

# Patientsäkerhetsberättelse 2021

**Agera**  
för säker vård



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

## 1. Inledning

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

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

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

Enligt patientsäkerhetslagen vårdgivaren ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hur kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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



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

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

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

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

## 2. SAMMANFATTNING

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

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

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

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

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

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

# 1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

## 1.1. Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### 1.1.1. Övergripande mål och strategier

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

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

- **Säker vård och omsorg** – god och säker vård och omsorg, medicintekniska produkter, egenvård, vård i livets slut, delegering, förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt, vårdhygien, munhälsa/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

### 1.1.2. Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

### Förvaltningschefs ansvar

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

### Verksamhetschef enligt HSL ansvar

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

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

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

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

### Enhetschefens ansvar

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

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

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

#### Utvecklingsledares ansvar

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

#### Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

#### Medarbetares ansvar

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

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

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

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

#### SAMLA, delregional samverkan Lerum och Alingsås

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

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

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



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

#### Samordnad individuell vårdplanering SIP

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

#### VISAM Beslutsstöd

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

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

#### Läkarmedverkan

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

#### Vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus, 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 2021 har ett antal dialogmöten hållits till enhetschefer gällande covid-relaterade frågor.

#### **1.1.4. Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

## 1.2. En god säkerhetskultur

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

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



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

## 1.3. Adekvat kunskap och kompetens

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

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



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

## 1.4. Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

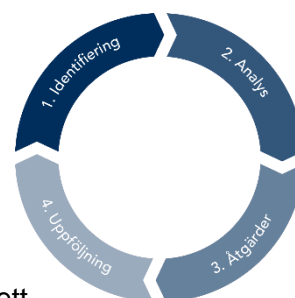
Alla verksamheter, både egen regin och privata, beskriver att de arbetar med genomförandeplaner, handlingsplaner, bemötandestrategier samt omvårdnadsplaner och där är patienten/brukarens delaktighet en naturlig del av vården och omsorgen. Vården och omsorgen blir på så sätt säkrare om den enskilde och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

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

## 2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



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

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

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

Följande egenkontroller genomförs regelbundet i verksamheten:

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

**Tabell 1.** Beskrivning av egenkontroll som genomförs.

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

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

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

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

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

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

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

Därutöver bör det finnas;

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

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

### 3. ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR

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

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



#### 3.1. Avvikelseberapportering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### 3.3. Minimering av effekter av negativa händelser

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

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

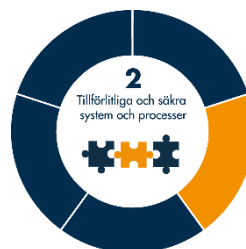
Det har skett en viss förflyttning i positiv riktning men det återstår en del förbättringsarbete inom detta område för att förhindra att negativa händelser upprepas.

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

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

## 4. TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 4.6. Ändamålsenliga miljöer

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

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

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

## 5. SÄKER VÅRD HÄR OCH NU

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



### 1.1.1 Riskhantering

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

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

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

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

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

### 5.2. Situationsanpassning

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

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

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

### **5.3. Dagligt patientsäkerhetsarbete**

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

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

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

### **5.4. Säker arbetsmiljö**

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

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

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

### **5.5. Säker bemanning**

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

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

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

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

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

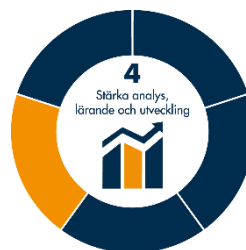
Enligt antagen plan för systematisk kvalitetsgranskning genomfördes via enkäter en granskning av området "Säker vård och omsorg". Det innebär bland annat att vårdskador/missförhållanden förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vård i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad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

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

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

## **6. STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING**

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



### **6.1.1. Avvikelser**

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

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

### **6.1.2. Klagomål och synpunkter**

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

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

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

Ansvariga chefer anger att det har genomförts förbättringar i verksamheten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP

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



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

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

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

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

### 7.1. Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv

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



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

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

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

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

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

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

För detaljerad information, se bilaga 1.

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

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

### Avvikelsehantering

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

#### Strategi:

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

### Vård i livets slut

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

#### Strategi:

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

## **Vård av personer med demenssjukdom**

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

**Strategi:**

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

## **Följsamhet till basala hygienrutiner**

**Mål:** god och säker hygien

**Strategi:**

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

## **Proaktivt arbete med patientsäkerhet**

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

**Strategi:**

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

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

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

### 9.1. Registreringar i Senior alert

**Mål:** Antal registreringar i Senioralert ska öka.

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

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

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

### Statistik Senior alert

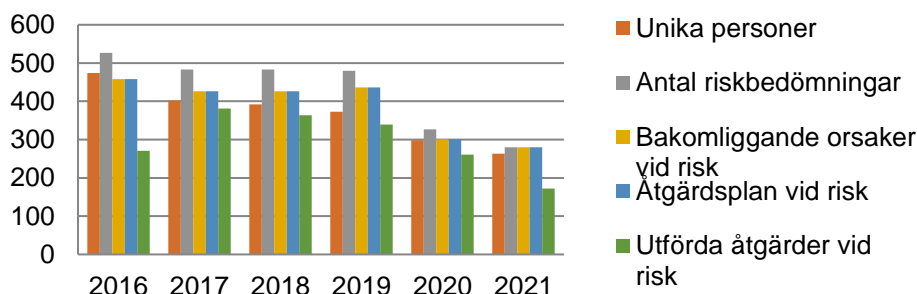


Diagram 1: Redovisning av riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert 2016-2021.

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

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

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

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

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

## 9.2. Antal personer samt registreringar i BPSD

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

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

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

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

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

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

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

## 9.3. Smärtskattningar under sista levnadsveckan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9.4. Genomförda brytpunktssamtal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9.5. Avvikelse i Magna cura - Avslutade utredningar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9.7. Fallförebyggande arbete

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

Antal allvarliga fallavvikelser klassificering 3–4 ska minska.

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



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

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

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

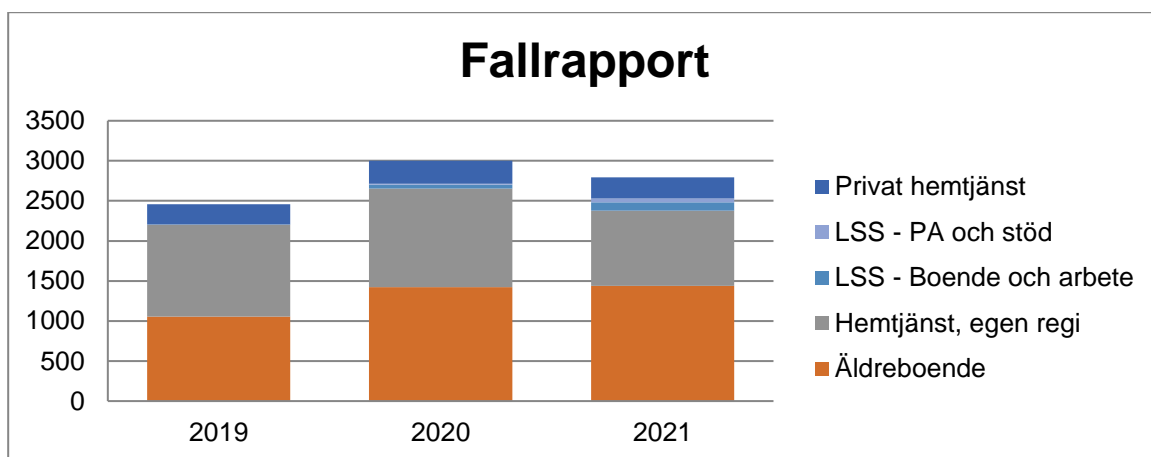


Diagram 2: Redovisning av inkomna avvikelser gällande fallincident 2019-2021.

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

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

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

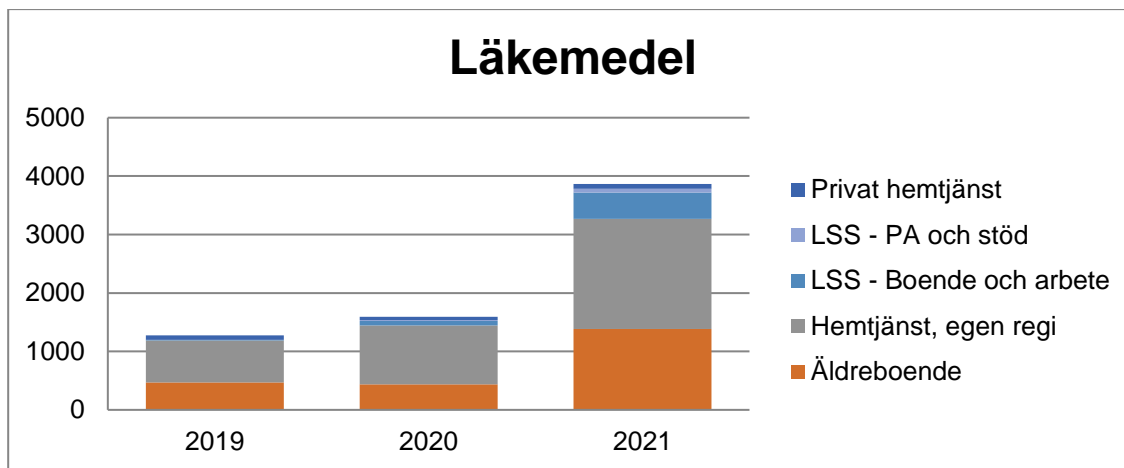
## 9.8. Läkemedelsavvikelser

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

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

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

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



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

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

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

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

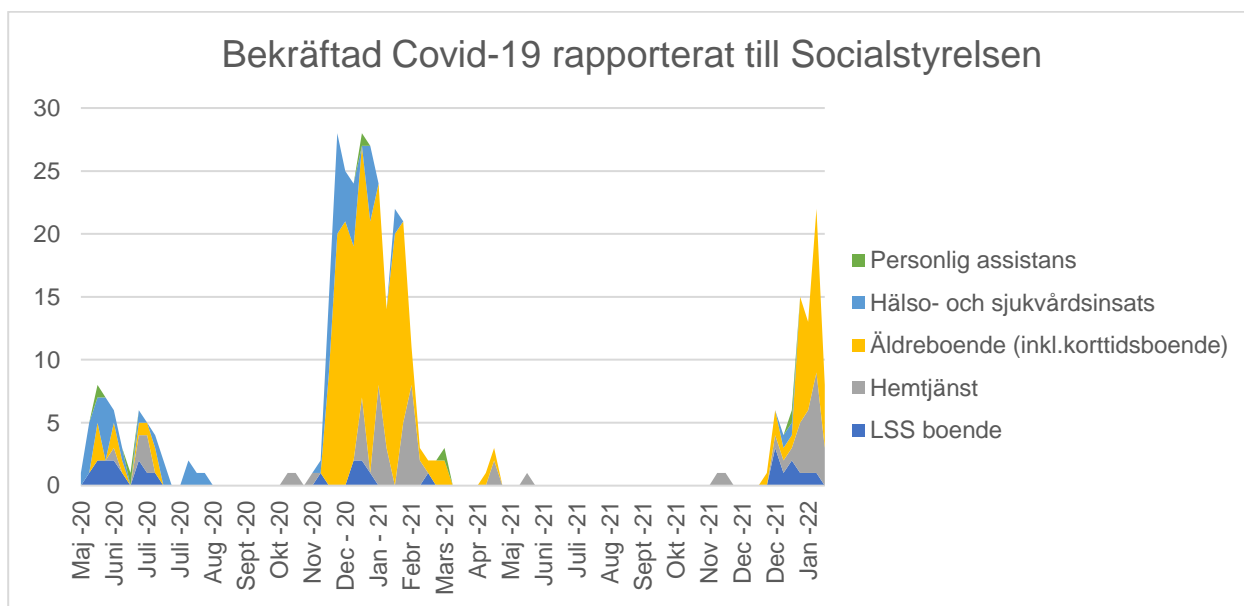
## 9.9. Antal bekräftat smittade med covid-19

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

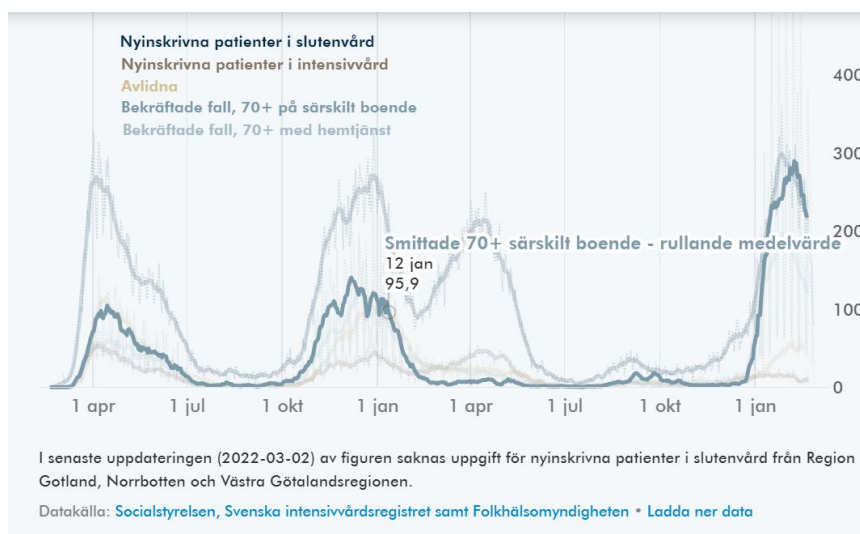
**Bakgrund:** Pandemin med Covid-19 har slagit hårt mot sköra äldre i vårt samhälle. Det har varit stort fokus på att sätta in kraftiga åtgärder för att skydda de som av olika anledningar löper störst risk att drabbas av allvarlig sjukdom.

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

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



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



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

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

**Mål för 2022:** Inget aktuellt mål.

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

## 9.10. Följsamhet till basala hygienrutiner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 10.1. Antal utflyttade från SÄBO

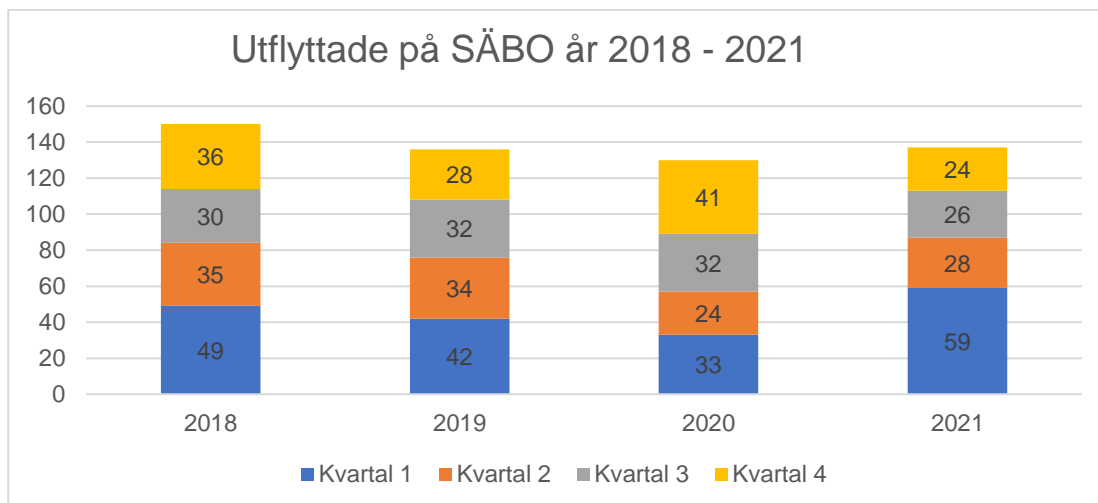


Diagram 6: Antalet "utflyttade" från SÄBO vilket oftast betyder avliden under åren 2018 - 2021.

### 10.2. Redovisning av avvikelser i samverkan

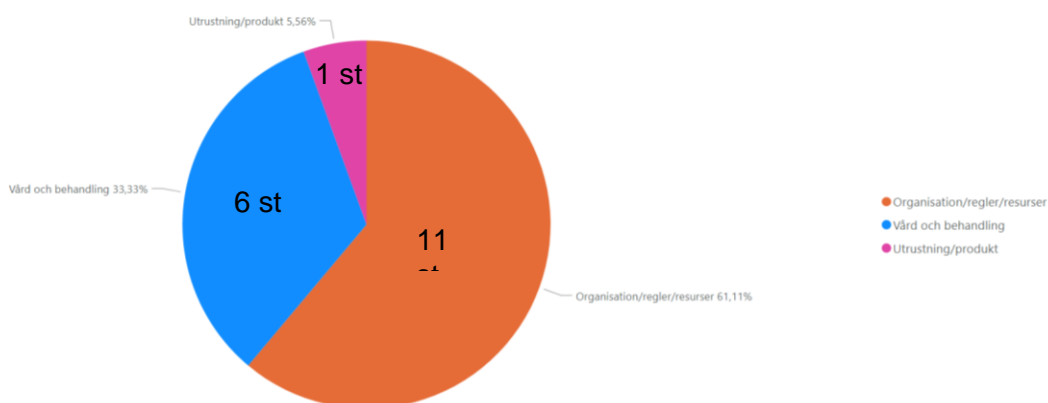
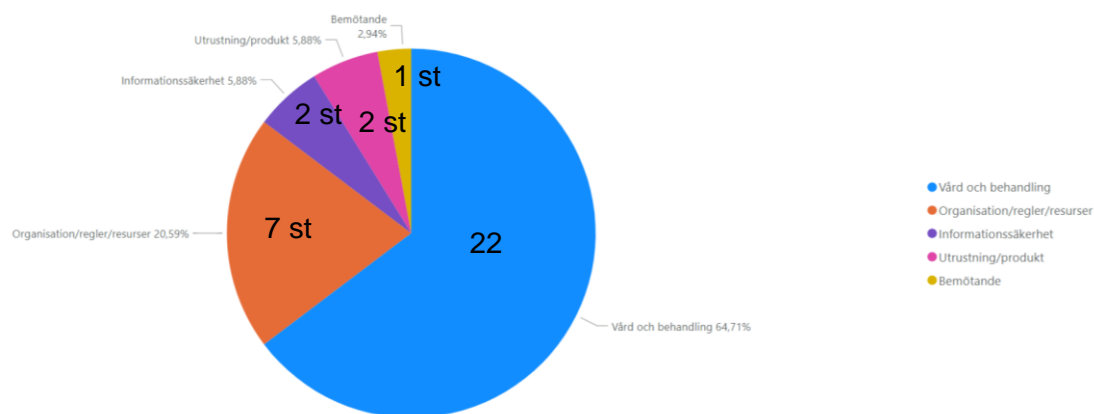
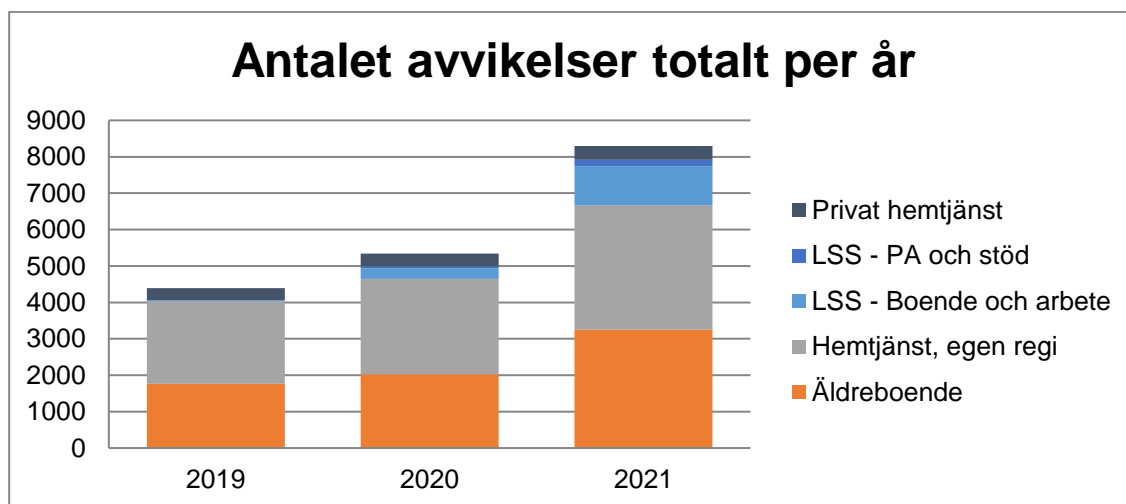


Diagram 7: Avvikelser i samverkan som upptäcktes inom Hälso- och sjukvården i Alingsås kommun och som registrerats i MedControl under 2021



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

### 10.3. Redovisning av avvikelser



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

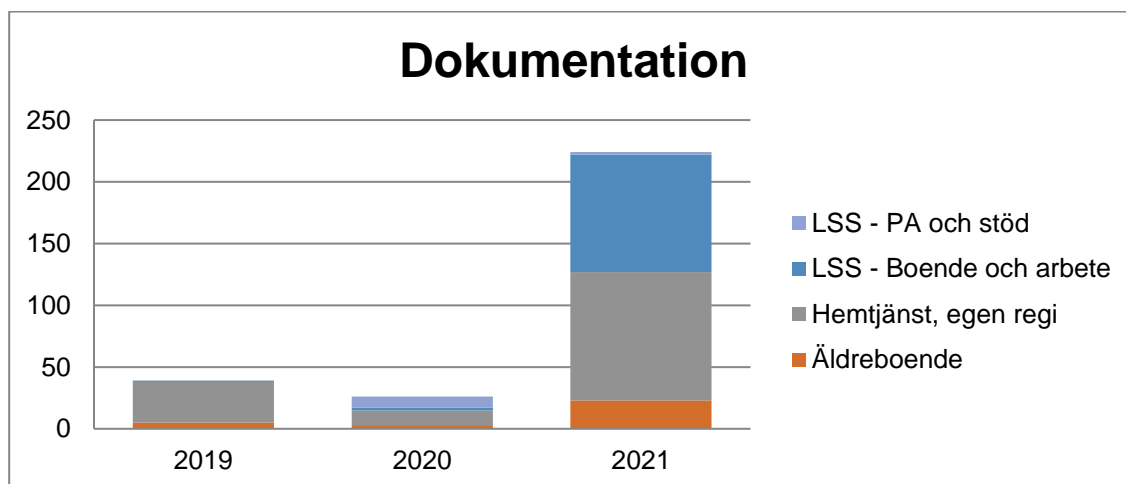


Diagram 10: Redovisning av inkomna avvikelser gällande dokumentation 2019-2021.

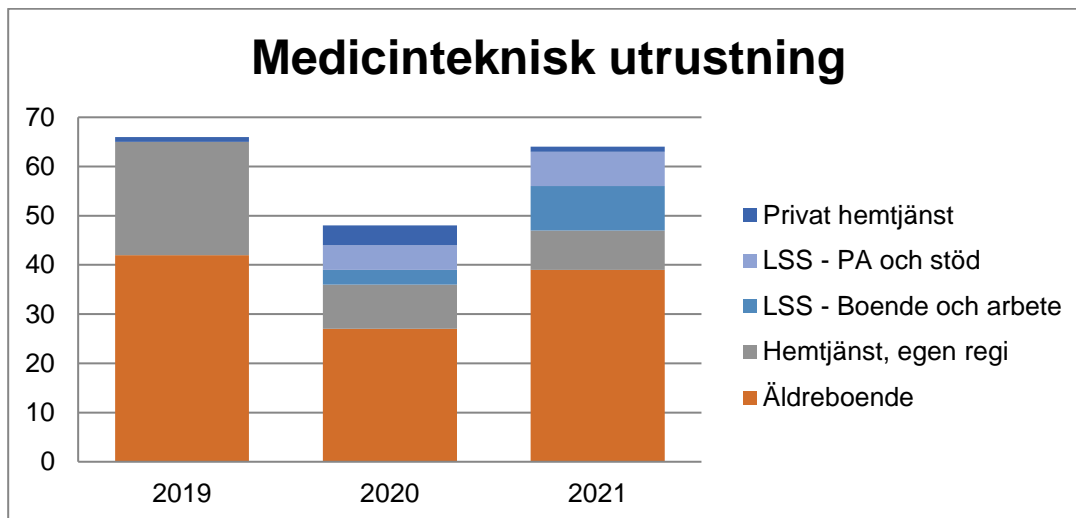


Diagram 11: Redovisning av inkomna avvikelser gällande medicinteknisk utrustning 2019-2021.

#### 10.4. Antal nyinskrivna i hemsjukvården

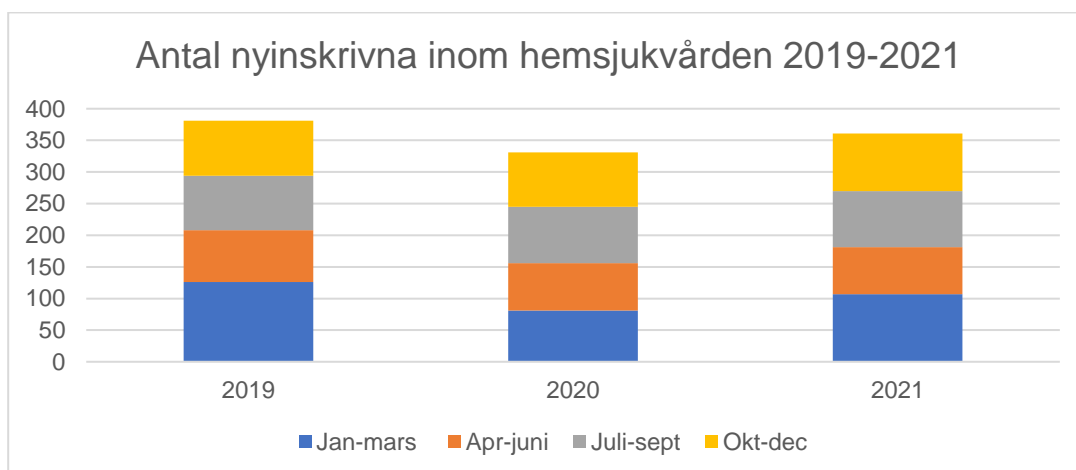


Diagram 12: Redovisning av antal nyinskrivna i hemsjukvården 2019-2021.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ett klagomål, som inkom i slutet av 2020 gällde dels en avvikelse från 2018, där patienten ådrog sig en fotledsfraktur i samband med en förflyttning, dels en händelse från 2019 som resulterade i en lårbensfraktur. Båda avvikelserna finns registrerade i verksamhetssystemet. Enligt patienten gick det inte till så som det beskrivs i

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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