



BORÅS STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2020

Vård- och äldrenämnden

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Begreppsdefinitioner	4
3	Förkortningar	4
4	Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	5
5	Övergripande mål och strategier	5
6	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	6
7	Struktur för uppföljning/utvärdering	6
8	Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts	7
9	Egenkontroll	11
10	Samverkan för trygg och säker vård och omsorg.....	11
	10.1 Samverkan med externa aktörer	11
	10.2 Samverkan mellan interna aktörer.....	12
	10.3 Samverkan med patienter, brukare, klienter och närstående	13
11	Risikanalys.....	14
12	Informationssäkerhet.....	14
13	Avvikelser, synpunkter och klagomål	15
14	Lex Maria.....	15
15	Lex Sarah	16
16	Välfärdsteknik.....	16
17	Resultat och analys.....	17
18	Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV.....	29
19	Mål och aktiviteter för kommande år	29

1 Sammanfattning

2020 har i hög grad påverkats och präglats av den pågående pandemin. För att säkerställa säkerhet och kvalitet för brukare/patienter och alla medarbetare har förvaltningsledningen tillsammans med MAS skapat en krisgrupp som inledningsvis haft avstämningar dagligen för att sedan övergå till veckoavstämningar.

Så långt det varit möjligt har ett fortsatt arbete och implementering av 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.

Förvaltningen har under året fortsatt arbetet med att utveckla och implementera processerna. Inom hälso- och sjukvårdsprocessen har fokus varit delprocesserna ”delegering” och ”riskförebyggande vårdåtgärder”. Inom huvudprocessen ”att tillhandahålla omsorg- och stöd” pågår arbete med att säkra och utveckla socialtjänstens process för myndighet och utförare. Delprocessen för myndighet är klar och följs upp kontinuerligt. Delprocessen ”förenklat beslutsfattande” är framarbetad och implementerad. Från och med 1 oktober finns insatserna städ, tvätt och digitalt stöd att söka utifrån förenklat beslutsfattande enligt 4 kap 2a § för äldre personer i Borås stad. Processen ”att rapportera, utreda och följa upp avvikelser enligt SoL, LSS och HSL samt lex Sarah” har implementerats och följs kontinuerligt upp.

Välfärdsteknik har varit ett prioriterat område och pandemin har bidragit till fler digitala lösningar. Bland annat har det skapats nya aktiviteter då mötesplatserna inte kunnat vara öppna. En annan anpassning är en digital mötesplats på Facebook. I förvaltningen har möten och utbildningar gått att genomföra med hjälp av tekniken.

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
- Brukarundersökningar visar att patienterna är nöjda med möjligheten att vid behov komma i kontakt med läkare och sjuksköterskor
- Antal patienter som har fått en riskbedömning fall, undernäring, trycksår och munhälsa har ökat
- Antalet brukare med BPSD skattning har ökat
- Kunskapen i vad som ska rapporteras som en avvikelse har ökat vilket kan ha bidragit till att fler avvikelser rapporteras

Områden där fortsatt utveckling behövs är bland annat:

- Säkerställa och öka brukarens/patientens delaktighet och inflytande
- 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 antalet BPSD skattningar för personer med demenssjukdom
- Säkerställa en god vård i livets slutskede för att nå de nationella målen
- Tydliggöra roller, ansvar och rutiner som kan kopplas till Livsmedelverkets råd om ”Bra måltider inom äldreomsorgen” samt nationella styrdokument kring nutritionsvårdsprocessen
- Fortsatt arbete med det processororienterade 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 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 familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreomsorgen i Borås stad
- Stöd användare - medarbetare med uppdrag att stödja och hjälpa kollegor kring dokumentation i Viva

3 Förkortningar

APT – arbetsplatsträff

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Canea - IT-stödet där processer, rutiner, instruktioner samlas och visas visuellt

FSG - förvaltningens samverkansgrupp

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

KAL- Kompetens och personalförsörjning, arbetsvillkor och lönebildning

LOV - Lagen om valfrihet

LOU - Lagen om offentlig upphandling

LSG - lokal samverkansgrupp

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
SÄS - Södra Älvsborgs Sjukhus
TAIK - Tandhygienist i kommunen
VGR - Västra Götalandsregionen
Viva - Verksamhetssystem för dokumentation
VISAM - Beslutsstöd för sjuksköterskor
VÄF - Vård- och äldreförvaltningen
ÖJ - Öppna jämförelser

4 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 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. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år

Förvaltningen arbetar systematiskt med åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet på de insatser som ges för dem som verksamheten är till för. Kvalitetsarbetet dokumenteras kontinuerligt i Stratsys. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen beskriver det kvalitetsarbete som bedrivits i Vård- och äldreförvaltningen under 2020.

5 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.

6 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

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

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/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 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.

7 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.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

I enlighet med *SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2* 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, och vilka resultat som har uppnåtts. I *SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§* 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 påverkats av pandemiutbrottet på många sätt, och de långsiktiga konsekvenserna av pandemin är svåra att bedöma. För att säkra verksamheternas kvalitet och säkerhet har rutiner kopplade till pandemin tagits fram, kontinuerligt reviderats och publicerats för vård- och omsorg på en samlad intranätssida. Detta för att öka tillgängligheten och följsamheten för både privata och egna utförare av vård- och omsorg.

I rutinerna klargörs vilket ansvar som kommunens hälso- och sjukvårdsprofessioner har liksom ansvaret på olika chefsnivåer. Förvaltningen har säkerställt krisledningsarbetet genom dagliga till veckovisa avstämningsmöten. Samverkan mellan vårdgivare har under året utvecklats och intensifierats. Nya samverkansarenor har skapats utöver den ordinarie närvårdsvårdsamverkan i form av frekventa möten och gemensamma framtagna rutiner.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor har förvaltningen genomfört kontinuerliga avstämningsmöten med Vårdhygien på sjukhuset. Det har också tagits fram regionala informationsmaterial som stöd. Extrasatsningar har gjorts för kommunens sjuksköterskor med hygienansvar, för hygienombud och enhetschefer (SoL och HSV) via webinarie. Digitala möten och utbildningar har blivit ett arbetssätt under pandemin. Det har fungerat bra trots att många med kort varsel och utan introduktion fick börja använda digitala verktyg för möten.

Regelbundna uppföljningar av nyckeltal har gjorts under året. Exempel på nyckeltal är antalet brukare/patienter med misstänkt och konstaterad smitta/vecka, antalet avlidna per månad har följts både i Viva och i det palliativa registret.

Samtliga verksamheter har under perioder dagligen rapporterat in medarbetares frånvaro såsom sjuk, vård av barn, smittbärande, familjekarantän. En central bemanningsgrupp tillsattes för att snabbt kunna omfördela resurser vad gäller baspersonal.

9 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
- Fördjupad journalgranskning HSL
- 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, HSL samt lex Sarah och lex Maria på verksamhets- områdes- och förvaltningsnivå, två gånger per år
- Uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler två gånger 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 brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst genomförs årligen
- Analys av resultatet i brukarundersökning på kortidsverksamheterna två gånger per år
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens sammanställning ”Öppna jämförelser äldreomsorg” 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, fyra gånger per år

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.

10 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

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

15 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.

16 Välfärdsteknik

Vård- och äldreomsorgen har sedan ett par år tillbaka en digitaliseringsstrategi som utgår ifrån invånare, administrativ personal, medarbetare i brukarnära arbete samt patienter/brukare. Arbetet under året har fokuserat på förebyggande insatser vilket handlar om att möta morgondagens seniorer för att synliggöra möjligheter och skapa nyfikenhet kring digitalisering och teknik. Om teknikanvändandet ökar, kommer seniorer i större utsträckning använda teknik för att få ett självständigt liv. Här beskrivs de främsta satsningarna som skett under 2020:

- Digitalt stöd i hemmet – medborgare som är 75 år och äldre erbjuds möjligheten att ansöka om digitalt stöd genom förenklat beslutsfattande enligt SoL 4 kap 2a. Seniorhälsokonsulenter åker hem till seniorer kostnadsfritt för att ge digitalt stöd, det kan exempelvis vara att lära sig handla online. Här ingår upp till 4 besök med totalt 8 timmar stöd
- Surfplattor – För att förhindra digitalt utanförskap för seniorer har ett arbete startats upp som kommer att möjliggöra för seniorer att låna surfplattor
- Informationsfilmer – Tillsammans med Mediapoolen har enkla instruktionsvideor för seniorer arbetats fram under året där det bland annat framgår hur man gör för att koppla upp sig på wi-fi
- Digidel senior – Under hösten 2019 startades en samverkan med Digidelnätverket för att de elva mötesplatserna skulle kunna ansluta sig till Digidel. Borås Stad är år 2020 först ut i Sverige med ett nytt koncept, Digidel senior
- En samverkan med fritids- och folkhälsa som sköter mötesplatser för unga och biblioteken har påbörjats. Samverkan har mynnat ut i ett gemensamt program för eMedborgarveckan och AllDigitalWeek, samt en kartläggning över de olika satsningar som görs för att få en översikt och kunna se finns om det finns luckor någonstans
- Deltagande i Nätverket Dela Digitalt där kommuner har möjlighet att dela information och komma i kontakt med varandra i olika utvecklingsprojekt och införanden. Samverkan sker även på regional nivå med närliggande kommuner
- Användning av mobila nyckelfria läkemedelsskåp i ordinärt boende har ökat under året
- Digitala möten har succesivt ökat i användning

Under året har Viva omsorg (app) införts i ordinärt boende, på korttid, dagverksamhet och vård- och omsorgsboende. Viva omsorg är en app som är en förenklad del av Viva och där baspersonal bland annat kan läsa genomförandeplan, läsa och skriva åtgärdsregistreringar och avvikelser.

För legitimerad personal finns Viva webb som underlättar dokumentation hemma hos patienten. All legitimerad personal kan använda Viva webb.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Pandemin har lett till ett ökat användande av välfärdsteknik både vad gäller medarbetare och den enskilde. Bland annat har det skapats andra och nya aktiviteter då mötesplatserna inte kunnat vara öppna. En större anpassning som har skett är att personal från mötesplatserna använder bussar för att

- Säkerställ att brukare har en aktuell genomförandeplan
- Tydliggöra kommunikation- och informationsvägar

Sammanfattning vård- och omsorgsboende och hemtjänst

Det uppstår emellanåt svårigheter vid lex Sarah utredningar, där det i samtal med personal beskrivs på olika sätt, hur en händelse har uppfattats. Detta kan då leda till att det inte går att få fram vad som hänt brukaren och på vilket sätt denne drabbats.

Under året har det inom verksamheterna påbörjats ett arbete med att utbilda baspersonalen i dokumentation. Detta är en positiv utveckling av de brister inom området som påvisats i tidigare lex Sarah utredningar.

SAS ser att det inom förvaltningen behövs ett kontinuerligt arbete med att säkerställa att värdegrunden för äldre implementeras och hålls aktuell inom personalgrupperna.

Myndighet

Inom myndighet handlar avvikelserna främst om:

- Brister i rättssäkerhet är det område som det rapporterats inom där det handlat om exempelvis lång handläggnings-/utredningstid, brister i rutiner och arbetssätt
- Orsaker som identifierats har bland annat varit; brister i rapportering/överlämnande av ärenden, brister i introduktion, hög arbetsbelastning

Åtgärder som myndighet har vidtagit för att händelser inte ska inträffa igen har bland annat varit:

- Se över rutiner och arbetssätt och att dessa följs, vid avsaknad ta fram nya
- Säkerställa överlämning och rapportering av ärenden mellan handläggare

Ej inlett utredning

Under året har det skett en ökning av ärenden inom lex Sarah där rapporter inkommit men utredning inte har inletts.

Orsak till att utredning inte har inletts har främst varit:

- Åtgärder har redan vidtagits i verksamheten i tillräcklig omfattning för att säkerställa att brukaren inte farit illa och att händelsen inte inträffar igen
- Bedömning har gjorts av SAS att händelsen inte varit risk för missförhållande/missförhållande och att personal inte brustit i utförandet av insats
- Utredning har ej inletts på grund av att det inte framkommit att personal brustit eller varit involverad i det som rapporterats

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. Händelserna berör:

- En brukare lever i misär och har svårt att ta hand om både sig själv och bostaden. Kommunikation mellan myndighet och verkställighet brister. Svårighet att utföra insatser, bland annat städ, uppstår och brukarens hälsotillstånd försämras
- En funktionshindrad och sängbunden brukare har beviljats insatser i form av bl. a tillagning av måltider från hemtjänsten men det har inte fungerat i verkligheten. Hen blev gravt undernärmd och vid inläggning på sjukhuset konstaterade läkaren svåra smärtor.
- En demenssjuk brukare på ett vård- och omsorgsboende hittas på golvet, kall och med ett jack i pannan. Konsekvenserna av händelsen blev att hen låg på golvet med höft- och armfrakturer i drygt två timmar
- Personalen på ett vård- och omsorgsboende blockerade några av brukarnas lägenhetsdörrar för att förhindra dem att komma ut i korridoren under en period med smittspridning av Pandemin

på avdelningen. Brukarna på boendet har demenssjukdomar som yttrar sig i bland annat motorisk oro som gör att de vandrar. Åtgärden frihetsberövande har inte stöd i lag på ett vård- och omsorgsboende

Uppföljning av lex Sarah

För andra gången har en enkät skickats ut till samtliga enhetschefer, förutom hsv-cheferna. Syftet med enkäten och de frågor som ställs är att följa upp de lex Sarah ärenden som förekommit under året. Har de åtgärder som föreslagits genomförts och har det lett till förbättringar i verksamheten. Denna gång var svarsfrekvensen låg vilket högst troligt beror på att det under året pågått en pandemi som påverkat hela verksamheten med hög arbetsbelastning för chefer. Det är därför svårt att dra några slutsatser av enkätsvaren.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

I en lex Sarah rapport och påföljande utredning handlade händelsen om när pandemin startade på ett boende. Denna händelse anmäldes till IVO. I övrigt är det inte något inom lex Sarah som visar att pandemin har påverkat området.

18 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Under året har tre av stadens fem LOV-företag fått avslag av IVO om att bedriva verksamhet. Dessa företag har då gått vidare för överprövning i domstol. I avvaktan på att få sitt ärende prövat i domstol har företagen rätt att bedriva hemtjänst.

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

MAS, MAR och SAS har genomfört ett verksamhetsbesök hos ett nystartat hemtjänstföretag. Ett antal förbättringsområden har identifierats och företaget har inkommit med handlingsplan. Uppföljning av handlingsplan kommer att ske 2021.

Statistiskt avvikelser se bilaga 13.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Förvaltningen har regelbundet haft kontakt med de privata utförarna för information om pandemin. MAS/MAR:s rutiner har även omfattat de privata utförarna och förvaltningen har varit behjälplig med att förmedla/skicka skyddsutrustning mm.

19 Mål och aktiviteter för kommande år

Vård- och äldreförvaltningen har att förhålla sig till de övergripande mål som finns i budget 2021 från Kommunfullmäktige och till de mål som Vård- och äldrenämnden fastslagit. Samtliga mål har omsatts till aktiviteter som ska genomföras och följas upp under 2021. 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.

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.

I budget 2020 fick Vård- och äldrenämnden i uppdrag att erbjuda anhörigstöd till barn och unga som tar ett stort anhörigansvar för sina föräldrar, syskon eller andra i sin närhet. Under 2021 kommer en anhörigkonsulent att anställas för att ge stöd till unga anhöriga under 18 år.

Enligt en rapport som Fritid- och folkhälsonämnden har tagit fram har hälsan bland boråsare 70 år och äldre påverkats negativt fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt av pandemin. Det finns en stor längtan efter sammanhang och det sociala. Äldre verkar klara sig bra praktiskt. De som är ofrivilligt ensamma, lider av psykisk ohälsa samt anhörigvårdare är extra utsatta i pandemin. Vård- och äldrenämnden kommer därför att inför 2021 kraftsamla insatserna kring ofrivillig ensamhet.

Organisation och arbetssätt för dokumentation utifrån socialtjänsten med utgångspunkt från IBIC kommer att ses över och utbildningsinsatser kommer att genomföras. Det handlar om att öka kunskapen i verksamheten, för att säkerställa lagkraven utifrån socialtjänstlagen.

I hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende planeras fortsatta utbildningsinsatser utifrån socialtjänstens krav på dokumentation samt att larm- och nattorganisationen kommer fortsätta införandet av arbetssätt i genomförandeplaner för brukarens nattinsatser.

Värdeskapande hemtjänst är ett utvecklingsarbete i syfte att öka såväl delaktighet som tillgänglighet för både brukare och medarbetare. Utvecklingsarbetet innebär en omorganisation av planerarna som flyttar ut till verksamheterna under 2021, en översyn kommer att också att göras av planerarnas och samordnarnas roller för att undvika dubbelarbete, för undersköterskor och vårdbiträden förenklas arbetet genom att ombudsroller slås ihop eller tas bort. I arbetet ingår också att arbeta med en väg in för brukarna för att öka tillgänglighet och delaktighet.

Vid årsskiftet 2020/ 2021 kommer Hemteamet att avslutas. Andra former för trygg och säker hemgång efter sjukhusvistelse och i förekommande fall korttidsvistelse kommer att ses över inom ramen för projektet värdeskapande hemtjänst.

Parallellt med förändringsarbetet kring matdistribution så har en handlingsplan för måltider inom ordinärt boende arbetats fram och implementeras under 2021 och framåt. Den omfattar de utbildningar och information som kvalitetssäkrar förändringsarbetet för matdistribution samt livsmedelsverkets råd "Bra måltider i äldreomsorgen" likställt med handlingsplanen för vård- och omsorgsboenden, korttid och dagverksamhet. I första hand kommer hemtjänstens inköpsombud, myndighets handläggare och deras chefer då information/utbildning, därefter planeras ett mer digitalt upplägg för alla som arbetar med måltider i någon form på förvaltningen.

I uppdraget med mat och måltider kommer en nutritionshandbok tas fram som utgår från bland annat Livsmedelsverkets råd kring "Bra måltider i äldreomsorgen" samt Socialstyrelsens riktlinjer kring nutritionprocessen.

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som tagits fram av Svenskt Demenscentrum. Demensteamet startade upp utbildningsinsatsen på dagverksamheterna hösten 2020 och de förväntas bli Borås första Stjärnmärkta verksamhet under 2021. Fler enheter har visat intresse för denna utbildningsmodell, så fortsättning följer under 2021.

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

- Processen "att tillhandahålla hälso- och sjukvård" kommer fokusera på huvudprocessen (inklusive rehabilitering) samt läkemedel, delegering och nutrition.
- Processen "att tillhandahålla omsorg och stöd" kommer att fokusera huvudprocessen socialtjänst med tillhörande delprocesser.
- 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.

MAS, MAR och SAS kommer fortsatt att genomföra verksamhetsgranskningar med fokus på

Bilagor

Bilaga 1 Samordnad individuell vårdplanering

Bilaga 2 Brukarundersökningar

Bilaga 3 God vård vid demenssjukdom

Bilaga 4 God palliativ vård i livets slutskede

Bilaga 5 MCSS

Bilaga 5 Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Bilaga 6 Avvikelser HSL övrigt

Bilaga 7 Avvikelser läkemedel

Bilaga 8 Avvikelser fall

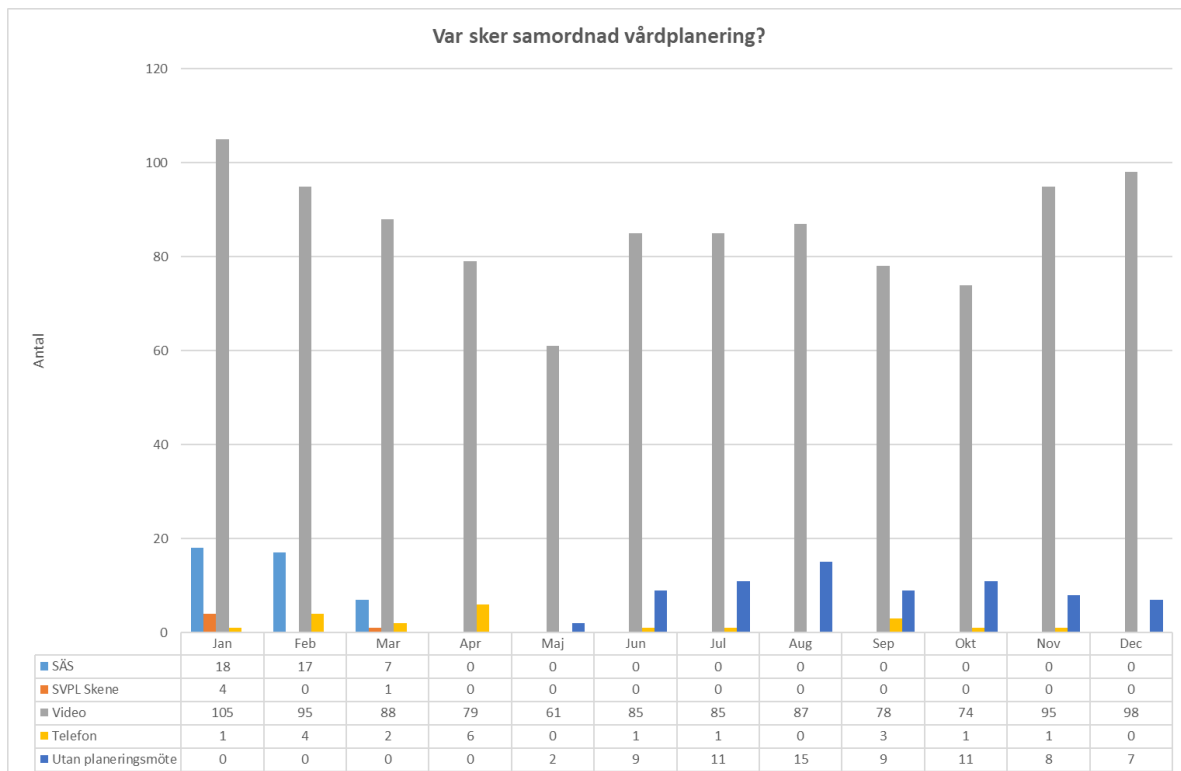
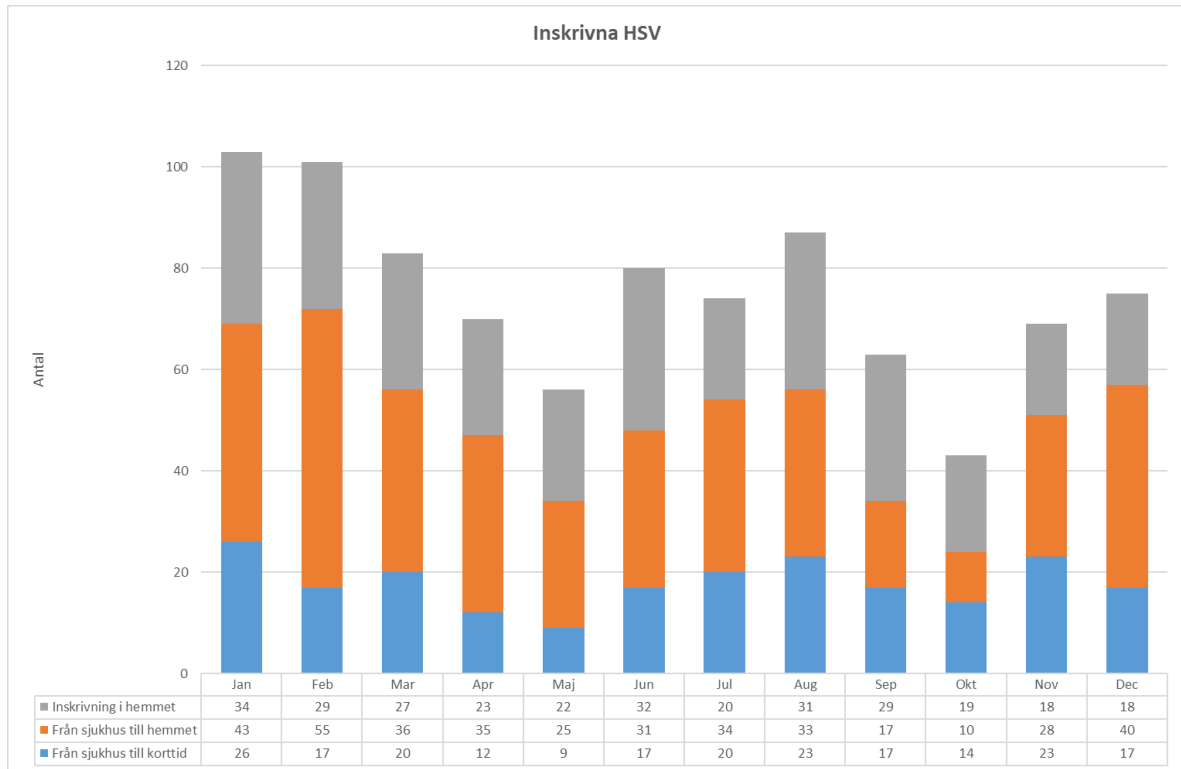
Bilaga 9 Avvikelser SoL

Bilaga 10 Synpunkter

Bilaga 11 Lex Sarah

Bilaga 12 Avvikelser HSL och SoL, privata utförare

Bilaga 1 Samordnad vårdplanering



Bilaga 2 Brukarundersökningar

Vård- och omsorgsboende, privat- och egen regi

Styrkor (Frågor med högst resultat)	Utvecklingsområden (Frågor med lägst resultat)
Får bra bemötande från personalen	Besväras av ensamhet
Känner sig trygg på sitt äldreboende	Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål
Har lätt att vid behov få kontakt med personalen på äldreboendet	Möjligheterna att komma utomhus är bra
Känner förtroende för personalen	Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar
Upplever att personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds

Hemtjänst, privat och egen regi

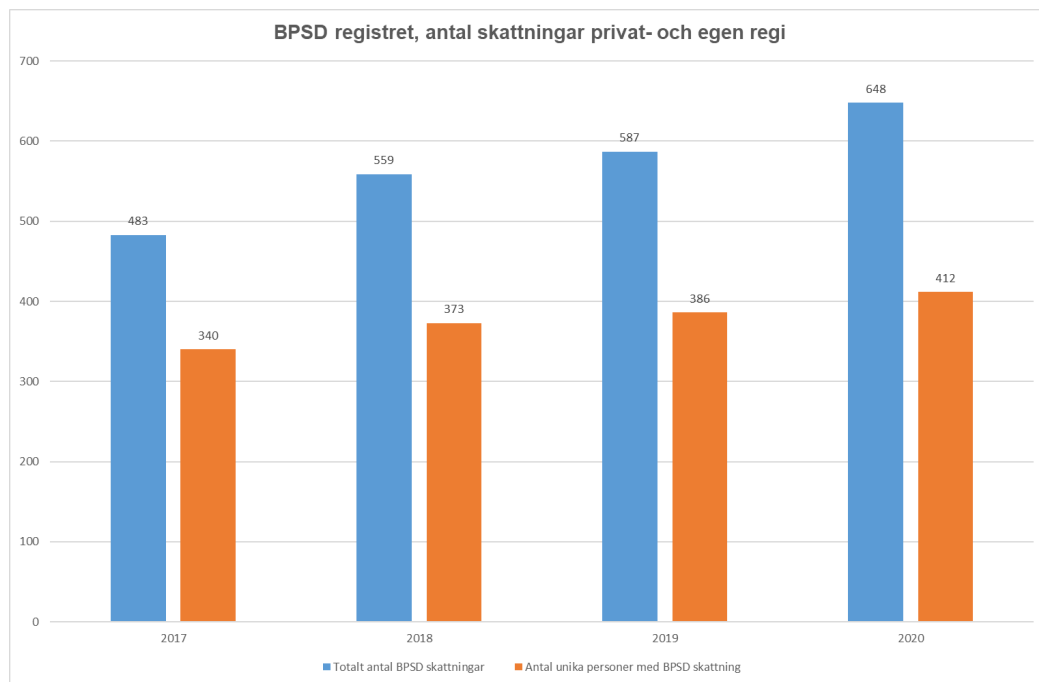
Styrkor (Frågor med högst resultat)	Utvecklingsområden (Frågor med lägst resultat)
Får bra bemötande från personalen	Besväras av ensamhet
Känner förtroende för personalen	Kan påverka vid vilka tider man får hjälp
Är sammantaget nöjd med hemtjänsten	Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar
Känner sig trygg hemma med hemtjänst	Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål
Personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	Har lätt att få kontakt med personalen vid behov

Korttid, egen regi

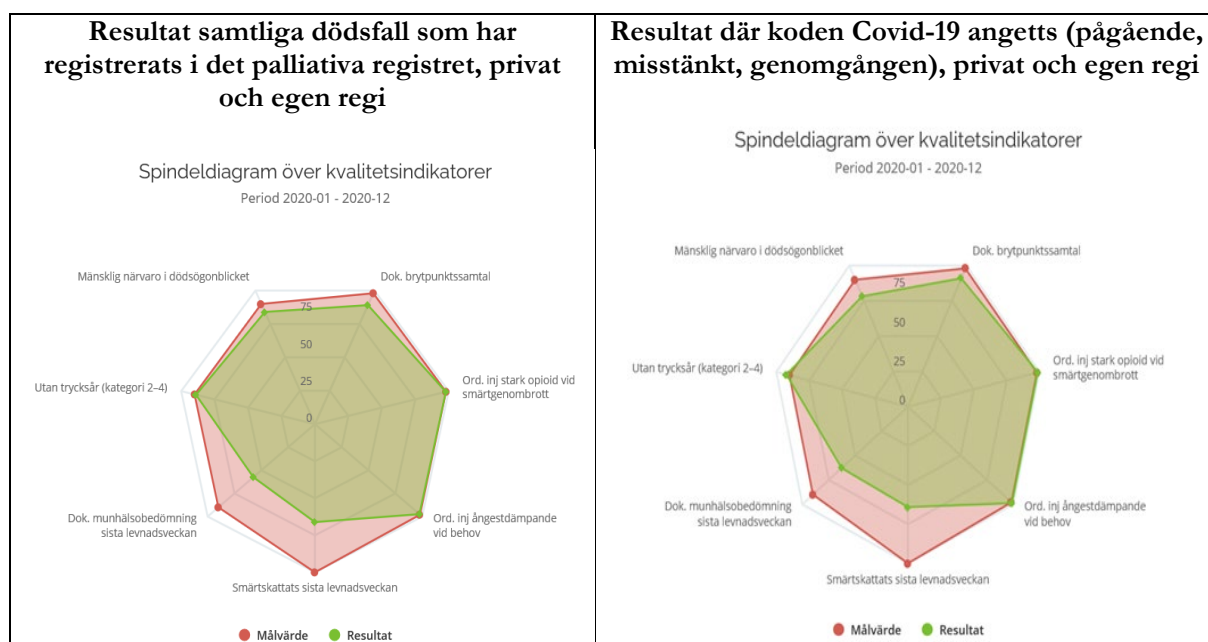
Styrkor (Frågor med högst resultat)	Utvecklingsområden (Frågor med lägst resultat)
Får bra bemötande från personalen	Vet vart man vänder sig med synpunkter eller klagomål
Är sammantaget nöjd med korttidsvistelsen	Upplever att det är lätt att träffa sjuksköterska vid behov
Personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål	Tycker att maten smakar bra
Upplever att behovet av vård/omsorg har blivit tillgodosett	Upplever du att måltiderna är en trevlig stund på dagen

Bilaga 3 God vård vid demenssjukdom

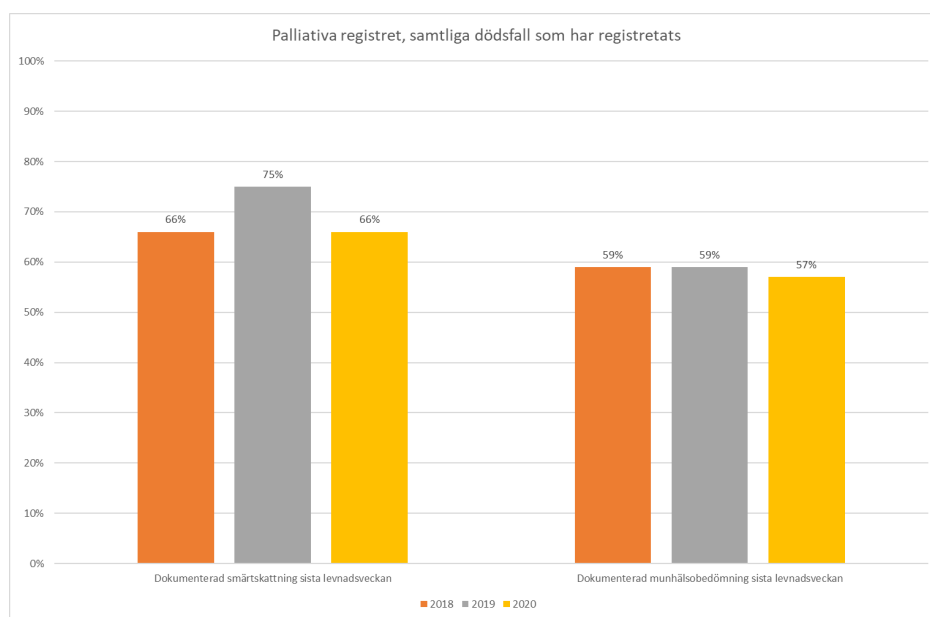
Antal skattningar i BPSD registret, privat- och egen regi



Bilaga 4 God palliativ vård i livets slutskede



Resultat samtliga dödsfall kopplat mot förvaltningens målområden, privat och egen regi



Målet är att 100 % som avlider ska ha en aktuell smärtskattning och att minst 90 % har en aktuell munhälsobedömning

	2018	2019	2020
Antal dödsfall enligt Viva (avlidenplats VÄF)	511	489	570
Antal dödsfall som har registrerats i det palliativa registret	397	408	512
Andel dödsfall som har registrerats (mål 100%)	78%	83%	90%

Målet är att 100 % av dödsfallen som inträffar inom förvaltningen registreras i det palliativa registret

Bilaga 5 MCSS statistik Vård och äldreförvaltningen

AT =arbetsterapeutinsats

FT =fysioterapeutinsats

Narkotika = att ge, och kontrollräkning av narkotika

Läkemedel = att ge eller tillföra läkemedel till patient

Övrig HSL = Kan vara vändningar, kontroll av madrasser mm

Vård- och omsorgsboende

Insats	Totalt antal insatser	Procent signerade insatser
Totalt	2 135 864	97
AT	5086	88
FT	26 117	89
Narkotika	10 527	95
Läkemedel	1 627 632	98
HSL övrigt	427 865	95

Ordinärt boende med hemsjukvård

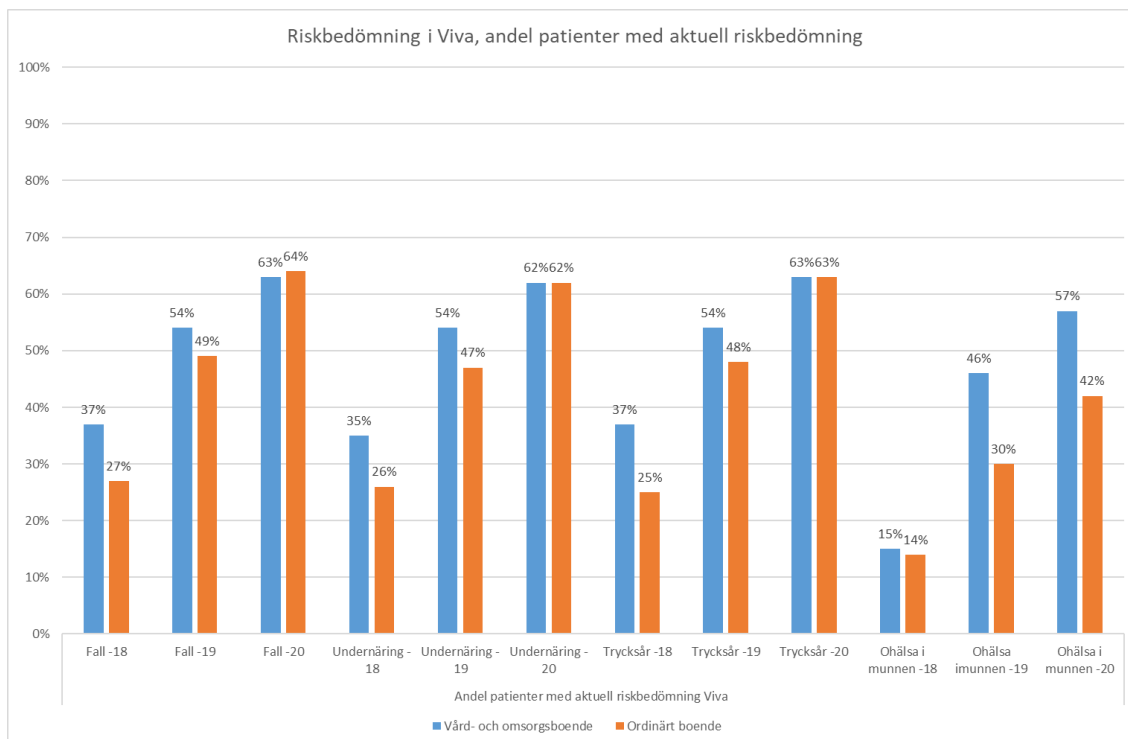
Insats	Totalt antal insatser	Procent signerade insatser
Totalt	1 313 925	92
AT	5018	87
FT	33 304	78
Narkotika	7955	92
Läkemedel	1 045 785	94
HSL övrigt	207 614	86

Korttid

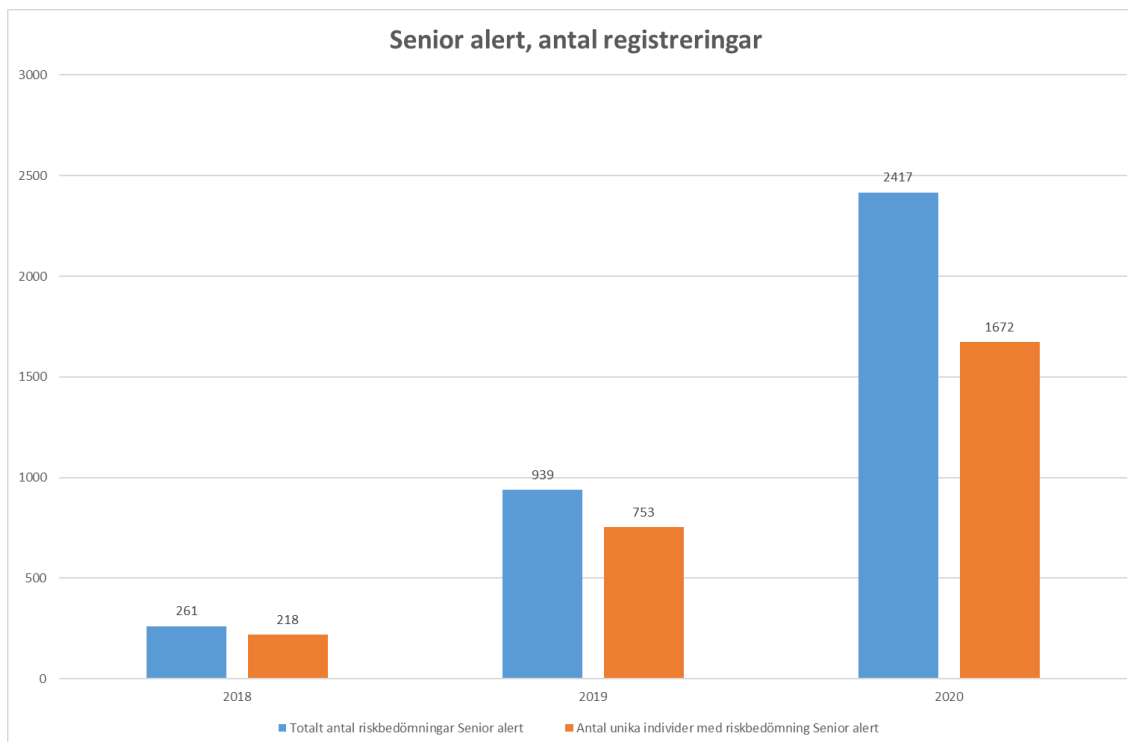
Insats	Totalt antal insatser	Procent signerade insatser
Totalt	107 797	89
AT	526	83
FT	2312	90
Narkotika	1298	87
Läkemedel	80 711	89
HSL övrigt	22 062	88

Bilaga 6 Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

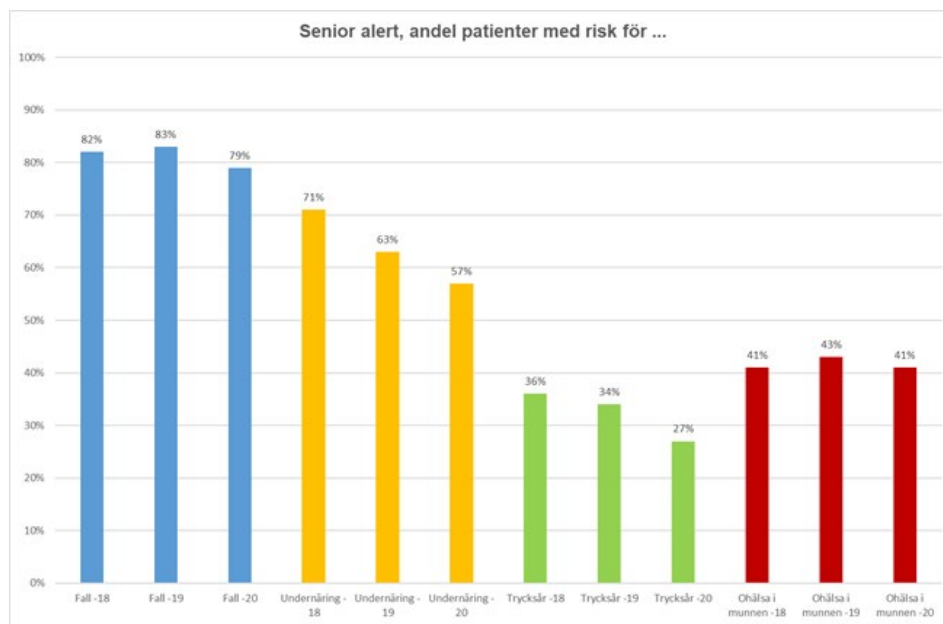
Andel patienter med en aktuell riskbedömning i Viva, egen regi



Antal riskbedömningar i Senior alert, egen regi



Andel patienter med risk enligt Senior alert, egen regi



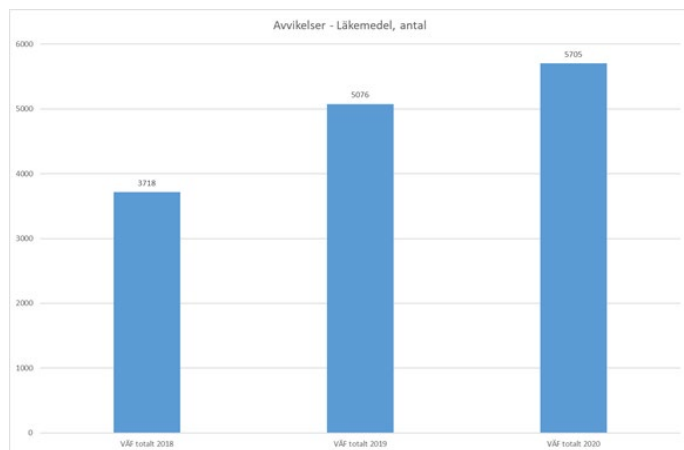
Bilaga 7 Avvikelser HSL övrigt, egen regi

Typ av avvikelser HSL övrigt

	☒ Informationsöverföring	Dokumentation	Planering av vården	Hälsa/sjukvårdsåtgärd SSK, ART, FT	Hälsa/Sjukvårdsinsats utförd av baspersonal	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Annat	Antal avvikelser
☐ VÄF Hemtjänst	82	154	42	66	484	38	24	164	1 054
☐ VÄF Korttid	8	3	5	8	7		6	5	42
☐ VÄF Natt/Larm		2			2				4
☒ VÄF Vobo	28	39	16	37	103	27	15	137	402
Totalsumma	118	198	63	111	596	65	45	306	1 502

Bilaga 8 Avvikelser läkemedel, egen regi

Antal registrerade avvikelser



Inom vilka verksamheter inträffar läkemedelsavvikelser?

	Läkemedelsavvikelser
VÄF Dagverksamhet	2
VÄF Hemtjänst	3 553
VÄF Korttid	144
VÄF Natt/Larm	7
VÄF Vobo	1 999

Läkemedel – typ av fel

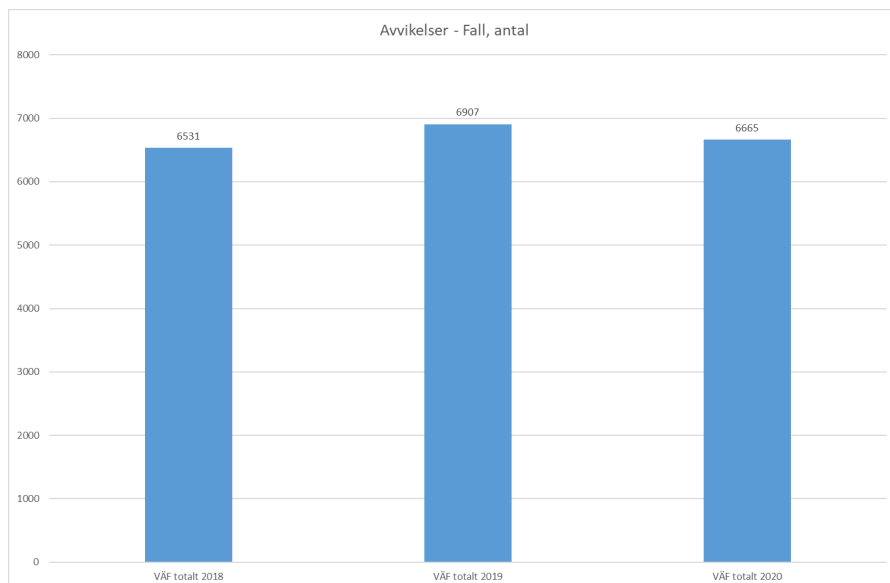
	Läkemedel givet till fel patient	Helt utebliven dos	Ofullständig dos	Läkemedel saknas	Dubbel dos	Felaktig dos	Fel tidpunkt	Apoteksfel	Fedelning dosett/från burk etc.	Signeringslista	Läkemedelslista	Annat	Antal Avvikelser
VÄF Dagverksamhet	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
VÄF Hemtjänst	30	1 780	108	266	29	63	194	5	36	754	37	536	3 553
VÄF Korttid	2	60	7	26	8	10	12	0	7	10	6	10	144
VÄF Natt/Larm	0	4	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	7
VÄF Vobo	30	825	91	315	53	46	108	5	19	206	42	355	1 999
Totalsumma	62	2 670	206	610	90	119	314	10	62	971	85	901	5 705

Läkemedel – avvikelser gäller

Enheter	Apodospåse	Original förpackning	Dosettindelning	Insulin	Plåster	Ögondroppar	Inhalation	Salva	Vid behovs medicin	Injektion ange vad	Antal Avvikelser
VÄF Dagverksamhet	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
VÄF Hemtjänst	1 990	573	1008	219	49	298	121	153	85	27	3 553
VÄF Korttid	33	20	78	5	0	1	2	0	13	6	144
VÄF Natt/Larm	3	1	3	0	0	0	0	0	1	0	7
VÄF Vobo	1 038	329	336	46	43	74	39	44	277	11	1 999
Totalsumma	3 066	923	1425	270	92	373	162	197	376	44	5 705

Bilaga 9 Avvikelser fall, egen regi

Antal fallavvikelser som har rapporterats



Inom vilka verksamheter inträffar fallen?

	Fallavvikelser
VÄF Dagverksamhet	8
VÄF Hemtjänst	2 968
VÄF Korttid	295
VÄF Natt/Larm	581
VÄF Vobo	2 813

Var skedde fallet?

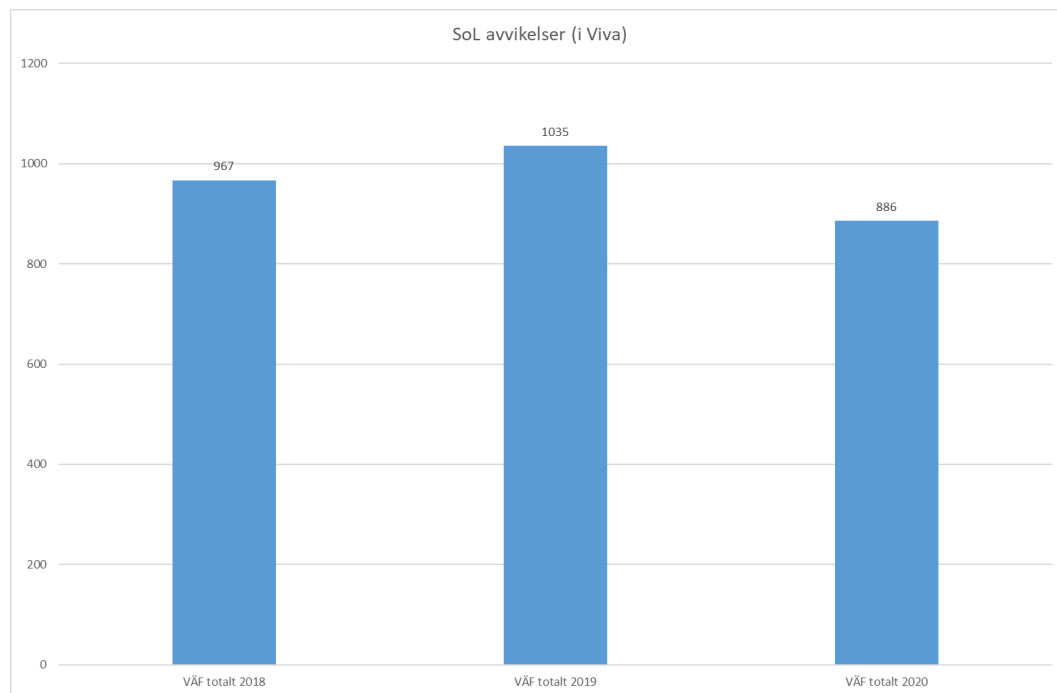
	Antal fall
Kök	866
Se inskannad bilaga	4
Sovrum	3 216
Toalett/badrum	756
Utomhus	106
Övrigt utrymme inomhus	1 717
Totalsumma	6 665

Fallet skedde i samband med

Radetiketter	Antal av Personnummer
+ Förflyttning till/från stol	615
+ Förflyttning till/från säng	1 050
+ Gång	1 651
+ Köksaktivitet	289
+ Okänt	1 437
+ Se inskannad bilaga	4
+ Toalettbesök	888
+ Övrigt	729
+ (tom)	2
Totalsumma	6 665

Bilaga 10 Avvikelser SoL, egen regi

Antal SoL avvikelser som har rapporterats i Viva verkställighet



Under 2020 gjordes en förändring i Viva. I ovanstående statistik för 2018 och 2019 ingår de lex Sarah rapporter som verksamheten rapporterat till S.A.S. Från och med 4 februari 2020 rapporteras detta via en speciell rapportmall i Viva, och finns därför inte med i 2020 års statistik.

Inom vilka verksamheter inträffar SoL avvikelserna (Viva verkställighet)?

	SoL avvikelser (i Viva)
VÄF Dagverksamhet	8
VÄF Hemtjänst	526
VÄF Korttid	11
VÄF Natt/Larm	13
VÄF Vobo	328

SoL avvikelser som har rapporterats inom Myndighet

SoL avvikelser på pappersblankett (antal)	25
SoL avvikelser i Viva (from 23/11) (antal)	12
Totalt antal SoL avvikelser (antal)	37

Bilaga 11 Synpunkter, egen regi

Verksamhetsområde	Antal	Vanligaste verksamhetsspecifika synpunkten
IT/Förebyggande	5	
Myndighet	13	
Hemtjänst, egen regi	86	
Hälso- och sjukvård	23	
Vård- och omsorgsboende, egen regi	37	
Korttid, larm och nattorganisation	30	
Kost, lokalvård, vaktmästeri	7	
Övergripande	22	
Totalt för förvaltningen	223	

Kommungemensamma kriterier	Beröm jan-dec 2020	Fråga jan-dec 2020	Förslag jan-dec 2020	Klagomål jan-dec 2020	Totalt jan-dec 2020
Bemötande	3	1	0	19	23
Fysisk miljö	1	8	2	24	35
Information	0	17	3	18	38
Tjänster	4	25	9	94	132
Totalt	8	51	14	155	228

Totalsiffran skiljer sig mellan tabellerna. Orsaken är att i den övre tabellen saknas synpunkter till privata utförare, men att detta finns med i den nedre tabellen.

Bilaga 12 Lex Sarah, egen regi

Lex Sarah Utredning, 20200101 - 20201231										
ärende som avslutats under året										
Från Viva Lex										
Vård och äldreförvaltningen										
	LEX VÄF Dagverksamhet	LEX VÄF Hemtjänst	LEX VÄF Korttid	LEX VÄF Larm/nattorganis ationen	LEX VÄF Myndighet	LEX VÄF Vobo	TOTALT			
1. Utredning avslutas - inget missförhållande		9			3	3	15			
2. Utredning avslutas - risk för missförhållande		4		2	2	10	18			
3. Utredning avslutas - missförhållande		8				12	20			
4. Utredning avslutas - påtaglig risk för allvarligt missförhållande		1				1	2			
5. Utredning avslutas - allvarligt missförhållande		1				2	3			
TOTALT		23		2	5	28	58			

Lex Sarah, avslut utan utredning, 20200101 - 20201231									
ärende som avslutats under perioden									
Från Viva Lex									
Vård och äldreförvaltningen									
	LEX VÄF hemtjänst	LEX VÄF Larm/nattorganisatio nen	LEX VÄF Myndighet	LEX VÄF Vobo	TOTALT				
LEX - Avslutas utan vidare utredning, åtgärd vidtagen	5			10	15				
LEX - Avslutas utan åtgärd, ej missförhållande	4		1	5	10				
LEX - Avslutas, rapportering från annan verksamhet			1		1				
Ej inledda utredning				4	4				
"Blankt"	1				1				
TOTALT	10		2	19	31				

Bilaga 13 Avvikelser HSL och SoL, privata utförare

HSL övrigt

	Informationsöverföring	Dokumentation	Planering av vården	Hälsa/sjukvårdsåtgärd SSK, ART, FT	Hälsa/sjukvårdsinsats utförd av baspersonal	Medicinteknisk produkt	Trycksår	Annat	Antal avvikelser
Privat VÄF Hemtjänst	4	8		1	17			1	31
Privat VÄF Vobo	4	2	2		44	1	3	3	59
Totalsumma	8	10	2	1	61	1	3	4	90

Läkemedelsavvikelse - Typ av fel

	Läkemedel givet till fel patient	Helt utebliven dos	Ofullständig dos	Läkemedel saknas	Dubbel dos	Felaktig dos	Fel tidpunkt	Apoteksfel	Feldelning dosett/från burk etc.	Signeringslista	Läkemedelslista	Annat	Antal Avvikelser
Privat VÄF Hemtjänst	0	23	6	15	1	1	15	0	1	31	0	10	89
Privat VÄF Vobo	1	91	10	33	3	6	10	4	4	8	0	20	180
Totalsumma	1	114	16	48	4	7	25	4	5	39	0	30	269

Läkemedelsavvikelse - Avvikelsen gäller

Enheter	Apodospåse	Original förpackning	Dosettindelning	Insulin	Plåster	Ögondroppar	Inhalation	Salva	Vid behovs medicin	Injektion ange vad	Antal Avvikelser
Privat VÄF Hemtjänst	48	10	26	9	2	3	2	3	10	0	89
Privat VÄF Vobo	117	16	15	6	1	1	0	1	25	1	180
Totalsumma	165	26	41	15	3	4	2	4	35	1	269

Fallavvikelser – Var inträffar

Enhet	Antal fall
Privat VÄF Hemtjänst	40
Privat VÄF Vobo	338
Totalsumma	378

SoL avvikelser – Var inträffar

Enhet	Antal avvikelser
Privat VÄF Hemtjänst	3
Privat VÄF Vobo	41
Totalsumma	44