BORÅS STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022

Vård- och äldrenämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning ... 3

2 Begreppsdefinitioner ... 3

3 Förkortningar ... 4

4 STRUKTUR ... 5

4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med kvalitet ... 5

4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet ... 5

4.3 Övergripande mål och strategier ... 5

4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet ... 6

4.5 En god säkerhetskultur ... 7

4.6 Adekvat kunskap och kompetens ... 8

5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet .. 9

5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits ... 9

5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg ... 11

5.3 Välfärdsteknik ... 12

5.4 Riskanalys ... 12

5.5 Synpunkter och klagomål ... 13

5.6 Organisatoriska avvikelser ... 13

5.7 Avvikelser på individnivå ... 13

5.8 Lex Maria ... 13

5.9 Lex Sarah ... 14

5.10 Egenkontroll ... 14

6 RESULTAT OCH ANALYS ... 15

6.1 Riskanalys ... 15

6.2 Synpunkter och klagomål ... 15

6.3 Organisatoriska avvikelser ... 15

6.4 Avvikelser på individnivå ... 16

6.5 Lex Maria ... 17

6.6 Lex Sarah ... 18

6.7 Egenkontroll ... 19

7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV ... 23

8 Mål, strategier och utmaningar för kommande år ... 24

1 Sammanfattning

Även 2022 har präglats av den pandemi som drabbat världen. Arbetet inom förvaltningen har fortsatt haft stort fokus på att vaccinera brukare, minska risk för smittspridning och hantera uppkomna situationer och frågor ur både ett brukarperspektiv och ett medarbetarperspektiv. Viktiga faktorer som hjälpt till i arbetet har varit god intern samverkan inom kommunen och god samverkan med andra vårdgivare.

Så långt det varit möjligt har ett fortsatt arbete och implementering av förvaltningens mål, aktiviteter och uppdrag från tidigare år genomförts. Förvaltningsledningen har haft ett långsiktigt perspektiv i syfte att nå målen för att det ska bli en så trygg och säker verksamhet för brukare/patienter som möjligt samt att de ska göras delaktiga i sin vård och omsorg.

Områden med ett bra resultat är bland annat:

- Resultatet i Öppna jämförelser för vård och omsorg visar på ett förbättrat resultat inom flera områden i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende
- Brukarundersökningar visar att brukarna är nöjda med sin korttidsvistelse
- Antal patienter som har fått en riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår och munhälsa är fortsatt högt
- Andelen patienter med en smärtskattning och munhälsobedömning den sista tiden i livet har ökat

Områden där fortsatt utveckling behövs är bland annat:

- Säkerställa och öka brukarens/patientens delaktighet och inflytande
- Förbättra kvaliteten i den enskildes dokumentation
- Tydliggöra läkemedelsprocessen med tillhörande rutiner och säkra att dessa efterföljs i verksamheten
- Minska andelen olämpliga läkemedel (görs tillsammans med primärvården och sjukhuset)
- Öka antalet BPSD skattningar för personer med demenssjukdom
- Säkerställa en god vård i livets slutskede för att nå de nationella målen
- Fortsatt arbete med det processorienterade arbetssättet vilket innebär att bland annat säkerställa att processerna med tillhörande instruktioner är kända i verksamheten och används på avsett sätt

2 Begreppsdefinitioner

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL och/eller LSS
- Den enskilde – i det här dokumentet menas med begreppet den enskilde patient, brukare och klient
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem
- Huvudman - myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet. Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess

reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannaskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföraransvar för olika delar av kvalitet- och uppföljningsarbetet. Ansvaret för patientsäkerhet kvarstår alltid hos huvudmannen

- Kvalitet - Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten
- Legitimerad personal - sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård)
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för Arbetslivsförvaltningen, Individ och familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreförvaltningen i Borås stad

3 Förkortningar

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
HSL - Hälso- och sjukvårdslagen
HSLF-FS - Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
IBIC - Individens behov i centrum
IVO - Inspektionen för vård- och omsorg
KF - Kommunfullmäktige
KS - Kommunstyrelsen
LOV - Lagen om valfrihet
LOU - Lagen om offentlig upphandling
MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MCSS - System för mobil digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser
NAV - Nära Akut Vård
NIS - NIS-direktivet ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem
SAMSA - Gemensam IT tjänst mellan olika vårdgivare
SAS - Socialt ansvarig samordnare
SFS - Svensk författningssamling
SOF - Sociala omsorgsförvaltningen
SIP - Samordnad individuell plan
SKR - Sveriges kommuner och regioner
SoL - Socialtjänstlagen
SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling
VGR - Västra Götalandsregionen
Viva - Verksamhetssystem för dokumentation
VÄF - Vård- och äldreförvaltningen

4 STRUKTUR

4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med kvalitet

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är engagerade och kompetenta chefer och medarbetare samt en tydlig styrning av verksamheten på alla nivåer.

4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

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

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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 kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.
Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Borås Stad skrivs en samlad patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, som sammanfattar förvaltningens samtliga åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet på de insatser som ges. Förvaltningens arbete med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras fortlöpande och på fler sätt.

Två gånger per år sammanställs och analyseras rapporterade avvikelser, lex Maria, lex Sarah och inkomna synpunkter/klagomål. Verksamheterna får ta del av sammanställningarna. Nämnden tar del av synpunkter och klagomål två gånger per år och rapporterade avvikelser, lex Maria och lex Sarah en gång per år.

Verksamhetsgranskningarna som MAS, MAR och SAS gör dokumenteras i en rapport till berörd enhet/-er samt nämnd.

Förvaltningsledningens årliga genomgång av processer, måluppfyllelse och resultat dokumenteras och kommuniceras till förvaltningens verksamheter.

Verksamheternas egenkontroller dokumenteras löpande i Stratsys och genomförda riskanalyser

dokumenteras i särskild rapport. Stratsys är ett system som hanteras av förvaltningens chefer.

4.3 Övergripande mål och strategier

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

Förvaltningens verksamhetsidé:
Vård- och äldreförvaltningen ska ge en jämlik, jämställd och likvärdig vård och omsorg. Med individen i fokus arbetar vi med hälsofrämjande, förebyggande och trygghetsskapande insatser.
Vi ger vård och omsorg utifrån den enskildes behov, utan att ta ifrån individen det egna ansvaret. För att möta framtidens utmaningar ligger vi i framkant och tar till oss ny utveckling.

Förvaltningen arbetar fortsatt med ledningssystemet för kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 och har under året följt upp arbetet och gjort vissa revideringar av aktiviteterna som ska ingå. Föreskriften innebär bland annat att förvaltningen har i uppgift att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att det ska bidra till att uppnå kvalitet på de insatser som ges för dem som verksamheterna är till för.

Den klustergemensamma handboken för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett stöd i arbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet har inte någon början eller bestämt slut utan är pågående och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. Processer och rutiner ska följas upp, utvärderas och förbättras. En grundförutsättning är att medarbetare görs delaktiga i förbättringsarbetet så att processer och rutiner kan anpassas efter uppgiften som ska utföras.

4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

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

Nämnd
Nämnden är vårdgivare och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet.

Förvaltningschef
Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Verksamhetschef enligt HSL
Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

Verksamhetschef/Enhetschef
Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar för inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

Medarbetarna
Alla medarbetare ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner
Chefer för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

MAS/MAR
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor i Borås Stad. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS och MAR utreder och anmäler ärenden enligt lex Maria.

SAS
Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att utreda inkomna lex Sarah rapporter och på delegation av nämnden anmäla allvarliga missförhållanden till IVO.

4.5 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är en god säkerhetskultur. är att vi är öppna för synpunkter och förändringar, att vi uppmärksammar fel och brister, åtgärdar dem och följer upp åtgärderna så att det som gått snett inte händer igen.

För att förvaltningen ska genomsyras av en god säkerhetskultur krävs insatser på flera nivåer. Verksamhetsledningar finns inom verksamhetsområdena och möten med gemensamma verksamhetsledningar har en viktig funktion för att tillsammans ska kunna diskutera förhållningssätt, attityder och uppmärksamhet gällande risker. Att gemensamt arbeta med hantering av risker och lärande från både positiva och negativa händelser. Det handlar om att skapa förutsättningar för att medarbetarna ska kunna arbeta systematiskt för att förhindra vårdskador.

I Borås Stad finns en kunskapsbank, Info Caption, där digital utbildning finns för eget lärande eller tillsammans i grupp kring till exempel avvikelser. Utbildningarna kan ses i små korta stycken åt gången och är på så sätt lättillgängliga och behöver inte ta så lång tid. På förvaltningens intranätssida publiceras sammanfattningar och slutsatser från lex Sarah och lex Maria i syfte att lära hur vi kan förebygga missförhållanden och förbättra kvaliteten.

Förvaltningen har gjort en kartläggning utifrån den nationella handlingsplanen ”Agera för säker vård”. Kartläggningen ligger till grund för en handlingsplan med en aktivitetslista för prioriteringar inom patientsäkerhetsarbetet 2023 och 2024. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan och patientperspektiv, dagligt patientsäkerhetsarbete, god säkerhetskultur, lärande av analyser samt säkerställa hanteringen av medicintekniska produkter.

4.5.1 Informationssäkerhet

Riktlinjer för informationssäkerhet och dataskydd har tagits fram och fastslagits av Stadsdirektören. I samband med detta så har det även skapats en organisationsbeskrivning som beskriver hur respektive förvaltning skall vara organiserade och arbeta med informationssäkerhet. Det finns även en informationssäkerhetsgrupp som jobbar över hela Sociala klustret. En kommungemensam informationssäkerhetsgrupp kommer att formeras under 2023.

Det har tagits fram en metodhandbok, rutin för informationssäkerhetsklassning, rutin för riskhantering och en ny rutin för incidenthantering som avser samtliga incidenter relaterade till informationssäkerhet. Ett ledningssystem för Informationssäkerhet och Dataskydd är under införande. Där kommer all relevant information samlas.

Sociala klustret har inlett arbetet med att klassificera de system som är i behov av detta med hjälp av verktyget KLASSA och tidigare klassning har reviderats med anledning av ny version av verktyget. Informationssäkerhetsklassningarna planeras vara genomförda under våren 2023 och handlingsplaner samt uppföljningar kommer att hanteras löpande i Stratsys.

Den första av Borås Stads digitala utbildningar i informationssäkerhet har avslutats och det har även funnits möjlighet för respektive verksamhet att följa upp vilka som genomfört utbildningen.

IT- Vård och Omsorg har en ny beställningsportal gällande behörigheter som förbättrat säkerheten, spårbarheten och minimerat risker för fel behörighet hos användarna. Registervården har förbättrats genom mer automatisering och innefattar fler system än tidigare.

Säker autentisering har införts i Sociala klustret där verksamheterna nu använder tjänstekort för inloggning i datorn, i samband med detta så har det startats upp ett projekt som skall lösa frågan med säker autentisering även via mobila enheter. Ytterligare ett projekt kopplat till detta är säker inloggning i verksamhetssystemet/journalsystemet Viva som kommer att ske via federerad inloggning.

Flertalet utvecklingar i verksamhetssystemet Viva har beställts hos leverantör för att ytterligare förstärka säkerheten i systemet.

MAS, MAR och SAS har i samband med verksamhetsgranskningar och vid utredningar granskat journaler. En strukturerad granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring samt granskning av ärenden i SAMSA har även gjorts av MAS och MAR.

Loggar med medarbetares åtkomst till verksamhetssystemet har granskats enligt rutin.

Registret med personuppgiftsbehandlingar har setts över och nämnden får genom årlig rapportering information om arbetet med personuppgiftsbehandlingar.

4.6 Adekvat kunskap och kompetens

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

Förvaltningens förmåga att långsiktigt möta invånarnas skiftande behov beror på skickligheten att attrahera och rekrytera medarbetare med rätt kompetens och sedan behålla och utveckla dem för framtidens krav och förändringar. Det kan även handla om att avveckla eller ställa om kompetens för att uppnå verksamhetens mål

Utbildningsinsatser inom ramen för satsningen Äldreomsorgslyftet har fortsatt. Utbildningen utgår från de nationella yrkespaketen för vårdbiträde eller undersköterska. Enhetschefer har studerat socialrätt inom ramen för Äldreomsorgslyftet.

Förvaltningen har fortsatt genomfört utbildningssatsningar inom demens, SIP, munhälsa och användningen av digital teknik. En kalender och ett metodstöd med reflekterande frågeställningar och övningar för arbetet med den nationella värdegrunden för äldre togs fram. Medarbetare och enhetschefer har också fått möjlighet att se en värdegrundsteater där syftet var att skapa reflektioner och tankar kring värdegrunden. Dokumentation, genomförandeplan och kontaktpersonens uppdrag med fokus på individen var centrala delar i teatern.

För legitimerade medarbetare har introduktion getts vid särskilda introduktionsdagar samt via en webbaserad introduktion. Förvaltningen har introduktionsprogram för nya chefer och de träffar också MAS/MAR/SAS som en del av sin introduktion.

Myndighet och hemtjänsten har också fortsatt forskningssamarbetet med Göteborgs universitet och Borås högskola, om ”samtalsmattan” ett bildbaserat kommunikationshjälpmedel. Forskningen innebär att utveckla ett kommunikationsstöd, så kallade samtalsmattor, som stöd för delaktighet vid val och beslutsfattande i hemtjänst för äldre personer med kognitiv svikt.

Förvaltningen har fortsatt arbetat med kompetensförsörjning för att på både strategisk och operativ nivå utveckla och styra medarbetarnas och organisationens kompetens för att nå verksamhetens mål. Kompetensplaner för biståndshandläggare och legitimerade medarbetare finns sedan tidigare. För att stärka kompetensen hos undersköterskor eller motsvarade har ett flertal utbildningsinsatser genomförts t.ex. för det svenska språket, vård- och omsorgsutbildning.

5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits

PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2 och SOSFS 2011:9, 3 kap 1§

Enligt patientsäkerhetslagen och socialstyrelsens föreskrift ska varje vårdgivare beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår i en patientsäkerhetsberättelse. Där ska framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten. I socialstyrelsens föreskrift framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att upprätta ett ledningssystem, som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Pandemin

Förvaltningen har även under 2022 påverkats av pandemin Covid-19 på många sätt. För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner kopplade till pandemin fortsatt tagits fram och kontinuerligt reviderats.

Covid-19 klassades inte längre som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom från 1 april och med anledning av detta fattades beslut om att avveckla förvaltningens krisledningsarbete med veckovisa avstämningsmöten.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor har förvaltningens kontinuerliga avstämningsmöten med Vårdhygien fortsatt under hela året. Digitala möten och utbildningar tillsammans med Vårdhygien har också erbjudits, för kommunens sjuksköterskor med hygienansvar, för hygienombud och enhetschefer via webinarier.

Antalet konstaterade fall av Covid-19 hos brukare/patienter inom alla verksamheter i Sociala klustret har följts varje vecka under året. Högst antal konstaterade fall sågs under februari och i oktober.

Samtliga brukare/patienter vid vård- och omsorgsboenden, i ordinärt boende, vid korttidsenheter och dagverksamheter för demens har erbjudits vaccination med dos 4 under våren och dos 5 under hösten. Verksamhetschef för HSV i VÄF och medicinskt ansvariga sjuksköterskor har säkerställt logistik och bemanningsfrågor för det Sociala klustret i samverkan med den regionala primärvården.

Beskrivning av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som genomförts

Förvaltningen genomför årligen en utvärdering av kvaliteten i sina verksamheter om ledningssystemet för kvalitetsarbete är effektivt och ändamålsenligt utformat. På verksamhetsnivå genomför cheferna årligen en egenkontroll ”verksamhetens genomgång” i Stratsys. Eventuella brister som framkommer i verksamhetens genomgång kan resultera i aktiviteter i kommande års egenkontroll, utbildningsinsatser eller revidering av rutiner.

MAS, MAR och SAS har tillsammans genomfört verksamhetsgranskningar samt arbetat med kvalitetsuppföljning genom granskning av dokumentationen och analys av händelser. Samverkan sker regelbundet med verksamhetschefer och förvaltningsledning.

Processer

Inom förvaltningen finns två huvudprocesser; ”att tillhandahålla omsorg och stöd” och ”att tillhandhålla kommunal hälso- och sjukvård”.

Huvudprocess – Att tillhandahålla omsorg och stöd

Arbetet med att kartlägga huvudprocessen ”att tillhandahålla omsorg och stöd”, med utgångspunkt från Socialtjänstlagen har genomförts. En organisation för styrning och ledning av processen skapades

under året med bland annat styrgrupp, processledningar och processteam. Processen med tillhörande delprocesser och aktiviteter har utarbetats och finns nu visualiserad genom startsidor i Canea för de tre verksamhetsområdena korttid, hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Arbetet har även fokuserat på att kartlägga befintliga rutiner som är gemensamma inom förvaltningen samt de rutiner som är verksamhetsspecifika för hemtjänst, korttid och vård- och omsorgsboende. Ett arbete har påbörjats att koppla befintliga rutiner till processens olika steg.

Med utgångspunkt från kartläggningen av rutiner har utvecklingslistor på delar som behöver omhändertas i syfte att processen ska vara fullständig arbetats fram och utvecklingsarbetet kommer att fortsätta.

Huvudprocess - Att tillhandahålla hälso- och sjukvård

Huvudprocessen ”att tillhandhålla hälso- och sjukvård” är en gemensam process inom det Sociala klustret. Sedan tidigare har processen för rehabilitering (arbetsterapeuter och fysioterapeuter) kartlagts, och under året har även de delar som kan kopplas som sjuksköterskornas ansvarområden tydliggjorts. Det ska vara en process som är gemensam för hälso- och sjukvården oavsett profession.

Processen för läkemedel ska säkra de mål som finns inom läkemedelsområdet. Arbetet med att kartlägga processen och tydliggöra rutiner har slutförts, och en implementering har påbörjats.

Processen för riskförebyggande vårdåtgärder har reviderats, där fokus under året har varit ”riskförebyggande åtgärder undernäring”. Till processen finns ett nationellt kvalitetsregister kopplat, Senior alert.

Processen för delegering har haft fokus på de delar som handlar om delegering av insatser från arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Arbetet med att kartlägga processen och tydliggöra rutiner har slutförts och en implementering har påbörjats.

Övriga processer

Utvecklingsarbetet gällande att handlägga avgifter har slutförts och processen har nu framarbetade gemensamma arbetssätt. Boendeplaceringsprocessen har fastställts och rutiner är framarbetade för att tydliggöra ansvarsroller och säkerställa arbetssättet.

Ett utvecklingsarbete har påbörjats inom korttidsprocessen utöver kartläggningen av huvudprocessen. Syftet med arbetet är att säkerställa att korttidsplatserna används så optimalt som möjligt, arbetssätten mellan professionerna inom korttiden är effektiva och säkra samt att brukare/patienter inte är kvar på korttiden längre än nödvändigt.

Processen ”att rapportera, utreda och följa upp avvikelser och lex Sarah” har genomfört en revidering av delprocessen ”att rapportera, utreda och följa upp lex Sarah”.

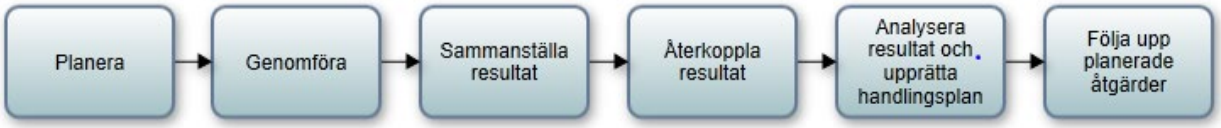
Nära vård

Arbetet med omställningen till Nära Vård har fortsatt. Färdplan- Länsgemensam strategi för god och nära vård är antagen och börjar gälla januari 2023. Projektledare för Nära vård deltar i en nätverksgrupp med deltagare från kommunen, primärvård och slutenvård. Arbetet med en nära äldrevårdsavdelning (NÄVA,)för sköra äldre har startats där projektledaren deltar i en samverkansgrupp som representant från kommunen. Ett mobilt akutläkarteam (MALT) utgår från akutmottagningen på Södra Älvsborgs sjukhus. Med stöd av MALT, i form av akuta hembesök, kan patienter kvarstanna i hemmet med stöd av kommunal hälso- och sjukvård. Medparten av patienterna är sköra äldre och patient med infektionssymtom.

5.1.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att få en tydlig struktur över uppföljning och utvärdering utgår verksamheten från processkartan för egenkontroll.



Uppföljning och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt Lex Maria och Lex Sarah.

5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

5.2.1 Samverkan med externa aktörer

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

Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan Borås Stad och primärvården.

De mer omfattande och kvalificerade vårdinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården ställer krav på en ökad samverkan vårdgivare emellan och på informationsöverföringen. Informationsöverföring mellan enheter/verksamheter, olika vårdgivare (t.ex. mellan sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård) samt mellan utförare i egen- och privat regi innebär risker om inte väsentlig information överförs. Detta uppmärksammas bland annat i avvikelser i vårdsamverkan.

Det har i samverkan med regionen pågått ett utvecklingsarbete kring in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård då omställningen till nära vård föranleder förändrade arbetssätt. Det nya arbetssättet i vårdsamverkan är att de före detta så kallade "vårdplaneringarna" byts ut till informationsutbyte i dokumentationssystemet SAMSA. I de fall det är något mer komplicerade patient/brukarärenden sker planeringen genom en SIP.

HSV team Myndighet bedömer vårdbegäran från den regionala öppenvården om inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. De har gjort 441 bedömningar, varav 366 blev inskrivna i hemsjukvården. Det är fler bedömningar än tidigare år men antalet inskrivna är jämförbart med tidigare år.

5.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

Förvaltningens interna samverkan finns beskriven i olika rutiner och handlar bland annat om att arbeta med tvärprofessionella team, daglig kommunikation mellan yrkesgrupper via Viva samt informationsöverföring mellan verksamheterna i förvaltningen.

Det finns också interna samverkansrutiner med övriga förvaltningar till exempel gällande våld i nära relation eller vid misstanke om missbruk.

5.2.3 Samverkan med den enskilde och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin planering, genomförandeplan och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att bli hörd vid utredning av Lex Maria och Lex Sarah.

Samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning från sjukhus ska ske i brukaren/patientens hem, men SIP ska även ske för de som har behovet av samordning av insatser. Målet är att öka brukarens/patientens delaktighet i sin egen vård och att det finns en samordnad plan där det går för alla inblandade att se vilka insatser som ska utföras och i vilken ordning. En verksamhetsnära SIP-samordnare har utsetts som har anordnat nätverksträffar för att utbilda medarbetare för att få mer insikt i SIP-arbetet. Syftet är att fler personer med behov av samordning ska kunna få en upprättad SIP-plan.

Ny lagstiftning säkerställer kraven om en fast omsorgskontakt i hemtjänsten, vilket kommer att ersätta befintligt arbetssätt med kontaktmannaskap. På vård- och omsorgboende har verksamheten kunnat återuppta brukarråd och anhörigträffar och därmed öka delaktighet för både brukare och anhöriga.

MAS/MAR/SAS ger patient/brukare möjlighet att yttra sig vid utredningar enligt lex Sarah och lex Maria.

5.3 Välfärdsteknik

Digitalisering är ett prioriterat område för förvaltningen. För att möta kommande behov inom hälso- och sjukvård samt äldreomsorgen, behöver verksamheterna utvecklas och effektiviseras. Digital teknik kan bidra till ökad självständighet och trygghet samt delaktighet i samhället. En ökad självständighet minskar behovet av omsorg och stöd. Teknik kan också möjliggöra mer social samvaro för att bryta upplevd ensamhet och isolering.

SKR har träffat en överenskommelse med regeringen för perioden 2020-2022 gällande ”Teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus”, som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att utveckla sin verksamhet genom digitalisering inom äldreomsorgen. Som en del i denna satsning har även tio modellkommuner utsetts, varav Borås Stad var en av dessa. Modellkommunernas uppgift var att dela med sig av erfarenheter till övriga kommuner och fortsätta den digitala utvecklingen med att ge seniorer en digital delaktighet.

Några av de satsningar som gjorts är fortsatt arbete inför implementering av nytt trygghetssystem och välfärdsteknik. Målet med välfärdstekniken är att främja den äldres självständighet, trygghet, delaktighet, aktivitet och valfrihet. För att motverka digitalt utanförskap har förvaltningen fortsatt arbete med bl.a. utlåning av surfplattor för seniorer över 75 år och vidareutveckling av olika satsningar så som välfärdsbiblioteket, digitalt stöd och utbildning till seniorer.

En behovsanalys gällande välfärdsteknik har slutförts. I Behovsanalysen belyses hur brukare och medarbetare ser på användandet av välfärdsteknik idag och tankar om framtida användningsområden.

5.4 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Förvaltningen har vidareutvecklat Borås Stads modell för risk- och konsekvensanalys. Förvaltningens modell kombinerar riskanalys ur flera olika perspektiv såsom medarbetare, patient/brukare samt organisation. Modellen innebär även att riskanalys kan göras utifrån olika nivåer beroende på vad den planerade förändringen handlar om.

5.5 Synpunkter och klagomål

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering.

Borås Stad har ett gemensamt system för att omhänderta synpunkter från medborgare. Respektive chef ansvarar för att utreda och för att vidta åtgärder samt följa upp åtgärdernas effekt på varje enskild synpunkt. Utifrån lagstiftningen ska medborgarna ha möjlighet att lämna synpunkter på hälso- och sjukvården. I nuläget har hälso- och sjukvården ingen egen kategori i stadens system för synpunktshantering och felanmälan.

Vid två tillfällen om året görs sammanställning över samtliga registrerade synpunkter. Med utgångspunkt från sammanställningen görs på olika nivåer i organisationen en uppföljning av tidigare planerade och vidtagna förbättringsåtgärder. Därefter görs en samlad analys av risk-och förbättringsområden och planerar för åtgärder i syfte att förhindra liknande händelser igen.

5.6 Organisatoriska avvikelser

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för rapportering av organisatoriska avvikelser.

En gemensam process för att hantera organisatoriska avvikelser har tagits fram och från och med mars månad så rapporteras organisatoriska avvikelser i Canea. Avvikelser rapporteras när någonting brister och behöver förbättras i organisationen mellan enheter, verksamheter eller förvaltningar. Det är enhetschefen som utreder och åtgärdar de organisatoriska avvikelserna.

5.7 Avvikelser på individnivå

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt processen för avvikelsehantering enligt HSL, SoL och LSS.

En gemensam process med tillhörande instruktioner och utbildningsmaterial för avvikelser och lex Sarah finns utarbetad. Som stöd för verksamheten har en webbutbildning utarbetats.

Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser och lex Sarah. Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelsen berör HSL utreds den av legitimerade medarbetare och följs sedan upp av ansvarig chef.

I syfte att lära av varandra och förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, följs avvikelser/synpunkter regelbundet upp på till exempel verksamhetsledningar tillsammans med MAS/MAR/SAS och verksamhetsutvecklare.

5.8 Lex Maria

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Händelserna utreds av MAS/MAR som också bedömer om en anmälan ska göras. IVO säkerställer att utredningen är fullständig och att de eventuella åtgärder och förändringar i verksamheten som vårdgivaren vidtagit är adekvata.

5.9 Lex Sarah

14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5

Var och en som är verksam inom berörda verksamheter utifrån SoL och LSS omfattas av skyldigheten att rapportera händelse som orsakar risk för missförhållande eller missförhållande enligt gällande lagstiftning. Dessa händelser utreds av SAS som föreslår åtgärder som bör tas fram för att säkerställa att missförhållandet inte kan hända igen. Vid allvarlig risk för missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO på delegation av nämnden.

5.10 Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Uppföljning genom egenkontroll har genomförts inom bland annat följande områden:

- Verksamhetsgranskning utifrån gällande lagstiftning
- Vårdinventering av hälso- och sjukvårdsinsatser en gång per år
- Kontinuerlig journalgranskning i samband med verksamhetsgranskningar, utredningar och avvikelser
- Fördjupad journalgranskning HSL
- Uppföljning av följsamhet till rutin för bedömningar inom hälso- och sjukvård i förebyggande syfte vad gäller fall, nutrition, trycksår och munhälsa, två gånger per år
- Uppföljning av andel aktuella genomförandeplaner, samt uppföljning av följsamhet till rutiner gällande vårdplaner och läkemedelsgenomgångar/symtomskattningar, två gånger per år
- Analys av rapporterade synpunkter, avvikelser samt lex Sarah och lex Maria på verksamhets-områdes- och förvaltningsnivå, två gånger per år
- Uppföljning av följsamhet till rutiner om jäv, loggningskontroller och delegationsordning inom myndighet
- Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler en gång per år
- Analys av resultat från de kvalitetsregister förvaltningen deltar i (BPSD registret, Senior alert och det palliativa registret) kvartal- eller tertialvis
- Analys av resultatet i brukarundersökning på kortidsverksamheterna två gånger per år
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende genomförs årligen
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens sammanställning ”Öppna jämförelser vård och omsorg” genomförs årligen
- Analys av resultatet i Socialstyrelsen sammanställning ”Öppna jämförelser socialtjänst” genomförs årligen
- Regelbunden uppföljning av de processer som har implementerats i verksamheten, i syfte att ta reda på om dessa är kända och används på avsett sätt samt för att identifiera utvecklingsområden
- Uppföljning och analys av kontinuitetsmätningar i hemtjänsten

Resultaten har sammanställts, analyserats och utvecklingsområden har identifierats och omhändertagits. Så långt det är möjligt har könsuppdelad statistik använts för att identifiera eventuella skillnader mellan man och kvinna.

6 RESULTAT OCH ANALYS

PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

6.1 Riskanalys

Förvaltningen har genomfört fem risk- och konsekvensanalyser på övergripande nivå. Dessa har handlat om:

- Nytt trygghetssystem på vård- och omsorgsboende och korttid samt i ordinärt boende
- Tillfällig flytt av Bodagatan en avdelning pga. renovering
- Förändring av behörighetsgränser i Viva SOF/VÄF
- Förändring av behörighetsgränser i Viva VÄF
- Omorganisation inom vård- och omsorgsboende

Med utgångspunkt från genomförda riskanalyser upprättas handlingsplaner där risk identifierats. Enligt rutinen ska handlingsplanerna följas upp inom sex månader efter genomförd riskanalys. Förvaltningen har följt upp fyra riskanalyser. Dessa har handlat om:

- Nytt arbetssätt planering av hemtjänstinsatser
- Förändrat arbetssätt matdistribution/ webbinköp
- Förändrat arbetssätt - Trygg hemgång inom hemtjänsten
- Behörighetgränser i Viva

Risk- och konsekvensanalyser på verksamhets- och/eller avdelningsnivå redovisas inte i den övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.

6.2 Synpunkter och klagomål

Det har rapporterats 160 synpunkter under året (145 i egen regi och 15 privat regi) vilket är i nivå med föregående år. Av de inkomna synpunkterna är 95 klagomål men det finns också 43 beröm, några förslag och en del frågor till verksamheterna. Det är främst klagomål på brister i insatsernas utförande samt brister i kommunikation och information. Analysen av klagomålen visar ett det är i stort sett samma brister som återkommer trots vidtagna åtgärder i de specifika ärendena. En orsak till detta kan vara att det fortfarande brister i att den enskilde är delaktig i hur insatserna genomförs.

Inom hemtjänst och hemsjukvård finns det fortsatt synpunkter kring bilkörning; höga hastigheter samt att bilarna parkeras felaktigt. I verksamheterna tas inkomna synpunkter om bilkörning och parkering upp med den medarbetare som synpunkten rör men trots detta återkommer samma synpunkter.

Det beröm som inkommit är främst på korttidsenheterna, hemtjänsten och dagverksamhet. Berömmet handlar om nöjdhet med personalen och insatserna. Se statistik i bilaga 1.

6.3 Organisatoriska avvikelser

Under året har 15 organisatoriska avvikelser rapporterats, utretts och åtgärdats. De flesta avvikelserna har rapporterats inom hälso- och sjukvården och har handlat om brister i information och kommunikation samt omgivning och organisation. Resterande avvikelser har varit inom myndighet,

kvalitet och utveckling samt inom kosten.

6.4 Avvikelser på individnivå

Egenkontroll avvikelser

Inom förvaltningen finns en enkät för egenkontroll i syfte att ge verksamheten möjlighet att följa upp om processen för avvikelser och lex Sarah är känd, används på avsett sätt samt för att identifiera eventuella utvecklingsområden. Enkäten är ett stöd till verksamheten och respektive chef beslutar om den ska genomföras.

Med utgångspunkt från egenkontrollen om avvikelser som genomfördes inom hemtjänsten och korttidsverksamheten 2021, har SAS haft en fördjupad utbildning under 2022 för samtliga chefer, metodhandledare och processledare i hemtjänst. Utbildningen har byggt på resultat och utvecklingsområden som identifierades av verksamheterna utifrån systematiskt förbättringsarbete gällande avvikelser SoL och lex Sarah.

Avvikelser HSL

Det har totalt rapporterats 6991 HSL avvikelser i verksamhetssystemet Viva.

- Läkemedel - totalt rapporterades 5839 avvikelser, vilket är i stort sett samma som tidigare år. Dessa handlar främst om delvis eller helt utebliven dos av apodos eller dosett och att signering saknas när läkemedel givits. Se statistik i bilaga 2
- Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser- totalt rapporterades 1348 avvikelser. Dessa handlar främst om hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av baspersonal, dokumentation och informationsöverföring. En avvikelse kan innefatta flera händelser och syns då inte i statistiken. Detta innebär att antalet avvikelser borde varit fler. Se statistik i bilaga 3.

Avvikelser i vårdsamverkan

En avvikelse i vårdsamverkan är när överenskommelser, riktlinjer eller samordnade individuella planer inte följs. Genom att rapportera avvikelser kan en helhetsbild synliggöra det som brister i samverkan. En avvikelserapport fokuserar i första hand på vad som har inträffat, inte på vem som har varit inblandad.

Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit 55 HSL avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst informationsöverföring, provtagning och vård och behandling. Från förvaltningen har det skickats 155 HSL avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring, läkemedel och vård och behandling. Majoriteten har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus'.

Från kommunen skickades 23 SoL avvikelser. Övervägande har det handlat om följsamheten till överenskommelsen om in och utskrivningsprocessen inom sluten vården. Orsakerna har varit brister i informationsöverföringen vid utskrivning och vid planering i utskrivningsprocessen. Det har funnits några få som har berört bristande samverkan med primärvården.

Från Regionen har 7 SoL avvikelser inkommit, 6 av slutenvården och 1 av primärvården. Avvikelserna har handlat om brister i kommunikationen, avsaknad av resurser och informationsöverföring.

Avvikelser fall

Statistik se bilaga 4.

Det har totalt rapporterats 8746 fall avvikelser i verksamhetssystemet Viva, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. En trolig orsak till det ökade antalet fallavvikelser är en ökad rapportering av avvikelser samt att andelen brukare/patienter har ett ökat vård- och omsorgsbehov.

Ofta sker fallen i anslutning till en förflyttning, exempelvis till och från säng eller rullstol och det orsakas bland annat av att den enskilde har nedsatt balans och/eller svårigheter att förflytta sig.

Uppföljning av fall avvikelser ska göras i teamet där flera professioner deltar. Det är viktigt att ta reda på bakomliggande orsakerna till fallet och att sätta in åtgärder för att förebygga och förhindra att det inträffar igen.

Avvikelser SoL

Statistik se bilaga 5

Det har totalt rapporterats 928 avvikelser i verksamhetssystemet Viva, främst inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende.

Sammanställningen visar att den största delen som rapporterats främst handlar om utebliven insats, bristande/felaktig insats och en del på annat.

Ansvarig chef har i utredningar identifierat bakomliggande orsaker till att händelser har inträffat. Främsta orsakerna är att medarbetare inte följt instruktioner, riktlinjer eller rutiner, men även att det finns brister i samverkan, kommunikation och kompetens. Ytterligare orsaker som identifierats är personalbrist eller personal frånvaro.

Inom myndighet har det rapporterats 111 avvikelser under året. Dessa har till övervägande delen gällt händelser som inträffat i annan verksamhet. Det som är vanligast förekommande är att det uppstår brister i kommunikation, information och samverkan. Det som rapporteras och berör egen verksamhet handlar om brister i rättssäkerhet gällande lagstiftning och brister i följsamhet till lokala riktlinjer.

6.5 Lex Maria

MAS och MAR har under året påbörjat utredning av 25 händelser med risk för allvarlig vårdskada. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten, klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående samt från patientnämnd och IVO som begärt uppgifter. I samband med utredningar har ett flertal händelseanalyser gjorts tillsammans med enhetschefer och medarbetare. Sju av utredningarna har anmälts som lex Maria som berör allvarlig vårdskada. En av anmälningarna rör sex patienter på samma enhet. Anmälningarna rör:

- en patient som fått ett trycksår på hälen som blev större under loppet av en vecka. Medarbetare har inte följt vårdplan och inte dokumenterat, det har också varit kommunikationsmissar mellan personal och sjuksköterskan.
- en patient som har fått ett trycksår i ryggslutet. Medarbetare har inte kontaktat sjuksköterska och inte dokumenterat, det har också varit kommunikationsmissar mellan personalgrupper.
- en patient har utvecklat ett allvarligt trycksår under en tremånadersperiod. Befintliga rutiner har inte följts och det saknas kompetens.
- en patient med brännskada som inte uppmärksammades i tid och förlängde vårdförloppet. Det fanns medarbetare som inte fått fram information genom att fråga patienten och inte förstått allvaret. Det saknades också dokumentation.
- en patient där varken medarbetare eller sjuksköterska uppmärksammat stor viktnedgång, befintliga rutiner har inte följts och det var en kommunikation och dokumentationsbrist.
- sex patienter, alla med trycksår som uppkommit på samma enhet. Befintliga rutiner har inte följts, det har saknats kompetens och det har varit oklart vem som gör vad.
- en patient där medarbetare inte klippt naglarna på patientens händer och ett sår uppkommer i handflatan på ena handen. Sjuksköterskan var försenad i sin kontroll av såret efter påtalan av baspersonalen.

Fyra anmälningar som IVO återkopplat på så har vårdgivaren fullgjort sina skyldigheter utifrån utredning och vidtagna åtgärder för att så långt det är möjligt förhindra att händelserna upprepas. Nämnden väntar svar på övriga.

Anmälan medicintekniska produkter

Två anmälningar har gjorts till läkemedelsverket angående produktfel på medicintekniska produkter. Produktfelen gällde en duschpall samt en fast toalettförhöjning.

6.6 Lex Sarah

Statistik se bilaga 6

62 lex Sarah rapporter har rapporterats i förvaltningen. Tre av rapporterna har handlat om privata utförare, därför har de inte behandlats av förvaltningen utan lämnats för vidare utredning till aktuella utförare.

SAS har avslutat 40 ärenden inom ramen för lex Sarah och bedömt att inte utreda tre rapporter eftersom de inte har fallit inom ramen för rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Resterande är avslutade efter årsskiftet eller fortsatt pågående.

SAS inom Social klustret har arbetat med och reviderat lex Sarah processen. En förändring som har gjorts är att SAS inleder utredning utifrån alla rapporter oavsett innehållet i rapporten.

Antalet rapporterade händelse är i nivå som 2021. SAS kan se att den minskning av rapportering som skedde i hemtjänsten under 2021 har ökat under 2022, medan rapporteringen inom vård- och omsorgboende har sjunkit.

Det som rapporterats inom verkställigheten är brister i bemötandet, brister i utförande av insatser samt brister i fysisk miljö. Det har exempelvis varit bristande bemötande från personal till brukare, brister i kartläggning av brukarnas behov, överrapportering mellan verksamheterna samt felaktig utförda insatser.

Identifierade bakomliggande orsaker har handlat om:

- Utebliven eller otillräcklig dokumentation, att genomförandeplaner inte följs
- Brister i personcentrerat arbetssätt och kontinuitet
- Bristande samverkan
- Bristande kompetens
- Brister i rättssäkerhet
- Arbetssätt och rutiner har saknats eller har varit otydliga
- Rutiner och riktlinjer har inte följts
- Otydlighet kring tjänsteköp mellan förvaltningarna

Åtgärder som SAS har föreslagit har handlat om:

- säkerställa följsamhet till rutiner
- öka kompetensen inom förflyttningsteknik och nationella värdegrunden
- handleda och utbilda samt säkerställa följsamhet till social dokumentation och genomförandeplanen
- implementera arbetssätt för uppföljning av brukarnas behov
- tydliggöra arbetssätt vid tjänsteköp mellan förvaltningarna

Inom myndighet har det rapporterats 14 händelser. Fyra händelser har handlat om egen verksamhet och resterande har handlat om uppmärksammade brister i andra verksamheter inom förvaltningen eller annan vårdgivare.

Orsakerna i rapporterade händelserna i den egna verksamheten har handlat om brister i rättssäkerheten och följsamhet till lagkrav och rutiner.

Åtgärder som SAS har föreslagit har handlat om:

- kännedom och följsamhet till lagkraven gällande kommuniceringsskyldigheten
- följsamhet till aktuella rutiner för kommunicering och rutin för att fatta beslut.

Anmälan till IVO

Av 62 utredningar bedömdes tre av dem som allvarliga missförhållanden och anmäldes till IVO. Alla tre är avslutade av IVO med beslut att inte inleda vidare utredning och att de föreslagna åtgärder som har lämnats av SAS har varit tillräckliga för att liknande händelser inte händer igen.

Sammanfattning/bedömning av SAS:

- Rapporteringen i helhet har varit i nivå med föregående år. Tidigare minskad rapportering inom hemtjänsten har ökat och rapportering inom myndighet ökat, men på vård och omsorgsboende har minskat.
- Det finns en öppenhet i organisationen att söka stöd hos SAS vid tveksamhet om hur en händelse ska rapporteras.
- SAS genomförde en fördjupad utbildning utifrån egen kontroll i hemtjänsten och korttidsverksamheten. Responsen från utbildningen var positiv och satte fokus på att det fanns fortfarande utvecklingsområden inom rapporteringsskyldigheten som handlar om att förändra kulturer och skapa ett systematiskt arbetssätt för att uppnå lärande på alla nivåer.
- Brister i dokumentationsskyldigheten är fortfarande ett återkommande område vilket medför att verksamheten inte kan styrka att brukarna får en god och säker omsorg och riskerar att brukarnas rättssäkerhet inte uppnås.
- Utifrån två allvarliga händelser som har handlat om tjänsteköp mellan förvaltningar behövs ett förtydligande av vad tjänsteköp innebär och hur det ska bedrivas utifrån kompetenskrav.
- Det behöver hittas former för uppföljning av åtgärder i lex Sarah för att se om det leder till förbättringar i verksamheten.

6.7 Egenkontroll

Hygien

Arbetet med att sprida kunskap och information till alla medarbetare kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning har skett kontinuerligt. I detta arbete har sjuksköterskor med särskilt ansvar för hygien tillsammans med enhetschefer och hygienombud i verksamheten haft en central roll.

Egenkontroll hygien har genomförts med hjälp av enkäter och observationer. Analysen visar att förvaltningens resultat försämrats något gentemot de nationella krav som finns kring basala hygienrutiner. Bland annat har följsamheten till handdesinfektion både före och efter vårdnära arbete minskat, vilket drar ner resultatet. En positiv utveckling är att medarbetarna i betydligt högre utsträckning än tidigare följer klädreglerna. Samarbetet mellan enhetschefer och sjuksköterska med särskilt hygienansvar har ökat. Vårdhygieniska frågor diskuteras mer regelbundet i verksamheterna, resultat och erfarenheter från genomförda mätningar, återkopplas i högre grad än tidigare till berörda personalgrupper.

Brukarundersökning

Den nationella brukarundersökningen i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende visar på ett förbättrat resultat på flera olika områden såsom bemötande, förtroende för personalen och att man sammantaget är nöjd med sin hemtjänst eller sitt boende. Resultatet är mycket positivt för flera områden på vård- och omsorgsboende men det är hemtjänsten som har förbättrat flest områden som tidigare fått lågt resultat. Resultatet visar att det går åt rätt håll, det vill säga fler nöjda brukare men strävan är att arbeta för att fler ska vara nöjda med insatserna.

Förvaltningen har utarbetat en egen enkät inom korttidsverksamheten med frågorna från den nationella undersökningen. Sammanlagt har 208 personer valt att besvara enkäten. Resultatet visade att drygt 95% sammantaget är nöjda med sin korttidsvistelse. Kortidsenheterna är den verksamhet som fått flest beröm i förvaltningen som visar på stor nöjdhet men det kan också bero på att blanketten för synpunkter aktivt delas ut i samband med att vistelsen avslutas.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård

Andelen med vårdplan inte äldre i sex månader har minskat något jämför med föregående år. Andelen var i oktober 75 % i ordinärt boende och 77% på vård- och omsorgsboende.

MAS och MAR har genomfört fördjupad journalgranskning för ett HSV team. Teamet har fått en rapport med förbättringsåtgärder. Journalgranskningar visar att det fortfarande finns förbättringsbehov av kvalitén i patientjournalen. Granskningarna har också visat att det är svårt att följa patientens delaktighet.

Dokumentation enligt Socialtjänstlagen

Andelen med aktuell genomförandeplan inte äldre i sex månader ligger i stort sätt på samma nivå som föregående år. Andelen var i oktober 76 % i hemtjänsten, 87% på vård- och omsorgsboende och på dagverksamhet 89%.

Verksamheterna ser en förbättring av innehållet i genomförandeplanerna. De beskriver tydligare hur brukaren önskar få insatserna utförda utifrån dennes enskilda behov samt att genomförandeplanerna stämmer bättre överens med beslut från biståndshandläggare genom att samtliga behovsområden finns tydligt beskrivet i planerna. SAS ser dock i sina granskningar att det fortfarande finns brister i social dokumentation och att fortsatta åtgärder behövs.

God vård vid demenssjukdom

Statistik se bilaga 7

I BPSD-registret har det genomförts 674 BPSD-skattningar på totalt 417 brukare, en liten ökning jämfört med föregående år. Antalet skattningar i BPSD registret sker på vård- och omsorgboende medan utvecklingen inom korttids och i ordinärt boende har varit näst intill obefintlig.

Utbildningar har genomförts för BPSD-administratörer. Inspirationsträffar för BPSD-administratörer, chefer samt legitimerade medarbetare har genomförts i syfte att utbyta erfarenheter och lära av varandra.

En stor del av medarbetarna inom myndighet, hemtjänst, korttid, dagverksamhet och vård- och omsorgsboende har utbildats i hur man bemöter personer med demenssjukdom. Medarbetare som tidigare har gått grundutbildningen har erbjudits en heldagsutbildning.

Alla legitimerade medarbetare har deltagit på en inspirationsföreläsning och utbildning i ”Palliativ vård vid demenssjukdom”.

Demensteamet har genomfört flera anhörigcirklar med syfte att anhöriga ska få kunskap och information om demenssjukdomar och bemötandefrågor samt träffa andra i samma situation för utbyte av erfarenheter och upplevelser.

Trots flera insatser inom demensområdet till brukare/patienter och medarbetare så behöver förvaltningen få ett tydligt och strukturerat arbete för att möta framtidens utmaningar med fler personer med demenssjukdom. Förvaltningen har sex prioriterade strategiska utvecklingsområden och demens är ett av dem.

God palliativ vård i livets slutskede

Statistik se bilaga 8

I Viva finns totalt 558 dödsfall registrerade inom VÄF, vilket är en ökning jämfört med föregående år. Under året har 485 dödsfall registrerats i det palliativa registret, varav 439 (90 %) var väntade dödsfall. Siffrorna avser personer som avlidit inom VÄF.

86 % av dödsfallen har registrerats i det svenska Palliativregistret. Detta innebär att målet att samtliga dödsfall ska registreras i det palliativa registret inte nås. En bidragande orsak till att målet inte nås tros fortsatt vara den dubbeldokumentation som legitimerad personal behöver göra vid dödsfall (det vill säga att dokumentera i både Viva och det palliativa registret). En åtgärd är att säkerställa att samtliga sjuksköterskor känner till gällande rutin.

Inom palliativ vård i livets slutskede har förvaltningen ytterligare två mål som utgår från de nationella målområdena för palliativ vård. Målen innebär att samtliga väntade dödsfall ska ha en smärtskattning och minst 90 % ska ha en munhälsobedömning sista levnadsveckan.

83 % av de väntade dödsfallen har en aktuell smärtskattning och 63 % har en aktuell munhälsobedömning. Andelen smärtskattningar har ökat något jämfört med föregående år och andelen munhälsobedömningar har minskat något. Det ses inga skillnader i resultatet mellan män och kvinnor men en viss skillnad i resultaten kan ses mellan de olika verksamheterna.

Under året har det registrerats 67 väntade dödsfall där Covid-19 har valts med pågående, misstänkt eller genomgången diagnos, 59 av dessa var väntade dödsfall. 88 % av de väntade dödsfallen hade en aktuell smärtskattning och 56 % hade en aktuell munhälsobedömning.

Analys av resultaten kopplat mot målen samt diskussion om åtgärder har genomförts en gång/termin på verksamhetsledningar där både enhetschefer från HSV och enhetschefer från verkställigheten deltagit. Lokala handlingsplaner har upprättats i syfte att förbättra den palliativa vården i livets slutskede.

Hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av baspersonal

I IT systemet MCSS signeras hälso- och sjukvårdsinsatser digitalt som utförs av baspersonal på delegering eller instruktion. Det har bidragit till att synliggöra de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i förvaltningen. Om de inte utförs eller utförs för sent ska en avvikelse skrivas. På förvaltningen har 4 042 542 insatser varit avsedda att signeras utav dessa är 4 % ej signerade det vill säga ca 160 000 insatser. Icke signerade insatser ska dokumenteras i en avvikelse vilket kan ses i avvikelsestatistiken att det inte görs.

På vård och omsorgsboende har det utförts 2 466 470 insatser. 98 % är signerade.

Inom ordinärt boende har det utförts 1 288 342 insatser i egenregi Av dessa är 93 % signerade. Inom ordinärt boende har det även utförts 123 594 insatser i privat regi, varav 96% är signerat.

Båda områdena har ökat något i andelen signerade insatser sen föregående år men det finns fortfarande ett förbättringsområde att samtliga insatser ska vara signerade. Se statistik i bilaga 9.

Läkemedel

Målet är att minska olämpliga läkemedel såsom psykofarmaka (inklusive lugnande läkemedel, sömnmedel). Dessa läkemedel räknas som olämpliga eftersom de ger biverkningar som t.ex. förvirring och ökad fallrisk. Vårdinventeringen visar att 17 % av patienterna som har helt övertaget läkemedelsansvar på vård- och omsorgsboende har behandling med tre eller fler olämpliga läkemedel. Detta är en minskning jämfört med föregående år, som då var 21 %.

Läkemedelsgenomgångar

Enligt rutin ska samtliga patienter som är inskrivna i hälso- och sjukvården och där verksamheten övertagit läkemedelsansvaret ha en aktuell läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

Resultaten i den statistik som togs fram i oktober månad visade att 50 % på vård- och omsorgsboende hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Det är en ökning jämfört med föregående år då 42 % hade en aktuell läkemedelsgenomgång.

Vårdcentralernas intervall för årskontroll/läkemedelsgenomgång varierar mellan 12-15 månader. Detta medför att det inte går att jämföra siffror vilket påverkar förvaltningens möjlighet till måluppfyllelse. Läkemedelsgenomgångar är en återkommande punkt vid samverkansmöten mellan vårdcentralerna och kommunal hälso- och sjukvård och i Närvårdssamverkan i syfte att förbättra kvalitén för patienten.

Läkemedelshantering kvalitetsgranskning

Årlig granskning ska genomföras enligt läkemedelsföreskriften och framtagna rutiner för de enheter som hanterar läkemedel. Utifrån resultatet har enheterna gjort handlingsplaner för förbättringsområden. Några områden att förbättra är kontroll av läkemedelslista i samband med överlämnade av läkemedel, förvaring av läkemedel och hantering av signaturförtydliganden.

Mat och måltidsmiljön

Arbetet med att säkra Livsmedelsverkets nationella riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen har fortsatt. Fokus har legat på aktiviteter kopplat till det riskförebyggande arbetet att förebygga undernäring. På nätverksträffarna för måltidsombuden på vård- och omsorgsboenden och dagverksamhet möttes deltagarna upp och hade praktiskt tillämpning. Grupperna fick arbeta praktiskt med och träna bland annat på portionsstorlek, uppläggning av måltid vackert på tallrik, ätstödjande åtgärder och kontrastdukning.

Nätverksträffar har genomförts för inköpsombud, hemtjänstkoordinatorer, matdistributörer och delvis biståndshandläggare. Syftet har varit att öka samverkan och delaktighet i uppföljning av arbetssätt och leverantör samt ge stöd i arbetet runt inköp och matdistribution.

En digital utbildning för medarbetare i hemtjänsten har tagits fram med syfte att stärka kompetensen inom området samt kvalitetssäkra de insatser som utförs. Alla biståndshandläggare har fått grundläggande utbildning i måltider för äldre och undernäringens problematik hos äldre.

Munhälsa och nödvändig tandvård

Förvaltningen har med utgångspunkt från 2018 års överenskommelse om samverkansprojekt för förbättrad munhälsa hos äldre i Borås Stad tillsammans med Tandvårdsstyrelsen i VGR fortsatt arbetet med munhälsa och nödvändig tandvård. Projektet har fokuserat på att stärka kompetensen i intygsutfärdande, munhälsobedömningar och utförande av daglig munvård.

Målsättningen för arbetet har varit att öka andelen brukare som ska ha rätt till nödvändigt tandvårdsintyg, men som inte har identifierats av kommunen. Arbete har pågått och målet är uppnått för brukare boende på vård- och omsorgsboende. Pågående arbete är att följa statistik gällande nödvändig tandvårdsintyg för att identifiera om något boende behöver stöd i arbetet.

För personer som bor på ordinärt boende krävs mer arbete för att öka upp antalet nödvändig tandvårdsintyg. Arbete pågår med att biståndsbedömarna identifierar personer med rätt till nödvändigt tandvårdsintyg samt att arbete pågår med att ta fram informationsbroschyr till personer i ordinärt boende.

Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Statistik bilaga 10

Processen för riskförebyggande vårdåtgärder, med tillhörande instruktioner är tydliggjord och implementeringen har under året fortsatt i linjeorganisationen.

1613 unika personer har riskbedömts enligt Senior alert, vilket i stort sett är det samma som under föregående år.

Vid 90 % av riskbedömningar finns en eller flera risker identifierade. 24 % visar risk för trycksår, 56 % visar risk för undernäring, 81 % visar risk för fall och 37 % visar risk för ohälsa i munnen. I takt med att riskbedömningen har ökat, har verksamheten även lyckats få till ett systematiskt arbete där bakomliggande orsaker kartläggs till riskerna samt att åtgärder både planeras och vidtas i syfte att förhindra/avhjälpa riskerna.

Riskbedömningarna ska registreras i Viva och i Senior alert. För att undvika dubbeldokumentation finns Borås Stad med i den satsning som SKR påbörjat, som innebär att integrera kommunernas journalsystem med kvalitetsregistret Senior alert. Arbetet har intensifierats och innebär att vi i början av 2023 kommer ha möjlighet att integrera delar av arbetet mellan registret och Viva.

Skyddsåtgärder

Området skyddsåtgärder är en del i egenkontrollen i syfte att öka kunskapen då denna typ av åtgärder så långt det är möjligt ska undvikas. Rutinen för skyddsåtgärder har reviderats och tydliggjort arbetsgången då en brukare/patient har behov av någon form av skyddsåtgärd.

Ett förbättringsarbete pågår för att kunna följa statistik på insatta skyddsåtgärder på ett strukturerat sätt.Sex mätningar har gjorts på vård- och omsorgsboende i egen regi under de tre senaste åren och snittet visar att 40 % av brukarna har skyddsåtgärder. Det finns en spridning mellan 37-44 %. Antalet boende med dokumenterade skyddsåtgärder kommer över tid att variera beroende på vilka behov de boende har.

Trycksår

Det har rapporterats 61 avvikelser gällande trycksår. MAS och MAR har genomfört en fördjupad analys av inkomna avvikelserapporter trycksår (18 stycken). Djupgranskningen visar att samtliga granskade trycksår som uppkommit i verksamheten har/hade varit undvikbara.

Några av avvikelserna har varit allvarliga och lex Maria anmälningar har gjorts. MAS/MAR ser i utredningarna att sommarperioden samt byte av vårdform är ett riskområde för att få trycksår. Bakomliggande orsaker är delvis brist på kompetens hos medarbetare och intern samverkan mellan professioner.

Under hösten publicerades ett utbildningsmaterial av MAS/MAR om rutiner och samverkan vid trycksår. Materialet riktar sig till alla medarbetare.

Verksamhetsgranskning

Tre verksamhetsgranskningar har genomförts av MAS/MAR och SAS, en i hemtjänsten i privat regi, en i hemtjänsten i egen regi och en gemensam granskning på två korttidsenheter. Fokus har varit att granska brukare/patientens delaktighet i sin vård och omsorg. Genomförda granskningar visar att brukares/patienters delaktighet kan förbättras bland annat genom att ta del av sina planer. Det framkommer även att förbättringar behövs i kommunikation och samverkan kring patient/brukare. Verksamheterna har påbörjat arbete med förbättringar utifrån sina utvecklingsområden som återkopplas i en skriftlig rapport som delges till verksamheterna och diarieförs.

Öppna jämförelser äldreomsorg/socialtjänst samt enhetsenkät

Det finns inget uttalat mål inom Öppna jämförelser. Resultatet i Öppna jämförelser av vård och omsorg till äldre har förbättrats i jämförelse med tidigare års resultat. Resultatet visar på förbättringar inom flera områden som troligen beror på att verksamheterna fortsatt med åtgärder i syfte att förbättra under en längre period. Ett förbättringsområde är bland annat att minska olämpliga läkemedel som också har förbättrat från 13,3 till 7,6 under en period på sex år.

Enhetsenkäten till hemtjänst och vård- och omsorgboende samt enkäten Öppna jämförelser socialtjänst, undersöker hur samverkan i kommunen sker kring den enskilde, både internt och externt. Flertalet av de efterfrågade rutinerna och arbetssätten har upprättas eller är under framtagande inför kommande år.

7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Inom hemtjänsten har tre LOV företag bedrivit verksamhet under året och ca 11% av dem med beviljade hemtjänstinsatser har valt en privat utförare. Inom LOU har en ny upphandling pågått under året. Boendena har drivits av Attendo. Kvibergsgatan 17 drivs i egen regi sedan 1 oktober då nämndens beslut överprövades och nytt avtal har inte kunnat tecknas. Även Kapplandsgatan 8 kommer att drivas i

egen regi from den 1 april i väntan på tecknande av nytt avtal. Löpande uppföljningar som görs inom LOU redovisas i nämndens diarium. Uppföljning av utförare av kommunal verksamhet redovisas varje år till nämnden och till KS/KF i separat skrivelse.

Legitimerad personal har ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården inom upphandlad verksamhet, både LOU och LOV.

8 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Förvaltningen har att förhålla sig till visionen om framtidens Borås, budget, styrnings- och ledningsdokument samt bidra till kommunfullmäktiges fokusområden och nämndens mål.

Förvaltningen har beslutat att VÄF:s strategiska utvecklingsområden är:

- Förebyggande arbete inom alla verksamheter
- Digitalisering och välfärdsteknik
- Demens
- Personcentrerad vård
- Kompetensförsörjning
- Tillitsbaserat ledarskap och medarbetskap

För varje utvecklingsområde finns ett långsiktigt mål som beskriver vad vi vill och ska uppnå på några års sikt.

I hemtjänsten, på vård- och omsorgsboende och på korttid planeras fortsatta utbildningsinsatser utifrån socialtjänstens krav på dokumentation.

Inom området mat, måltid och nutrition är ett arbete med påbörjat med kompetenshöjande material som ska samlas i Canea. Det kommer även att finnas utbildningar inom området. En utbildning för sjuksköterskorna i nutritionsprocessen är framtagen och kommer att lanseras i början på 2023.

Med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen ”Agera för säker vård” har förvaltningen tillsammans med SOF tagit fram en handlingsplan och en aktivitetsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Prioriterade områden är bland annat patientmedverkan och patientperspektiv, dagligt patientsäkerhetsarbete, god säkerhetskultur, lärande av analyser samt säkerställa hanteringen av medicintekniska produkter.

En plan finns för fortsatt arbete med grundutrustning och att säkerställa hantering av medicintekniska produkter i ett ledningssystem.

Fortsatt arbete med att utveckla förvaltningens huvud-, lednings- och stödprocesser. Huvudprocessen ”att tillhandahålla omsorg och stöd” kommer fortsätta att utvecklas med stöd av de utvecklingslistor som finns framtagna. Huvudprocessen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” kommer fortsätta att utvecklas i syfte att den ska innehålla alla delar inom den kommunala hälso- och sjukvården för Sociala klustret. Båda processerna kommer även implementeras i berörda verksamheter.

Processen ”att rapportera, utreda och följa upp avvikelser och lex Sarah” kommer att utvecklas vidare bland annat i syfte att säkerställa kvalitén på både det som rapporteras som avvikelser men även på de utredningar och uppföljningar som görs.

Processen ”att säkerställa en god palliativ vård i livets slutskede” kommer att fokusera på att nå de nationella målområden som finns framtagna.

Processen ”riskförebyggande vårdåtgärder” kommer slutföra arbetet vad gäller integrering mellan Viva och Senior alert. Processen behöver även följas upp i syfte att kartlägga om den är känd och används på avsett sätt inom organisationen.

MAS, MAR och SAS kommer fortsatt att genomföra verksamhetsgranskningar med fokus på brukarens/patientens delaktighet.

MAS och MAR kommer fortsätta följa avvikelser gällande trycksår. En plan finns för fortsatt arbete med att utveckla förhindra uppkomst av sår och behandling av trycksår i verksamheten.

Andelen patienter med övertaget läkemedelsansvar som har olämpliga läkemedel behöver minska och utvecklingsarbeten behöver genomföras både internt och i vårdsamverkan.

Färdplan- Länsgemensam strategi för god och nära vård är antagen och börjar gälla januari 2023.

Millenium, ett IT-system som kommer att bli en plattform för att ge stöd till bland annat informationsförsörjningen mellan olika vårdgivare. Borås Stad och övriga kommuner i Västra Götaland har ett pågående samarbete i frågan. Resurser har tillsatts för förändringsarbete och införandet av Millenium kommer att ske i etapper och pågå fram till år 2024. Driftsättning blir under hösten 2024.

Fortsätta arbetet med att införa och utveckla välfärdsteknik enligt den plan som nämnden tagit fram samt följa upp effekterna för brukare/patient, medarbetare och chefer.

Förvaltningen behöver också förhålla sig till det som sker i omvärlden och några förändringar i form av lagförslag och utredningar är:

- utredningen med förslag till ny socialtjänstlag
- utredningen för utarbetande av en äldreomsorgslag och förslag för stärkt medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården
- införandet av nationell omsorgsplan
- lagförslag om skyddad yrkestitel för undersköterskor
- ny lag om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation
- lagen om fast omsorgskontakt i hemtjänst, där kravet är att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska from den 1 juli 2023