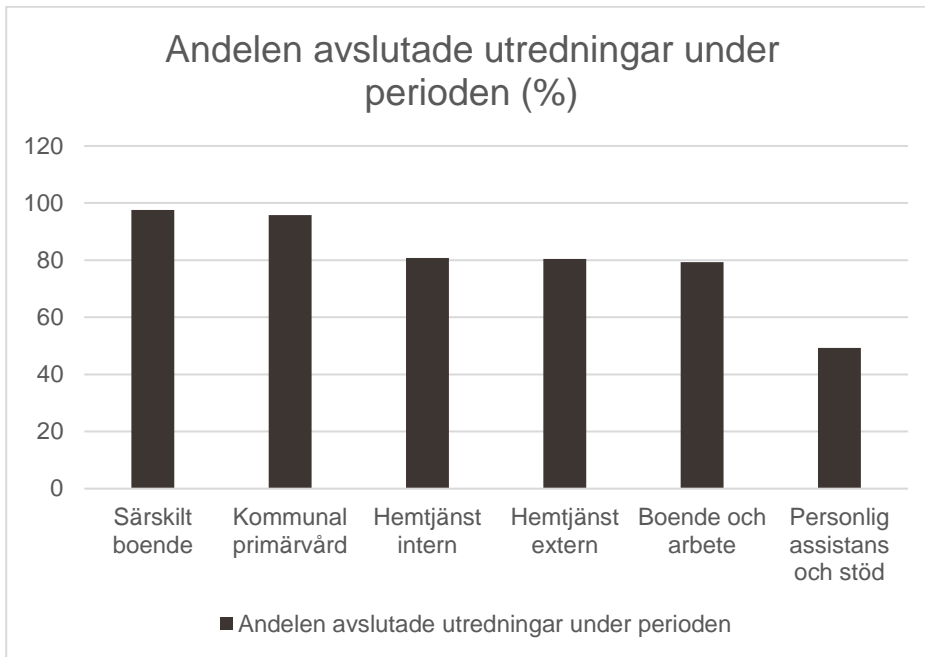


Antalet registrerade avvikelser till förvaltningens verksamheter var 23 första halvåret 2024. Det finns ingen motsvarande siffra 2023 men det var 40 avvikelser på helåret 2023. De flesta avvikelser är i grupperna vård- och behandling och organisation/ regler/ resurser.

Åtgärder

KPV har bjudit in Alingsås lasarets farmaceut för att diskutera förbättringsmöjligheter när det gäller läkemedel när brukare flyttar mellan Alingsås lasarett och KPV. Det finns en analysgrupp kring avvikelser i samverkan.

5. Andelen klassificerade och utredda avvikelser



Det går att se ett tydligt trendbrott där andelen avslutade utredningar nu är på en rekordhög nivå. Andelen avslutade utredningar ligger på 89% totalt (alla avdelningar). I beräkningen ingår inte tidigare avvikelser som registrerats under perioden 2013-2023 i verksamhetssystemet Magna Cura. I tidigare mätning för samma period låg andelen avslutade utredningar på 60%. Det är en markant höjning av andelen avvikelser som utreds och avslutas.

Målsättningen för 2024 är att andelen klassificerade och avslutade utredningar av avvikelser ska uppgå till 95 procent. Nämnden uppfyller fortfarande inte målet men bedömningen är att målet kan nås med ett fortsatt tydligt riktat fokus på systematiskt kvalitetsarbete. Andelen (%) ohanterade avvikelser minskar i snabb takt mellan mars-maj 2024. Avdelningschefernas uppföljning av avvikelshanteringen, ett riktat fokus på avvikelshanteringen bland enhetschefer samt stöd-, bevaknings- och utbildningsinsatser från kvalitetsenheten tros ligga bakom trenden.

Vad gäller ohanterade avvikelser i tidigare verksamhetssystem Magna Cura för åren 2013-2023 har en lex Sarah anmälan gjorts till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). IVO har inte återkopplat ännu om nämndens planerade åtgärder är godkända (dock har nämndens plan för den Lex Maria-anmälan som gjordes för samma händelse godkänts). En plan för att omhänderta samtliga avvikelser har tagits fram och godkänts av förvaltningsledningen, planen kommer att verkställas senast sista december 2024.

Åtgärder

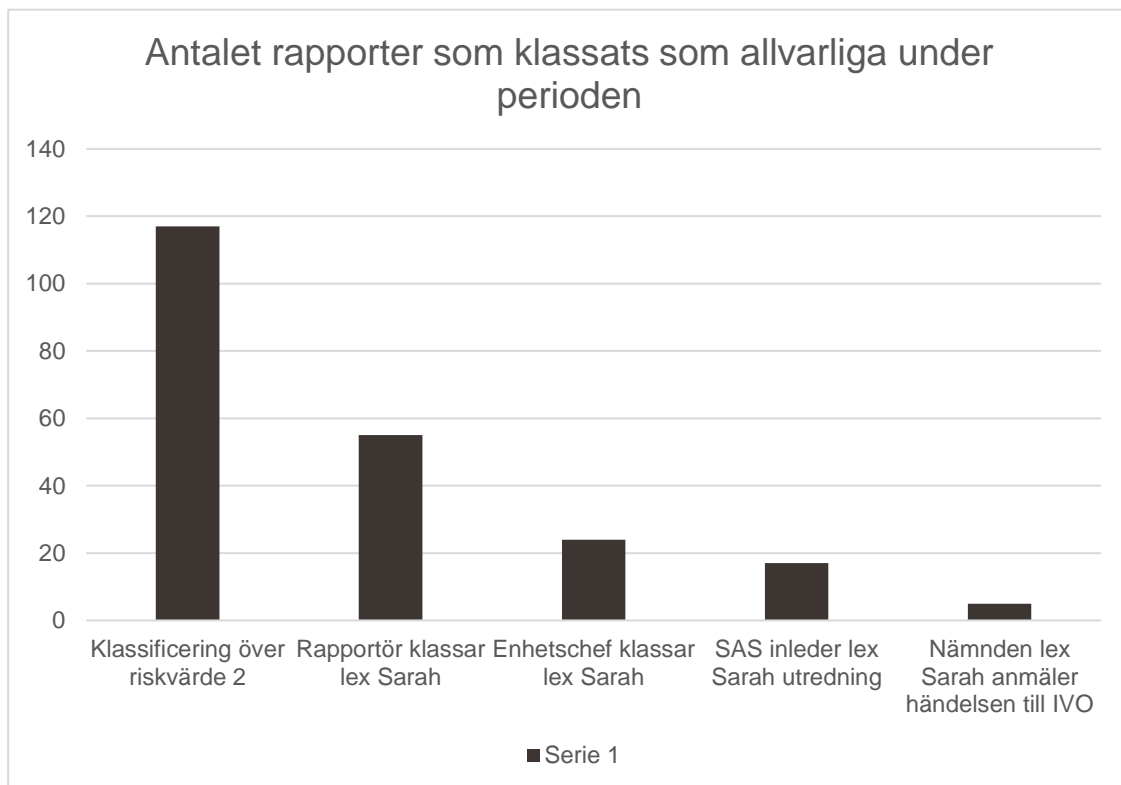
Under perioden har ett stort fokus lagts på att följa utvecklingen avseende utredningen av inkomna rapporter. Socialt ansvarig samordnare (SAS) har fått ett riktat uppdrag i att systematiskt stötta och utbilda chefer avseende avvikelshantering, utveckla processen samt noga följa utvecklingen. Under mars 2024 gavs även avdelningschefer ett riktat uppdrag i att noga följa upp enhetschefernas avvikelshantering. Detta har resulterat i att socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) månadsvis lämnar in två rapporter till respektive avdelningschef med uppgifter om bland annat exakt antal oavslutade avvikelser på avdelningen, avvikelse-ID för varje oavslutad avvikelse, datum då avvikelsen registrerades i systemet samt ansvarig enhetschef för respektive avvikelse.

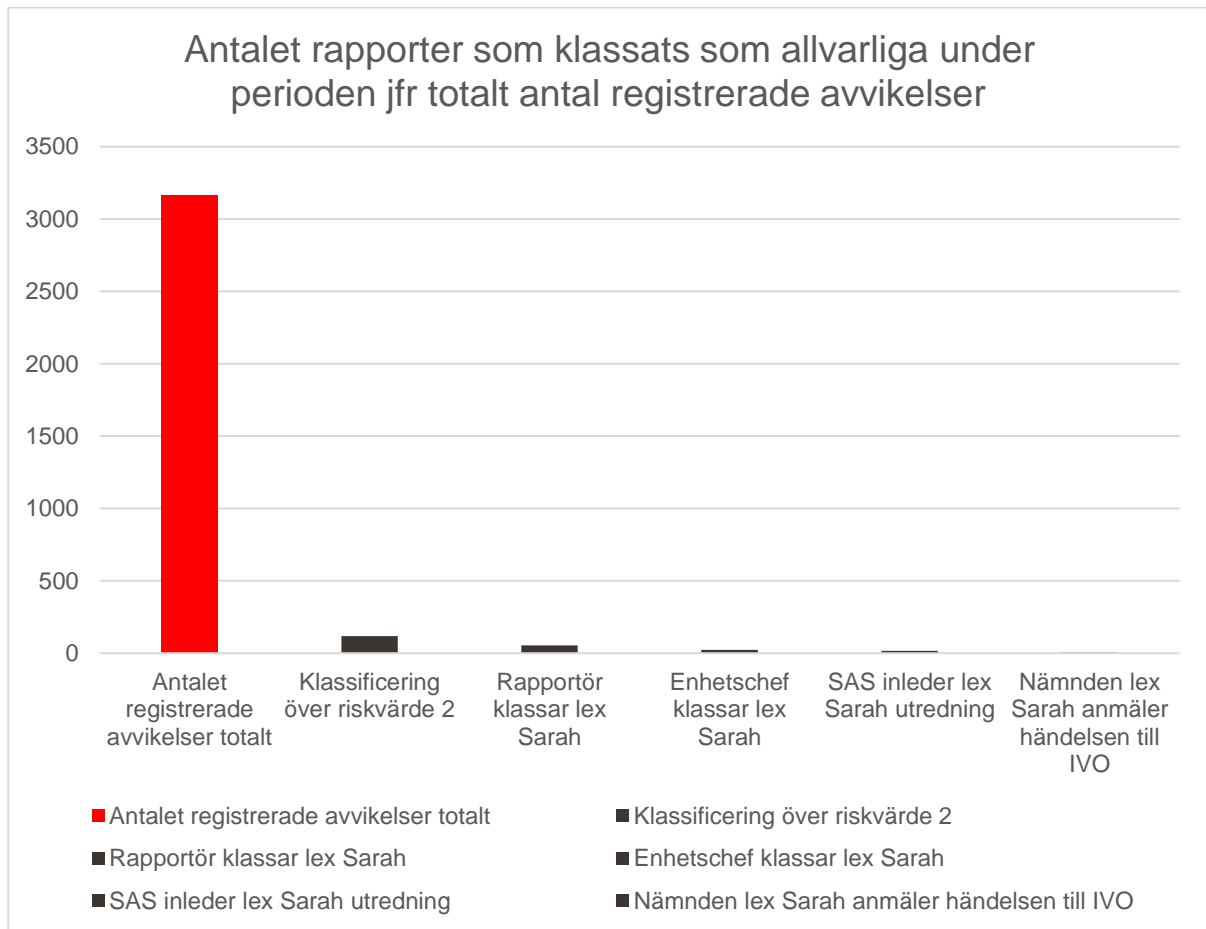
Utbildningsinsatser kopplade till det nya avvikelshanteringssystemet DF Respons, bestämmelserna om lex Sarah och lex Maria, SOSFS 2011:09 och nämndens ledningssystem är inbokade och kommer att äga rum under september-oktober 2024. Utbildningen är obligatorisk för varje enhetschef i utförarverksamhet, Myndighetsenheten och kommunal primärvård. Även utbildning för avdelningschefer planeras och kommer att äga rum uppskattningsvis under 2024/2025.

6. Utredning av allvarliga missförhållanden/påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, Lex Sarah

Under perioden har 17 lex Sarah utredningar inletts och utretts av socialt ansvarig samordnare (SAS), varav fem av dessa bedömts utgöra ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah och som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, så kallade lex Sarah anmälningar. Det finns ingen data från tidigare år avseende hur många så kallade lex Sarah utredningar som inletts, dock framkommer att enbart en lex Sarah anmälan gjordes under motsvarande period under 2023.

Vidare har totalt 55 rapporter inkommit till nämnden där rapportören klassar avvikelserna som en lex Sarah. Enhetschefer har i sin tur i 24 rapporter klassat avvikelserna som en lex Sarah. I 117 avvikelserrapporter har utredaren (vanligtvis enhetschef eller legitimerad personal) kommit fram till att avvikelserna utgör en allvarlighetsgrad över riskvärde 2.





6.1. Redovisning av lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2024-01-01 – 2024-06-30

Kortfattad beskrivning av det inträffade	Berörd avdelning	Datum då händelsen anmäls till IVO	Status
Otillåten inlåsning av åtta (8) brukare på	Särskilt boende	2024-06-25	Alla handlingar

<p>demensavdelning. Brukarna hade ingen möjlighet att ta sig ut från det särskilda boendet på egen hand. Begränsningen har skett utan samtycke.</p>			<p>har ännu inte skickats in av nämnden till IVO.</p>
<p>En brukare utsätter andra brukare och personal för fysiskt våld samt hot. Andra brukare på boendet har även bevittnat våld.</p>	Boende och arbete	2024-05-14	<p>IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-07-05.</p>
<p>Flera brukare som har kommunal personlig assistans skickas till och från daglig verksamhet utan ledsagare trots beslut om rätt till ledsagare i assistansbeslut. Uppmärksammas i samband med att en brukare får ett EP-anfall ensam i taxi.</p>	Avdelning personlig assistans och stöd	2024-04-16	<p>IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-05-28.</p>
<p>En brukare nekas hjälp av nattpersonal trots uttalat behov till personal om att hen behöver hjälp då hen blöder i munnen. När dagpersonalen besöker brukaren på morgonen är det blod i hela lägenheten och brukaren upplever yrsel. Brukaren blev utsatt för både ett psykiskt och fysiskt onödigt lidande. Även ökad risk konsekvenser som sepsis.</p>	Avdelning boende och arbete	2024-03-28	<p>IVO godkänt nämndens utredning och åtgärder 2024-05-22.</p>

19711 avvikelser i tidigare avvikelshanteringssystem Magna Cura från tidsperioden 2013-2023 upptäckts som ohanterade.	Förvaltningsövergripande, alla avdelningar.	2024-03-08	Nämnden inväntar återkoppling från IVO.
---	---	------------	---

7. Utredning av allvarlig vårdskada, Lex Maria

Tre Lex Maria anmälningar är gjorda under perioden januari – juni 2024. Beslut har kommit från IVO i samtliga fall.

1. Patient tar en överdos läkemedel från låst läkemedelsskåp i hemmet

Händelsen inträffade i januari 2024. Patienten överhör när hemtjänstpersonal sinsemellan pratar om koden till läkemedelsskåpet. Patienten tar 15 apodospåsar från läkemedelsskåpet och sväljer alla tabletter. Patienten blir rädd efteråt och ringer själv ambulans. Patienten läggs in på IVA på Alingsås lasarett för övervakning.

Patienten beskriver att det har skett två gånger att hon kommit in i skåpet. Hon berättar att hon överhörde personal när de pratade på telefon, inte med högtalare men väldigt högt i telefonen så hon hörde.

Åtgärder sattes in av patientansvarig sjuksköterska direkt där hon pratade på APT om vad läkemedelsövertag innebär, samt hur viktigt det är att jobba patientsäkert. Enhetschefen har informerat sin personal om hur de ska jobba kring läkemedelsskåp och att de inte ska använda högtalartelefon eller prata läkemedelskoder hos patienten. Avdelningschefen vidtog åtgärder så det inte skall hända inom avdelning kvarboende igen.

IVO avslutade ärendet och var nöjd med de åtgärder som var vidtagna och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

2. Utbrott av vinterkräksjuka på två avdelningar Kvarnbacken

Händelsen startar i slutet av december 2023 när en brukare varit hemma hos en anhörig för att fira jul, efter några dagar ringer en anhörig och informerar om att flera i

familjen fått magsjuka. Brukaren var inte sjuk. Samtalet dokumenteras inte och inga åtgärder vidtogs. Därefter insjuknar både personal och boende på Kvarnbacken avdelning 1 och 2. Sammanlagt insjuknar 13 boende varav tre av dessa återsmittas på grund av bristande hygien.

MAS, hygiensjuksköterska och utbildningssjuksköterska analyserar läget och tar fram åtgärder som genomförs när utbrottet är över. All personal på Kvarnbacken ska gå hygienutbildning och ska ha kunskap om lokal rutin "Virusorsakade infektioner i mag-tarmkanalen". Förutsättningar för god handhygien ska finnas på samtliga boendes rum. Information/utbildning för att öka dokumentationen i verksamhetssystemet genomfördes. En struktur för intern muntlig rapportering skapades.

IVO avslutar ärendet och kommer ej att vidta några ytterligare åtgärder. IVO anser att förvaltningen vidtagit rimliga och adekvata åtgärder.

MAS har haft ett uppföljningsmöte med enhetschef och avdelningschef för att säkerställa att samtliga åtgärder är vidtagna. En lokal rutin för Kvarnbacken om utbrott av magsjuka har upprättats av enhetschefen.

SAS och MAS har gjort ett oanmänt tillsynsbesök under juni månad för att prata med personal på samtliga avdelningar på Kvarnbacken. Besöket var positivt där det visade att personal var uppdaterad gällande aktuella rutiner, kunde redogöra för hygienrutiner och att de följde dem, på alla rum kunde en god handhygien utföras. Dokumentationen har ökat i verksamhetssystemet men personalen tyckte att det var svårt ibland men de kämpade på och tog hjälp av varandra.

1. Ohanterade avvikelser i tidigare avvikelshanteringssystem

I samband med övergången till nytt avvikelshanteringssystem framkom det att det fanns gamla ohanterade avvikelser daterade bak till 2013 i det tidigare avvikelshanteringssystem (Magna Cura). Det visade sig att förvaltningen hade 19 711 ohanterade avvikelser som sträckte sig över alla lagrum, SOL, HSL, LSS. Både en Lex Maria och en Lex Sarah gjordes.

I patientsäkerhetsberättelserna från 2013 och framåt finns det beskrivet kring arbetet med avvikelser samt även jämförelse av antal avvikelser med föregående år. En stor del av avvikelserna inom HSL:s lagrum är sedan införandet av digital signering 2020, avvikelser ej signerad utförd HSL-insats som inte påverkat patienten men ändå är avvikelse är uppskattningsvis hög

De åtgärder som MAS/SAS angav i anmälningarna var att enhetscheferna skall återintroduceras i sitt ansvar att hantera avvikelser, synpunkter, klagomål, lex Maria, lex Sarah. Enhetscheferna skall utbildas i lex Maria, lex Sarah, avvikelshantering, synpunktshantering och systematiskt kvalitetsarbete. Avdelningscheferna bör följa upp respektive enhetschefs avvikelse i utredningstid. Stickkontroller på handläggningstider för avvikelshantering.

IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder, IVO bedömer åtgärderna som rimliga och adekvata.

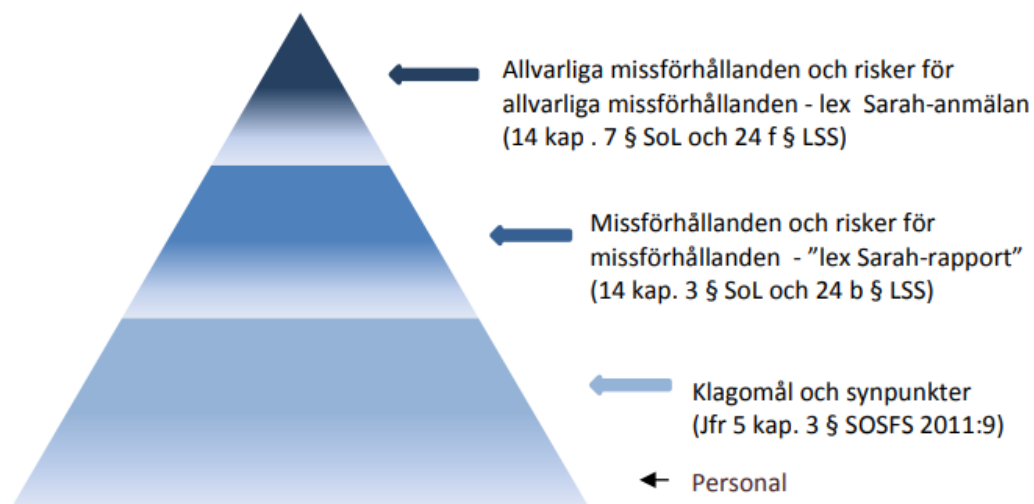
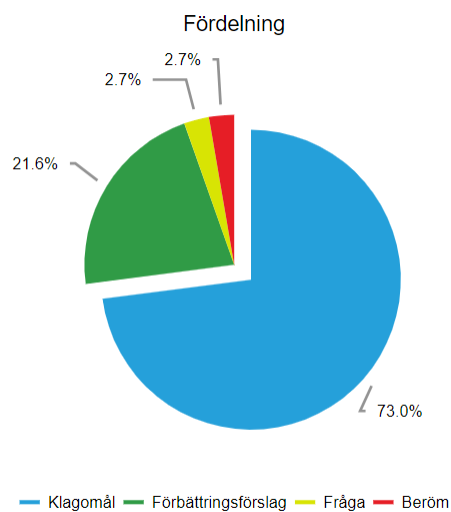
MAS har arbetat fram en plan för hantering av ovanstående avvikelser som förvaltningschef har godkänt. Samtliga avvikelser kommer att omhändertas. 15 745 avvikelser faller under MAS ansvaret. De avvikelser som tillhör verksamhet som är avvecklad och/eller tillhör privat verksamhet avslutas. Stickprovskontroll tas i 10 % av de avvikelser som berör avliden brukare och utreds om händelsen fortfarande är aktuell i annat fall avslutas avvikelserna. De avvikelser som ej orsakat någon skada avslutas också. De avvikelser som orsakat skada hos brukare utreds vidare om det finns dokumentation som gör det möjligt att utreda vidare. Samtliga avvikelser som inträffade 2023 utreds, om de fortfarande är aktuella migreras de över till det nya avvikelshanteringssystemet DF respons och utreds vidare där.

Arbetet med ovanstående avvikelser är påbörjat under sommaren 2024 och skall vara avslutat senast i december då Magna Cura stängs ner.

Lärdomen från denna lex Maria är att samtliga enhetschefer måste ta avvikelserarbetet på allvar och följa de tidsregler som förvaltningschef ha angett. Enhetscheferna måste påbörja utredningen av sina avvikelser i DF respons inom 14 dagar och avvikelserna ska vara färdigutredd inom 1 månad undantag för de avvikelser som ska följas upp. Avdelningscheferna ska följa upp avvikelserna och utredningstid som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS och SAS har veckoavstämningar kring avvikelserna och tar kontakt med berörda i de fall som ovanstående ej fungerar. Statistik på avvikelser som ej är klara skickas ut varje månad till avdelningscheferna.

8. Redovisning av synpunkter och klagomål

8.1. Vad handlar synpunkter och klagomålen om?



Under perioden har 37 synpunkter registrerats i nämndens synpunktshanteringssystem. 73% utgör klagomål på verksamheten, följt av 21.6% som avser förbättringsförslag. Frågor

och beröm utgör respektive 2.7%.

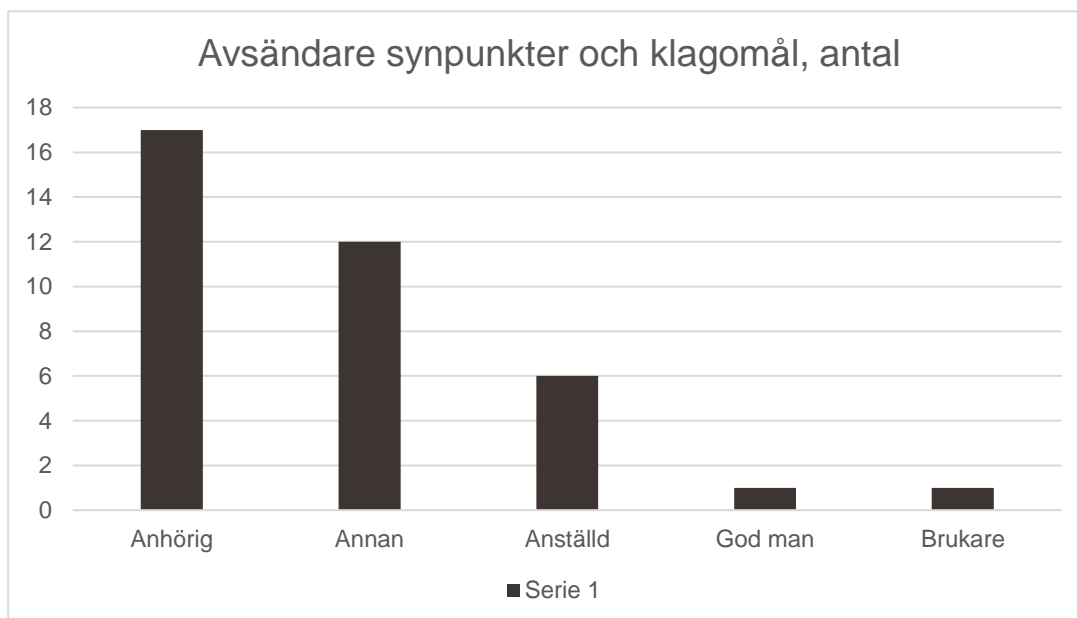
Förbättringsförslag som inkommit har handlat om hur personal bättre kan uppmärksamma brukarnas behov på särskilt boende, förslag på aktiviteter inom LSS och förslag om att förbättra introduktionen för ny personal.

Antalet synpunkter är mycket få sett till Socialstyrelsens modell för avvikelser inom SoL och LSS. Enligt modellen bör antalet synpunkter och klagomål vara fler än antalet rapporter om missförhållanden och risker för missförhållanden "avvikelse".

Åtgärd

Samtliga avdelningar bör arbeta aktivt med att öka antalet inkomna synpunkter och klagomål. Enligt Socialstyrelsen bygger en evidensbaserad praktik på sammanvägningen av fyra kunskapskällor; personens situation och kontextuella omständigheter, personens erfarenhet och önskemål, bästa tillgängliga kunskap samt professionell expertis. Eftersom nämndens avvikelseantal är fler än synpunkt- och klagomålssantalet, tyder detta på att vi bättre kan nå ut med information om att synpunkter och klagomål är önskvärda och viktiga för oss. Fler synpunkter och klagomål skulle hjälpa oss att utveckla verksamheterna och hålla god kvalitet med ett tydligt brukar- och anhörigperspektiv. Detta skulle sannolikt förebygga antalet allvarliga missförhållanden samt påtagliga risker för allvarliga missförhållanden.

8.2. Vem lämnar synpunkter och klagomål?



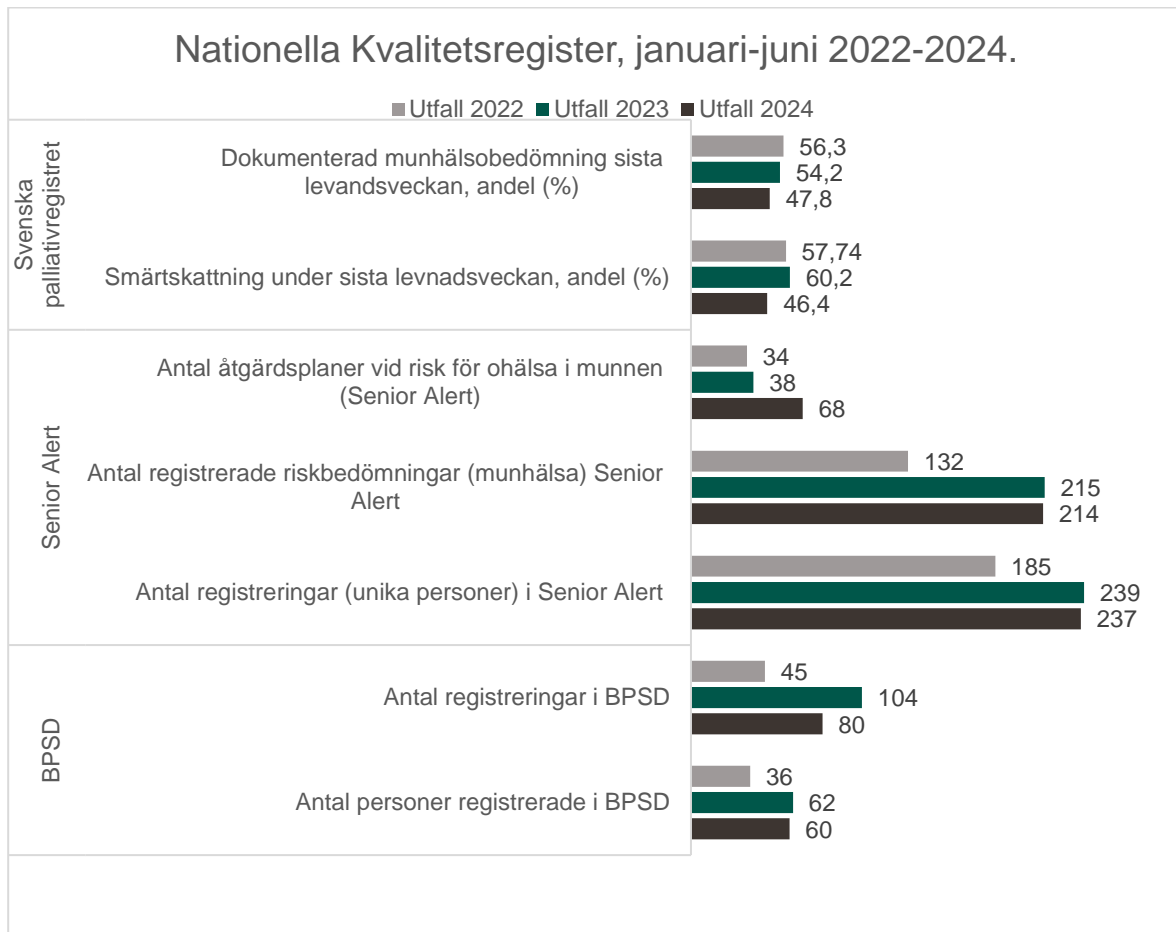
Den vanligaste avsändaren av synpunkter och klagomål är anhöriga, följt av "annan", anställd, god man och brukare. Det finns sannolikt ett stort mörkertal i antalet synpunkter och klagomål. Sannolikt inkommer många fler synpunkter och klagomål muntligen till tjänstemän dagligen, men som inte registreras eller utreds. Kategorin "annan" avser vanligtvis anonyma avsändare eller kommuninvånare som inte har någon koppling till verksamheten eller personen som är föremål för nämndens insatser.

Åtgärd

Nämnden behöver arbeta mer aktivt för att samla in fler synpunkter och klagomål. Vad som är en synpunkt eller ett klagomål behöver lyftas i varje verksamhet för att skapa en enhetlig syn för vad som ska registreras i synpunktshanteringssystemet.

9. Nationella kvalitetsregister

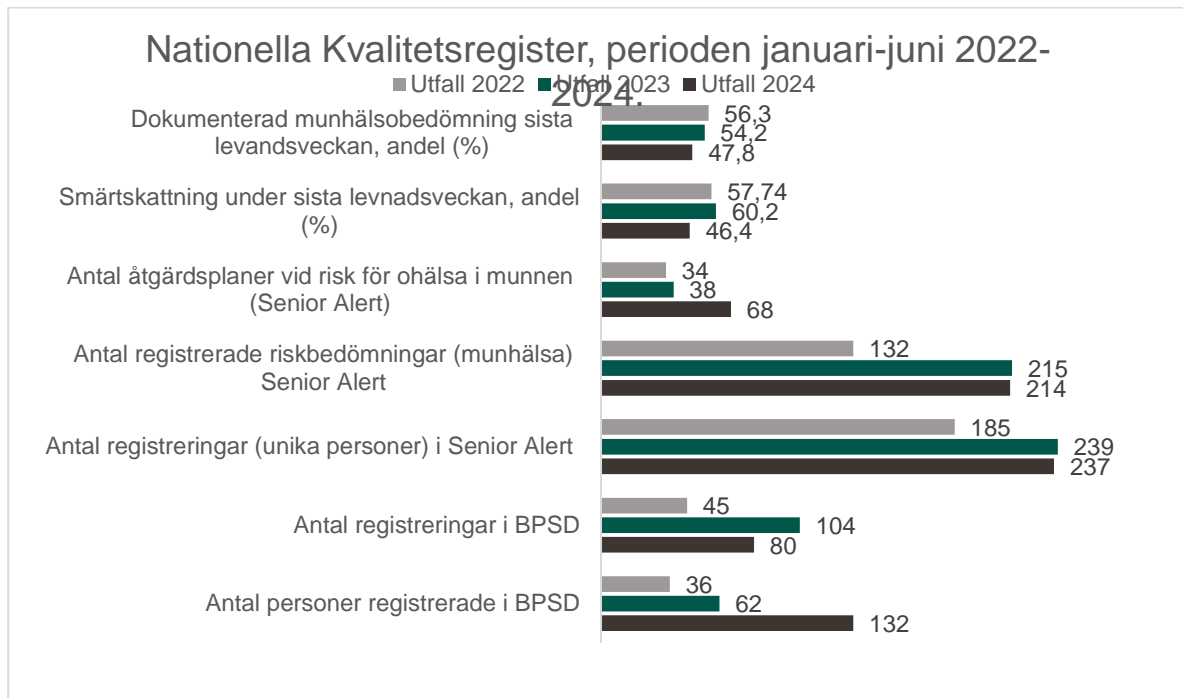
I enlighet med Alingsås styrmodell skall förvaltning med fokus på sitt grunduppdrag identifiera och definiera de områden som är särskilt viktiga för god kvalitet i den egna verksamheten, så kallade Kritiska verksamhetsfaktorer. Ett område som förvaltningen särskilt följer inom ramen för arbetet med Kritiska verksamhetsfaktorer är riskförebyggande arbete för att minska specifika vårdskador. Uppföljningen görs genom nyckeltal som bland annat mäter registreringsgraden i Nationella kvalitetsregister.



Byte av verksamhetssystem till Combine har tagit mycket tid från samtliga verksamheter våren 2024 detta kan vara en orsak till att vissa registreringar i kvalitetssystemen inte ökat. Riskbedömningar i Senior Alert ligger på ungefär samma nivå som 2023 motsvarande tid. Under 2024 har nya rutiner för teamsamverkan inom SÄBO och avdelning Hemtjänst implementerats vilket bör ge ett ökat antal riskbedömningar i Senior Alert hösten 2024. Positivt är att antal åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen har ökat med över 50%.

Åtgärder

För hösten 2024 är det inplanerat utbildning för sjuksköterskor i munvårdsbedömning och smärtskattning. Socialstyrelsens webbutbildning i munhälsa kommer omvårdnadspersonal på Kaptenen/Ången, hemtjänst Centrum, hemtjänst Bjärke, Hemtrevnad, Ruths hemtjänst och Noltorpsgården att genomgå som ett led i att öka kunskapen om munhälsa.



10. Resultat dokumentationsgranskning SoL och LSS

Syftet med social dokumentation är att tydliggöra det omsorgsarbete som bedrivs, tydliggöra den enskildes behov, önskemål och upplevelser av sin situation. Vidare syftar den sociala dokumentationen till att säkerställa att den enskilde får den hjälp/stöd som beviljats, samt säkerställa att insatserna är av god kvalitet och leder till förbättringar för den enskilde. I huvudsak är det tre lagar som reglerar kraven på dokumentation och myndighetsutövning - Förvaltningslagen (2017:900), Socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (1993:387), med tillhörande föreskrifter och allmänna råd (SOF 2014:5). Kollegial dokumentationsgranskning infördes i vård- och omsorgsförvaltningen under 2022, med fokus på kvalitet inom området dokumentation. En rapport redovisades till vård- och omsorgsnämnden i december 2022 (§85 2022.274 VON), med målsättningen att dokumentationsgranskningen framöver skulle ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll.

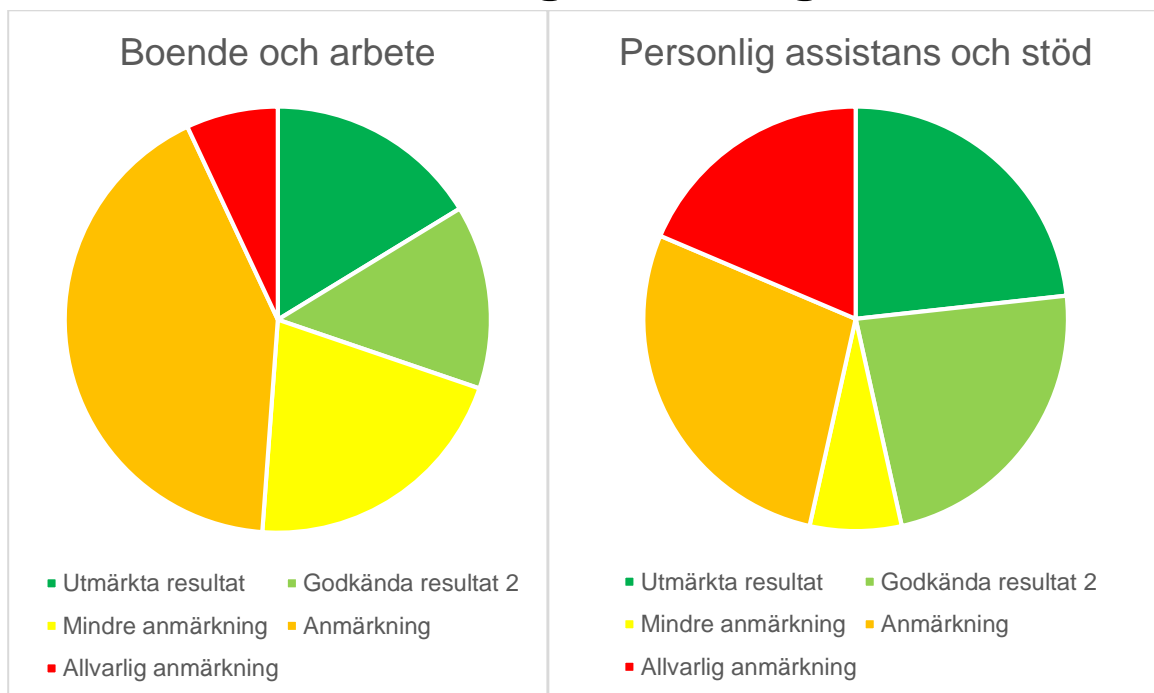
Resultatet från arbetet med egenkontroll rapporteras till nämnd två gånger per år i enlighet med nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2022.302 VON).

Sammanställningen av resultat är redovisad i bilaga, se bilaga 1. Nedan följer en summerad analys av resultatet för respektive avdelning.

Hur resultat utifrån områdespoängssystemet ska tolkas presenteras i nedan figur:

Områdespoäng	Resultatnivåer
1.80–2.0	Utmärkt
1.60–1.70	Godkänt
1.40-1.50	Mindre anmärkning (kräver åtgärd/diskussion)
1.00-1.30	Anmärkning (kräver åtgärd/handlingsplan)
0.00-0.90	Allvarlig anmärkning (kräver åtgärd och handlingsplan)

10.1. Resultat och analys dokumentationsgranskning våren 2024

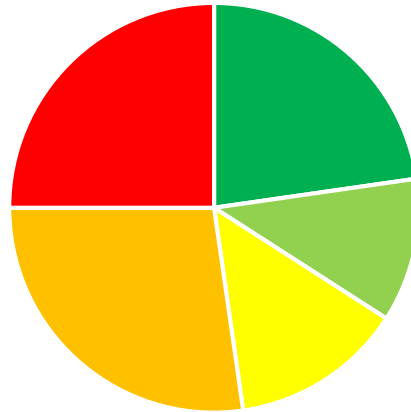


Hemtjänst inkl privata utförare



- Utmärkta resultat
- Godkända resultat 2
- Mindre anmärkning
- Anmärkning
- Allvarlig anmärkning

Särskilt boende inkl privata utförare



- Utmärkta resultat
- Godkända resultat 2
- Mindre anmärkning
- Anmärkning
- Allvarlig anmärkning

Myndighetsenheten



- Utmärkta resultat
- Godkända resultat 2
- Mindre anmärkning
- Anmärkning
- Allvarlig anmärkning

Avdelningarna

Generellt visar resultatet på att avdelningarna har mycket goda resultat i flera viktiga frågeställningar som exempelvis om pågående genomförandeplan finns. Dokumentationen skrivs även ofta med respekt för den enskildes integritet, är tydlig och respektfull.

Många avdelningar har brister i samma/liknande frågeställningar, dessa gäller exempelvis informationen som skrivs under kroppsstrukturer och dokumentationen kring vid-behov läkemedel. Flera avdelningar behöver även bli bättre på att ange i genomförandeplan varför den enskilde inte medverkat i sin genomförandeplan. Avdelningarna behöver även bli bättre på att ange vilka insatser som ska genomföras nattetid. Det är viktigt att ha i åtanke att individens behov i centrum (IBIC) är ett nytt arbetssätt i förvaltningen som skiljer sig mycket från hur vi tidigare dokumenterade och att samtliga avdelningar fortfarande befinner sig i en förändringsprocess där alla delar av IBIC inte fullt ut ännu är implementerade i praktiken.

Eftersom resultatet presenteras på avdelningsnivå och inte ger en exakt bild av hur det är på enhetsnivå, har varje enhet och enhetschef planerat åtgärder efter sitt eget resultat.

Myndighetsenheten

Myndighetsenheten har störst andel utmärkta och godkända frågeställningar, i över 50% av frågorna som mäts. Bland utvecklingsområdena för Myndighetsenheten är om det framgår att samtycke lämnats till att inhämta uppgifter från andra, att det anges varför ett informerande samtal ej hållits, om socialsekreterarens observation framgår, om särskild målformulering framgår samt om när och hur beslutet kommunicerats framgår. Även Myndighetsenheten har tagit fram åtgärder anpassade efter sitt resultat.