

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Vård- och äldre nämnden

2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Begreppsdefinitioner	4
Förkortningar	4
Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts.....	6
Egenkontroll.....	8
Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	9
Riskanalys.....	11
Informationssäkerhet	12
Avvikelser, synpunkter och klagomål	12
Lex Maria	12
Lex Sarah.....	13
Resultat och analys	13
Egenkontroll.....	13
Riskanalys.....	18
Avvikelser, synpunkter och klagomål	18
Lex Maria och lex Sarah.....	19
Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV	21
Mål och aktiviteter för kommande år	22
Bilagor	23

Sammanfattning

2019 har präglats av fortsatt arbete och implementering av mål, aktiviteter och uppdrag från tidigare år. 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. För att stärka det tvärprofessionella samarbetet har rutinen för teammöte reviderats och hälso- och sjukvården har organiserat sig i geografiska team.

Förvaltningen har under året fortsatt arbetet med att utveckla och implementera processerna. Inom hälso- och sjukvårdsprocessen har fokus varit delprocesserna ”delegering” och ”riskförebyggande vårdåtgärder”. I processen att tillhandahålla omsorg och stöd är myndighetsprocessen klar och följs upp kontinuerlig. Delprocessen ”förenklat beslutsfattande” har påbörjats. Processen ”rapportera, utreda och följa upp avvikelser enligt SoL, LSS och HSL samt lex Sarah” har tagits fram och utbildning har genomförts.

Utbildningsinsatser inom flera områden har genomförts, bland annat demens och munhälsa.

Välfärdsteknik är ett prioriterat område. Bland annat har digitala signeringslistor, MCSS införts.

Områden med ett bra resultat är bland annat:

- Basala hygienrutiner och klädregler har hög följsamhet till gällande lagstiftning
- Brukarundersökningar visar att brukarna till största delen är nöjda med sin korttidsvistelse, sin hemtjänst och sitt vård- och omsorgsboende
- Andelen patienter som har fått en riskbedömning fall, undernäring, trycksår och munhälsa har ökat
- Andelen patienter som smärtskattats sista levnadsveckan har ökat
- Antalet trycksår har minskat
- Kunskapen i vad som ska rapporteras som en avvikelse har ökat vilket bidragit till att fler avvikelser rapporteras

Områden där fortsatt utveckling behövs är bland annat:

- Säkerställa och öka brukarens/patientens delaktighet
- Utveckla dokumentation både inom SoL och HSL
- Tydliggöra läkemedelsprocessen med tillhörande rutiner och säkra att dessa efterföljs i verksamheten
- Minska andelen olämpliga läkemedel (görs tillsammans med primärvården och sjukhuset)
- Öka andelen BPSD skattningar för personer med demenssjukdom

Begreppsdefinitioner

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL
- 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 LOU (Lagen om offentlig upphandling) eller LOV (Lagen om valfrihet) kvarstår huvudmannskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföransvar 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
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård)
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för arbetslivsförvaltningen, individ och familje- omsorgen, sociala omsorgsförvaltningen samt vård- och äldreomsorgen i Borås stad.
- Stöd användare – medarbetare med uppdrag att stödja och hjälpa kollegor kring dokumentation i Viva

Förkortningar

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

HSL- Hälso- och sjukvårdslagen

HSLF-FS- Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa

IBIC- Individens behov i centrum

IVO- Inspektionen för vård- och omsorg

KAL- Kompetens och personalförsörjning, arbetsvillkor och lönebildning

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

NPÖ – Nationell patientöversikt

PPM – Punktprevalensmätning som genomförs av SKR

SAMSA- Gemensam IT tjänst mellan olika vårdgivare

SAS- Socialt ansvarig samordnare

SFS- Svensk författningssamling

SIP – Samordnad individuell plan

SKR- Sveriges kommuner och Regioner

SOL- Socialtjänstlagen

SOSFS- Socialstyrelsens författningssamling TAIK - Tandhygienist i kommunen

VGR-Västra Götalandsregionen

ViSam- Beslutsstöd för sjuksköterskor

Viva- Verksamhetssystem för dokumentation

Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

Förvaltningen arbetar systematiskt med åtgärder och resultat för att det ska bidra till att uppnå kvalitet på de insatser som ges för dem som verksamheten är till för. Kvalitetsarbetet dokumenteras kontinuerligt. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen beskriver det kvalitetsarbete som bedrivits i Vård- och äldreförvaltningen under 2019

Övergripande mål och strategier

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

Vård- och äldreförvaltningen har som mål att 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.

Vi är professionella, vi är engagerade och vår organisation är lärande. Det skapar förutsättningar för oss, verksamhetens medarbetare och chefer, att nå målen inom ramen för tilldelade resurser. Vi har en tydlig uppföljning av resultat.

Med kvalitet menas att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med sådana föreskrifter. Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och ytterst att med tilldelade resurser nå avsett resultat.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

SFS 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

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

All personal 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 och MAR

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig 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 lex Maria till IVO.

SAS

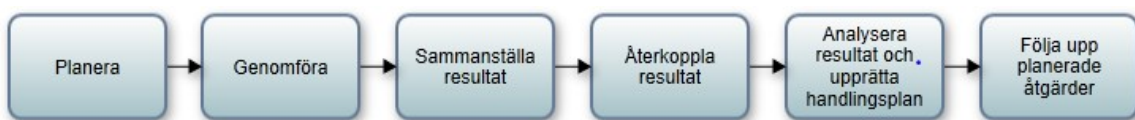
Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva tillsyn över verksamheter. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. SAS ansvarar även för att bedriva omvärlds- och lagkravsbevakning. SAS utreder inkomna lex Sarah rapporter och anmäler allvarliga missförhållanden till IVO.

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, verksamhetstillsyn av MAS, MAR och SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt lex Maria och lex Sarah.



Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts

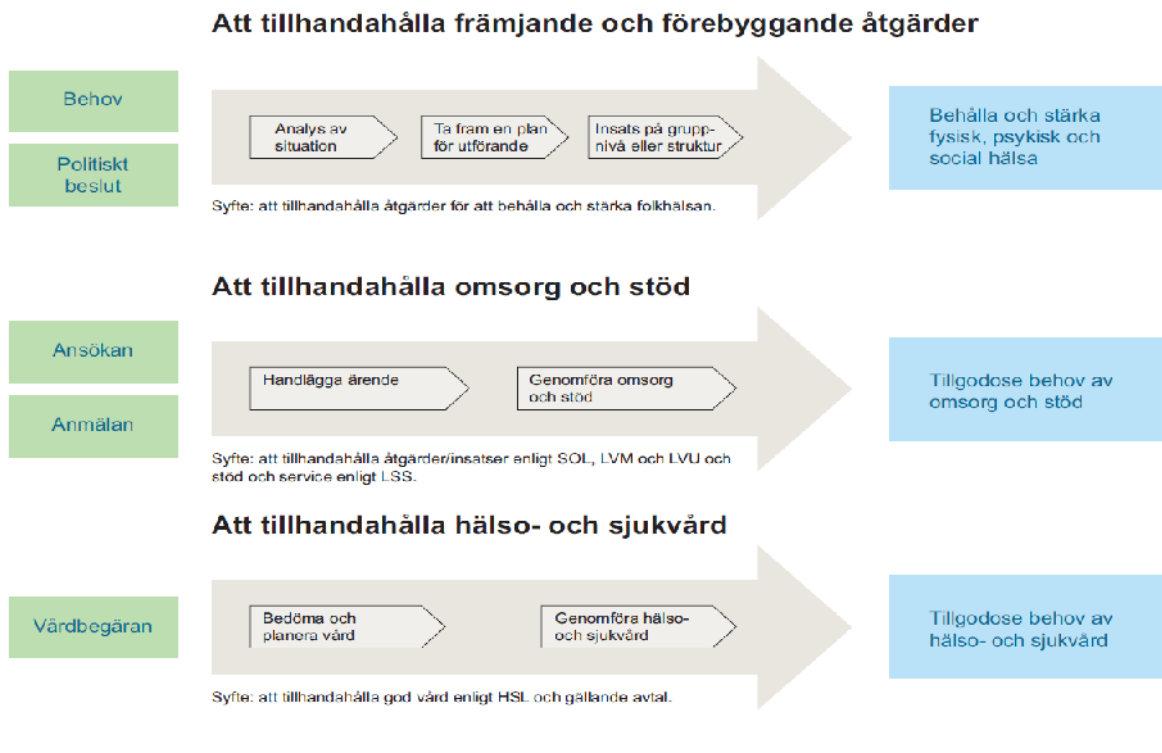
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Förvaltningen har under året arbetat med fortsatt implementeringen av ledningssystemet för kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Föreskriften innebär bland annat att förvaltningen har i uppgift att identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Huvudprocesser finns identifierade enligt bilden nedan och processägare är utsedda för processerna ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård”, samt ”att tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder”. Processen ”att tillhandahålla omsorg och stöd” är identifierad och processorganisationen håller på att utarbetas. En handbok som beskriver Sociala klustrets processmetodik och processledning har under året utarbetats. Handboken innehåller bland annat beskrivning av ledning och styrning för processutvecklingsarbetet på strategisk nivå.

Arbetet med den klusterövergripande huvudprocessen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” med tillhörande del- och stödprocesser har påbörjats. De del- och stödprocesser som är klara är ”riskförebyggande vårdåtgärder” (förhindra fall, undernäring, trycksår samt säkra en så god munhälsa som möjligt), samt processen för ”akutläkemedelsförråd”.

Processer där arbetet har påbörjats men inte är klart är ”vård i livets slutskede”, ”delegering” samt ”läkemedel”.

Inom huvudprocessen ”att tillhandahålla omsorg- och stöd” har förvaltningens gemensamma behovsriktade arbetssätt startat upp. Delprocessen för myndighetens arbete är klar sedan ett par år tillbaka och förvaltas kontinuerligt. Delprocessen ”förenklat beslutsfattande” har arbetats fram under hösten för att tydliggöra lagkraven inför att medborgare ska erbjudas möjligheten att ansöka om stöd, tvätt och digitalt stöd genom förenklat beslutsfattande enligt SoL 4 kap 2a. Arbetet har under hösten handlat om att identifiera och fastställa processen, samt påbörja arbetet med rutiner och planera för genomförandet.



Förvaltningen har fortsatt arbetet med att hitta gemensamma arbetssätt för verksamheternas egenkontroll med utgångspunkt från SOSFS 2011:9.

Brist på arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor, undersköterskor/vårdbiträden samt biståndshandläggare har funnits under hela året. Förvaltningen har deltagit i flera utvecklingsprojekt i samverkan med övriga vårdgivare. Verksamheter som önskat stöd eller handledning kring frågor kopplat mot hälso- och sjukvården har fått besök av MAS och MAR. Medicinskt ansvariga har genomfört introduktion i hälso- och sjukvård med legitimerad personal och enhetschefer. Introduktion för enhetschefer finns även inom socialtjänstens ansvarsområden. Nationella riktlinjer ger en vägledning för hälso- och sjukvårdsfrågor inom flera områden och diagnoser.

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

Förvaltningsledningen beslutade i maj 2019 att införa ett gemensamt behovsriktat arbetssätt enligt IBIC. Beslutet grundade sig på IBIC-projektets förslag som slutfördes hösten 2019. Arbetssättet innebär att vissa delar inom socialtjänstens befintliga arbetssätt förstärks och förbättras.

MCSS, Medication Care Support System, är ett digitalt verktyg för signeringslistor och delegeringar för att öka patientsäkerheten. Systemet infördes på vård- och omsorgsboende under våren. Hemtjänsten, korttid, dagverksamhet samt natt- och larmorganisationen påbörjade arbetsättet under hösten. MCSS består av två delar, ett webbverktyg och en app. Legitimerad personal lägger upp insatser och delegeringar i webbverktyget. Baspersonal signerar insatserna när de utförs hos patienterna i MCSS Appen.

För att säkerställa att social dokumentation görs enligt gällande lagstiftning har metodhandledarna i hemtjänsten tagit fram och genomfört utbildningar i behovsinriktat arbetssätt med fokus på social dokumentation. Samtliga dokumentationsombud har utbildats och har löpande nätverksträffar.

En arbetsgrupp med representanter från dag- och nattpersonal i hemtjänsten har arbetat fram ett förslag på arbetssätt där brukarens behov av insatser på natten ska framgå i genomförandeplanen.

Förvaltningen har deltagit i ett nationellt projekt om anhörigstöd, ISU (Impementering Systematisk Uppföljning). Syftet har varit att hitta arbetssätt för att följa upp effekten av anhörigstöd.

Under året påbörjades arbetet med att utarbeta två rutiner hur anställda ska uppmärksamma och ge stöd till brukare/patienter. Dessa handlar om de som är utsatta för våld i nära relationer och vid misstanke om missbruk.

Egenkontroll

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

Uppföljning genom egenkontroll har genomförts inom bland annat följande områden:

- Verksamhetstillsyner genomförs utifrån gällande lagstiftning
- Vårdinventering av hälso- och sjukvårdsinsatser en gång per år
- Kontinuerlig journalgranskning i samband med verksamhetstillsyner, utredningar och avvikelser
- Läkemedelsenkät en gång per år
- Enkät lex Sarah en gång per år
- 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 följsamhet till rutin gällande aktuella genomförandeplaner, vårdplaner och läkemedelsgenomgångar/symtomskattningar, två gånger per år
- Analys av rapporterade synpunkter, avvikelser SoL och HSL på verksamhets- områdes- och förvaltningsnivå, två gånger per år
- 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 Socialstyrelsens enhetsenkät inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst genomförs årligen
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst genomförs årligen
- Analys av resultatet i brukarundersökning på kortidsverksamheterna och i hemteamet kvartalsvis
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens sammanställning ”Öppna jämförelser äldreomsorg” genomförs årligen
- Analys av resultatet i Socialstyrelsen sammanställning ”Öppna jämförelser socialtjänst” genomförs årligen

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

Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

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 sjukvårdsvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan kommunen och primärvården.

Informationsöverföring mellan enheter/verksamheter eller olika vårdgivare (t.ex. mellan sjukhus och hemsjukvården) innebär risker om inte väsentlig information överförs. Ett av de vanligaste riskområdena är brister i kommunikation och samverkan vid vårdens övergångar. Detta uppmärksammas bland annat i avvikelser i vårdsamverkan. Under året har Borås stad deltagit i en pilot att använda regionens digitalt system, MedControl för hantering av avvikelser i vårdsamverkan. NPÖ ger legitimerad personal möjlighet att efter samtycke läsa delar av patientens journal hos andra vårdgivare. Detta underlättar kommunikation och informationsöverföring. I dagsläget kan inte andra vårdgivare ta del av den journal som skrivs i vårt verksamhetssystem Viva.

HSV team myndighet har gjort 365 bedömningar på inkomna vårdbegäran från öppenvården om inskrivning i hemsjukvård, varav 302 blev inskrivna i hemsjukvården. Kontinuerlig uppföljning och utveckling av arbetssättet om inskrivning i hemsjukvården har skett under året. Teamet har under året deltagit på 1435 samordnade vård- och omsorgsplaneringar. 1049 har skett genom videovårdplanering.

Med utgångspunkt från lagstiftningen ”Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” pågår ett arbete i samverkan för att den enskilda ska få en trygg och säker vård och omsorg,

De allt mer omfattande och kvalificerade vårdinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården ställer krav på en ökad samverkan vårdgivare emellan och på informationsöverföringen. Inom Närvårdssamverkan har arbetet pågått i ”Lokala arbetsgruppen äldre”, som leds av verksamhetschefen för hälso- och sjukvård i samverkan med representanter från såväl Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), Närhälsan och primärvårdens privata utförare, totalt 14 vårdcentraler. Den utarbetade och av Lokala Ledningsgruppen i Närvårdssamverkan beslutade handlingsplanen, har fokuserat på sju områden; samordnad individuell plan (SIP), palliativ vård i livets slutskede, god demensvård, riskförebyggande arbete, god och säker läkemedelsbehandling, trygg och säker vårdövergång samt samverkan vårdgivare emellan.

Som en del i Västra Götalandsregionens omställningsarbete till nära vård startade ”Klinik för Nära Vård” vid SÄS under första delen av 2019. I kliniken ingår PRIS (Palliativa resursteamet), Närsjukvårdsteamet, Andningsresursteamet och Omsorgskoordinatorer. Där ingår även det nystartade akutteamet benämnt NAV-teamet.

Förvaltningen har valt att delta och följa NAV-teamets arbete i pilotform under sex månader (oktober 2019-mars 2020) i ett geografiskt område (centrala Borås) omfattande patienter i ordinärt boende, vid korttidsenheten på Sörmarksgatan samt vid vård- och omsorgsboendena Österlånggatan och Margaretagatan. En uppföljning sker löpande av respektive vårdgivares erfarenheter och insatser. Primärvårdens delaktighet kommer att vara en viktig del för att säkra hela vårdkedjan.

Uppstarten av NAV-teamet har inte ingått i strukturen för närvårdssamverkan. Frågan har därför varit en stående punkt vid möten i närvårdssamverkan under senare delen av 2019 och fortsättningsvis under 2020. Detta för att följa vilka eventuella konsekvenser SÄS:s förändrade arbetssätt får för Vård- och äldreutskottet gällande eventuellt ökade volymer, dvs utökat antal patienter, behov av utökade delegeringsinsatser och ett ökat bemanningsbehov av sjuksköterskor men även andra yrkeskategorier inom förvaltningen. Viktigt är att följa om ansvarsfördelning påverkas och om en förskjutning av utförandet av vårdinsatser och patientansvar sker till den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal ingår inte akuta patientinsatser för patienter som inte omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Ett evidensbaserat beslutsstöd för sjuksköterskor benämnt ViSam har införts. Beslutsstödet ska leda till att patienten får vård på rätt vårdnivå och att informationsöverföringen till andra vårdgivare säkras oavsett boendeform.

Samverkan mellan interna aktörer

Intern samverkan regleras i olika rutiner. Exempel på sådana rutiner är:

- Teammöten
- Kontakt med legitimerad personal för omvårdnadspersonal
- Sjuksköterskeinsatser hela dygnet, samordning och ansvar
- Rutin för brukare/patient som tillfälligt vistas utanför egen verksamhet
- Rutin informationsöverföring och klargörande av hälso- och sjukvårdsansvar för personer inom funktionshinderverksamheten och psykiatrien.

Samverkan med patienter, brukare, klienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Genom arbetssättet IBIC planeras och genomförs insatserna i dialog med den enskilde. Den enskildes delaktighet synliggörs i utredning, planering och genomförande samt uppföljning av insatser, så att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser.

Inom vård- och omsorgboende har arbetet med att stärka individens delaktighet inriktats på två huvudsakliga områden; tydliggörande av kontaktmannaskap samt breddinförande av brukarråd. Inom Borås Stad används begreppet Socialt Omsorgsansvar (SOA), vars huvudsakliga syfte är att säkerställa en god och nära relation med brukare och närstående. Den nära relationen är viktig för att brukare och närstående ska känna trygghet. SOA ansvarar för att genomförandeplan är aktuell genom tät dialog med brukare och närstående och deltar också på team då brukaren är aktuell för uppföljning. Brukarråd har konstaterats vara en framgångsfaktor för en högre delaktighet och möjlighet att påverka på några av våra vård- och omsorgsboenden som infört detta. De goda erfarenheterna sprids nu till samtliga boenden. En dagordning har tagits fram som ringar in de områden som våra boende gärna vill diskutera, och som ska vara en hjälp för den som leder mötet (oftast enhetschef). Det är de boende som utgör deltagarna på boenderråd, och punkter som det lämnas synpunkter på är kosten, hur man önskar fira högtider, vilken form av aktivitet som önskas (ex musikunderhållning och vilken musik) mm. Brukarråd genomförs på boenden inriktade på somatisk sjukdom såväl som på inriktning demenssjukdom.

Inom hemtjänsten har man förändrat arbetssättet i syfte att stärka individens delaktighet. När nya personer beviljas hemtjänst numera ett välkomstbesök där enhetschef och medarbetare deltar, målsättningen är att SOA deltar. Vid välkomstsamtalet ges information som är av vikt att känna till och den brukaren kan beskriva hur hen önskar få sina hjälpinsatser utförda och annat som verksamheten behöver ha kännedom om. Genomförandeplan upprättas tillsammans med brukaren utifrån beviljade insatser som beskriver hur man önskar få sitt stöd och hjälp utförd.

I hälso- och sjukvården sker i dialog med patienten och legitimerad personal som samverkar vid upprättandet av vårdplan/rehabiliteringsplan. Möjlighet till delaktighet och inflytande kommer ytterligare att underlättas när Viva web introduceras, vilket underlättar utökad dokumentation i patientens hem och tillsammans med patienten.

Myndighet har arbetat med områdena bemötande, delaktighet och förbättrad kontinuitet. Vad gäller bemötande samt att stärka medarbetarna till att än bättre klara av rollen det innebär att vara myndighetsperson har alla medarbetare genomgått en MI- utbildning (motiverande samtal). I syfte att stärka delaktigheten har myndighetsutövningen arbetat vidare med att utbilda personalen i IBIC. Syftet med detta är att bjuda in brukaren till att vara delaktig i hela utredningsförfarandet samt i att sätta upp egna mål med insatserna. Under tidigare år har just vårdplaneringssituationen varit den som brukare eller anhöriga haft synpunkter på vad gäller bemötande och brist på känslan av delaktighet. För att möta upp bland annat detta har myndighet omorganiserats så att brukaren numera har samma biståndshandläggare även vid vårdplanering och inte som tidigare en särskilt utsedd vårdplanerare.

Inom korttid bjuds brukaren och/eller dennes anhörig in till välkomstsamtal vid ankomst till korttidsenhet eller hemteam. I samband med detta upprättas en genomförandeplan i dialog med brukaren.

Inom biståndsbedömd dagverksamhet för demenssjuka så har brukaren och/eller dennes anhörig bjudits in till välkomstsamtal innan start. I samband med detta lämnas en levnadsberättelse ut där brukaren och/eller dennes anhörig uppmanas fylla i viktig information som ligger till grund för ett personcentrerat arbetssätt. Levnadsberättelsen ger verksamheten kännedom om vad som är eller har varit betydelsefullt för brukaren. Den ger en bättre bild av personen bakom sjukdomen. Som ett nytt stöd för att utveckla genomförandeplanen så har ett material från Svenskt Demenscentrum, ”Checklista demens dagverksamhet” använts. Checklistan är ett arbetsredskap och ett hjälpmedel för att för att följa upp de nationella riktlinjerna och utveckla den personcentrerade omvårdnaden.

Risakanalys

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.

Borås Stads modell för risk- och konsekvensanalys enligt rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete har vidareutvecklats. Målsättningen har varit att kombinera riskanalys ur flera olika perspektiv såsom medarbetare, patient/brukare samt organisation. Inom förvaltningen har ett nätverk skapats med medarbetare som genomför övergripande riskanalyser. Utbildning i förvaltningens modell för verksamhetsnära riskanalyser erbjuds enhetschefer och skyddsombud två tillfällen per termin. Under året har cirka 50 personer utbildats.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Förvaltningen jobbar kontinuerligt med informationssäkerheten, dels på en förvaltningsnivå genom att fortsätta klassificeringarna/identifieringen av eventuella säkerhetsbrister samt åtgärder i samtliga system som används av förvaltningen men också på en central nivå i Borås Stad. Detta med hjälp av ett större nätverk mellan förvaltningarna i Borås stad och närliggande kommuner.

Nämnden har under året fått en sammanställning över de personuppgiftsbehandlingar som sker inom nämndens ansvar. Nämnden har också blivit granskad av Boråsregionens Dataskyddsombud för att säkerställa att förvaltningen jobbar på rätt sätt med informationssäkerhet och med dataskyddsförordningen.

Informationssäkerhetsklassificering har gjorts i systemet MCSS (Digitala signeringslistor) och konsekvensbedömning har gjorts i appen Viva Omsorg.

Ett arbete med att förbättra och förenkla loggningskontroller av användare utefter de krav som finns har inletts och kommer att fortsätta under 2020.

En förbättring har gjorts av processen för registervård i systemen vilket gör att informationsflödet begränsas.

MAS, MAR och SAS har granskat journaler i samband med verksamhetstillsyner och vid utredningar. Granskning har skett av ärenden i SAMSA av MAS och MAR

Avvikelser, synpunkter och klagomål

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering samt avvikelshantering enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

En gemensam process med tillhörande instruktioner och utbildningsmaterial för avvikelser och lex Sarah har utarbetats i det sociala klustret. Som stöd för verksamheten har en webbutbildning som riktar sig till baspersonalen och en webbutbildning som riktar sig till legitimerad personal och chefer utarbetats. Under året har information getts till enhetschefer via verksamhetsledningar, legitimerad personal via arbetsplatsträffar och till stöd-användare inom hemtjänst och korttid via stöd-användarträffar. Verksamhetssystemet Viva har anpassats för att stödja processen.

I syfte att lära av varandra och att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, följs avvikelser/synpunkter upp på tex.verksamhetsledningar, arbetsplatsträffar samt av MAS, MAR och SAS. Rapporterade avvikelser/synpunkter sammanställs och analyseras en gång i halvåret. Med utgångspunkt från analysen identifierar verksamheterna riskområden och handlingsplaner upprättas.

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 och 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.

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 vidtas för att förhindra att ett liknande missförhållande ska inträffa igen. Vid allvarlig risk för missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Basala hygienregler och klädregler

Egenkontroll hygien har genomförts med hjälp av enkäter och observationer. Analysen visar att förvaltningen liksom tidigare år i hög grad följer de nationella krav som finns kring basala hygienrutiner och klädregler. Exempel på områden där verksamheten når framgång är andelen medarbetare som svarar att handdesinfektion används direkt före och efter patientnära arbete, användning av kortärmade arbetskläder samt låg förekomst av långt hängande hår, ringar, klockor, långa naglar och nagellack.

De utvecklingsområden som identifierats är de samma som föregående år och handlar bland annat om att säkra att åtgärder vidtas i de fall där medarbetare inte följer de rutiner/regler som finns kring basal hygien samt att säkerställa att det med utgångspunkt från stadens rutin för vårdhygien finns utsedda hygienombud, sjuksköterskor med särskilt ansvar för hygien samt att det finns fasta mötessituationer då vårdhygien diskuteras.

Verksamheterna haft möjlighet att varje månad följa upp och diskutera viktiga frågeställningar kring basala kläd- och hygienregler med hjälp av förvaltningens hygienkalender.

Förvaltningsledningen har tagit beslut att samtliga medarbetare en gång om året ska ta del av en 15 minuter lång webbutbildning som utarbetats av Stockholms läns landsting och som ger grundläggande kunskaper i basala hygien- och klädregler.

Brukarundersökning

Under våren besvarade totalt 389 brukare Socialstyrelsens enkät inom vård- och omsorgsboende, vilket motsvarade 56 %. Resultatet visade att 82 % sammantaget är nöjda med sitt vård- och omsorgsboende. Inga skillnader finns i svaren mellan män och kvinnor, vem som har besvarat enkäten (det vill säga den äldre eventuellt tillsammans med någon annan eller enbart någon annan) eller i regi form.

Inom hemtjänsten var det totalt 1048 brukare som valde att besvara enkäten, vilket motsvarade 64 %. Resultatet visar att 84 % sammantaget är nöjda med sin hemtjänst. Inga skillnader finns i svaren mellan män och kvinnor eller vem som besvarade enkäten. 72 % är sammantaget nöjda med sin hemtjänst i privat regi och 86 % i egen regi.

Eftersom Socialstyrelsens brukarundersökning inte riktar sig till de som vistats på korttidsverksamheten har förvaltningen valt att utarbeta en egen enkät med frågorna från den nationella undersökningen. Under året var det totalt 299 personer som valde att besvara enkäten. Resultatet visade att 95,2 % sammantaget är nöjda med sin korttidsvistelse.

För mer information se bilaga 1.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård

MAS och MAR har granskat journaler i samband med verksamhetstillsyn och vid utredningar. Journalgranskningar visar att det fortfarande finns förbättringsbehov av kvalitén i patientjournalen. Granskningarna har också visat att det är svårt att följa patientens delaktighet. Det saknas en funktion som håller ihop och utvecklar hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Från 1 januari 2019 är kommunerna skyldiga att lämna uppgifter om de vårdåtgärder som utförs av legitimerad personal till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ett arbete har gjorts att uppdatera verksamhetssystemet Viva och utbildningsinsatser har gjorts till legitimerad personal.

Dokumentation enligt Socialtjänstlagen

SAS har genomfört granskning av social dokumentation både i anslutning till verksamhetstillsyner men också vid utredningar enligt lex Sarah. Under 2019 har det framkommit, både vid verksamhetstillsyner och i de utredningar som gjorts enligt lex Sarah, att det fortfarande brister i dokumentation utifrån Socialtjänstlagen. Det saknas dokumentation om händelser av vikt vilket kan försvåra i händelseanalysen i en lex Sarah utredning, då det inte går att följa eller säkerställa vad som kan ha drabbat en brukare. Det finns även brister i att se brukarens delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen och i utförandet av de insatser som beskrivs i genomförandeplanen

Andelen med aktuell genomförande plan, inte äldre än sex månader, var i oktober 80 % i hemtjänsten och 84 % på vård- och omsorgsboende. Det är en förbättring jämfört med 2018 då hade 76 % i hemtjänsten och 80 % på vård- och omsorgsboende en aktuell genomförandeplan.

God vård vid demenssjukdom

Det har genomförts 586 BPSD skattningar på totalt 386 brukare en liten ökning från 2018 då hade man 573 BPSD skattningar på totalt 366 brukare. *För mer information se bilaga 2.*

Genomförda aktiviteter är dels chefsmöten i syfte att få en samsyn i arbetet men även användarträffar för BPSD administratörerna i syfte att utbyta erfarenheter och lära av varandra inom organisationen. Inom förvaltningen finns 107 utbildade BPSD administratörer det vill säga medarbetare som har kunskap i arbetet och därmed behörighet att registrera i det nationella kvalitetsregistret. Borås Stad har fyra certifierade BPSD utbildare. Två certifierade BPSD utbildare har även genomfört riktade BPSD handledningar på olika demensenheter i syfte att stimulera ett strukturerat arbetssätt. Under hösten 2019 har ca 140 personal från olika yrkeskategorier deltagit i BPSD handledningar.

Anhöriga har erbjudits utbildning inom förvaltningens verksamheter och demensteamet har regelbundet anhörgcirklar.

Under 2019 fortsatte utbildningar för medarbetare inom förvaltningen och sammanlagt deltog 437 medarbetare fördelat enligt följande; 55 medarbetare från vård och omsorgsboende 249 medarbetare inom hemtjänst, 46 medarbetare inom myndighet, 50 legitimerad personer samt 37 medarbetare på korttidsvistelse och växelvård till personer med demenssjukdom.

Baspersonalen har erbjudits utbildning i Durewallsmetoden. Utbildning ger kunskaper om vad som utlöser en utåtagerande situation och hur man med hjälp av kroppsspråk, förhållningssätt och bemötande kan undvika samt bemöta dessa beteenden.

En kompetensförsörjningsplan för legitimerad personal samt för personal inom myndighet har utarbetats som tydliggör utbildningsinsatser inom demensområdet.

God palliativ vård i livets slutskede

Handboken för palliativ vård i livets slutskede reviderats och finns nu beskriven som en process med tillhörande instruktioner. Förvaltningen har förbättrat resultaten i palliativregistret i jämförelse med tidigare år men når ändå inte upp till de nationella målområdena. Områden som prioriterats är att säkerställa att samtliga dödsfall registreras i det palliativa registret samt att öka andelen som fått en smärtskattning samt munhälsobedömning sista levnadsveckan. Analysen visar inga skillnader vad gäller värden av män och kvinnor men en viss skillnad i resultaten kan ses mellan de olika verksamheterna. *För mer information se bilaga 3.*

Läkemedel

Vårdinventeringen visar att en femtedel av patienterna på vård- och omsorgsboende har behandling med tre eller fler psykofarmaka (inklusive lugnande läkemedel, sömnmedel). Ingen förändring från föregående år. Dessa läkemedel räknas som olämpliga eftersom de ger biverkningar som t.ex. förvirring och ökad fallrisk. Den nationella statistiken ” Öppna jämförelser äldreomsorg” bekräftar resultatet trots en viss förbättring.

Det har registrerats 67 avvikelser om misstanke om svinn och stöld av läkemedel. Inga patienter har blivit utan läkemedel och stölderna har polisanmälts samt utretts av respektive verksamhet och MAS. Åtgärder som vidtagits är att framtagandet av rutin för läkemedelsvinn och checklista är klar och används. Ytterligare åtgärder som vidtagits för att säkerställa läkemedelsförvaringen är bland annat inköp av fler läkemedelsskåp samt säkra loggning till läkemedelsskåp. Införandet av digitala signeringslistor kommer att öka säkerheten kring kontrollräkning av läkemedel, minimera antalet avvikelser på grund av uteblivna och missade insatser då systemet påminner i realtid.

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 53 % på vård- och omsorgsboende hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Det är en förbättring jämfört med 2018 då 45 % hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Inom ordinärt boende finns det en osäkerhet i statistiken, för att åtgärda det så går det från den 1 april 2019 att registrera i verksamhetssystemet om läkemedelsansvaret övertagits.

Läkemedelshantering kvalitetsgranskning

Inom förvaltningen har enhetschefer för korttidsenheter, vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst ansvarat för att göra egenkontroll. 34 enkäter har fyllts i och utifrån enkätsvar har 23 handlingsplaner upprättats. Utifrån den forskriften om läkemedelshandtering har granskning genomförts av både MAS i Borås Stad (internt) samt av MAS från annan kommun (externt) på 16 enheter. Både den interna och den externa granskningen visar på samma förbättringsområden. Enheterna behöver ta fram eller revidera lokala instruktioner för läkemedelshandtering samt säkerställa att all personal arbetar efter dem. Ansvar för att delegeringar är aktuella och signerade behöver tydliggöras samt att baspersonal ska veta när sjuksköterska ska kontaktas vid läkemedelsfrågor.

Mat och måltidsmiljön

Fokus har varit att implementera Livsmedelverkets råd om ”Bra måltider inom äldreomsorgen” i berörda verksamheter. De avsnitt i råden som varit i fokus är integrerade, trivsamma, goda samt näringsriktiga måltider. Inom vård- och omsorgsboende, korttid och dagverksamhet finns minst ett måltidsombud/avdelning. Nätverksmöten har genomförts för samtliga måltidsombud (ca 110 personer) vid ett tillfälle/termin. Under hösten påbörjades en utbildning till berörda enhetschefer och måltidsombud i ämnet näringsriktiga måltider.

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. Två tandhygienister finns anställda på 50 % vardera och som har i uppdrag att bland annat stärka kompetensen hos kommunens personal i intygsutfärdande, munhälsobedömningar enligt ROAG samt och utförande av daglig munvård. Under året har utbildning genomförts för cirka 325 baspersonal, 61 sjuksköterskor och 15 arbetsterapeuter.

Målet inom förvaltningen är att minst 90 % av patienterna har en aktuell munhälsobedömning i Viva. Andelen patienter med aktuella riskbedömningar har ökat från 15 % (2018) till 46 % (2019) på vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende från 14 % till 30 %.

Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Processen för riskförebyggande vårdåtgärder, med tillhörande instruktioner finns publicerade och implementering av arbetssätt med det tillhörande nationella kvalitetsregistret Senior alert har under året genomförts inom samtliga verksamheter. Antalet unika patienter som har en riskbedömning i Senior alert har ökat från 219 (2018) till 727 (2019). Antalet riskbedömningar har ökat från 262 till 927. På 93 % av riskbedömningar finns en eller flera risker identifierade.

Målet inom förvaltningen är att minst 90 % av patienterna har en aktuell riskbedömning i Viva. Antalet patienter med aktuella riskbedömningar i Viva avseende fall, undernäring och trycksår har ökat jämfört med föregående år. *För mer information se bilaga 4.*

Samordnad Individuell Plan (SIP)

Utbildningar av SIP lotsar har fortsatt under året och i december 2019 fanns det ca 45 utbildade lotsar. SIP lotsar träffas i årliga dialogmöten som hålls via SIP koordinators. Att öka andelen SIP är ett prioriterat område i närvårdssamverkan.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Området skydds- och begränsningsåtgärder har varit en del i egenkontrollen i syfte att öka kunskapen. Rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder har reviderats och ett förbättringsarbete har påbörjats för att kunna följa statistik på insatta skydds- och begränsningsåtgärder på ett strukturerat sätt.

Trycksår

MAS och MAR genomfört en fördjupad analys av inkomna avvikelserapporter trycksår.

Djupgranskningen visar att flertalet uppkomna trycksår delvis beror på att patienter inte vill medverka i sin vård eller att trycksåret har uppkommit hos annan vårdgivare. Det finns fortfarande trycksår som uppkommer i verksamheten som hade varit undvikbara.

Av nio rapporterade avvikelser på vård- och omsorgsboende var det endast fyra som var faktiska trycksår. Detta är en minskning från föregående år då 16 trycksår rapporterades. Troligen är detta ett resultat av inköp av grundutrustning tryckavlastade basmadrasser samt ökad kompetens. Inom ordinärt boende är 17 rapporterade avvikelser trycksår jämfört med föregående års 13. En ökning som visar på behov av ökad kompetens hos personal.

Verksamhetstillsyner

MAS, MAR och SAS har genomfört fem planerade verksamhetstillsyner. Tre av dessa genomfördes inom egen regi på följande enheter:

- Hemtjänsten Norrmalm
- Vård och omsorgsboende Sörmarksgatan 201-205
- Dagverksamhet Rundeln

SAS har genomfört en planerad verksamhetstillsyn på Myndighet.

Granskning av verksamheten visar att det finns förbättringsområden inom ett flertal områden. Samma områden som syns vid föregående års granskningar är fortfarande aktuella. Områdena är, dokumentation utifrån båda lagrummen, avvikelshantering, samt följsamhet till rutiner. Dokumentation granskas inför besöken och det finns brister i både SOL och HSL dokumentation. Gällande avvikelser finns risk för underrapportering samt bristande uppföljningar. Under 2019 utfördes färre planerade verksamhetstillsyner då ett förändringsarbete kring granskning av verksamhetens kvalitet har genomförts.

Välfärdsteknik och e-hälsa

Matinköp online (Webb-inköp) är infört i alla hemtjänstområden under våren 2019.

Under året har en upphandling av nya larmsystem och mobila trygghetslarm till verksamhetsområdena vård- och omsorgsboende, hemtjänst och hemteam, korttid, larm och natt pågått. I upphandlingen inkluderas en rad olika tillval eller välfärdsteknik som ska främja den enskilde personens självständighet, trygghet, delaktighet, aktivitet och valfrihet. Den juridiska processen kring överprövningen har pågått under resterande del av 2019 och upphandlingen kommer att göras om 2020.

I projektet för Viva app (applikation) utvecklades en app för smartphones. Appen är en förenklad del av Viva där baspersonal bland annat kan läsa genomförandeplan, läsa anteckningar, registrera avvikelser och registrera åtgärdsregistreringar. Projektet genomförde piloter och tester av appen under första halvåret 2019 med målsättningen att driftsätta appen under hösten inom Vård- och äldreomsorgen. Vid driftstart upptäcktes några allvarliga problem med bland annat säkerheten och kommunikation, vilket har gjort att projektet har behövt skjuta fram tidplanen för införandet och istället fokusera på att tillsammans med leverantören åtgärda de uppkomna problemen. Viva web för legitimerad personal har under året varit en pilot och arbetssättet med att dokumentera hemma hos patienten kommer att implementeras under 2020.

Öppna jämförelser äldreomsorg/socialtjänst samt enhetsenkät

För tionde gången har Socialstyrelsen presenterat Öppna jämförelser av vård och omsorg till äldre. På många områden får äldreomsorgen ett sämre resultat jämfört med övriga kommuner. En handlingsplan har tagits fram och förbättringsområden är bland annat det riskförebyggande arbetet och att minska olämpliga läkemedel. Enhetsenkäten till hemtjänst och vård- och omsorgsboende samt enkäten Öppna jämförelser socialtjänst, undersöker hur samverkan i kommunen sker kring den enskilde, både internt och externt. Enkäterna undersöker också om det finns rutiner för att upptäcka risker för ex undernäring hos enskilda. Flertalet av de efterfrågade rutinerna och arbetssätten har upprättats eller är under framtagande inför kommande år.

Risicanalys

Förvaltningen har genomfört sex risk- och konsekvensanalyser på övergripande nivå. Med utgångspunkt från genomförda riskanalyser har handlingsplaner upprättats där risk identifierats. Enligt rutinen ska handlingsplanerna följas upp inom sex månader efter genomförd riskanalys. Riskanalyserna har handlat om:

- Införandet av digitala signeringslistor (MCSS)
- Införandet av Viva omsorgsapp
- Införandet av teamrutinen som reviderats
- Införandet av processen ”Att rapportera, utreda och följa upp HSL-, SoL- och LSS avvikelser samt Lex Sarah”
- Pilotprojektet av förändrad insatsplanering inom hemtjänsten.
- Samlokalisering för sjuksköterskor i kväll- och nattorganisationen och hemtjänstens personal i larm- och nattorganisation

Avvikelse, synpunkter och klagomål

Avvikelse HSL i egen regi

Det har totalt rapporterats 14 381 HSL avvikelser i verksamhetssystemet Viva. Motsvarande siffra för 2018 var 11 896. En ny indelning i verksamhetssystemet Viva har gjort det svårt att tolka avvikelsestatistiken. *För mer information se bilaga 5.*

- Fall - totalt rapporterades 6 907 avvikelser, under 2018 var motsvarande siffra 6 531.
- Läkemedel - totalt rapporterades 5 075 avvikelser, under 2018 var motsvarande siffra 3 718. *Om man beräknar att antalet patienter med helt övertaget läkemedelsansvar får två doser per dygn är det 0,4 procent av alla utdelade doser som lett till avvikelser.*
- Övriga hälso- och sjukvårdsavvikelse - totalt rapporterades 2 399 avvikelser, under 2018 var motsvarande siffra 1647. Uteblivna beställda hälso- och sjukvårdsinsatser är det område som ökat mest.

Införandet av ett nytt digitalt system MCSS för signering kan vara en orsak till att avvikelserna för läkemedel och övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har ökat markant. Då insatserna inte i signeras i tid eller uteblir upptäcks det i realtid. Det är svårt att dra slutsatser under införandet då det förekommit handhavandefel och bristande följsamhet till rutin. Det som kan utläsas på vård och omsorgsboende under perioden 15 april till 31 december är att det utförts 1500872 insatser där 97 % är signerade varav 86 % i tid. Inom område hemtjänst har det systemet använts för kort tid för att kunna utläsa relevanta resultat.

Avvikelse HSL i vårdssamverkan

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

Inom förvaltningen har man upptäckt 152 avvikelser som inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring, läkemedel och vård och behandling. Majoriteten har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus. Inom VGR (sjukhus och primärvård) har man upptäckt 80 avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst informationsöverföring, vård och behandling samt provtagning.

Avvikelser SoL i egen regi

Det har totalt rapporterats 1 035 SoL avvikelser i verksamhetssystemet Viva kopplat mot vård- och omsorgsboende, hemtjänst och korttid. Motsvarande siffra för 2018 var 967. Sammanställningen visar att SoL avvikelserna främst handlar om brister i utförande av insats (602 dvs. vid 58 % av avvikelserna – en ökning jmf med 2018 då det var 50 %). Orsaken till avvikelserna har främst varit bristande rutiner, brister i kommunikation och otillräckliga kunskaper. *För mer information se bilaga 6.*

Det som beskrivs i händelserna inom brister i utförande av insatser kan exempelvis vara att brukarens inkontinensskydd inte blir bytt i tid och att insatser inte har planerats ut på personalens schema.

Det rapporteras fortfarande något färre avvikelser inom vård- och omsorgsboende jämfört med inom hemtjänst, och det är även några enheter som inte har rapporterat någon avvikelse alls.

Det har skett en förbättring i att följa upp och åtgärda de avvikelser som rapporteras. Fortfarande är det några enheter, främst inom hemtjänsten, där avvikelser ligger kvar i verksamhetssystemet utan att ha åtgärdats eller avslutats. Verksamheterna har fått stöd och utbildning för att detta ska förbättras.

Myndighet har rapporterat 52 SoL avvikelser, varav 31 berör den egna verksamheten. Under året har en ökning inom myndighet skett i att rapportera avvikelser inom den egna verksamheten. Orsaken är att de anställda blivit bättre på att även rapportera det som brister inom den egna verksamheten.

För mer information se bilaga 6.

Synpunkter

Det har rapporterats 265 synpunkter under året, vilket är en ökning jämfört med föregående år då 218 synpunkter rapporterades. Av de inkomna synpunkterna så är 179 klagomål men där finns också 15 beröm och 34 frågor till verksamheterna. De flesta klagomålen handlar om kvaliteten på de tjänster som utförts. Flertalet synpunkter tar upp brister i insatsens utförande eller helt uteblivna insatser. Många inkomna synpunkter på bemötande handlar om att det brister när det gäller språkkunskaper hos medarbetarna vilket medför att brukaren inte förstår eller kan göra sig förstådda. Inom hemtjänsten utmärker sig antalet synpunkter kring bilkörning; höga hastigheter samt att bilarna parkeras så att det hindrar andra från att komma fram. *För mer information se bilaga 7.*

Lex Maria och lex Sarah

Lex Maria

MAS och MAR har under året påbörjat utredning av 45 händelser där det med risk för allvarlig vårdskada, fyra av dessa anmäldes som lex Maria. Av dessa är 37 händelser avslutade. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten, klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående samt från patientnämnd och IVO som begärt uppgifter. Anmälningarna Lex Maria berör en för hög dos av läkemedel, felgivet läkemedel, en försenad diagnos och en utebliven sjuksköterskekontakt.

Enligt svar från IVO har vårdgivaren fullgjort sina skyldigheter utifrån utredning och vidtagna åtgärder för att så långt det är möjligt förhindra att händelserna upprepas.

Anmälan medicintekniska produkter

Six anmälningar har gjorts till läkemedelsverket angående produktfel på medicintekniska produkter. Produktfelen gällde fyra rollatorer, en arbetsstol och en säng.

Lex Sarah

85 utredningar har genomförts utifrån inkomna rapporter om risk för missförhållande/missförhållande. 2018 års siffra var 89. *För mer information se bilaga 8.*

Anmälan till IVO

Fyra lex Sarah ärenden har anmälts till IVO, två där det bedömts föreligga allvarligt missförhållande och två där det bedömts föreligga påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. I samtliga ärenden har IVO bedömt att nämnden fullgjort sin skyldighet enligt gällande lagstiftning utifrån att ha identifierat bakomliggande orsaker samt vidtagit och planerat åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. Händelserna berör:

- En brukare påträffades avliden i hemmet. Orsaken till missförhållandet var dels att personalen inte följt rutinen om en brukare inte öppnar och dels att det inte fanns rutin om samverkan med IFO och instruktioner om skyldigheten för hemtjänstpersonal att anmäla allvarligt missbruk.
- En brukare föll ur sängen på ett vård- och äldreboende eftersom hen hade svårigheter med manövreringsdosan och sängen hamnade i högsta läge. Hen avled ett par dagar senare. Orsakerna till missförhållandet som identifierades var brister i den tekniska utrustningen och avsaknad av rutiner vid inflyttning på boendet.
- På ett vård- och äldreboende inträffade flera händelser under nattpass; personal hade ett otrevligt bemötande när brukare larmade. Dessutom besvarades inte larm och brukare fick inte hjälp när behov uppstod som orsakades av att personal har sovit under vissa nattpass. Rutiner har tagits fram och arbetssätt har förändrats för att säkerställa att något liknande inte inträffar igen.
- En brukare som vistades på korttid tog sig ut genom ett fönster och ramlade ner på marken utanför och avled av skadorna. Ett antal brister identifierades vid utredningen som kan ha medfört att det blev fel val av vårdform och ej tillräckligt initierade sjukvårdskontakter innan den beslutade korttidsvistelsen.

Övrigt inom lex Sarah

Det är inom tre områden som det förekommer fler rapporter och dessa är:

- Brister i utförande av insats handlar flera lex Sarah utredningar om som uppstår i samband med den personliga omvårdnaden. Till exempel uteblivet byte av inkontinensskydd och obesvarade larm.
- Ekonomiska övergrepp har rapporterats där föremål eller kontanter försvinner/saknas för brukarna. Det har förekommit i en utredning att det har säkerställts att en medarbetare var involverad i händelsen men i övriga har detta inte gått att fastställa.
- Brister i bemötande är händelser där brukarna upplever att de inte blivit bemötta på ett värdigt och professionellt sätt.

I utredningarna enligt lex Sarah under 2019 har vissa övergripande orsaker och åtgärder framträtt tydligare:

- Avsaknad av rutiner eller följsamhet till dem har lett till åtgärdsförslag om att upprätta eller revidera rutiner och att säkerställa följsamheten till dem.
- Brister i dokumentationen både vad gäller löpande dokumentation och brukarnas genomförandeplaner. Ett flertal utredningar har mynnat ut i förslag om förbättringsåtgärder i social dokumentation. SAS ser att detta är ett stort utvecklings- och förbättringsområde som måste åtgärdas på övergripande nivå inom förvaltningen.
- Orsaker till brister i bemötande handlar oftast om att personal inte har ett förhållningssätt som utgår från den nationella värdegrunden om äldre. Detta får till konsekvens att brukaren inte bemöts på ett värdigt och respektfullt sätt. Åtgärder som behöver genomföras är att säkerställa att all personal har ett förhållningssätt i mötet med brukaren där värdegrunden är i fokus.
- När ledningen arbetar aktivt med att förbättra kommunikation, samverkan och förhållningssätt inom personalgrupperna har kvaliteten för brukarna blivit bättre.
- Andra åtgärder som har föreslagits är bland annat att gå igenom rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah, se över utrustning och/eller teknik samt genomförande av utbildningsinsatser och att använda BPSD.

Uppföljning av lex Sarah

I augusti 2019 skickades en enkät om lex Sarah ut till samtliga enhetschefer inom vård- och äldreförvaltningen. Svarsfrekvensen var hög. Enhetscheferna fick svara på om de hade haft något lex Sarah ärende på sin enhet första halvåret 2019, vilka åtgärder de i så fall hade vidtagit och vilka förbättringar de hade lett till. De som inte hade haft något lex Sarah ärende fick ange vad de trodde det berodde på. 23 enhetschefer svarade att de inte hade haft något ärende. Som skäl angavs bland annat kunskapsbrist, kultur på arbetsplatsen, rädsla för att anmäla en kollega och att det skrevs avvikelser istället för att rapportera enligt lex Sarah.

De åtgärder som vidtagits var bland annat:

- Se över och uppdatera rutiner, ta fram nya rutiner, se till att personalen har kunskap om de rutiner som finns och följer dessa.
- Se över teknik och utrustning såsom larmanordningar, säkerhet vid fönster och dörrar.
- Genomgång av vikten av dokumentation.

Förbättringar som åtgärderna lett till var bland annat:

- Ökad följsamhet till rutiner och bättre kommunikation.
- Tydligare struktur och ledning.
- Ökad benägenhet att be om hjälp
- Reflektion att det behöver pratas mer om lex Sarah på arbetsplatserna.

Resultatet av enkäterna har återkopplats till verksamheten i början av 2020.

Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

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

MAS, MAR och SAS genomfört två verksamhetstillsyner. Resultatet visar förbättringsområden inom dokumentation och det systematiska förbättringsarbetet utifrån avvikelser. Tillsynerna har genomförts inom följande enheter:

- Vård och omsorgsboende Kapplandsgatan
- Hemtjänst, Med Omtanke

Granskning av verksamheten visar att det finns förbättringsområden inom ett flertal områden. Samma områden som syns vid föregående års granskningar är fortfarande aktuella. Områdena är, dokumentation utifrån båda lagrummen, avvikelshantering, samt följsamhet till rutiner. Dokumentation granskas inför besöken och det finns brister i både SOL dokumentation och HSL dokumentation. Gällande avvikelser finns risk för underrapportering samt bristande uppföljningar.

Avvikelser enligt HSL och SoL som har registrerats i Viva, *se bilaga 9*

Mål och aktiviteter för kommande år

Vård- och äldreförvaltningen har att förhålla sig till de övergripande mål som finns i budget 2020 från Kommunfullmäktige och till de mål som Vård- och äldrenämnden fastslagit. Samtliga mål har omsatts till aktiviteter som ska genomföras och följas upp under 2020. Som ett stöd för att systematiskt följa upp kvalitetsarbetet har ett årshjul för egenkontroller tagits fram med utgångspunkt från SOSFS 2011:9, om ledningssystem. I ledningssystemet finns styrande dokument för aktiviteter och rutiner som ingår i verksamhetens processer. Under 2020 kommer mallar för egenkontroll att tas fram på enhetsnivå.

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.

Fortsatt arbete med att utveckla förvaltningens huvud-, lednings- och stödprocesser.

- Processen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” kommer fokusera på huvudprocessen (inklusive rehabilitering) samt läkemedel och delegering.
- Processen ”att tillhandahålla omsorg och stöd” kommer att fokusera på IBIC och förenklat beslutsfattande.
- Processen ”att rapporteras, utreda och följa upp avvikelser enligt SoL och HSL inklusive lex Sarah” kommer att implementeras.

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

Organisation och arbetssätt för social dokumentation i verkställigheten kommer att ses över och utbildningsinsatser kommer att genomföras. Larm- och nattorganisationen kommer att införa arbetssätt i genomförandeplaner för brukarens nattinsatser.

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.

Nationellt pågår en omställning av vården som kommer påverka kommunen. Omställningen benämns nära vård. Detta ställer större krav på kommunens hälso- och sjukvård, socialtjänst och regionen.

I Västra Götalandsregionen pågår ett arbete med framtidens vårdinformationsmiljö, en digitaliseringssatsning som även kommer involvera kommunen.

Fortsatt utveckling av modeller för trygg vård och omsorg i hemmet. Idag finns ett särskilt Hemteam, men modellen kan komma att förändras, inte minst för att möta de förändrade behov som omställningen av vården kan innebära. En utvärdering/uppföljning av nuvarande Hemteam kommer att göras under 2020.

Under 2020 är det utifrån vårdsmverkan tänkt att fler planeringar ska ske i brukarens hem. Målet är att delaktigheten ska stärkas när planeringen sker i den nära hemmiljön där vård och omsorg sedan ska tillgodoses. Även antalet SIP behöver öka vilket skulle medföra stärkt delaktighet, här har förvaltningen och vårdgrannar ett långsiktigt utvecklingsarbete att göra tillsammans.

Nationell handlingsplan för att öka patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 ”Agera för säker vård” kommer att omhändertas.

Bilagor

Bilaga 1 Brukarundersökning

Bilaga 2 BPSD registret

Bilaga 3 Palliativa registret

Bilaga 4 Riskförebyggande vårdåtgärder

Bilaga 5 Avvikelser HSL

Bilaga 6 Avvikelser SoL

Bilaga 7 Synpunkter

Bilaga 8 Lex Sarah

Bilaga 9 Avvikelser HSL och SoL, privata utförare

Bilaga 1 - Brukarundersökning

Vård- och omsorgsboende

Styrkor	Utvecklingsområden
Brukarna upplever ett bra bemötande från personalen	Brukarnas upplevelse av ensamhet
Brukarna känner sig trygga på sitt vård- och omsorgsboende	Brukarna upplever att man får information om tillfälliga förändringar
Brukarna känner förtroende för personalen	Brukarna vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål
Brukarna upplever att det är lätt att få kontakt med personalen	Brukarna kan påverka vilka tider man får hjälp
Brukarna är sammantaget nöjda med sitt vård- och omsorgsboende	Brukarna upplever att det är lätt att komma utomhus

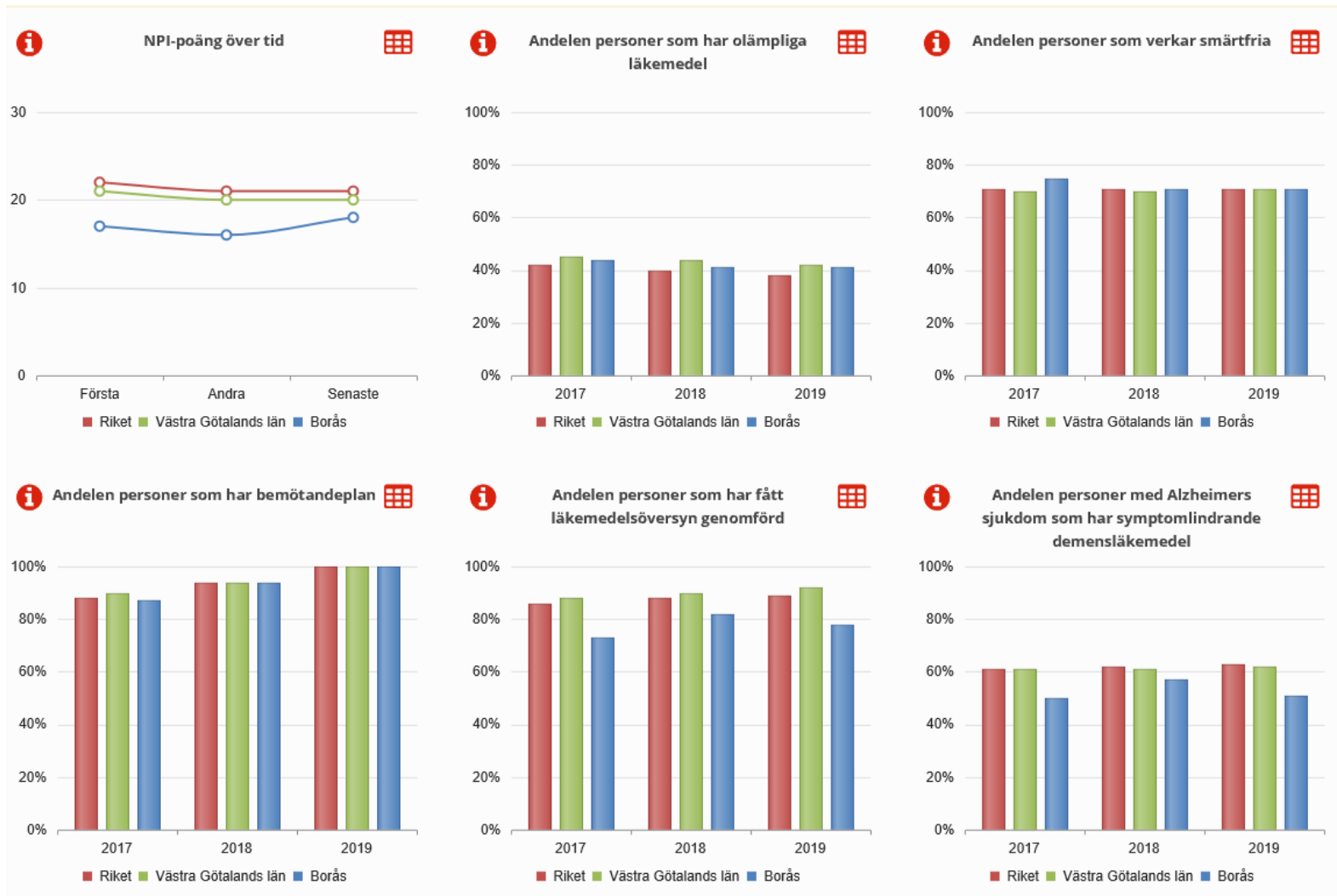
Hemtjänst

Styrkor	Utvecklingsområden
Brukarna upplever ett bra bemötande från personalen	Brukarna upplever av ensamhet
Brukarna känner förtroende för personalen	Brukarna kan påverka vilka tider man får hjälp
Brukarna är sammantaget nöjda med hemtjänst	Brukarna upplever att man får information om tillfälliga förändringar
Att personalen utför sina arbetuppgifter bra	Brukarna vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål
Brukarna upplever att personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	Brukarna upplever att det är lätt att få kontakt med personalen

Korttid/Hemteam

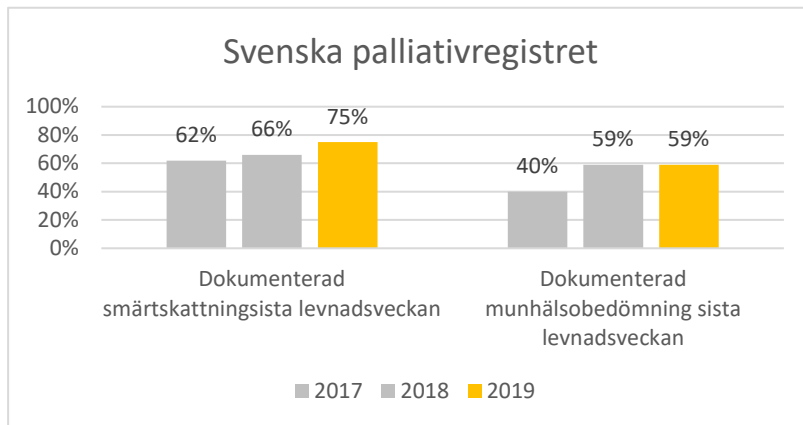
Styrkor	Utvecklingsområden
Brukarna upplever ett bra bemötande från personalen	Brukarna vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål
Brukarna känner förtroende för personalen	Brukarna upplever måltiden som en trevlig stund på dagen
Brukarna är sammantaget med korttid/hemteam	

Bilaga 2 – BPSD registret



*NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesyntom (BPSD) vid olika demenssjukdomar.

Bilaga 3 – Palliativa registret



Dokumenterad smärtskattning och munhälsobedömning sista levnadsveckan

Bilaga 4 – Riskförebyggande vårdåtgärder

2019

Vårdprevention					
↑ Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Borås stad	735	93% ↓ 887 av 930	73% ↑ 631 av 867	87% → 752 av 867	78% ↓ 353 av 452
Trycksår		35% ↓ 323 av 930	76% ↑ 244 av 323	89% ↓ 286 av 323	80% ↓ 144 av 180
Undernäring		64% ↓ 598 av 930	76% ↑ 452 av 598	88% ↓ 528 av 598	81% ↓ 265 av 327
Fall		83% ↑ 771 av 930	83% ↑ 637 av 771	88% ↑ 681 av 771	81% ↓ 319 av 394
Munhälsa		43% ↑ 392 av 909	72% ↑ 283 av 392	87% ↓ 340 av 392	74% ↓ 151 av 203

2018

Vårdprevention					
↑ Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Borås stad	218	96% → 250 av 261	66% ↑ 164 av 250	87% ↑ 217 av 250	86% ↑ 170 av 198
Trycksår		36% ↓ 93 av 261	75% ↑ 70 av 93	91% ↑ 85 av 93	91% ↑ 72 av 79
Undernäring		71% ↓ 186 av 261	72% ↑ 133 av 186	92% ↑ 171 av 186	92% ↑ 143 av 156
Fall		82% ↑ 215 av 261	82% ↑ 176 av 215	87% ↑ 186 av 215	90% ↑ 146 av 163
Munhälsa		41% ↓ 91 av 220	70% ↑ 64 av 91	92% ↑ 84 av 91	81% ↑ 61 av 75

Andel patienter med aktuell riskbedömning Viva								
	Fall 2018	Fall 2019	Undernäring 2018	Undernäring 2019	Trycksår 2018	Trycksår 2019	Ohälsa i munnen 2018	Ohälsa i munnen 2019
Vård- och omsorgsboende	37 %	54 %	35 %	54 %	37 %	54 %	15 %	46 %
Ordinärt boende	27 %	49 %	26 %	47 %	25 %	48 %	14	30 %

Bilaga 5 - HSL avvikelser Vård- och äldreförvaltningen egen regi

	HSL totalt	Fall	Läkemedel	Inforations överföring	Dokumentation	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Vårdplanering	Delegerad HSL insat	HSL insats	Teammöte
Dagverksamhet	31	13	16	0	0	2	0	0	0	0	0
Hemtjänst	7372	3351	2924	180	236	108	17	92	300	130	34
Korttid	608	332	236	8	6	4	1	3	7	9	2
Larm natt	512	501	5	1	1	1	0	1	2	0	0
Vobo	5033	2710	1894	68	82	54	9	18	128	58	12
HSV team	825	0	0	164	144	91	13	86	192	111	24
VÄF totalt 2019	14381	6907	5075	421	469	260	40	200	629	308	72

Bilaga 6 - SoL avvikelser Vård- och äldreomsorgen egen regi

	Brister i bemötande av anställda mfl	Brister i fysisk miljö	Brister i respekt och integritet	Brister i rättsäkerhet vid handläggning och genomförande	Brister i utförande av insatser	Ekonomiska övergrepp	Fysiskt övergrepp	Psykiska övergrepp	Schema fel	Annat	Antal redovisade avvikelser	Totalt ej uppföljning
Dagverksamhet												
Hemtjänst	19	19		15	304	9	8	2		237	565	76
Korttid				3	6		1			6	15	
Larm Nattnatt	4			4	13	1				10	23	
Vobo	15	31		4	260	7	17	2		94	397	32
HSV Team		1			19		2	1		13	35	10
Vård och äldreomsorg	38	51		26	602	17	28	5		360	1 035	118

	Bristande rutiner	Brister i kommunikation	Brister i samverkan	Oklar ansvarfördelning	Otillräcklig information	Otillräckliga instruktion	Otillräckliga kunskaper	Personalbrist	Annat
Dagverksamhet									
Hemtjänst	126	123	46	21	70	22	50	92	223
Korttid	6	2			1		1	1	8
Larm Nattnatt	8	11	5	1	2	1	3	3	4
Vobo	109	42	20	7	32	19	85	78	123
VÅF HSV Team	10	7	2		6		2	6	12
Vård och äldreomsorg	259	185	73	29	111	42	141	180	370

	Inga risker	Risker som skall åtgärdas	Allvarliga risker
Dagverksamhet			
Hemtjänst	427	111	31
Korttid	5	10	
Larm Nattnatt	15	3	5
Vobo	232	124	42
HSV Team	18	15	1
Vård och äldreomsorg	697	263	79

Avvikelser rapporterade inom myndighet (på sig själva)						
	Ej verkställt beslut/beställning	Avvikelse från rutin	Brister i respekt eller hänsyn till brukare	Brister i rättsäkerhet vid handläggning och genomförande	Interna brister i informationsöverföring mellan enheter/professioner	Summa:
Myndighet	1	8	1	14	7	31

Bilaga 7 – Synpunkter

Verksamhetsområde	Antal	Vanligaste verksamhetsspecifika synpunkten
Förebyggande/IT/Mötesplatser	6	Beröm
Myndighet	26	Klagomål på tjänst
Hälsa- och sjukvård	17	Klagomål på tjänst
Hemtjänst, egen regi	95	Klagomål på tjänst och fysisk miljö
Hemtjänst, privata	4	Klagomål på tjänst
Vård- och omsorgsboende, egen regi	50	Klagomål på tjänst och fysisk miljö
Vård- och omsorgsboende, privat	3	Varav ett beröm
Korttid, hemteamet och larm/natt	17	Klagomål på tjänst
Kost. lokalvård, vaktmästeri	6	Klagomål på tjänst
Politiker	11	Klagomål, frågor och förslag
Övergripande för VÄF	30	Frågor om tjänster och information
Totalt för förvaltningen	265	

Bilaga 8 – Lex Sarah, Vård- och äldreförvaltningen egen regi

Vård och äldreförvaltningen	LEX VÄF Hemtjänst	LEX VÄF Korttid	LEX VÄF Larm/nattorganisationen	LEX VÄF Myndighet	LEX VÄF Vobo	TOTALT
1. Utredning avslutas - inget missförhållande	11		1	2	11	25
2. Utredning avslutas - risk för missförhållande	8		2	3	19	32
3. Utredning avslutas - missförhållande	6			1	17	24
4. Utredning avslutas - påtaglig risk för allvarligt missförhållande		1			1	2
5. Utredning avslutas - allvarligt missförhållande	1				1	2
TOTALT	26	1	3	6	49	85

Bilaga 9 - Avvikelser privata utförare

Avvikelser HSL privata utförare

	HSL totalt	Fall	Läkemedel	Inforations överföring	Dokumentation	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Vårdplanering	Delegerad HSL insat	HSL insats	Teammöte
Privat hemtjänst	413	156	133	20	22	7	4	11	44	14	2
Privat vård- och omsorgsboende	639	327	231	11	9	7	6	6	32	9	1
Privata utförare totalt 2019	1052	483	364	31	31	14	10	17	76	23	3

Avvikelser SOL privata utförare

	Schema fel	Annat	Antal redovisade avvikelser	Totalt ej uppföljning
Privat hemtjänst	1	1	0	1
Privat Vobo	2	4	0	1
	0	35	70	18

	ga on	Otillräckliga kunskaper	Personalbrist	Annat
Privat Hemtjänst	4	4	0	2
Privat Vobo	8	5	2	3
	5	8	41	

	Inga risker	Risker som skall åtgärdas	Allvarliga risker
Privat hemtjänst	13	7	0
Privat Vobo	24	25	1
Privata utförare totalt 2019	37	32	1