



BORÅS STAD

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Vård- och äldre nämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	3
2 Begreppsdefinitioner.....	3
3 Förkortningar.....	4
4 STRUKTUR.....	5
4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg	5
4.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	5
4.3 Övergripande mål och strategier.....	5
4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.....	6
4.5 En god säkerhetskultur.....	7
4.6 Adekvat kunskap och kompetens	7
5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet....	8
5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits.....	8
5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	11
5.3 Riskanalys.....	13
5.4 Välfärdsteknik.....	13
5.5 Synpunkter och klagomål	13
5.6 Avvikelser på individnivå	14
5.7 Lex Maria.....	14
5.8 Lex Sarah	14
5.9 Egenkontroll.....	15
6 RESULTAT OCH ANALYS	15
6.1 Riskanalys.....	15
6.2 Synpunkter och klagomål	16
6.3 Avvikelser på individnivå	16
6.4 Lex Maria.....	18
6.5 Lex Sarah	18
6.6 Egenkontroll.....	20
7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV	25
8 Mål och aktiviteter för kommande år	26

1 Sammanfattning

Även 2021 har präglats av den pandemi som drabbat världen. Arbetet inom förvaltningen har under året haft störst fokus på att vaccinera brukare, minska risk för smittspridning och hantera uppkomna situationer och frågor ur både ett brukarperspektiv och ett medarbetarperspektiv. Viktiga faktorer som hjälpt till i arbetet har varit god intern samverkan inom kommunen och god samverkan med andra vårdgivare.

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

Välfärdsteknik har varit ett prioriterat område och pandemin har bidragit till fler digitala lösningar. 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 är nöjda med sin korttidsvistelse
- Antal patienter som har fått en riskbedömning avseende fall, undernäring, trycksår och munhälsa är fortsatt högt
- Andelen patienter med en smärtskattning och munhälsobedömning den sista tiden i livet har ökat

Områden där fortsatt utveckling behövs är bland annat:

- Säkerställa och öka brukarens/patientens delaktighet och inflytande
- Förbättra kvaliteten i den enskildes dokumentation
- Tydliggöra läkemedelsprocessen med tillhörande rutiner och säkra att dessa efterföljs i verksamheten
- Minska andelen olämpliga läkemedel (görs tillsammans med primärvården och sjukhuset)
- Öka antalet BPSD skattningar för personer med demenssjukdom
- Säkerställa en god vård i livets slutskede för att nå de nationella målen
- Fortsatt arbete med det 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 huvudmannaskapet 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
- Legitimerad personal - sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter
- Patient – enskild inskriven i HSV (hälso- och sjukvård)
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för Arbetslivsförvaltningen, Individ och familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreförvaltningen i Borås stad
- 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

FSG - Förvaltningens samverkansgrupp

FVM - Framtidens värdinformativmiljö

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen

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

IVO - Inspektionen för vård- och omsorg

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

NIS - NIS-direktivet ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem

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

VÄF - Vård- och äldreförvaltningen

ÖJ - Öppna jämförelser

4 STRUKTUR

4.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

4.2 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

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

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

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

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

Verksamheternas egenkontroller dokumenteras löpande i Stratsys och genomförda riskanalyser dokumenteras i särskild rapport. Stratsys är ett system som hanteras av förvaltningens chefer.

4.3 Övergripande mål och strategier

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

Förvaltningens övergripande mål och ledstjärnor är:

Vård- och äldreförvaltningen har som mål att ge en jämlik, jämställd och likvärdig vård och omsorg. Med individen i fokus arbetar vi med förebyggande och trygghetskapande insatser. Vi ger vård och omsorg utifrån den enskildes behov,

utan att ta från 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.

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

4.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

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

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

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

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

MAS/MAR

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

SAS

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och

lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att utreda inkomna lex Sarah rapporter och på delegation av nämnden anmäla allvarliga missförhållanden till IVO.

4.5 En god säkerhetskultur

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

4.5.1 Informationssäkerhet

Kommunfullmäktige har fastställt en policy för informationssäkerhet. Policyn, som gäller för samtliga nämnder, lägger grunden för informationssäkerhetsarbetet. Under året har digitala nano-utbildningar, korta utbildningar via mejl, för samtliga medarbetare startat upp.

Stadens förvaltningsobjekt inom IT dokumenteras i Stratsys. För förvaltningsobjektet vård och omsorg är samtliga IT-komponenter dokumenterade. Förvaltningsplan och förvaltningsberättelse upprättas årligen. Det har köpts in ytterligare modul i Stratsys för att på ett systematiskt och strukturerat sätt arbeta med informationssäkerhet. Modulen stödjer verksamheterna att uppfylla kraven på ledningssystem för informationssäkerhet.

I november genomförde IVO en tillsyn av följsamhet till lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS-direktivet). Lagen ställer krav på att leverantören av den samhällsviktiga tjänsten hälso- och sjukvård har ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete med en övergripande och årlig riskanalys. Vid inspektionstillfället kunde inte staden uppvisa en sådan riskanalys och IVO har aviserat att myndigheten överväger beslut om sanktionsavgift. Efter inspektionen har ett omfattande förbättringsarbete påbörjats med att ta fram en process för hur och till vem NIS-incidenter ska rapporteras.

Den reservlösning som finns för förvaltningens journalsystem testas flera gånger årligen och används även vid uppdateringar för att kunna läsa dokumentation. Egengranskning av dokumentationen i SAMSA har genomförts.

Inför beslut om sekretessgränser och behörigheter görs en risk- och behovsanalys. Granskning av loggar i förvaltningens system görs kontinuerligt. Mer strikta kriterier för genomförande av registervård i verksamhetssystemen har införts för att minimera risken att användare delvis har kvar behörigheter som dom inte behöver.

Ett arbete för att öka säkerheten vid utskrifter har påbörjats.

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

4.6 Adekvat kunskap och kompetens

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

Förvaltningens förmåga att långsiktigt möta invånarnas skiftande behov beror på skickligheten att attrahera och rekrytera medarbetare med rätt kompetens och sedan behålla och utveckla dem för

framtidens krav och förändringar. Det kan även handla om att avveckla eller ställa om kompetens för att uppnå verksamhetens mål

Utbildningsinsatser inom ramen för satsningen Äldreomsorgslyftet har fortsatt under året. Utbildningen utgår från de nationella yrkespaketen för vårdbiträde eller undersköterska.

Förvaltningen har genomfört utbildningsåtgärder inom demens, SIP, munhälsa och användningen av digital teknik. Introduktionen av vikarier har förbättrats. En förbättrad och förstärkt introduktion ökar attraktiviteten för arbete inom vård och omsorg, säkrar kvaliteten gentemot brukare/patient samt förbättrar arbetsmiljön för ordinarie medarbetare.

För legitimerad personal har introduktion getts vid särskilda introduktionsdagar. Det har också tagits fram en digital guide för dem. Förvaltningen har introduktionspaket för nya chefer och de träffar också MASMAR/SAS som en del av sin introduktion.

Inom myndighet har det arbetats vidare med det man lärde sig under 2020 då utbildningen Klarspråk genomfördes. Myndighet och hemtjänsten har också fortsatt forskningssamarbetet med Göteborgs universitet och Borås högskola, om ”samtalsmattan” ett bildbaserat kommunikationshjälpmedel.

Kompetensplaner för biståndshandläggare och legitimerad personal finns sedan tidigare. Arbetet med kompetensplan för undersköterskor och undersköterskor med specialistkompetens har påbörjats och en handlingsplan har tagits fram. Planerna behöver årligen följas upp.

5 PROCESS - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits

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. 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 fortsatt påverkats av pandemiutbrottet Covid-19 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 fortsatt tagits fram och kontinuerligt reviderats.

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.

Under pandemin har förvaltningens arbete med digitalisering, och framförallt digital inkludering för seniorer, gett effekt. Då detta var ett prioriterat område inom den förebyggande verksamheten redan innan pandemin, så underlättades omställningen för både medarbetare och seniorer. De fysiska mötesplatserna blev en digital mötesplats och de aktiviteter som togs fram kunde genomföras digitalt av seniorer. De digitala alternativen togs emot bra och är nu en del av ordinarie verksamhet även efter att mötesplatserna har öppnat upp.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor har förvaltningen genomfört kontinuerliga avstämningsmöten med Vårdhygien. 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 arbets sätt under pandemin.

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 brukare/patienter vid 17 vård- och omsorgsboenden, i ordinärt boende, vid korttidsenheter och dagverksamheter för demens har erbjudits tre vaccindoser. Totalt har cirka 70000 doser givits till patienter och cirka 200 doser till hushållsnära kontakter. Verksamhetschef för HSV i VÄF och medicinskt ansvariga sjuksköterskor har säkerställt logistik och bemanningsfrågor för det sociala klustret och i samverkan med VGR:s vaccinationssamordning

För att tydliggöra hur pandemin påverkat verksamheten finns en beskrivning på vilket sätt pandemin kan ha påverkat respektive område under rubriken egenkontroll.

Under senare delen av 2021 har en utomstående aktör (KPMG) följt upp hur förvaltningen klarat sitt uppdrag under pandemin. Uppföljningen visar att förvaltningen i stort sett klarat sitt uppdrag och har haft möjlighet att ställa om efter de förutsättningarna som pandemin inneburit. Det som framkommer är till viss del brister i information och kommunikation som ska nå längst ut i verksamheten har upplevts som att den kommer för sent.

En del av förvaltningens kompetensutvecklingsinsatser har fått ställas in även under 2021 liksom en del av förvaltningens pågående processarbete, projekt och annat utvecklingsarbete. Det kan få konsekvenser på sikt då detta behöver tas igen. Prioritering och ny planering behövs. Även arbete på nationell och regional nivå som berör förvaltningens verksamheter har avstannat eller prioriterats ned.

En del utbildningar har fortsatt men i mindre omfattning samt att delegerings- och förflyttningsutbildningar har prioriterats och kontinuerligt erbjudits under året.

Beskrivning av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som genomförts

Förvaltningen har under året arbetat med fortsatt implementering 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. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att det ska bidra till att uppnå kvalitet på de insatser som ges för dem som verksamheterna är till för.

Förvaltningen genomför årligen en utvärdering av kvaliteten i sina verksamheter om ledningssystemet för kvalitetsarbete är effektivt och ändamålsenligt utformat. På verksamhetsnivå genomför cheferna årligen en egenkontroll ”verksamhetens genomgång” i Stratsys. Syftet är att säkerställa att chefer och medarbetare känner till de viktigaste styrdokument, rutinerna och processerna.

Rutinen för tvärprofessionella teammöten har följts upp och arbetssättet har setts över.

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

Arbetet med att säkerställa följsamhet till Livsmedelverkets råd ”Bra måltider inom äldreomsorgen”, nationella styrdokument kring nutrition samt stadens policy kring måltider har fortsatt.

Inom hemtjänsten, vård- och omsorgsboende, dagverksamheter och korttid har insatser genomförts för att säkerställa att dokumentation görs enligt gällande lagstiftning och arbetssättet IBIC. Det handlar om utbildningsinsatser till både dokumentationsombud och övriga medarbetare, granskningar och praktiskt stöd. En introduktionsfilm som visar hur ett behovsriktat arbetssätt med fokus på den äldre ser ut i dokumentation och i arbetsprocessen har tagit fram.

Utbildningskoncept för medarbetarna behöver tas fram för att långsiktigt säkra kompetens kring den enskildes dokumentation

Värdeskapande hemtjänst är sedan hösten 2020 ett pågående utvecklingsarbete som syftar till att öka kvalitet med högre delaktighet och inflytande för brukare samt förbättrad personalkontinuitet genom insatser för medarbetares arbetsmiljö med bland annat hållbara scheman. Det har också inneburit en omorganisation med förändrade roller för planerarna till att bli hemtjänstkoordinatorer som lokaliseras inom respektive enhet istället för centralt placerade. En uppnådd effekt handlar om tillgängligheten där koordinatorena kommit närmare enheterna och har mer nära dialog med medarbetare och brukare.

Inom vård- och omsorgboende har SOL-stödjarnas uppdrag etablerats och utvecklats ytterligare under året för en ökad meningsfullhet i vardagen för de boende, ökad trygghet och mer individuell omvårdnad. Även korttidsenheterna fick under hösten möjlighet att anställa SOL-stödjare. Ung Omsorg har sedan uppstarten i september mottagits mycket väl och står för en ökad aktivitet för de boende under helgerna och för ett välkommet möte mellan generationer.

Rutinen om förvaltningens ansvar gällande personer som är utsatta för våld i nära relation samt hur anställda ska agera för att våldsutsatta personer ska få stöd, har börjat implementeras i verksamheterna.

Processer

Inom förvaltningen finns två huvudprocesser; ”att tillhandahålla omsorg och stöd” samt ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård”. Beslut har tagits att processen ”att tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder” inte längre definieras som en huvudprocess.

Under året har ett utvecklingsarbete gällande att handlägga avgifter påbörjats och pågår för att utveckla ett gemensamt arbetssätt. Boendeplaceringsprocessen har kartlagts och rutiner har skapats för att tydliggöra ansvarsroller och säkerställa arbetssättet.

Process – Att tillhandahålla omsorg och stöd

Arbetet med att säkra ”att tillhandahålla omsorg och stöd” pågår.

Inom huvudprocessen ”att tillhandahålla omsorg- och stöd” pågår arbete med att säkra och utveckla socialtjänstens process för utförare.

Delprocessen ”förenklat beslutsfattande” beskriver arbetssättet vid ansökan om städ, tvätt och digitalt stöd enligt SoL 4 kap 2a. Arbetssätt för uppföljning av beslut och insatser har tagits fram. En uppföljning har genomförts.

Process - Att tillhandahålla hälso- och sjukvård

Huvudprocessen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” är en gemensam process inom det sociala klustret. Processtegen ”att ta emot vårdbegäran, ”att bedöma behov av utredning” samt ”att avsluta” är färdigställda. Även de aktiviteter som ingår kopplat mot rehabilitering har tydliggjorts.

Delprocessen för ”läkemedel” ska säkra de mål som finns inom läkemedelsområdet. Arbetet med att kartlägga och tydliggöra rutiner har fortsatt.

Processen för ”palliativ vård i livets slutskede” har följts upp. Rutiner och instruktioner har reviderats.

Processen ”riskförebyggande vårdåtgärder” har reviderats. Till processen finns ett nationellt kvalitetsregister kopplat, Senior alert. Ett nationellt utvecklingsarbete har under året startat i syfte att integrera journalsystemet Viva med Senior alert.

Handlingsplan – Agera för säker vård

Verksamhetscheferna har fått information om handlingsplan och verktyg av MAS/MAR/SAS. Arbetet med att ta fram en handlingsplan fortsätter under 2022.

Nära vård

Arbetet med omställningen till nära vård har fortsatt. Nämnden har till Kommunstyrelsen lämnat synpunkter på remissen ”länsgemensam strategi” för omställningen till nära vård (färdplanen).

Kommunstyrelsen lämnade ett samlat remissvar från Borås Stad. Under året har mötesforum för samverkan tillkommit, både externt och internt. En projektledare har anställts och flertal chefer och stödfunktioner har genomgått en digital utbildning via SKR. Ett av verktygen i nära vård är SIP. Arbetet med att utbilda medarbetare och chefer inom SIP har genomförts under året.

5.1.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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



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

5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

5.2.1 Samverkan med externa aktörer

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

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

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

Ett av de vanligaste riskområdena är brister i kommunikation och samverkan vid vårdens övergångar.

Ny delregional rutin infördes 1 september. Den kompletterar den regionala rutinen för in- och utskrivning från slutenvården. Förvaltningen arbetar kontinuerligt med förbättringar utifrån lagen "Samverkan vid utskrivning från slutenvården" så att brukare/patient hela tiden befinner sig på rätt vårdnivå. Omställningen till nära vård påverkar arbetssätt och behovet av insatser. Brukare/patient som inte nödvändigtvis behöver slutenvård inom regionen ska kunna vara kvar hemma. Hemgång efter sjukhusvistelse ska genomföras snabbare, vilket ställer krav på informationsöverföringen. Regionens primärvård ska vara en aktiv part.

HSV team Myndighet bedömer vårdbegäran från öppenvården om inskrivning i hemsjukvård och tar beslut om inskrivning. De har gjort 418 bedömningar, varav 367 blev inskrivna i hemsjukvården. Den nya delregionala rutinen från 1 september innebär att planering från slutenvården till största delen ska ske i SAMSA utan planeringsmöten. Antalet planeringsmöten för HSV team myndighet har därmed minskat. Av de 705 planeringsmöten som genomförts har 653 skett digitalt och 43 per telefon.

5.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

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

Det finns också interna samverkansrutiner med övriga förvaltningar till exempel gällande brukare/patient med missbruk, vid våld i nära relation.

Pandemin har fortsatt påverkat behovet av reviderade rutiner i intern samverkan. Med utgångspunkt från de övergripande rutinerna har verksamheterna vid behov utarbetat lokala verksamhetsspecifika rutiner.

5.2.3 Samverkan med den enskilde 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.

Samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning från sjukhus ska ske i brukaren/patientens hem. Målet är att öka brukarens/patientens delaktighet i sin egen vård. Under året har myndighet haft fokus på trygg och säker vårdövergång samt SIP vid utskrivning från sjukhus. Inom hemtjänsten har ett arbetssätt för ”trygg hemgång” startat under året.

För att öka följsamhet till den nationella värdegrunden har metodmaterial och kalender tagits fram för verksamheterna hemtjänst, dagverksamhet, korttid och vård- och omsorgboende.

Hemtjänst, vård- och omsorgboende, korttidsenheterna och dagverksamheterna erbjuder välkomstsamtal till nya personer som beviljats insatsen. I samband med samtalet ger enhetschefen tillsammans med kontaktperson information om verksamheten och personen har möjlighet ställa frågor. Samtalet genomförs vid behov tillsammans med anhörig särskilt när det gäller personer med demenssjukdom. Välkomstsamtalet syftar till att ta till vara personens behov och önskemål med respekt för privatliv och integritet samt skapa trygghet.

Uppdraget som kontaktperson har utvecklats och ligger väl i linje med Regeringens utredning om fast omsorgskontakt. Den äldre ska ha en person att vända sig till för att få stöd och svar på sina frågor om insatser och sin omsorg. En fast omsorgskontakt ska öka tryggheten men också den äldres delaktighet, inflytande och självbestämmande. En fast omsorgskontakt för den äldre är också viktigt ur ett anhörigperspektiv.

Inom området för förebyggande bedrivs ett inkluderande arbete där samverkan med seniorer är en naturlig del. Som exempel inom insatsen digitalt stöd, är det senioren som beviljas insatsen som bestämmer vad den behöver stöd med. Målet med detta är att skapa en ökad självständighet och nyfikenhet att ta del av ännu mer inom det digitala området.

MAS/MAR/SAS har i samband med verksamhetsgranskningar intervjuat patienter/brukare om deras upplevelse av delaktighet i vården och omsorgen. MAS/MAR/SAS ger patient/brukare möjlighet att yttra sig vid utredningar enligt lex Sarah och lex Maria.

5.3 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Förvaltningen har vidareutvecklat Borås Stads modell för risk- och konsekvensanalys. Förvaltningens modell kombinerar riskanalys ur flera olika perspektiv såsom medarbetare, patient/brukare samt organisation. Modellen innebär även att riskanalys kan göras utifrån olika nivåer beroende på vad den planerade förändringen handlar om. Utbildning i förvaltningens modell för verksamhetsnära riskanalyser som erbjuds enhetschefer och skyddsombud vid några tillfällen per år har pausats på grund av pandemin.

Under året genomfördes en uppföljning av modellen i syfte att säkerställa att den är känd och används på avsett sätt samt för att identifiera eventuella utvecklingsområden. Med utgångspunkt från uppföljningen har processen reviderats.

5.4 Välfärdsteknik

Arbetet med att införa och utveckla välfärdsteknik har pågått enligt den plan som nämnden tagit fram. Där ingår också att följa upp effekterna för brukare/patient, medarbetare och chefer. Några av de satsningarna som gjorts under året är upphandling av nytt trygghetssystem och välfärdsteknik. I upphandlingen ingår välfärdsteknik som ska främja den äldre självständighet, trygghet, delaktighet, aktivitet och valfrihet. För att motverka digitalt utanförskap har förvaltningen satsat på att införa utlåning av surfplattor för seniorer över 75 år och utbildningsmaterial tagits fram för att underlätta lärandet för seniorer. För att samla och sprida de satsningar som är genomförda inom digitaliseringsområdet i förvaltningen, har en webbsida tagits fram.

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

5.5 Synpunkter och klagomål

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

Vid två tillfällen om året görs sammanställning över samtliga registrerade synpunkter. Med utgångspunkt från sammanställningen görs på olika nivåer i organisationen en uppföljning av tidigare

planerade och vidtagna förbättringsåtgärder. Därefter görs en samlad analys av risk-och förbättringsområden och planerar för åtgärder i syfte att förhindra liknande händelser igen.

5.6 Avvikelser på individnivå

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering samt process för avvikelshantering enligt HSL, SoL och LSS.

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

Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser och lex Sarah, med undantag av legitimerad personal men dessa ges möjlighet. Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Om avvikelsen berör HSL utreds den av legitimerad personal och följs sedan upp av ansvarig chef.

Under hösten genomfördes en uppföljning av processen med fokus på om det är känt och används på avsett sätt, samt att identifiera eventuella utvecklingsområden. Uppföljningen visar att processen i det stora hela fungerar på avsett sätt. En handlingsplan har upprättats för de identifierade utvecklingsområdena inom klustret. För cheferna i förvaltningen har en enkät tagits fram som stöd att identifiera utvecklingsområden.

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

5.7 Lex Maria

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

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

5.8 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 lagsättning. Dessa händelser utreds av SAS som föreslår åtgärder som bör tas fram för att säkerställa att missförhållandet inte kan hända igen. Vid allvarlig risk för missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO på delegation av nämnden.

5.9 Egenkontroll

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

Uppföljning genom egenkontroll har genomförts inom bland annat följande områden:

- Verksamhetsgranskning utifrån gällande lagstiftning
- Vårdinventering av hälso- och sjukvårdsinsatser en gång per år
- Kontinuerlig journalgranskning i samband med verksamhetsgranskningar, utredningar och avvikelser
- Fördjupad journalgranskning HSL
- 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 andel aktuella genomförandeplaner, samt uppföljning av följsamhet till rutiner gällande 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 en gång per år
- Analys av resultat från de kvalitetsregister förvaltningen deltar i (BPSD registret, Senior alert och det palliativa registret) kvartal- eller tertialvis
- Analys av resultatet i brukarundersökning på kortidsverksamheterna två gånger per år
- Analys av resultatet i Socialstyrelsens 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

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

6 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

6.1 Riskanalys

Förvaltningen har genomfört tre 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:

- Sekretessgränser Viva
- Ökad tillgänglighet till planerarna
- Trygg hemgång inom ordinärt boende

Risk- och konsekvensanalyser på verksamhets- och/eller avdelningsnivå redovisas inte i den övergripande patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Det är dock värt att notera att antalet riskanalyser kopplat till pandemin har varit många och genomförts regelbundet på olika nivåer såsom FSG, LSG och APT.

6.2 Synpunkter och klagomål

Synpunkter

Det har rapporterats 156 synpunkter under året, vilket är en minskning jämfört med föregående år då 228 synpunkter rapporterades. Av de inkomna synpunkterna är 74 klagomål men det finns också 29 beröm, några förslag och en del frågor till verksamheterna. De flesta klagomålen handlar om brister i insatsens utförande, att personal saknar kompetens samt brister i kommunikation och information och det gäller alla verksamheter. Inom hemtjänsten och nu även inom hemsjukvården finns det fortsatt synpunkter kring bilkörning; höga hastigheter samt att bilarna parkeras felaktigt. I hemtjänsten finns också synpunkter på att det kommer många olika personer. Det beröm som inkommit är främst i hemtjänsten och på korttidsenheterna och handlar om nöjdhet med personalen och insatserna.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ett minskat antal klagomål har inkommit och berömmet har ökat vilket kan vara en effekt av pandemin.

6.3 Avvikelse på individnivå

Den utveckling som har genomförts vad gäller processen för avvikelser har påverkat Viva med bland annat ny indelning över hur avvikelser och lex Sarah rapporteras, utreds och följs upp. Detta påverkar möjligheten att följa statistiken tillbaka i tiden för att göra jämförelser, men ger verksamheten utökade möjligheter till förfinad statistik framåt i tiden.

Egenkontroll avvikelser

Under året har en enkät tagits fram i syfte att ge verksamheten möjlighet att följa upp om processen för avvikelser och lex Sarah är känd, används på avsett sätt samt för att identifiera eventuella utvecklingsområden. Enkäten är ett stöd till verksamheten och respektive chef beslutar om den ska genomföras. Totalt har 409 medarbetare besvarat enkäten, främst inom verksamheterna hemtjänst och korttid.

Resultatet visar att merparten av de som besvarat enkäten har kunskap om hur man rapporterar HSL- och fallavvikelser, men att det behövs ökad kunskap vad gäller SoL-avvikelser och lex Sarah. Andra utvecklingsområden som framkommer i enkäten är bemötandet av chefer och kollegor när man tar upp avvikelser samt på vilket sätt man inom verksamheten går igenom och lär av rapporterade avvikelser och lex Sarah. Verksamhetscheferna inom hemtjänst och korttid planerar att med stöd av SAS och processledaren genomföra utbildningsinsatser till enhetschefer.

Avvikelse HSL

Statistik se bilaga 5 och bilaga 6.

Det har totalt rapporterats 7062 HSL avvikelser i verksamhetssystemet Viva.

- Läkemedel - totalt rapporterades 5695 avvikelser, vilket är i stort sett samma som tidigare år. Dessa handlar främst om delvis eller helt utebliven dos och att signering saknas när läkemedel givits.
Om man beräknar att antalet patienter med helt övertaget läkemedelsansvar får två doser per dygn är det 0,5 procent av alla utdelade doser som lett till avvikelser.
- Övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelser- totalt rapporterades 1367 avvikelser. Dessa handlar främst om hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av baspersonal, dokumentation och informationsöverföring. En avvikelse kan innefatta flera händelser och syns då inte i statistiken. Detta innebär att antalet avvikelser borde varit fler.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Inga allvarliga avvikelser har inträffat på grund av pandemin. De avvikelser som förekommit relaterat till pandemin handlar om bristande skyddsutrustning samt följsamhet till hygienrutin samt missad dokumentation.

Avvikelser HSL i vårdsamverkan

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

Från sjukhus och regionens primärvård har det kommit 67 avvikelser som inträffat inom förvaltningen. Dessa berör främst informationsöverföring, provtagning och vård och behandling. Från förvaltningen har det skickats 154 avvikelser som har inträffat inom VGR. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring, läkemedel och vård och behandling. Majoriteten har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det har varit några enstaka avvikelser kring informationsöverföring men inga allvarliga.

Avvikelser fall

Statistik se bilaga 7.

Det har totalt rapporterats 7688 fall avvikelser i verksamhetssystemet Viva, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. En trolig orsak till det ökade antalet fallavvikelser är en ökad rapportering av avvikelser samt att andelen brukare/patienter har ett ökat vård- och omsorgsbehov.

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

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

Avvikelser SoL

Statistik se bilaga 8.

Det har totalt rapporterats 890 avvikelser i verksamhetssystemet Viva, främst inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende.

Sammanställningen visar att det som rapporterats främst handlar om utförandet av insatser, att dessa brister/utförs felaktigt, blir fördröjda eller uteblir. Det har även rapporterats att det brister i följsamhet till rutiner och inom hemtjänst även att intern samverkan brister.

Bakomliggande orsaker till att händelser har inträffat har i utredning av ansvarig chef identifierats. Det framkommer att det är inom kommunikation och information det brister, både att det brister eller uteblir helt. Ytterligare orsaker som identifierats är att kompetens hos medarbetare brister och är otillräcklig samt att följsamhet till gällande rutiner och instruktioner brister.

Inom myndighet har det rapporterats 76 avvikelser under året. Dessa har till övervägande delen gällt händelser som inträffat i annan verksamhet, främst inom hemtjänst och externa aktörer. Det som är vanligast förekommande är att det uppstår brister i kommunikation, information och samverkan.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det går inte att se att pandemin påverkat området när man ser på helheten. Enstaka avvikelser har förekommit som berör området.

6.4 Lex Maria

Lex Maria

MAS och MAR har under året påbörjat utredning av 80 händelser med risk för allvarlig vårdskada. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten, klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående samt från patientnämnd och IVO som begärt uppgifter. I samband med utredningar har ett flertal händelseanalyser gjorts tillsammans med enhetschefer och medarbetare. En av utredningarna har anmälts som Lex Maria som berör allvarlig vårdskada gällande en patient som utvecklat ett trycksår på hälen från grad 1 till grad 4 på några veckor. De rutiner som finns för dokumentation, signeringslista, rapportering och följsamhet till beställda hälso- och sjukvårdsinsatser har inte följts.

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.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen av utredningar händelserna eller lex Maria kan kopplas till den pågående pandemin.

Anmälan medicintekniska produkter

Fyra anmälningar har gjorts till läkemedelsverket angående produktfel på medicintekniska produkter. Produktfelen gällde nackstöd, rullstol, en rollator samt en duschstol på hjul.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen påverkan på området.

6.5 Lex Sarah

Lex Sarah

Statistik se bilaga 10.

Under året har 51 lex Sarah rapporterats av medarbetarna i Viva.

SAS har under året hanterat 57 ärenden inom ramen för lex Sarah. Det är betydligt färre än föregående år och det är främst inom hemtjänst det rapporterats mindre. Även under detta år har det inte inletts utredning på en del av det som rapporterats in då bedömning gjorts att händelsen ej drabbat brukaren enligt lex Sarah eller att verksamheten vidtagit tillräckligt med åtgärder.

Vård- och omsorgsboende

Det som rapporterats på vård- och omsorgsboende och där det förekommit brister är främst inom brister i bemötande och brister i utförande av insats, som exempelvis ovarsamhet vid förflyttning, larm nattetid besvaras inte på ett korrekt sätt, inkontinensskydd byts inte i tillräcklig omfattning främst nattetid.

Orsaker till att händelser inträffar utifrån ovanstående områden handlar om brister i följsamhet till

genomförandeplan, rutiner och arbetssätt då konsekvenser blir att medarbetare gör olika vid utförande av insats. Orsaker till att det brister i bemötande är att det saknas kunskap om och tillämpning av värdegrunden.

Åtgärder som behöver genomföras är att öka kunskap och kompetens i den nationella värdegrunden, öka användandet av BPSD samt följa upp och revidera genomförandeplanen.

Hemtjänst

Inom hemtjänst har det också rapporterats brister i bemötande, exempelvis att medarbetare uppträtt kränkande eller haft en högljudd framtoning i samtal med brukare. Det har också rapporterats brister i utförande av insats som exempelvis att brukare inte fått bytt inkontinensskydd i tillräcklig omfattning

De orsaker som framträder till att händelser uppstår så brukare drabbas är att det brister i att rapportera/informera och att dokumentera, att medarbetare inte uppträder korrekt i mötet med brukaren och saknar kunskap om värdegrunden och att medarbetare inte följer gällande rutiner, arbetssätt och genomförandeplanen.

Åtgärder som verksamheten bör genomföra är att säkerställa att medarbetarna dokumenterar i tillräcklig omfattning och att brukare har en aktuell genomförandeplan som ska följas, öka kunskap om den nationella värdegrunden och säkerställa att medarbetarna har ett professionellt bemötande mot brukare samt att säkerställa att medarbetarna följer gällande rutiner och arbetssätt

Larm- nattorganisationen

Inom larm-nattorganisationen har det rapporterats och utretts tre händelser. En händelse handlade om brister i uppmärksamhet i samband med att en brukare larmade efter att ha fallit i hemmet. De två andra handlade om att larm ej besvarats vilket lett till konsekvenser för brukare. En av händelserna var ett allvarligt missförhållande och anmäldes till IVO. Den andra händelsen drabbade brukaren i mindre omfattning.

Larm- nattorganisationen har utifrån det som rapporterats och utifrån det som framkommit vid samtliga utredningar, påbörjat ett förändringsarbete för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen. Det framkom ett antal åtgärder som bedömdes att verksamheten behövde förbättra och åtgärda.

Myndighet

Inom myndighet har det rapporterats två händelser som båda handlat om brister i verkställigheten och dessa har utretts inom berörd verksamhet.

Anmälan till IVO

Två lex Sarah ärenden har anmälts till IVO där båda bedömts vara allvarliga missförhållanden. I båda ärenden har IVO bedömt att nämnden fullgjort sin skyldighet enligt gällande lagstiftning. Händelserna berör:

- En brukare larmar flertalet gånger under en kväll för hjälp vid toalettbesök. Medarbetare besvarar inte flera av de inkomna larmen, tar varken kontakt med brukaren eller gör besök hos brukaren. Senare under kvällen inkommer larm om att brukaren fallit och medarbetare gör ett besök hos brukaren och hjälper denne upp. Ytterligare larm inkommer under natten där det framkommer att brukaren har ont i armen men det läggs ingen vikt vid detta av personalen. På morgonen när besök görs av hemtjänst och anhörig får kontakt med brukaren uppmärksammas att brukaren har mer ont i armen och uppsöker sjukhus där det konstateras att brukaren har en fraktur på armen. Olika uppgifter kommer fram i utredningen på bland annat tider och klockslag, vilket försvårar att säkerställa vad som inträffat. Brukaren utsätts för brister i utförande av insatser och drabbas av ett allvarligt missförhållande. Ett antal åtgärder har vidtagits i verksamheten för att säkerställa och förhindra att något liknande inträffar igen.
- Fyra lex Sarah rapporter och en avvikelser inkom på en avdelning på ett vård- och omsorgsboende som handlar om brister i bemötande, brister i utförande av insatser och

psykiskt övergrepp. Orsaker som har identifierats är bland annat att det finns brister i förhållningssätt och attityder hos vissa medarbetare. Det brister i att följa gällande arbetsätt och rutiner samt att det finns kompetensbrister hos vissa medarbetare. Detta har fått till konsekvens att flera brukare blivit utsatta för brister i respekt, brukare har upplevt att de blivit kränkta i vissa situationer, brukare har upplevt rädsla, oro och otrygghet och det har brustit i omsorgen runt brukarna. För att förhindra att liknande händelser inträffar igen fick verksamheten vidta ett flertal åtgärder utifrån de brister som förekommit.

Uppföljning av lex Sarah

Uppföljning gällande lex Sarah har även detta år skickats ut till enhetscheferna. Syftet har varit detsamma som tidigare år, att få en inblick i om de åtgärder verksamheten vidtagit i samband med att en händelse rapporterats och utretts, lett till förbättringar i verksamheten. Även detta år var svarsfrekvensen låg och några slutsatser kommer därför inte kunna göras. Inför nästkommande år kommer inte någon enkät enligt samma format att skickas ut.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det har inte gått att med tydlighet se att det som rapporteras och utretts enligt lex Sarah har påverkats av den pågående pandemin.

6.6 Egenkontroll

Hygien

Arbetet med att sprida kunskap och information till alla medarbetare kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning har skett kontinuerligt under året. I detta arbete har sjuksköterskor med särskilt ansvar för hygien haft en central roll genom att bistå verksamheterna med kunskap och handledning.

Förvaltningen har fortsatt samarbetet med Vårdhygien på SÄS genom bland annat utbildningar för hygienombud och sjuksköterskor med särskilt hygienansvar.

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 vårdnära arbete vilket är positivt för att minska smittspridning. Ytterligare exempel är att mötestider där vårdhygieniska frågor diskuteras har ökat på enheterna, även samarbetet mellan enhetschefer och sjuksköterska med särskilt hygienansvar har ökat. En positiv utveckling är att medarbetarna i betydligt högre grad använder arbetsgivarens arbetskläder och att följsamheten till hygieniska riktlinjer har ökat.

De utvecklingsområden som identifierats handlar bland annat om att det fortfarande finns medarbetare som använder klockor, ringar och lösnaglar etc. Användning av handdesinfektion har ökat men målet är fortfarande inte nått.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Det har även i år varit ett stort fokus på hygienfrågor. Sjuksköterskorna har haft fullt fokus på vaccinationsarbetet vilket kan ha medfört att tid för möten mellan hygienombud och sjuksköterskor med särskilt hygienansvar inte alltid har kunnat prioriteras.

Resultat och erfarenheter från gjorda mätningar har inte återkopplats i samma grad som tidigare år vilket kan bero på arbetsbelastningen.

Brukarundersökning

Den nationella brukarundersökningen i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende har inte genomförts under 2021. Brukarundersökningen kommer att genomföras i början av 2022 och resultatet förväntas publiceras i juni.

Eftersom Socialstyrelsens brukarundersökning inte riktar sig till de som vistats på korttidsverksamheten har förvaltningen utarbetat en egen enkät med frågorna från den nationella undersökningen. Under året var det totalt 211 personer som valde att besvara enkäten. Resultatet visade att 99 % sammantaget är nöjda med sin korttidsvistelse.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen påverkan av pandemin, att den nationella brukarundersökningen inte gjordes berodde på ny upphandling för genomförandet som försenades.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård

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

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Granskning har ej kunnat utföras i den omfattning som var planerad på grund av hög arbetsbelastning, både i verksamheterna och för MAS/MAR.

Dokumentation enligt Socialtjänstlagen

Resultatet ligger i stort sett på samma nivå som föregående år. Andelen med aktuell genomförandeplan, inte äldre än sex månader, var 82 % i hemtjänsten, 81% på vård- och omsorgsboende och på dagverksamhet 95 %.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

På grund av pandemin har utbildningsinsatserna pausats vid behov och inte gått att genomföra i önskad utsträckning.

God vård vid demenssjukdom

Statistik se bilaga 1.

Under året har det i BPSD-registret genomförts 662 BPSD-skattningar på totalt 415 brukare, en liten ökning jämfört med föregående år.

Chefsmöten har genomförts i syfte att få samsyn i arbetet kring demens. Inspirationsträffar för BPSD-administratörerna har genomförts i syfte att utbyta erfarenheter och lära av varandra. Ytterligare BPSD-administratörer har utbildats av certifierade BPSD-utbildare.

Inom förvaltningen har fyra dagverksamheter och ett vård- och omsorgsboenden blivit Stjärnmärkta arbetsplatser. Stjärnmärkt arbetsplats innebär att minst 80 procent av medarbetarna har genomfört de fyra utbildningsstegen och arbetar utifrån Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell.

En handlingsplan till ”Planering för god vård och omsorg vid demens” har tagits fram.

En stor del av medarbetare inom hemtjänst, korttid, dagverksamheter och vård- och omsorgsboende har utbildats i hur man bemöter personer med demenssjukdom. Medarbetare som tidigare har gått grundutbildningen har erbjudits en heldagsutbildning. Sammanlagt har 465 medarbetare genomgått heldagsutbildningen. Även grundutbildningen har erbjudits och 231 medarbetare har genomgått den.

Även medarbetare inom myndighet har erbjudits utbildningen ”Att möta personer med demens”. Sammanlagt har 35 personer deltagit.

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

God palliativ vård i livets slutskede

Statistik se bilaga 2.

Under året har en uppföljning av processen för palliativ vård genomförts. Med utgångspunkt från de identifierade utvecklingsområdena och det reviderade nationella vårdprogrammet för palliativ vård har processen med tillhörande rutiner reviderats.

I Viva finns totalt 438 dödsfall registrerade inom VÄF under 2021, vilket är en minskning jämfört med föregående år. Siffrorna avser personer som avlidit inom VÄF, både i egen och privat regi. Under året har 370 dödsfall registrerats i det palliativa registret, varav 91 % var väntade dödsfall.

Inom palliativ vård i livets slutskede finns tre mål varav två utgår från de nationella målområdena för palliativ vård. Målen innebär att samtliga dödsfall ska registreras i det Svenska Palliativregistret och att samtliga dödsfall ska ha en smärtskattning och minst 90 % ska ha en munhälsobedömning sista levnadsveckan. Resultat har tagits fram en gång/kvartal på verksamhets- och enhetsnivå. Gemensam analys av resultaten samt diskussion om åtgärder har genomförts en gång/termin på verksamhetsledning där både enhetschefer från HSV och enhetschefer från verkställigheten deltagit.

84 % av dödsfallen har registrerats i det svenska Palliativregistret vilket är en minskning jämfört med föregående år. Detta innebär att målet att samtliga dödsfall finns registrerade inte nås. En bidragande orsak till att målet inte nås tros fortsatt vara den dubbeldokumentation som legitimerad personal behöver göra vid dödsfall (det vill säga att dokumentera i både Viva och det palliativa registret).

79 % har en aktuell smärtskattning och 69 % har en aktuell munhälsobedömning. Vilket innebär en ökning jämfört med föregående år. Det ses inga skillnader i resultatet mellan män och kvinnor men en viss skillnad i resultaten kan ses mellan de olika verksamheterna. I jämförelse med nationell statistik för samtlig kommunal verksamhet visar att Borås Stad har ett bättre resultat.

Under året har det registrerats 41 dödsfall där Covid-19 har valts med pågående, misstänkt eller genomgången diagnos, 38 av dessa var väntade dödsfall. 84 % hade en aktuell smärtskattning och 71 % hade en aktuell munhälsobedömning.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Resultatet från det palliativa registret visar i stort sett inga skillnader om man jämför samtliga dödsfall och de med diagnos Covid-19.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Statistik bilaga 3.

I IT systemet MCSS signeras hälso- och sjukvårdsinsatser digitalt som utförs av baspersonal på delegering eller instruktion. Det har bidragit till att synliggöra de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i förvaltningen. Om de inte utförs eller utförs för sent ska en avvikelse skrivas. På förvaltningen har 4 079 353 insatser varit avsedda att signeras utav dessa är 4 % ej signerade det vill säga 160 000 insatser. Icke signerade insatser ska dokumenteras i en avvikelse vilket kan ses i avvikelsestatistiken att det inte görs.

På vård och omsorgsboende har det utförts 2 463 495 insatser. 98 % är signerade.

Inom ordinärt boende har det utförts 1 456 169 insatser. Av dessa är 93 % signerade.

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

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Utförandet av insatser kan ha påverkats då ordinarie medarbetare varit sjuka och vikarier arbetat i verksamheten.

Läkemedel

Målet är att minska olämpliga läkemedel såsom psykofarmaka (inklusive lugnande läkemedel, sömnmedel). Dessa läkemedel räknas som olämpliga eftersom de ger biverkningar som t.ex. förvirring och ökad fallrisk. Vårдинventeringen visar att 21 % av patienterna som har helt övertaget läkemedelsansvar på vård- och omsorgsboende har behandling med tre eller fler olämpliga läkemedel. Detta är en ökning jämfört med föregående år, som då var 18 %.

Det har registrerats 35 avvikelser om misstanke om svinn och stöld av läkemedel vilket är färre jämfört med föregående år, som var 48 avvikelser. En bidragande orsak kan vara en större användning av nyckelfria läkemedelsskåp. Inga patienter har blivit utan läkemedel och avvikelserna har utretts av respektive verksamhet och MAS.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

I nuläget går det inte att säga att pandemin har påverkat området läkemedel.

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.

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

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

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Färre läkemedelsgenomgångar då det varit hög arbetsbelastning både på kommun och i primärvården.

Läkemedelshantering kvalitetsgranskning

Har inte gjorts under 2021 Årlig granskning ska genomföras enligt läkemedelsföreskriften och framtagna rutiner.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Verksamheten har inte hunnit med att granska området. Beslut togs att skjuta upp detta till 2022.

Mat och måltidsmiljön

Arbetet med att säkra Livsmedelsverkets riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen har fortsatt. Fokus har legat på näringsrika måltider integrerat med riskförebyggande åtgärder för att förebygga undernäring.

Ett nytt avtal har tecknats för webbköp av dagligvaror i hemtjänsten och i det nya avtalet inkluderas även färdiga maträtter. Den som av medicinska skäl har behov av specialkost och inte kan få behovet tillgodosett genom ovanstående alternativ, får kyld specialkost från ett av förvaltningens kök.

Nätverksträffar genomförs systematiskt för inköpsombud, hemtjänstkoordinatorer, matdistributörer och berörda kockar. Syftet är att öka kunskapen, kommunikationen och ge stöd i arbetet runt inköp och matdistribution. Hemtjänsten chefer har fått grundläggande utbildning i måltider för äldre och undernäringens problematik hos äldre. Även nätverksträffar med måltidsombud på vård- och omsorgsboende och korttid genomförs.

Arbetet med nutritionsprocessen för de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården kommer slutföras i början på 2022. Rutiner och stödjande dokument är upprättade.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Nätverksträffar fick till viss del genomföras digitalt.

Munhälsa och nödvändig tandvård

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

Målsättningen för arbetet har varit att öka andelen brukare som ska ha rätt till nödvändigt

tandvårdsintyg, men som inte har identifierats av kommunen. Arbete har pågått och målet är uppnått för brukare boende på vård- och omsorgsboende, men arbete krävs för att öka upp antalet för dem som bor i ordinärt boende.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Färre medarbetare än planerat fick utbildning inom hemtjänsten då utbildningarna ställdes in på grund av pandemin.

Riskbedömningar fall, undernäring, trycksår samt munhälsa

Statistik bilaga 4.

Processen för riskförebyggande vårdåtgärder, med tillhörande instruktioner är tydliggjord och implementerad i linjeorganisationen.

Fortsatt implementering av arbetssätt med det tillhörande nationella kvalitetsregistret Senior Alert har under året genomförts inom de verksamheter som inte arbetade enligt processen sedan tidigare. Antalet unika patienter som har en riskbedömning i Senior alert har minskat något jämfört med föregående år.

Vid 90 % av riskbedömningar finns en eller flera risker identifierade. 24 % visar risk för trycksår, 58 % visar risk för undernäring, 79 % visar risk för fall och 35 % visar risk för ohälsa i munnen. I takt med att riskbedömningen har ökat, har verksamheten även lyckats få till ett systematiskt arbete där bakomliggande orsaker kartläggs till riskerna samt att åtgärder både planeras och vidtas i syfte att förhindra/avhjälpa riskerna.

Förutom att riskbedömningarna registreras i Senior alert ska dom även dokumenteras i Viva. Målet att minst 90 % av patienterna har en aktuell riskbedömning i Viva nås inte. En trolig orsak är den dubbeldokumentation som legitimerad personal behöver göra vad gäller både Viva och Senior alert. För att undvika dubbeldokumentation finns Borås Stad med i den satsning som SKR påbörjat, som innebär att integrera kommunernas journalsystem med kvalitetsregistret Senior alert.

Analys av resultaten kopplat mot målen samt diskussion om åtgärder har genomförts en gång/termin på verksamhetsledning där både enhetschefer från HSV och enhetschefer från verkställigheten deltagit.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Trots den ansträngda arbetssituationen för legitimerad personal har verksamheten lyckats komma igång med det riskförebyggande arbetet i kvalitetsregistret Senior alert.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Området skydds- och begränsningsåtgärder är en del i egenkontrollen i syfte att öka kunskapen då denna typ av åtgärder så långt det är möjligt ska undvikas. Ett förbättringsarbete pågår för att kunna följa statistik på insatta skydds- och begränsningsåtgärder på ett strukturerat sätt.

Fyra mätningar har gjorts på vård- och omsorgsboende och snittet visar att 41 % av brukarna har skydds- och begränsningsåtgärder. Det finns en spridning mellan 38-44 %. Antalet boende med dokumenterade skydds- och begränsningsåtgärder kommer över tid att variera beroende på vilka behov de boende har.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Ingen påverkan.

Trycksår

MAS och MAR har genomfört en fördjupad analys av inkomna avvikelserapporter trycksår (33 stycken). Djupgranskningen visar att samtliga trycksår som uppkommit i verksamheten har varit undvikbara.

Vårdinventeringen visar att 6 % av patienterna på vård- och omsorgsboende och 3 % av patienterna inom ordinärt boende och korttid har trycksår. Andelen av trycksåren som tillkommit i vår egen verksamhet har ökat. Bakomliggande orsaker till den höga andelen trycksår är delvis brist på kompetens

hos medarbetare, intern samverkan mellan professioner och att det inte alltid skrivs avvikelse enligt rutin.

På vilket sätt har pandemin påverkat området? Den årliga trycksårsutbildningen har inte kunnat genomföras på två år.

Verksamhetsgranskning

MAS, MAR och SAS har ett gemensamt arbetssätt gällande verksamhetsgranskningar. De utförs tillsammans med verksamheten i form av workshop med fokus på brukarens/patientens delaktighet. Inför workshop tillfrågas några brukare/patienter att svara på frågor kring delaktighet.

Två verksamhetsgranskningar har genomförts i verkställigheten, en i hemtjänsten och en på vård- och omsorgsboende. Genomförda granskningar visar att brukares/patienters delaktighet kan förbättras.

Verksamhetsgranskning har genomförts på myndighet av SAS med fokus på uppföljning av insatser samt arbetssätt vid orosanmälningar.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Flera planerade verksamhetsgranskningar har fått ställas in och flyttas till nästkommande år.

Öppna jämförelser äldreomsorg/socialtjänst samt enhetsenkät

Det finns inget uttalat mål inom öppna jämförelser. Resultatet sammanställs i en handlingsplan i förvaltningen när det gäller äldreomsorgen och en gemensam handlingsplan i klustret för socialtjänsten. Beslut fattas sedan om fortsatt arbete.

Resultatet i Öppna jämförelser av vård och omsorg till äldre är i stort sett lika med föregående års resultat. Ett förbättringsområde är bland annat att minska olämpliga läkemedel. Enhetsenkäten till hemtjänst och vård- och omsorgsboende (gjordes inte 2020 och 2021) samt enkäten Öppna jämförelser socialtjänst, undersöker hur samverkan i kommunen sker kring den enskilde, både internt och externt. Flertalet av de efterfrågade rutinerna och arbetssätten har upprättas eller är under framtagande inför kommande år.

På vilket sätt har pandemin påverkat området?

Förbättringsområdena i handlingsplanen är pausade.

7 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Under året har tre LOV företag som inte fått godkännande av IVO att bedriva verksamhet valt att avsluta sin verksamhet. Två av företagen togs över av ett nyetablerat LOV företag i staden. Inför 2022 finns det tre LOV företag inom hemtjänsten.

MAS/MAR har efter flertal avvikelser utfört händelseanalys och en uppföljning med ett av företagen.

Legitimerad personal har ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården inom upphandlad verksamhet, både LOU och LOV. Statistiskt avvikelser se bilaga 11.

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.

8 Mål och aktiviteter för kommande år

Vård- och äldreförvaltningen har att förhålla sig till de övergripande mål som finns i budget 2022 från Kommunfullmäktige och till de mål som Vård- och äldrenämnden fastslagit samt till de fyra nya visionsområdena som tagits fram under 2021.

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 utifrån vårdsamverkan att fler planeringar ska ske i brukaren/patientens hem. Patient/brukarens delaktighet stärks när planeringen sker i den nära hemmiljön där vård och omsorg sedan ska tillgodoses. Målet är att öka antalet planeringar i brukaren/patientens hem och minst hälften av alla planeringar bör vara en SIP enligt riktlinjen.

Forskningsprojektet med samtalsmattor som är ett bildbaserat kommunikationshjälpmedel kommer att fortsätta. Samtalsmattorna har testats i hemtjänsten och av biståndshandläggare för att underlätta kommunikation med dem som har svårt att uttrycka sig, ex vid demenssjukdom.

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

Det har framkommit det finns viss brist i kunskap kring rapportering enligt lex Sarah. Detta kommer att lyftas under 2022 och åtgärder kommer att genomföras för att öka kunskap och kompetens.

Parallellt med förändringsarbetet kring matdistribution och upphandling av ny leverantör för dagligvaror och färdiga maträtter för dem i ordinärt boende så har en handlingsplan tagits fram som implementeras under 2021-2022. Den omfattar aktiviteter som kvalitetssäkrar förändringsarbetet samt livsmedelsverkets riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen, likställt med handlingsplanen för vård- och omsorgsboenden, korttid och dagverksamhet. I första hand kommer hemtjänstens inköpsombud, hemtjänstkoordinatorer, myndighets handläggare och deras chefer få informationer/utbildning, därefter planeras ett mer digitalt upplägg för alla som arbetar med måltider i någon form på förvaltningen.

Under 2022 kommer arbetet runt nutritionsprocessen att fokusera på de som inte är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Arbetet med den nationella handlingsplanen för att öka patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 ”Agera för säker vård” fortsätter.

Fortsatt arbete för att säkerställa hantering av medicintekniska produkter i ett ledningssystem.

Ett utvecklingsarbete att rapportera, utreda och följa upp organisatoriska avvikelser påbörjas.

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

- Processen ”att tillhandahålla omsorg och stöd” ska färdigställas och utvecklingsplan ska tas fram i syfte att säkra kvalitet enligt lagkrav och övrig författningsreglering samt IBIC-arbetsätt. Under 2022 ska den delen av processen som beskriver verkställighet av insatser färdigställas.
- Processen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” kommer att fokusera på att implementera aktiviteterna kopplat mot arbetsterapeuter/fysioterapeuter och att utveckla aktiviteterna kopplat mot sjuksköterskor. Arbetet kommer även att bedrivas inom processerna för läkemedel, delegering och riskförebyggande vårdåtgärder.
- Fortsatt arbete inom hälso- och sjukvården med att säkra vården och omsorgen med utgångspunkt från nationella riktlinjer inom flera områden och diagnoser som vägledning för hälso- och sjukvårdsfrågor.
- 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 brukarens/patientens delaktighet.

MAS och MAR kommer fortsätta följa trycksår även detta år och ska ta fram ett material som stöd och hjälp i arbetet med att förebygga och undvika trycksår.

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

Nationellt och regionalt 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. Arbetet med färdplan nära vård kommer under året att intensifieras då remissarbete pågår samt att arbetet med en delregional färdplan i Södra Älvsborg har påbörjats. En projektledare har anställts under en två års period för att hålla samman förvaltningens arbete kring nära vård.

FVM är en digitaliseringssatsning och VGR har tecknat avtal om ett sammanhållet IT-system, Millenium, som kommer att bli en plattform för att ge stöd till bland annat informationsförsörjningen mellan olika vårdgivare. Borås Stad och övriga kommuner i Västra Götaland har ett pågående samarbete i frågan. Resurser har tillsatts för förändringsarbete och införandet av FVM kommer att ske i etapper och pågå fram till år 2024.

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

I uppdraget som modellkommun har Borås Stad varit med och tagit fram en nationell webbutbildning inom förändringsledning. Målet är att chefer inom Vård- och äldreförvaltningen ska genomgå utbildningen under 2022. Förändringsledning och nyttorealiserings har stark sammankoppling, då det är omställningen i verksamheten som ger resultat i arbetet med nyttorealiserings. Båda arbetsmodellerna bidrar till att säkra god kvalitet för brukare och patienter. Exempel på där välfärdsteknik som kan förbättra säkerheten är att mer dokumenteras i direkt anslutning till insatsen om den kan göras mobilt.

En integrering mellan Viva och Senior alert planeras i syfte att kvalitetssäkra data som skickas till nationella kvalitetsregister samt att undvika dubbeldokumentation. Arbetet bedrivs i samverkan med SKR och Cambio.

Under 2022 kommer ett ledningssystem för informationssäkerhet att införas.

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

- utredningen med förslag till ny socialtjänstlag
- utredningen för utarbetande av en äldreomsorgslag och förslag för stärkt medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården
- införandet av en nationell omsorgsplan
- utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten
- utredningen om informationsöverföring inom vård och omsorg
- lagförslag om skyddad yrkestitel för undersköterskor