



# Patientsäkerhetsberättelse 2024

**Socialnämnden**

# Innehållsförteckning

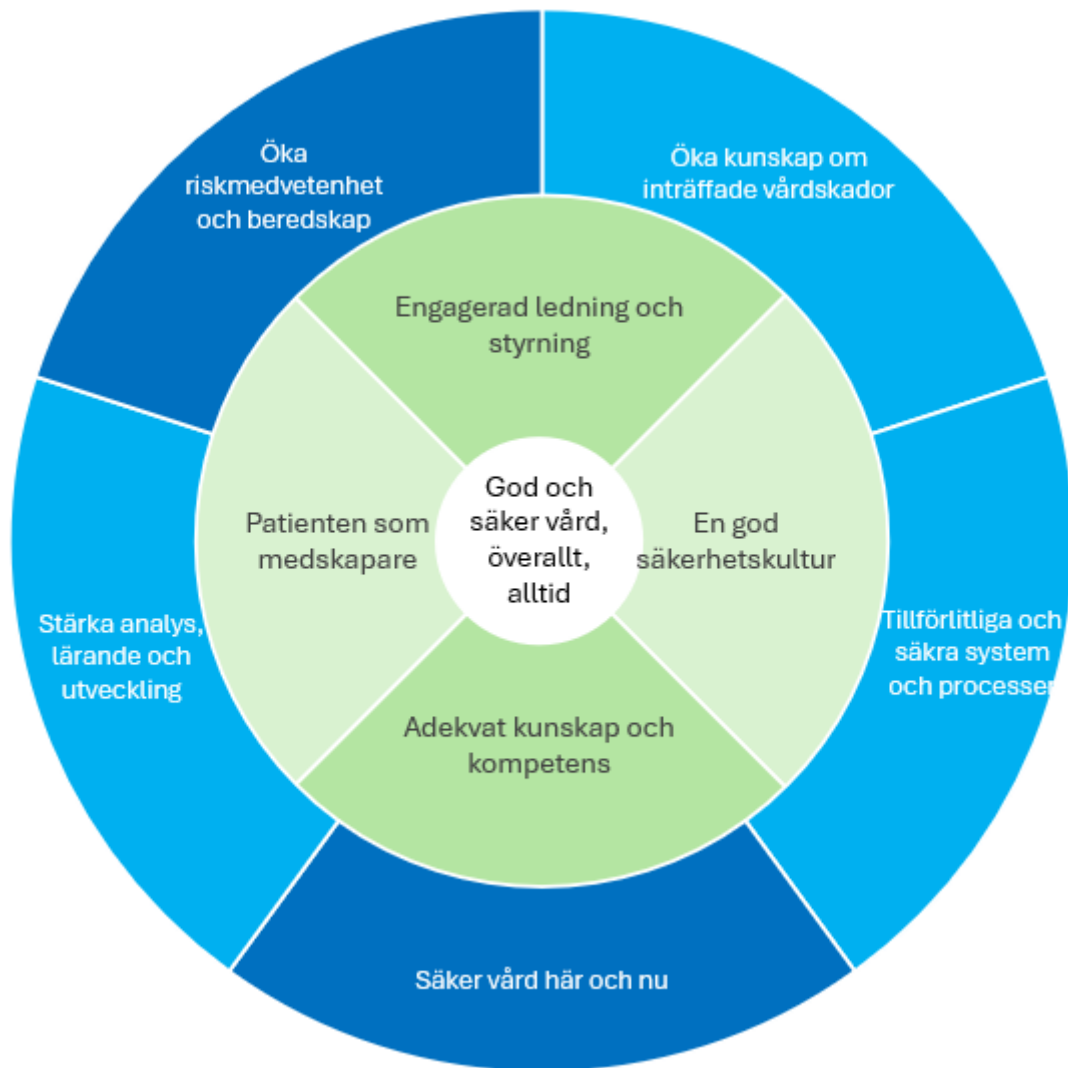
1 Sammanfattning.....	3
2 Inledning.....	4
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
4 Agera för säker vård.....	13

# 1 Sammanfattning

För att tydligare visa på hur verksamheten ligger till inom de olika delarna i den nationella handlingsplanen för en god och säker vård har en bedömning gjorts per förutsättning respektive fokusområde i enlighet med nedanstående bedömningsskala.

Bedömning mellan 1-5 där 5 är mest positivt.

<b>Grundläggande förutsättningar</b>	1	2	3	4	5
<b>Fokusområden</b>	1	2	3	4	5



Bedömningarna hamnar på 3 eller 4 för samtliga delar. Mycket utvecklings- och förbättringsarbete pågår i verksamheterna och flera ingående delar i den nationella handlingsplanen är långsiktiga processer som behöver arbetas med över tid för att nå ända fram. De teman som prioriterats för extra fokus 2025 utifrån genomförd analys av patientsäkerhetsarbetet handlar om patienten som medskapare, stärka analys, lärande och utveckling samt att öka kunskap om inträffade vårdskador.

## 2 Inledning

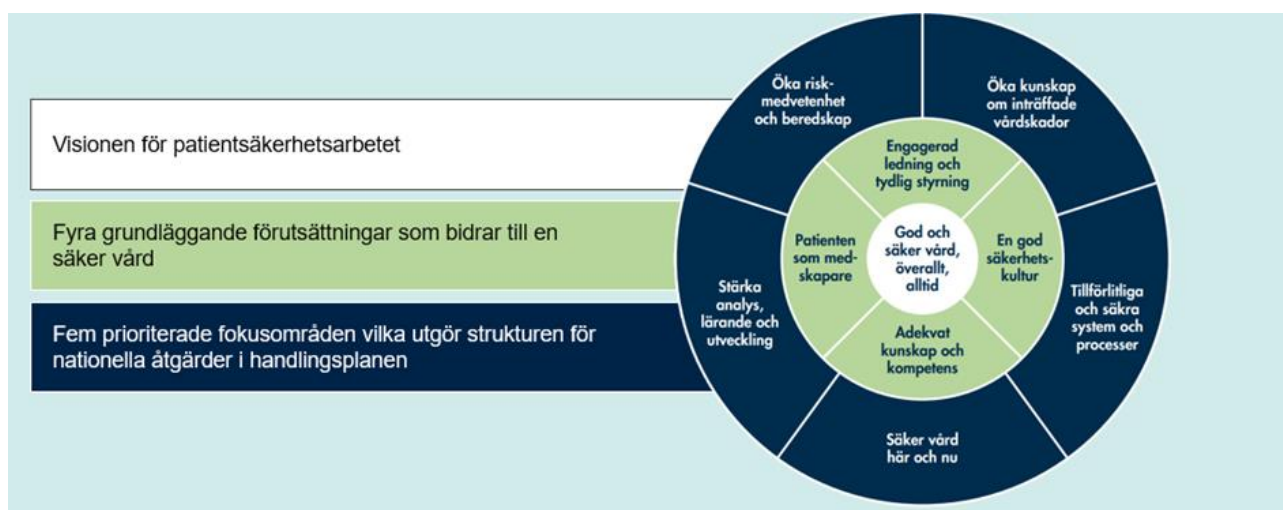
Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från strukturen och områdena i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen ska stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. På kommunal och regional nivå har ett antal områden identifierats för att skapa en god och säker vård. Det behöver finnas:

- en säkerhetskunnig ledning som styr mot ökad patientsäkerhet och samtidigt skapar förutsättningar för en god säkerhetskultur.
- tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och som har förståelse för och kunskap om patientsäkerhet,
- säker och användarvänlig teknik,
- hållbar arbetsmiljö
- förmåga att ta tillvara patienters och närståendes kunskap och erfarenhet.

Handlingsplanen identifierar fyra förutsättningar och fem fokusområden för en god och säker vård vilket illustreras i nedanstående bild.



### 2.1 Läsanvisning

Till respektive förutsättning och fokusområde i föreliggande rapport återfinns en kursiv text. Denna är hämtad från den nationella handlingsplanen som kortfattat ger en inledning till avsnittet. Resultat i form av exempelvis egenkontroller och avvikelser redovisas löpande under de avsnitt där de är hemmahörande utifrån strukturen i den nationella handlingsplanen.

## 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

*"Det är vårdgivarens ansvar att verksamheten bedrivs på det sätt som åsyftas i lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska bland annat planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls. Ledningen är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet."*

#### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

##### Uppföljning av mål för patientsäkerhetsarbetet 2024

Tre mål för patientsäkerhetsarbetet beslutades inför 2024;

- Vårdgivaren ska bättre kunna bedöma huruvida verksamheten bedriver en god och säker vård.
- Patienten som medskapare (se avsnitt 3.4 längre ner i rapporten)
- Rehabiliterande förhållningssätt

##### **Vårdgivaren ska bättre kunna bedöma huruvida verksamheten bedriver en god och säker vård**

Under 2024 har det genomförts tillitsdialoger tillsammans med socialnämnden där patientsäkerhetsarbetet varit ett av fokusområdena. Under dialogen har nämnden fått möjlighet att ställa frågor och förvaltningens olika verksamheter (både kommunal primärvård och omsorgsverksamheterna) har tillsammans redogjort för hur arbetet fortskrider. Förvaltningen har också haft en aktiv dialog med nämnden avseende den omfattande tillsyn som IVO genomförde 2022-2023 och som innebar flera viktiga nedslag i utvecklingsarbetet. Ärendet återrapporterades i juni där det kan konstateras att vårdgivaren har ändamålsenliga åtgärder på samtliga punkter.

Utöver ovanstående arbetar förvaltningen aktivt med att hitta nya ändamålsenliga och tydliga sätt att åskådliggöra hur vården bedrivs; inom ramen för detta har flera egenkontroller, uppföljningsformer och rapportmallar setts över under året. En workshop som samlade samtliga chefer inom förvaltningen samt stödfunktioner genomfördes i syfte att ytterligare belysa frågan kring uppföljning (värderar vad och hur dvs fokus på aktiviteter) kontra utvärdering (värderar effekter av insatser dvs fokus på måluppfyllelse och vården) och hur verksamheterna bättre kan visa på de förflyttningar som görs i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.

##### **Rehabiliterande förhållningssätt**

Utbildningskonceptet "Aktiv på SÄBO" har tagits fram av rehabenheten och genomförts tillsammans med äldreomsorgens särskilda boenden. Utbildningskonceptet utgår från det rehabiliterande förhållningssättet och syftar till att verksamheten ska kunna identifiera och uppmuntra den enskildes egna förmåga att kunna främja hälsa och ha en aktiv livsstil. Konceptet har mottagits väl och en utökning planeras till 2025.

Den kommunala primärvården har också inlett ett projektarbete tillsammans med daglig verksamhet på funktionsstöd där samverkansstrukturen mellan verksamheterna ses över avseende bland annat kartläggningar, uppbygg för teamträffar och identifiering av hälsofrämjande faktorer hos brukarna. I samband med detta arbete har rehabenheten även initierat "Rörelseträning på DV" som syftar till att kunna möta brukarna på sin nivå och erbjuda en rörelseträning som stärker hälsan.

#### Prioriterade teman - patientsäkerhet

Som en del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete har ledningen under hösten genomfört en nulägesanalys avseende patientsäkerhet med hjälp av ett stort antal frågor (utarbetade av Sveriges kommuner och regioner) med bäring på samtliga fokusområden och grundläggande förutsättningar som omfattas av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Utifrån utfallet har sedan tre teman prioriterats och förslås ersätta tidigare målformuleringar för förvaltningens patientsäkerhetsarbete 2025. Insatser och åtgärder kommer då att kopplas till respektive prioriterat tema och följas upp i nästkommande års patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsområde	Tema
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda
Stärka analys, lärande och utveckling	Analys som möjliggör lärande
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	Patienten som medskapare

I den nationella handlingsplanen beskrivs analys och lärande enligt följande;

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

Trots att det redan idag görs mycket på temat så är den samlade bedömningen ändå att det finns ytterligare potential i att organisera arbetet för att möjliggöra mer träffsäkra analyser, att tillvarata och sprida goda exempel samt sätta in kunskapshöjande insatser på ett ändamålsenligt och effektivt sätt vilket har bäring både på temat om analys, lärande och utveckling samt utredning och återkoppling efter vårdskada.

En förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården ska så långt som möjligt utföras och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska istället för att vara passiv mottagare av vård och behandling bli en aktiv deltagare i det övergripande patientsäkerhetsarbetet och i utvecklingen av processer och arbetssätt. Målet/temat kvarstår även 2025.

### 3.1.2 Organisation och ansvar

#### Socialnämnden ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Ledningssystemet anger hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål och inriktning för socialförvaltningen.
- Fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse utifrån nämndens ansvarsområde.

#### Förvaltningschef (tillika verksamhetschef enligt 4 kap § 2 Hälso- och sjukvårdslagen) ansvarar för att:

- Insatser inom förvaltningens område håller en god kvalitet med en god hygienisk standard och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande. Insatserna ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt vara lätt tillgängliga.
- Säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).
- Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finns personal, lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- De verksamhetsplaner och andra dokument som krävs för att styra och leda den operativa verksamheten i riktning mot uppställda mål upprättas och kommuniceras.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på förvaltningsnivå.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- I samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska och övriga stödfunktioner initiera, fastställa och

följa upp rutiner på förvaltningsnivå.

- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse för hela förvaltningen.
- Årligen och/eller vid behov revidera ledningssystemet i samverkan med berörda stödfunktioner.

#### **Verksamhetschef ansvarar för att:**

- Insatser inom verksamhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Upprätta en årlig verksamhetsområdesplan.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på verksamhetsnivå.
- Initiera, fastställa och följa upp rutiner på verksamhetsnivå.
- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse på verksamhetsnivå.

#### **Enhetschef ansvarar för att:**

- Insatser inom enhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på enhetsnivå.
- Initiera, fastställa, revidera och följa upp rutiner på enhetsnivå.
- Genomföra egenkontroll enligt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9 i Stratsys.
- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse på enhetsnivå.

#### **Utvecklingsledare kvalitet och uppföljning ansvarar för att:**

- Driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig patientsäkerhetsberättelse på förvaltningsnivå.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av nämndplan, och vid delårsrapporter och årsbokslut.
- Vara chefer inom förvaltningen behjälplig inför patientsäkerhetsberättelsen.
- Samordna och vara förvaltningens kontaktperson vid nationella jämförelser.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (11 kap. § 4 Hälso- och sjukvårdslagen)/Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAS/MAR ansvarar för att:**

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
  - läkemedelshantering,
  - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
  - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till förvaltningschef vid upprättande av en årlig patientsäkerhetsberättelse.
- Utfärda, revidera och fastställa förvaltningsövergripande rutiner utifrån aktuell lagstiftning.
- Utreda och anmäla händelser som för patienten inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, informera nämnden om att sådan anmälan har skickats till IVO, informera patient eller närstående samt att dokumentera detta i patientens journal.

- Fungera som stöd och bistå utvecklingsledare kvalitet och uppföljning med att driva och hålla samman arbetet med förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:**

- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (Patientssäkerhetslag 2010:659 6 kap § 4)
- Ha kännedom om och arbeta enligt gällande lagar, riktlinjer och rutiner samt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

**Undersköterska, vårdbiträde, stödpedagog, stödassistent m.fl.** som undertecknat ett delegeringsbeslut om att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift, är hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av arbetsuppgiften. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal enligt ovan gäller.

### **3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen region och kommun är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov både nu och i framtiden. Vårdsamverkan mellan huvudmännen och därutöver flera vårdgivare, har ibland utmaningar avseende samsyn kring ansvarsfrågor, speciellt för de patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet. Patienten har rätt till en personcentrerad och samordnad vård där alla parter samverkan genomsyras av fokus att hitta lösningar för en patientsäker vård utanför sjukhus.

2023 tog Ale kommun initiativ till samverkansmöten mellan Kungälvss sjukhus, kommunerna och vårdcentralerna i den delregionala vårdsamverkan SIMBA, för att ta fram ett stödmaterial till samverkansprocessen vid patientens behov av specialiserad vård i hemmet. Samverkansmöten hölls, men arbetsgruppen kunde inte nå samsyn i principiellt viktiga frågor om ansvar och vårdnivå och därmed kunde inte ett fullödigt stödmaterial presenteras.

Frågorna om vem som ansvarar för specialiserad vård i hemmet, respektive vad primärvårdsuppdraget innebär konkret, omhändertas nu i multiprofessionella arbetsgrupper som bland annat arbetar för ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal i länet. Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götalandsregionen reglerar samverkan och ansvar för den enskilde som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och regionen. Ale kommun var en av flera kommuner som 2022 avstod från att underteckna förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal varför nuvarande avtal förlängdes. Arbetet med framtagande av nytt förslag till hälso- och sjukvårdsavtal mellan regionen och kommunerna har pågått under 2024. Nytt förslag på avtal förväntas komma ut på remiss under våren 2025.

Extern samverkan sker bland annat inom följande områden:

- Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård
- Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende
- Samverkan om munhälsa
- Uppsökande och nödvändig tandvård
- Närsjukvårdsmöten utifrån vårdsamverkansmodell
- Delregional vårdsamverkan (SIMBA)
- Apoteket, granskning av läkemedelshantering
- Medicintekniska produkter
- Läkemedelsnära produkter

Förutom all extern samverkan sker även strukturerad samverkan internt mellan olika yrkesgrupper och enheter, exempelvis i form av teamträffar.

### 3.1.4 Informationssäkerhet

#### **Loggning**

I Ale kommun genomförs systematisk loggkontroll sedan 2018. Syftet med att följa upp loggar i verksamhetssystemen är att säkerställa vårdgivarens pålitlighet gentemot kommuninvånaren samt att de anställda får en trygghet som grundar sig i att man genom loggen kan styrka att åtkomst till information har varit befogad.

#### Verksamhetssystem Treserva

Granskning av loggar görs enligt plan varje kvartal genom slumpmässigt urval i samtliga verksamheter, där personalen granskas under en period. På begäran av chef kan även riktad loggning utföras av objektspecialist. Riktad loggning kan till exempel användas om en anställd har en närstående som är aktuell i verksamhetssystemet. Det kan även finnas anledning att kontrollera loggar om det förekommer speciellt sekretesskänsliga personer eller vid misstanke om otillbörlig användning.

Under 2024 har loggningsrutinen för verksamhetssystemet Treserva varit under revidering. Den nya rutinen kommer innebära att systemförvaltare tar fram och skickar underlagsfilerna för loggning till verksamhetsutvecklarna i Evolution. Verksamhetsutvecklarna fördelar filerna till ansvariga enhetschefer som fyller i protokoll och informerar medarbetaren om att granskning har skett. Enheten ledningsstöd och utveckling loggas av socialförvaltningens administrativa enhet. Granskningsprotokoll bevaras i digitalt arkiv enligt dokumenthanteringsplan. Utskrivna protokoll över kontrollerade händelseloggar diarieförs i Evolution i 10 år.

#### Verksamhetssystem MCSS

Granskning av loggar i MCSS har tidigare gjorts varje månad. Efter en utvärdering har förvaltningen beslutat att respektive enhetschef följer upp på sin enhet och verksamhetsutvecklare tar fram uppgifter för respektive verksamhetsområden när behov finns. Målet med utvecklingen av loggningen i ovanstående verksamhetssystem är att skapa en mer verksamhetsnära uppföljning och återkoppling.

I omsorgsmobilerna filtreras nivåer i MCSS app på varje mobil så att den begränsas till den aktuella enheten. Detta säkerställer att medarbetaren endast har tillgång till den information som arbetet kräver.

Under tredje kvartalet 2024 inleds ett arbete i syfte att sammanställa och förtydliga den information som finns gällande MCSS på intranätet i en övergripande rutin. Driftstoppersrutinen kommer dock fortsatt vara separat, men ses över och revideras i samband med övriga rutiner.

#### **Katalogtjänst HSA**

Kontrollkörning i HSA görs varje månad för att se så namn och adresser stämmer med folkbokföringen samt om någon har ett utgående kort. Revision av HSA-katalogen görs årligen, detta för att till exempel kontrollera att registrerade personer fortfarande arbetar kvar i verksamheten eller för en genomgång av rutinerna och följsamheten till dessa.\*

#### **Onboarding och offboarding app**

För att effektivisera och strukturera behörighetsförfarandet för nya chefer och medarbetares behörigheter i olika verksamhetssystem har förvaltningen infört en app för onboarding. Ansvarig chef registrerar nödvändig information om medarbetaren i appen och fyller i vilka behörigheter som respektive medarbetare behöver, beställningen går därefter automatiskt vidare till förvaltningens systemförvaltare som skapar rätt behörigheter för rätt medarbetare.

Under 2024 har även funktionen offboarding införts och används vid avslutande av tjänst för att säkerställa att behörigheter tas bort. Syftet med on- och offboarding är att säkerställa att behörighet till känslig information i verksamhetssystem baseras på aktuell organisatorisk tillhörighet och arbetsuppgifter.

#### **Gallring**

Regelbunden och automatisk gallring av äldre meddelanden görs i verksamhetssystemet Treserva, utifrån både GDPR och systemprestanda. Gallring av behörigheter i systemet styrs till viss del av offboarding-funktionen. Enhetschefer skickar även uppdaterade behörighetslistor till systemförvaltningen enligt rutin.

#### **IT-managerade mobiler**

Utförarenheter inom socialförvaltningens samtliga verksamhetsområden har IT-managerade tjänstetelefoner (både personliga och delade) som styrs centralt av IT-enheten. En utsedd projektgrupp från förvaltningen har

tillsammans med representanter från IT-enheten och leverantören arbetat fram en säker hantering för medarbetarna med upprättade rutiner som tydliggör vilka funktioner som finns tillgängliga i telefonerna, vad medarbetaren ska göra om telefonen kommer på villovägar, om man glömt sin kod eller liknande. Detta möjliggör för IT-enheten, på uppdrag av verksamhetschef, att managera telefonerna om behov skulle uppstå. Exempelvis kan IT-enheten, på distans, omedelbart göra en specifik telefon obrukbar om den skulle komma i orätta händer. Om någon slår in fel kod tre gånger i rad fabriksåterställs telefonen automatiskt. IT-enheten skjuter också ut de appar som ska finnas i telefonen, vilket bestäms av verksamhetschef, samt uppgraderar samtliga telefoner på distans när en ny version av en app finns tillgänglig, vilket säkerställer att samtliga medarbetare har den korrekta versionen så snart det är beslutat.

Med den utökade säkerheten och spårbarheten som IT-managerade mobiler medför, har det också möjliggjorts för mobil utförardokumentation inom både verksamhetsområde äldreomsorg och funktionsstöd. Även planeringsverktyget TES har med IT-manageringen kunnat nyttjas i mobilerna, vilket har förbättrat tillgängligheten till korrekt information med låg risk för att känslig information sprids vidare till icke berörda.

### Uppgraderingar

För att säkerställa säker och god funktionalitet i verksamhetssystemen görs uppgraderingar och korrigerande patcher vid behov, normalt flera gånger per år, i dialog med leverantörerna. Utveckling och utvidgning av verksamhetssystemens funktionalitet görs löpande, baserat på dialog med verksamheterna och leverantörerna. Navet i denna förvaltning och utveckling består av förvaltningens systemförvaltare.

### Systematiskt dataskydd- och informationssäkerhetsarbete

Socialförvaltningen har påbörjat ett utvecklingsarbete för att säkerställa ett systematiskt dataskydd- och informationssäkerhetsarbete inom den lokala organisationen. En arbetsgrupp har tillsatts för att kartlägga behov och utvecklingsområden. Kartläggningen kommer ligga till grund för en lokal arbetsplan, vilken tas fram i enlighet med kommande centrala riktlinjer.

*\*Katalogtjänst HSA används bland annat för att styra medarbetares behörighet i olika tjänster och system. När en användare loggar in i en tjänst, hämtas personens behörighetsgrundande information från HSA. Baserat på till exempel yrkesroll, uppdrag och var användaren jobbar – avgörs sedan vilken information personen har rätt att komma åt – och vad hen får göra. Behörigheten som medarbetaren får är också anpassad så att en och samma person ska kunna få tillgång till olika typer av information, beroende på uppdrag och tidpunkt.*

## 3.2 En god säkerhetskultur

*"Säkerhetskultur behöver kännetecknas av:*

- *ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa*
- *ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet*
- *ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt*
- *en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risken för sådana händelser samt av positiva resultat."*

Äldreomsorgen, funktionsstöd och kommunal primärvård har gjort satsningar för att stärka intern samverkan mellan legitimerade yrkeskategorier och övriga. Bedömningen är att regelbundna teamträffar mellan yrkesrollerna runt patienten, men även mellan enhetschefer från funktionsstöd och äldreomsorg, främjar patientsäkerhetsarbetet och ett mer öppet arbetsklimat.

Andra verktyg som använts i kommunal primärvård, för att förbättra patientsäkerhetskulturen, har varit gemensamma mötesformer som till exempel gemensamma arbetsplatsträffar med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vid ett stort gemensamt införande såsom den nya journalstrukturen Hälsoärende för de legitimerade yrkesgrupperna, har man även dragit nytta av och kikat på varandras olika mötesforum såsom morgonmöten m.m. Reflektionstid som schemalagts ger också utrymme för diskussioner om svåra etiska dilemman i vård och omsorgen, men även för att anamma en positiv inställning till systematiskt förbättringsarbete utifrån avvikelser och synpunkter i verksamheten. Målbilden är att fortsätta arbeta för att se systemfel och inte skuldbelägga

enskilda individer för att därigenom kontinuerligt utveckla och anpassa arbetsrutiner som ska underlätta att göra rätt och göra det så svårt som möjligt att göra fel.

Utifrån säkerhetskulturarbetet har verksamheterna sett behov av att göra omstart av implementeringsarbetet för vissa centrala arbetsmetoder och rutiner. Strukturerad modell för kommunikation (SBAR), reviderad skriftlig dokumentation vid palliativ vård i form av särskild pärm vid palliativ vårdinriktning, fördjupad dialog kring vårdskador och missförhållanden för att skapa ett lärande men samtidigt uppmärksamma behov av egna riskanalyser, är några konkreta exempel på identifierade utvecklingsområden som fått fokus under 2024.

### 3.3 Adekvat kunskap och kompetens

*"Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete."*

Under 2024 utvärderades funktionsstöds BAS-utbildningar och resultaten visade på låg anmälningsfrekvens och genomförandegrad. Beslut togs om att avsluta öppna anmälningar och istället samla utbildningsbehov genom enhetschefer som skickar uppdragsbeställningar. Under året har medarbetarna inom funktionsstöd fått utbildning inom missbruk, hot och våld, genomförandeplaner och lågaffektivt bemötande. Strategier för att höja kompetensen inkluderar även att analysera avvikelser, ha dialog i grupp och teamträffar med sjuksköterskor och rehabpersonal. En rokad av kontaktpersonal har under året genomförts för att alla ska lära känna brukarna bättre i syfte att minska sårbarheten i verksamheten genom att fler medarbetare är insatta i varje brukares rutiner och situation. Fokus framgent inom funktionsstöd ligger på yrkesresan, för att minska behovet av interna utbildningar, och att stärka kompetensen inom kommunikation, vilket är centralt för tryggheten och delaktigheten hos brukarna.

I den kommunala primärvården har fokus legat på att säkerställa yrkeskompetens och säker bemanning. Flera sjuksköterskor har vidareutbildat sig inom diabetes och akutsjukvård, och medarbetare har genomgått specialist-sjuksköterskeprogrammet samt utbildningar i HLR, Visam beslutsstöd och CFS-skalan (skala för att skatta skörhet hos äldre). Kompetensstegen används för att beskriva olika professionsnivåer och möjliggöra fördjupad kompetensutveckling inom områden som utbildning, hjälpmedel, dokumentation, SAMSA, psykiatri, hygien, palliativ vård, sårvård och demens. Under året påbörjades en översyn av områdena inkontinens och nutrition och det pågår även ett arbete med att ta fram fördjupningsområden för diabetes och personcentrerad vård.

Sjuksköterskeenheten har två utbildningssjuksköterskor som ansvarar för delegeringsutbildningar, insulinutbildningar och basal omvårdnadsutbildning för omsorgspersonalen. Rehabenheten har inrättat ett utbildningsteam som planerar och håller i utbildningstillfällen samt utvecklar utbildningskoncept. Teamet har gett goda resultat och utbildar bland annat i "Manuella förflyttningar", "Lyftkörkort" och "Introduktion i förflyttningsteknik och hjälpmedel till sommarvikarier" för äldreomsorgen och funktionsstöd.

Inför sommaren 2024 genomfördes en omfattande vikarierekrutering som möjliggjorde hög bemanningstäthet utan behov av konsultsjuksköterskor. Schemaplaneringen säkerställer att mindre erfarna sjuksköterskor arbetar tillsammans med erfarna under jourpass. Sjuksköterskeenheten använder en personcentrerad bredvidgång för nya medarbetare vilket innebär att den nya medarbetarens behov och kunskap styr innehåll, struktur och längd på introduktionen. Revidering av checklistan för introduktion av nyanställda vid sjuksköterskeenheten har också gjorts under året.

Inom äldreomsorgen spelar omsorgshandledarna en nyckelroll i verksamhetens kvalitetsarbete. Under året har antalet utökats från fyra till sju. Förutom att vara ett stöd till nyanställda medarbetare håller de även utbildningar, erbjuder handledning samt stöttar vid införandet av nya rutiner. Som ett led i att skapa en lärande arbetsplats arbetar man också med ombudsroller där kunskapen inom de olika fördjupningsuppdragen så som exempelvis palliativ vård och psykiatri förs vidare från ombud till arbetsgrupp.

Andelen undersköterskor är fortsatt hög inom äldreomsorgen men trots det finns ett behov av att fortsätta satsningen att utbilda ännu fler via valideringsutbildningarna (som möjliggörs av stimulansmedel såsom äldreomsorgslyftet). På grund av brist på lärare på komvux har färre kunnat utbildas till vårdbiträde och undersköterskor än planerat. Planering pågår för utbildning under 2025.

## 3.4 Patienten som medskapare

*"Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende, men aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också centrala. Vården blir således säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar."*

Samverkan med patienter innebär att ge förutsättningar för den enskilde att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det stöd som hen får. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg samt ha inflytande över genomförandet. Detta sker exempelvis genom deltagande i upprättandet av vårdplan och genomförandeplan. Den enskilde och dess närstående ska informeras om att de kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten enligt fastställda rutiner (se avsnitt 4.5.2). Vid utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser ska den enskilde och närstående erbjudas möjlighet att delta.

Patienten som medskapare var ett av tre mål för patientsäkerhetsarbetet 2024.

Alla patienter i den kommunala primärvården kan lämna synpunkter och klagomål, antingen direkt till personalen eller via en blankett i patientpärm, utöver de gängse sätt att göra sin röst hörd via mejl, telefon eller hemsidan. Vid behov av en samordnad individuell plan (SIP) är det patientens behov och önskemål som är grunden i hur vården koordineras för att bli tillgänglig och säker.

Som ny omsorgstagare i hemtjänsten, får man ett välkomstamtal och en genomförandeplan upprättas tillsammans med den fasta omsorgskontakten. Önskemålen från den enskilde styr upprättandet av genomförandeplanen och stickprovskontroller genomförs regelbundet för att följa hur kravet på delaktighet uppfylls hos utförarna.

I äldreomsorgens särskilda boenden har fokus riktats på att förbättra delaktigheten vid husmöten/brukarrådsmöten, där dialog sker om verksamhetens planering av aktiviteter. Vissa boendeenheter i äldreomsorgen har inkluderat omsorgstagare i rekryteringsprocessen av omsorgspersonal, vilket upplevts som positivt.

Att kunna få vara delaktig trots funktionsnedsättning och bristande förmåga att uttrycka sig, utgör ett viktigt fokusområde för all personal inom funktionsstöd. Alternativ kompletterande kommunikation (AKK) är ett viktigt verktyg att använda då verbal kommunikation inte är möjlig. Brukarundersökningen (källa) visade att det under 2024 varit få anmälda till utbildningsplatser inom AKK, varför åtgärder för att förbättra uppslutning till utbildningen initierats. Utbildningsformen ändras och blir en uppdragsutbildning för att bättre kunna tillgängliggöras för personalen.

Att skapa förutsättningar för patientens delaktighet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet på organisationsnivå har startats upp inom funktionsstödsverksamheten. Ett pilotprojekt på Kärrvägens boende inom funktionsstöd har startats där patienter deltar i processen med utredning av avvikelser. Syftet är att inhämta och nyttja patientens unika kompetens som mottagare av vård och omsorg. I projektet fick patienter möjlighet att uttrycka sina upplevelser vid inträffade avvikelser och ge förslag på åtgärder vid insatser som till exempel överlämnande av mediciner eller utförandet av rehabinsatser. Två brukare intervjuades om sina upplevelser och de gav förslag på förbättringar utifrån sina individuella perspektiv. Resultatet av de första samtalen var att de upplevdes som positiva och uppskattades av samtliga, där också patienternas förutsättningar fick styra upplägget för avvikelseanalys. Slutsatsen blev att enheten vill kunna lyfta avvikelser på husmöten, där patientperspektivet fyller en viktig funktion vid beslut om åtgärder för att förhindra upprepning.

I samband med övergång till ny journalstruktur för hälso- och sjukvården har en satsning gjorts på mobilitet för journalföring. Syftet är att delaktigheten för patienten ska öka och att journalföring i realtid tillsammans med patienten ska vara möjlig.

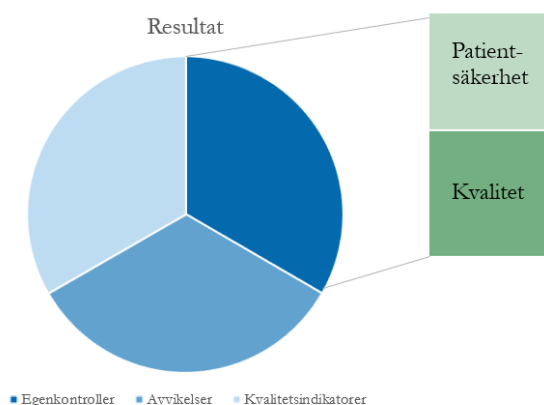
# 4 Agera för säker vård

## 4.1 Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll (SOSFS 2011:9 2 kap 1 § och 5 kap 2 §).



Egenkontrollerna som genomförs är ett sätt för verksamheterna att identifiera potentiella utvecklings- och förbättringsområden relaterat till patientsäkerhet och kvalitet.

Förutom egenkontroller följs även avvikelser och kvalitetsindikatorer upp, vilket tillsammans utgör ett grundmaterial för att jobba vidare med det systematiska förbättringsarbetet. Egenkontrollerna, avvikelserna och indikatorerna fördelas antingen till patientsäkerhetsberättelsen eller kvalitetsberättelsen (som är en del av årsredovisningen) beroende på var de hör hemma.



Egenkontroll	Svar	Kommentar
<b>Vårdhygienisk checklista</b>	Delvis uppfyllt	Förra årets satsning på att stärka kompetensen inom vårdhygien och skapa rengöringsrutiner för hjälpmedel och medicinteknisk utrustning har gett varierande resultat. Legitimerad personal har haft god följsamhet till rengöringsrutiner, medan äldreomsorgens rutiner behöver spridas mer.  De basal hygien-och klädrutinerna är välkända och förankrade i verksamheten men följsamheten varierar.
<b>Granskning av dokumentation HSL - checklista</b>		Journalgranskningen för 2024 har utgått till förmån för arbetet med införandet av ny journalstruktur "Hälsöärende". Mallen för journalgranskning kommer uppdateras i enlighet med den nya strukturen inför den första granskningen som genomförs under våren 2025.
<b>Granskning av följsamhet till rutiner och arbetssätt</b>		Detta är en ny egenkontroll och kommer genomföras första gången 2025, därav att inget resultat finns för 2024.

Åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
<b>Genomföra webutbildning i basala hygienrutiner</b>  <b>Ansvarig</b> Åsa Fredriksson, Ebba Gierow	Avslutad	2024-01-01	2024-12-31	Basala hygienrutiner utgör grunden i arbetet med god hygienisk standard i vård och omsorg och är den enskilt mest effektiva åtgärden för att förhindra smittspridning mellan patienter/omsorgstagare. Webbaserade utbildningar avseende basala hygienrutiner genomförs regelbundet i verksamheterna. Socialstyrelsens utbildningsutbud vänder sig dels till chefer i vård och omsorg. Den regionala stödfunktionen Vårdhygien som vänder sig till kommunal vård och omsorg, har även ett

Åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum	Kommentar	
	bättre följsamhet till basala hygienrutiner.			webutbildningsalternativ för medarbetare som leder till ett "hygienkört" efter genomgången utbildning och kunskapstest.	
 <b>Revidera "Riktlinje för sällskapsdjur samt vårdhund-/besökshundsteam i särskilt boende/bostad med särskild service", samt på nytt aktualisera denna i berörda verksamheter.</b>  <b>Ansvarig</b> Åsa Fredriksson, Ebba Gierow	<b>Syfte med åtgärdsförslag</b> Öka kännedomen hos medarbetare kring vad som gäller avseende sällskapsdjur samt vårdhund-/besökshundsteam.	 Avslutad	2024-01-01	2024-08-31	Förvaltningsövergripande rutin för vårdhund har antagits av förvaltningsledningen 240924. Rutinen omfattar även hur förvaltningen förhåller sig till och hanterar risker med sällskapsdjur samt privatägda djur hos brukare/patienter och personal.

Under hösten 2024 har ett årslångt projekt för ny journalstruktur ägt rum och ett införande av den nya journalen, Hälsoärende, har inneburit att den ursprungliga granskningen av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har ersatts av implementering. Projektet har inneburit ett gediget arbete med att matcha kodverket i ICF och KVÅ-struktur som så långt det är möjligt ska passa för den kommunala primärvården. Implementeringsstrategin har innefattat en större utbildningsinsats samt framtagande av metodstöd för journaldokumentation. Uppstarten har genomförts utan större problem och planeras i nästa skede (2025) att granskas gällande ny struktur, nya koder för klassificering av innehåll samt följsamhet till de metodstöd som beslutats. Journalgranskningen för 2024 har därför utgått till förmån för arbetet med införandet av den nya journalen.

Den vårdhygieniska checklisten hjälper verksamheterna att få syn på risker kopplade till många delar av arbetet för god hygienisk standard. Förra årets fokus på att stärka kompetensen inom vårdhygien och skapa rutiner för rengöring av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning har haft olika utfall. I verksamheten för legitimerad personal har rutiner för rengöring av hjälpmedel haft god effekt och följsamhet, medan äldreomsorgens rutiner fortfarande behöver spridas till fler enheter. Äldreboendena har goda resultat kring de övergripande aspekterna av god hygienisk standard, men några enheter saknar spoldesinfektorer som nu planeras att anskaffas. Riskbedömningar kring hygien och livsmedelshantering behöver också förbättras inom äldreomsorgen.

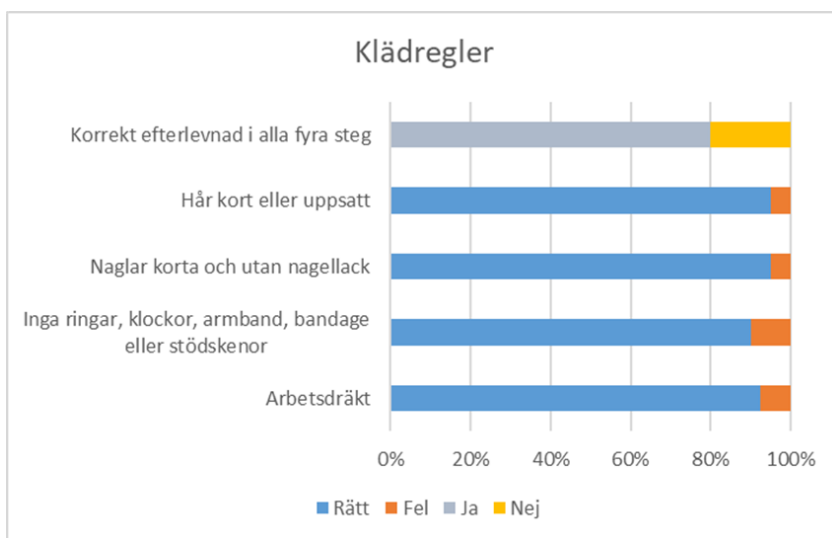
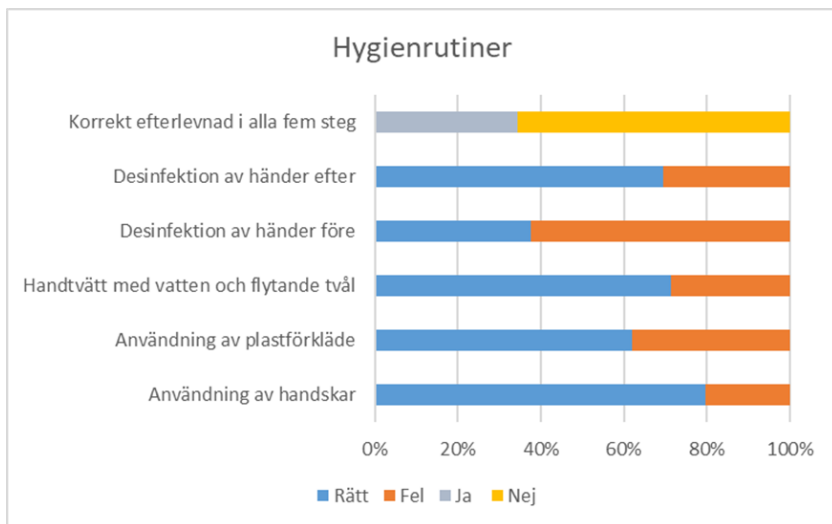
Enheterna personlig assistans, daglig verksamhet, dagverksamhet (Eken) och korttidsvistelse LSS Barn har tidigare inte svarat på checklisten avseende vårdhygien eller enbart besvarat utvalda delar av den då de befinner sig ”i ett gränsland” gällande kraven avseende basal hygien och smittförebyggande åtgärder. Författningarna HSLF-FS 2022:44 och SOSFS 2015:10 gäller inte för dessa verksamheter, *men* verksamheterna omfattas av kravet på ledningssystem för att säkerställa god och säker vård. Förvaltningsledningen beslutade därför under hösten att checklisten ska besvaras även av dessa enheter.

#### 4.1.1 Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg har kommit till i syfte att förebygga vårdrelaterade infektioner och hindra smittspridning i hälso- och sjukvården och omsorgen. Föreskrifterna omfattar grundläggande hygienkrav avseende exempelvis handhygien, arbetskläder och skyddskläder. För att kontrollera följsamheten till basala hygienkrav och rutiner hos personal inom hälso- och sjukvård och omsorg genomförs årligen dels den vårdhygieniska checklisten (se avsnitt ovan), dels så kallade punktprevalensmätningar, där personal (hygienombud) observerar och noterar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler hos sina kollegor.

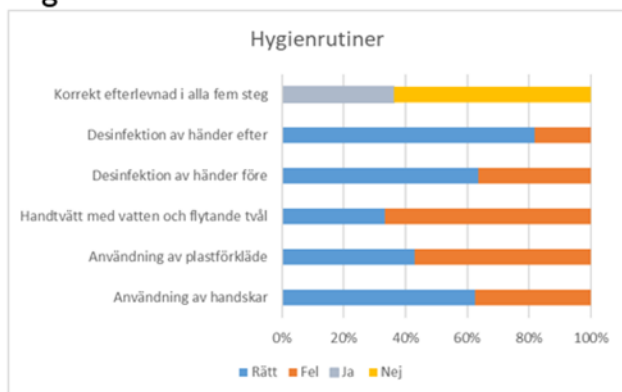
Inför 2024 beslutade SKR tillsammans med styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) om att avsluta genomförandet av nationella punktprevalensmätningar, delvis beroende på att den nuvarande databaslösning för mätningarna inte var funktionell. Som en konsekvens av detta har verksamheten fortsatt att mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i egen regi. Detta möjliggör jämförelser internt mellan enheter och yrkesgrupper men ingen möjlighet till jämförelse nationellt.

## Resultat för förvaltningen i stort

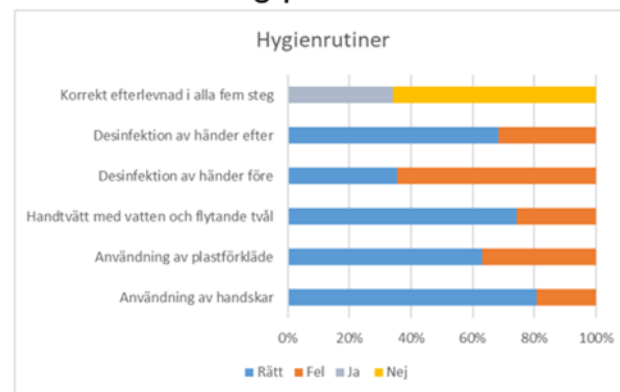


## Resultat per yrkeskategori

### Legitimerad



### Vård- och omsorgspersonal + annan



Följsamhet till korrekta klädregler är generellt sett god. De allra flesta enheterna har arbetskläder och fungerande rutiner för tvätthantering. Korrekta klädregler handlar i allt väsentligt om att kortärmad arbetsdräkt ska bäras vid patientnära arbete så att en effektiv handdesinfektion kan genomföras, men även att händer och underarmar är

fria från smycken, nagellack/konstgjorda naglar samt att bandage och stödskenor inte används. I rutiner för korrekta klädregler innefattas även att huvudduk som används byts i samma utsträckning som övriga arbetskläder. Resultatet visar att förvaltningens verksamheter har en måluppfyllelse på ca 80% för följsamhet till klädreglerna.

Hygienrutinerna som omfattar användning av skyddsutrustning såsom handskar, plastförkläde och handdesinfektion följs sammantaget till strax under 40%. Hygienrutinernas olika delar är ibland villkorade, dvs. utifrån ett visst arbetsmoment som kräver en bedömning ska exempelvis handskar användas eller ett tillägg av handtvätt före handdesinfektion utföras. En utförlig instruktion av vad basala hygienrutiner är, instruktioner för hur mätningen registreras i webformuläret, samt att tillgång till många bra webutbildningar och filmer finns att tillgå i utbildningssyfte, lägger grunden till mätningarnas resultat. Flera enheter planerar att på arbetsplatsträffar gå igenom enhetens resultat för att diskutera åtgärder för att få bättre resultat vid nästa mätning. Ett par enheter inom hemtjänsten har redan haft dialog med MAS om utfallet och utmaningar med arbetsrutinerna i ordinärt boende.

Förvaltningens nya arbetssätt för punktprevalensmätningen har mottagits positivt. Istället för pappersblanketter som krävde rapportering i databas i efterhand, genomfördes nu registreringen av observationerna direkt i telefonen via ett formulär, vilket i genomsnitt tog 1 min och 24 sek att genomföra. Då inkomna registreringar kunde följas i realtid, kunde svarstiden för mätningen förlängas för att få in fler observationer och "puffa lite extra" på de enheter med inga eller få registreringar. Totalt gjordes 160 registrerade mätningar.

## 4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

*"Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Detta fokusområde syftar till att:*

- öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador
- ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå
- förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet."

MAS/MAR deltar två gånger om året på förvaltningsledningens möten för att lämna information om inträffade vårdskador samt inträffade och anmälda allvarliga vårdskador. Därefter ansvarar respektive verksamhetschef för att sprida informationen i respektive ledningsgrupp där dialog hålls för att identifiera om det finns risk för att liknande händelser skulle kunna inträffa i verksamheten. Vid identifierade risker ska en riskanalys genomföras i syfte att förhindra att det inträffar.

Under året har inga allvarliga vårdskador anmälts till IVO, men systematiskt arbete med avvikelshantering pågår. Händelser av allvarlig karaktär har inträffat, och organisationen har väl utvecklade rutiner för utredning och händelseanalyser. Ett nytt beslutsforum för kommunal primärvård har upprättats för att diskutera patientsäkerhetsfrågor i stort. MAS deltar nu i ledningsgruppsmöten för att diskutera allvarliga händelser och sprida kunskap om inträffade avvikelser. Enhetschefer ansvarar för att föra liknande dialoger på enheterna för att öka kunskapen och patientsäkerheten. Genom dessa dialoger och rutiner hoppas man stärka lärandet, ge inspel för egna riskanalyser och därmed utveckla verksamheternas proaktiva arbetssätt.

## 4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

*"Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är nödvändigt för att skapa en god vård och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. En vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap. Detta fokusområde syftar till att:*

- mäta förändringarna i hälso- och sjukvården genom att utveckla ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården
- skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård
- stärka patientsäkerheten genom att minska oönskade variationer."

Arbetet med att kartlägga och optimera förvaltningens processer är ett ständigt pågående arbete. De processer som ska kartläggas, fastställas eller revideras under kommande år bestäms i förvaltningsledningen utifrån trender och mönster kopplade till allvarliga händelser/avvikelser.

Merparten av de kvalitetsindikatorer som följs hämtas från enhetsundersökningen som genomförs varje år av Socialstyrelsen. Indikatorerna har införlivats i patientsäkerhetsberättelsen utifrån rekommendation från Socialstyrelsen som ett sätt att följa arbetet med den nationella handlingsplanen för en god och säker vård.

En indikator är ett mått som används som tecken på något. Målet är att kunna följa den förflyttning som verksamheterna ska åstadkomma enligt den önskvärda inriktningen i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I stället för att redovisa förekomsten av skada ska redovisningen istället visa på hur säker vården är med frånvaro av skada och närvaro av säkerhet. De valda indikatorerna har en önskvärd riktning: ett högre värde indikerar en större närvaro av säkerhet i vården och omsorgen.

### 4.3.1 Sammanfattande analys av kvalitetsindikatorer

Totalt är det 10 indikatorer som hämtas från enhetsundersökningarna som genomförs inom äldreomsorgen samt inom funktionsstödsverksamheten. Avseende indikatorn ”Andel enheter som har aktuella rutiner för att säkerställa att de som bor på boendet (LSS) får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver” visar utfallet på en marginell minskning från 83% 2023, till 82% 2024 och ligger strax under snittet för riket som är 84%. Samtliga brukare som bor i särskilt boende eller har ett hälso- och sjukvårdsbehov som är motiverat att tillgodose i hemmet är alla inskrivna i den kommunala primärvården. Under hösten 2022 påbörjades ett projekt inom daglig verksamhet för att stärka teamarbetet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att stärka det personcentrerade perspektivet i vård och omsorg, samt att utveckla ett rehabiliterande, hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt. Under 2024 har teamsamverkan med den kommunala primärvården implementerats på daglig verksamhet och kommer utökas till övriga verksamheter inom funktionsstöd under 2025.

Merparten av indikatorerna från enhetsundersökningen (6 st) visar ett utfall där man kan anta att rutiner och arbetssätt saknas. Det rör frågor om enheterna har rutiner avseende;

- hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral ska gå till, i frågor som rör personer med behov av regionens primärvård.
- schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.
- hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen.
- hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit. (SÅBO)
- hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen
- hur omsorgspersonalen ska agera när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd

Att förvaltningen saknar resultat beror inte på att rutiner saknas eller är inaktuella utan på att enheterna inte kunnat svara JA på följdfrågan kring varje rutin som handlar om huruvida man i verksamheten ”...har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt” Uppföljningen ska dessutom vara dokumenterad för att enheten ska kunna svara JA på följdfrågan. Förvaltningen väljer att 2025 gå lite djupare i att undersöka om rutiner och arbetssätt som nämns i indikatorerna faktiskt tillämpas genom en egenkontroll med egna frågor. Målet är att kunna formulera effektiva åtgärder för att implementera sådant som eventuellt inte används och samtidigt få syn på rutiner och arbetssätt som kan behöva revideras eller anpassas. Dokumentation av egenkontrollen görs i verksamhetssystemet Stratsys.

Tre indikatorer har tagits bort i 2024 års enhetsundersökning varför något resultat inte finns för dessa;

- Andel enheter som har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där hemtjänstpersonal medverkar
- Andel enheter som har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, där

den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen (SÄBO).

- Andel enheter som har rutin för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där omsorgspersonal medverkar. Rutinen omfattar alla personer vid enheten. (SÄBO)

För att kunna se på en förflyttning i syfte att nå målet med den nationella handlingsplanen behöver indikatorerna kunna följas över tid. Mot bakgrund av att Socialstyrelsen mellan mätningarna plockar bort indikatorer som skulle kunna ge en värdefull historik och tydliggöra hur utvecklingsarbetet fortgår i förvaltningen, är intentionen att under 2025 ta ett samlat grepp kring frågan om vilka indikatorer som ska följas inom ramen för patientsäkerhetsarbetet och komplettera de som hämtas via enhetsundersökningen med sådana som kan tas fram ur egna verksamhetssystem.

Utifrån Överenskommelse om samverkan mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård som tecknades 2018 följs ett antal indikatorer av regionen för att mäta hur kommunerna följer överenskomna arbetsätt. Som komplement till antal utfärdade N-intyg som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen sedan tidigare var intentionen att även redovisa;

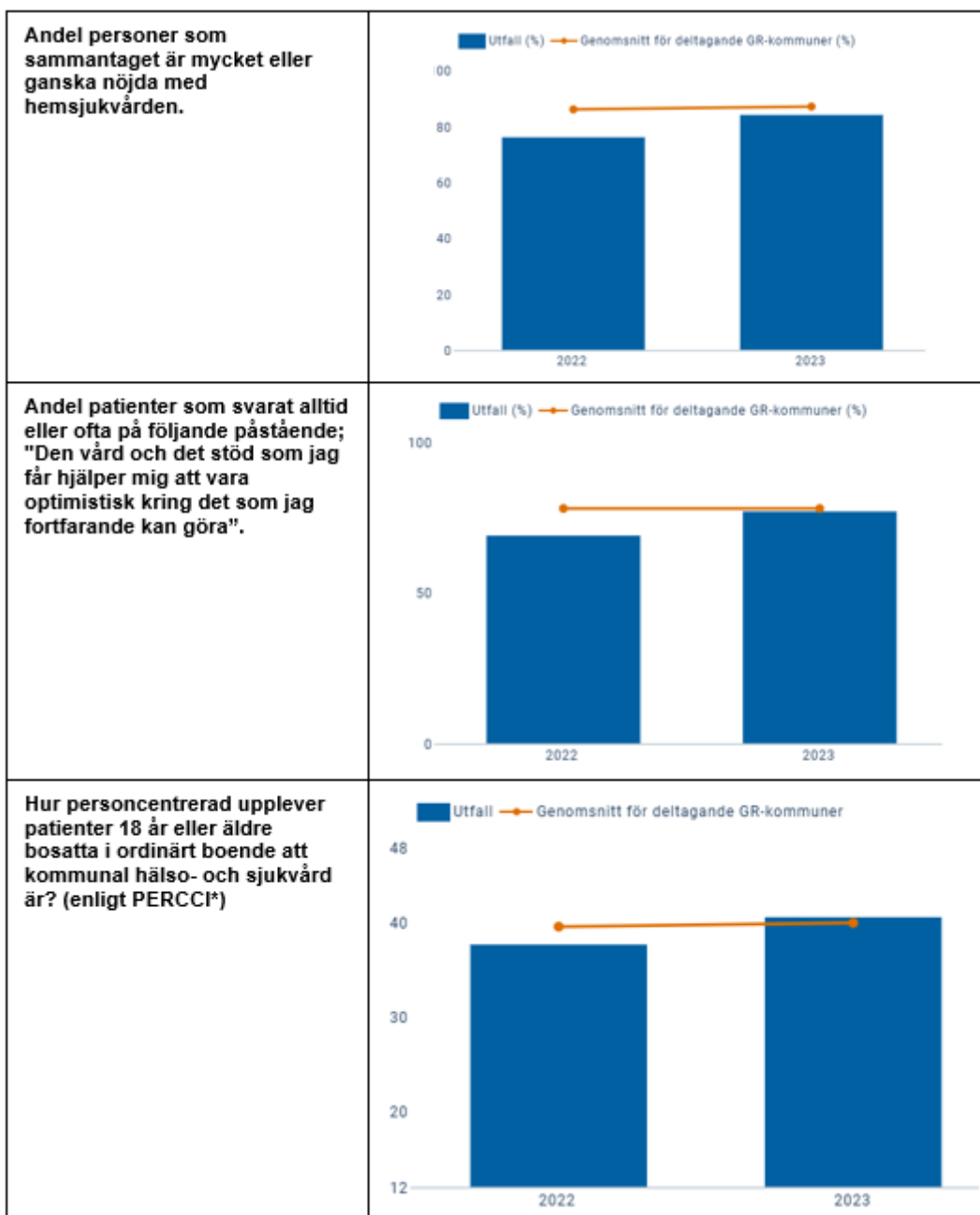
- Andel munhälsobedömningar med registrerad god munhygien,
- Andel munhälsobedömningar där personal medföljt

Dock har regionen (som handhar statistiken) inte kunnat återkoppla dessa uppgifter i tid för färdigställandet av denna rapport varför något resultat inte kan redovisas.

Avseende indikatorn som rör utfärdade N-intyg kvarstår detta som ett förbättringsområde då resultatet försämrats jämfört med föregående år. 2023 utfärdades 396 N-intyg och 2024 endast 362. De åtgärder som genomförts som resultat av förra årets utfall är att hela medarbetargrupperna på både sjuksköterskeenheten och biståndsenheten genomgått de utbildningsinsatser som erbjudits av Folktandvården. Det har även hållits interna utbildningsinsatser på sjuksköterskeenheten avseende utfärdandet av N-intyg. På biståndsenheten har en omvärldsbevakning genomförts för att undersöka hur andra kommuner på ett systematiskt sätt inkommerat frågan om N-intyg i det ordinarie arbetet. Detta har resulterat i att enheten under hösten fått i uppdrag att ta fram en rutin där utfärdandet av N-intyg ingår som ett steg i processen för alla ärenden som resulterar i ett beslut om särskilt boende.

Den främsta förklaringen till att åtgärderna inte fått avsedd effekt är att såväl biståndsenheten som sjuksköterskeenheten haft hög personalomsättning vilket försvårat arbetet. De åtgärder som vidtagits för att få effekt 2025 är att skapa en aktivitet i verksamhetsplanerna för berörda enheter med regelbunden uppföljning samt införliva frågan i uppdraget som rör verksamhetskap/medarbetarskap. Biståndsenhetens framtagande av ny rutin bedöms öka antalet intyg i betydande omfattning. Sjuksköterskeenheten har fått i uppdrag att lägga till frågan om N-intyg på medarbetargruppens arbetsmöten som sker regelbundet.

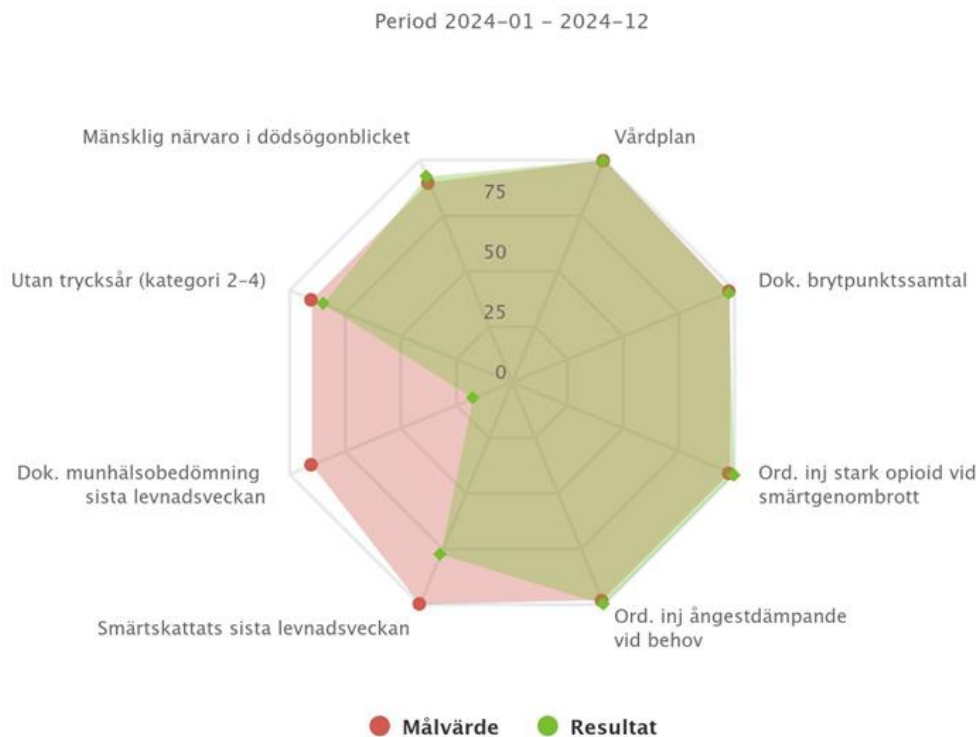
Som ett led i arbetet med kunddialog och att närmare undersöka målgruppernas uppfattning om de insatser som ges deltar Ale, via FoU i Väst, i en enkätundersökning riktad till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Enkäten innehåller frågor både om vad patienterna tycker om vården samt i vilken grad vården upplevs vara personcentrerad. Tre indikatorer hämtas från enkäten. Undersökningen genomförs varje höst och resultaten presteras på våren året efter. Hittills har resultat för 2022 och 2023 kommit förvaltningen till del. Samtliga tre indikatorer har utvecklats positivt mellan åren och resultaten är i paritet med andra deltagande GR-kommuner.



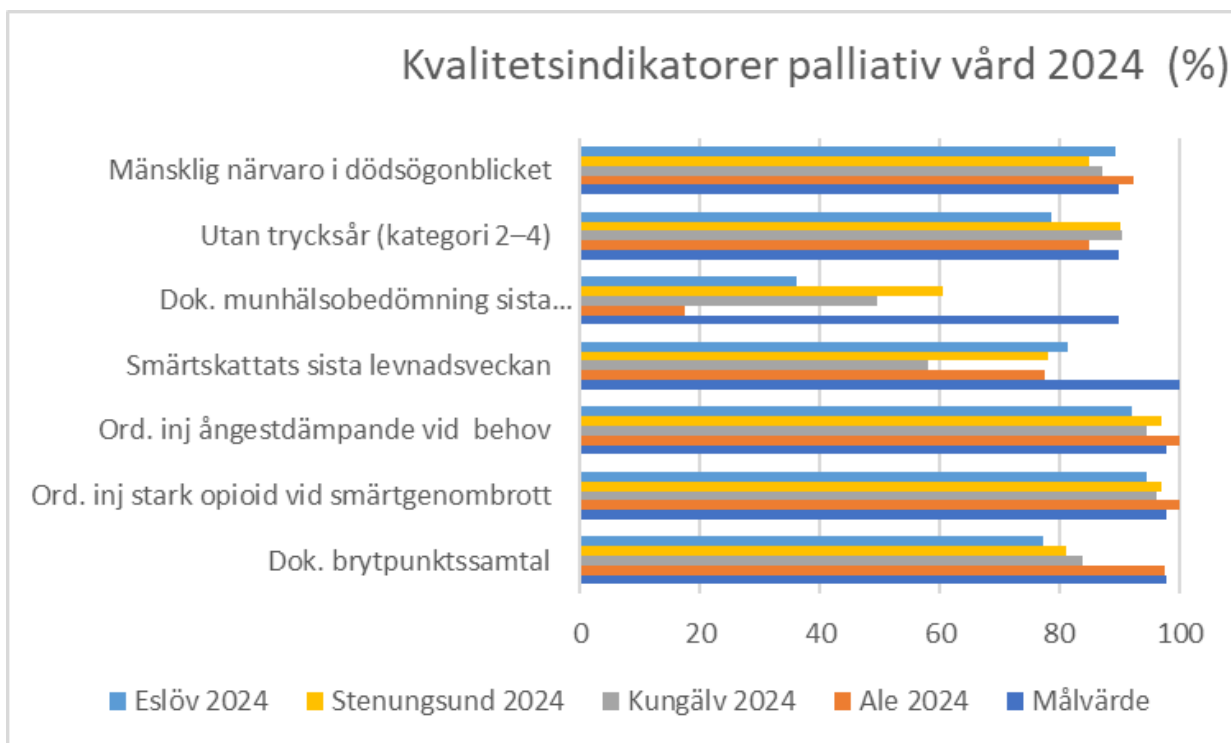
\*PERCCI syftar till att mäta i vilken utsträckning äldre personer som bor hemma upplever att vården och omsorgen är personcentrerad. PERCCI består av 12 frågor. Varje påstående ger mellan 1 och 4 poäng. Ett totalvärde beräknas (12–48 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

### 4.3.2 Indikatorer för god palliativ vård

#### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Nedan följer också en jämförelse med trillingkommunerna;



Antalet avlidna (som indikatorerna baserar sig på) varierar stort i kommunerna; från 40 i Ale till 281 i Kungälv.

## Sammanfattande analys av indikatorer för god palliativ vård

Den kommunala primärvården visar till största del goda resultat för palliativ vård, men förbättringsområden som dokumentation av munhälsobedömning och smärtskattning kan konstateras även för 2024. Dock har dokumentationen av smärtskattning med validerat skattningssinstrument sista levnadsveckan förbättrats. En analys visar att bristerna kring dokumenterad skattning av munhälsa sista levnadsveckan med högsta sannolikhet beror på utebliven dokumentation, inte uteblivna bedömningar. Uppgiften att utföra en skattning av munhälsan enligt ROAG, revised oral assessment guide, har tidigare delegerats till omsorgspersonal, men kommer att utföras av sjuksköterska framgent. Utbildningsinsatser har genomförts avseende smärtskattning enligt validerade instrument, vilket har förbättrat resultaten. Insatserna kopplade till skattning av smärta och munhälsa återgår som arbetsuppgift till sjuksköterskan, och den nya journalstrukturen möjliggör nu en strukturerad och klassificerad dokumentationsmöjlighet. Förbättringsområdet att öka registrets täckningsgrad hanteras med planerade utbildningar om registrering av dödsfall och de enkäter som ska fyllas i vid samtliga dödsfall som inträffat hos kommunal primärvård.

### 4.4 Säker vård här och nu

*"Hälsa- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation och förutsättningarna för säkerhet kan förändras snabbt. Säker vård här och nu handlar om att ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller störningar kan inträffa, men också kunna agera här och nu innan patientsäkerheten är hotad. Detta fokusområde syftar till att:*

- *öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador*
- *öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare*
- *stärka patienten och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet."*

För att bedriva en säker vård behöver organisationen vara utformad på ett sätt som ökar förmågan att kunna förutse, uppmärksamma samt i aktuella fall agera på patientsäkerhetsrisker. Ett viktigt verktyg för att uppnå detta är flexibilitet; flexibla arbetssätt ökar kapaciteten för att snabbt kunna ställa om till en mer ändamålsenlig hantering när situationen kräver det. Under 2024 har den kommunala primärvården infört ett nytt journalsystem, "Hälsa-ärendet", som möjliggör mobil dokumentation för legitimerad personal och ökar patientens möjlighet till delaktighet i sin dokumentation.

Samverkan med omsorgsverksamheter har utvecklats genom teamträffar där riskbedömningar genomförs och sjuksköterskeenheter har deltagit på arbetsplatsträffar inom äldreomsorg och funktionsstöd för att informera om kommunikationsmodellen SBAR vars syfte är att upprätthålla hög patientsäkerhet i informationsöverföringen i kritiska situationer. Utöver detta ingår även den kommunala primärvården i förvaltningens övergripande beredskapsarbete; i dessa frågor har driftstoppsrutiner och kontinuitetsplaner upprättats i syfte att säkerställa patientsäkerhet och dokumentation i händelse av kris.

Den kommunala primärvården har under året utvecklat nya arbetssätt tillsammans med daglig verksamhet (DV) inom funktionsstöd vilket innebär att deltagarna är inskrivna i kommunal primärvård under sin vistelsetid på DV.

I delregional samverkan har kommunen varit en aktiv part i arbetet med att ta fram en ny form av närområdesplan tillsammans med regional primärvård. Syftet med den nya mallen är att bland annat tydliggöra samverkan och ansvar mellan parterna; det ska till exempel framgå på ett tydligare sätt hur läkarmedverkan säkerställs i samverkan mellan vårdcentral, kommunal primärvård och särskilda boenden.

Inom verksamhetsområde funktionsstöd har personalbrist identifierats som en säkerhetsrisk, särskilt under sommaren och vid högtider då många ordinarie medarbetare är frånvarande. Detta leder till ökad stress, vilket påverkar både arbetsmiljö och patientsäkerhet, särskilt vid akuta och komplexa ärenden. För att hantera dessa utmaningar fokuserar verksamheterna på att planera semestrar i god tid, restriktivitet vid oplanerade ledigheter, samt att stärka samverkan och långsiktig bemanning genom nätverk och strategiska arbetsgrupper.

Aktiva riskförebyggande åtgärder, kunskapshöjande insatser och ökad delaktighet från både medarbetare och brukare är centrala för att säkerställa en god och säker vård. Brukarnas delaktighet stärks genom öppen kommunikation om rättigheter och möjlighet att påverka sin vård. Vidare har passbeskrivningar införts för att bättre fördela arbetsbelastningen. Det har också skett förbättringar avseende upprättade rutiner för bemanning vid sjukhusvistelser. Dessutom har språkbudsutbildning införts för att underlätta för personal med svenska som andraspråk och säkerställa bättre kommunikation.

#### 4.4.1 Riskhantering

Äldreomsorgen har identifierat en risk med att vikarier inte deltar i arbetsplatsträffar och därmed inte får ta del av dialogen kring patientsäkerhetsrisker och arbetsrutiner. Särskilda arbetsplatsträffar med vikarier har därför genomförts, men även protokollen från de ordinarie arbetsplatsträffar har tillgängliggjorts för vikarier.

Risk- och konsekvensanalyser genomförs kontinuerligt inom funktionsstödsverksamheten och utgångspunkten är ofta rapporterade avvikelser och tillbud. Utifrån resultatet av dessa riskanalyser ser verksamheten att introduktion av nyanställda behöver förändras, att ökad samverkan mellan enheter inom verksamhetsområdet samt regelbundna avstämningsmöten mellan samverkande enheter är av stor vikt för kvalitet och patientsäkerhet.

Under året har förvaltningen uppdaterat rutinen för användning av skyddsåtgärder, där riskbedömning är en central aktivitet i beslutsprocessen kring om en åtgärd kan användas i syfte att skydda patienten mot skada. Riskbedömningen i denna arbetsrutin är att avgöra utifrån individperspektivet om en insats inskränker på den enskildes rörelse och handlingsfrihet, eller om åtgärden kan utgöra ett skydd mot exempelvis fallolyckor. Implementeringsplan finns beslutad för att verksamheterna ska kunna utbildas och tillämpa rutinerna på rätt sätt.

### 4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

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

- *öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården*
- *stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård*
- *ge bättre underlag för forskning så att kunskapen ökar om hur arbetssätt i vården bidrar till säkerhet och risker*
- *identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem."*

Det finns många olika strukturer och processer som inbegriper ett systematiskt lärande; bland annat genomförs avvikelseanalyser gemensamt över enhetsgränser och lyfts på verksamhetsträffar och APT för en ökad medvetenhet om risker och förbättringar av arbetssätt. Som beskrivits i kvalitetsberättelsen har det under 2024 gjorts ett arbete för att sprida kunskap om inträffade händelser enligt lex Sarah i form av ett APT-material till samtliga enheter. Förhoppningen är att enheterna på detta sätt kan tillvarata framgångsfaktorer och därmed minska risk för upprepning. Likaså finns det beskrivet i avsnitt 4.2 om hur information om inträffade vårdskador samt inträffade och anmälda allvarliga vårdskador systematiskt återförs till verksamheterna.

Trots att det redan idag görs mycket på temat så är den samlade bedömningen ändå att det finns ytterligare potential i att organisera arbetet för att möjliggöra mer träffsäkra analyser, att tillvarata och sprida goda exempel samt sätta in kunskapshöjande insatser på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Förvaltningen har därför valt ut just analys, lärande och utveckling som ett prioriterat patientsäkerhetstema inför 2025.

#### 4.5.1 Avvikelser

All personal som arbetar inom verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), Socialtjänstlagen, SoL (2001:453) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387) är skyldiga att rapportera avvikande händelser. Avvikelsehantering är en grundläggande del av vårdgivarens systematiska

förbättringsarbete, vilket även innefattar riskanalyser och egenkontroller.

Alla avvikelser ska rapporteras, utredas, åtgärdas och ingå som lärande exempel i vårdgivarens verksamheter. Syftet med avvikelshantering är att uppmärksamma händelser och risker, för att förhindra att den enskilde skadas vid kontakterna med vård och omsorg.

Alla som arbetar i socialförvaltningen i Ale kommun som uppmärksammar eller får kännedom om en avvikelse är skyldiga att rapportera den skyndsamt (senast nästkommande dag). Rapportering sker i förvaltningens verksamhetssystem samt i patientens journal. Direkta hot mot den enskildes hälsa, personliga säkerhet och liv ska genast undanröjas. Även åtgärder för att förhindra att liknande händelser upprepas ska genast sättas in.

Vid avvikelser som under utredningen bedöms som allvarliga ska kontakt tas med MAS/MAR eller utredare för lex Sarah för att rådgöra huruvida händelsen ska utredas vidare genom till exempel en fördjupad händelseanalys.

En rapporterad avvikelse ska inom 60 dagar ha genomgått samtliga utredningssteg fram till uppföljning. En rapporterad avvikelse vars beslutade åtgärder omedelbart genomförts, ska även innehålla uppföljning av vidtagna åtgärder inom 60 dagar.

Avvikelser i samverkan mellan kommun och region rapporteras när överenskommelser, riktlinjer och rutiner framtagna i samverkan inte efterföljs, eller när någon part inte uppfyllt sin del av överenskomna insatser. Rapportering av avvikelser i samverkan sker enligt rutiner för rapportering framtagna i delregional vårdsamverkan SIMBA. Uppföljning av samverkansavvikelser sker lokalt vid närområdesmöten.

Avvikelser	Utfall (antal) 2023	Utfall (antal) 2024	Kommentar
Brist i samverkan (SIMBA)	111	147	Totala antalet avvikelser i samverkan är 147 varav Ale mottagit 23 och skickat 124 (106 till specialiserad vård och övriga 18 avser både regionens primärvård och privata vårdgivare).
Fallhändelser (totalt antal) för perioden 1/1-15/12	929	1 165	Antalet rapporterade fallavvikelser har ökat under 2024. Trenden visar att det inte är det högsta antalet rapporterade fallavvikelser under en treårsperiod, men inte heller det lägsta.
Fallhändelser (totalt antal) för perioden 1/9-15/12		304	Fallhändelser för perioden är särredovisade då en brytpunkt för obligatorisk bedömning av allvarighetsgrad börjat tillämpas från och med 1/9. Av 304 avvikelser för perioden har 256 inträffat i äldreomsorgen och 47 inom funktionsstöd.
Fallhändelser som bedömts som allvarliga under perioden 1/9-15/12		20	Trots att 20 avvikelser kategoriserats som allvarliga, är det bedömning av om händelsen kunnat förhindras vid kontakt med sjukvården som avgör om händelsen är en vårdskada eller ej. Ingen av de fallhändelser som kategoriserats som allvarliga under perioden har bedömts kunnat förhindras med hjälp av skyddsåtgärder. I de allra flesta fall har patienterna själva utfört aktiviteter och verksamheten har arbetat med förebyggande åtgärder såsom personförskrivna hjälpmedel m.m.
Lex Maria	1	0	Under 2024 har ingen allvarlig vårdskada inträffat som inneburit en anmälan till IVO.
Läkemedelshändelser	1 459	920	Ett lägre antal avvikelser har rapporterats under 2024 jämfört med både 2023 och 2022 för de allra flesta enheter. Verksamheterna anger att systematiskt arbete med analys av inträffade händelser är en orsak till att färre läkemedelsavvikelser rapporterats.

## Samlad analys av avvikelser

Antalet inkomna samverkansavvikelser har minskat till 23 st. i jämförelse med förra årets 45. Det finns ett ökat behov av tydlighet i regelverkens tillämpning, framförallt när det kommer till lokala tillämpningsrutinen för in- och utskrivningsprocessen delregionalt. Utvecklingsgruppen för in- och utskrivning har under 2024 haft intensiva diskussioner om tillämpning av begrepp som "utskrivningsklar," och "medicinskt färdigbehandlad", och den delregionala tillämpningsrutinen har under året reviderats. Diskussioner pågår alltjämt delregionalt till exempel i frågan om hjälpmedelsförsörjning i vårdens övergångar.

Trots färre inkomna samverkansavvikelser har antalet utskickade ökat från 66 st. 2023 till 124 st. 2024. En tvist om betalningsansvar för en patient exemplifierar utmaningar med regelverkstolkningar. Förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal kommer ut på remiss 2025 och förhoppningsvis kommer detta kunna omhänderta förtydliganden avseende tolkning av ansvar och uppdrag för respektive huvudman.

Även om delregional vårdssamverkan har en hel del utmaningar med att få in- och utskrivningsprocessen att fungera så snabbt och effektivt och patientsäkert som det är möjligt, kan förvaltningen ändå konstatera att Ale kommun visar goda resultat i de mätningar som genomförs avseende följsamhet till rutiner för bedömning av patienters vårdbehov på rätt vårdnivå. Punktprevalensmätningen som genomförs vår och höst och som innebär en fördjupad granskning av samtliga patientärenden som skickas till sjukhus från Ale kommun under en 14-dagarsperiod, visar att samtliga patienter som skickats till sjukhuset har behövt slutenvårdens resurser. Detta visar både mätningen under våren och hösten 2024.

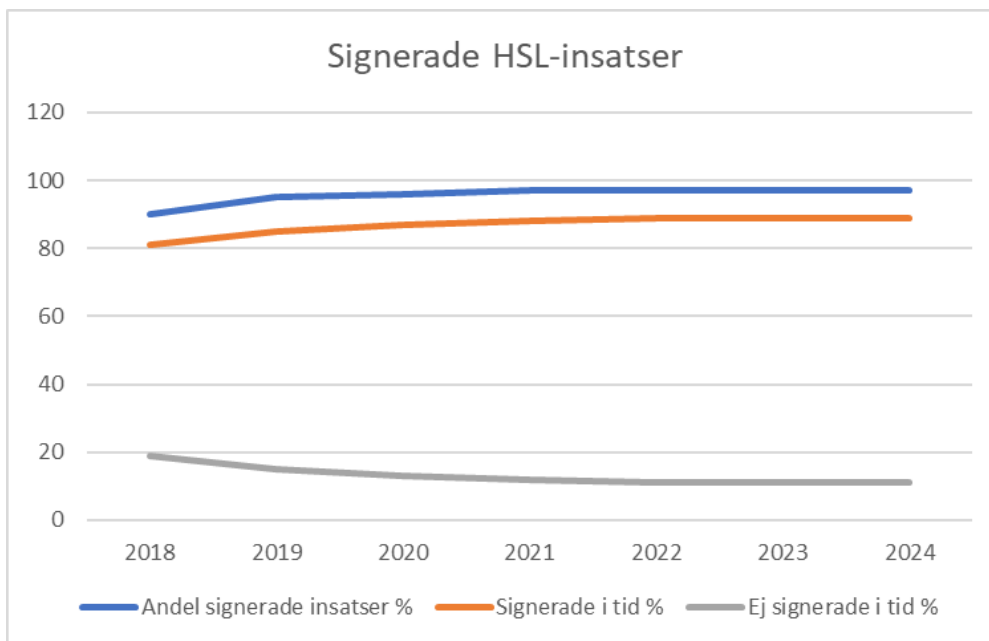
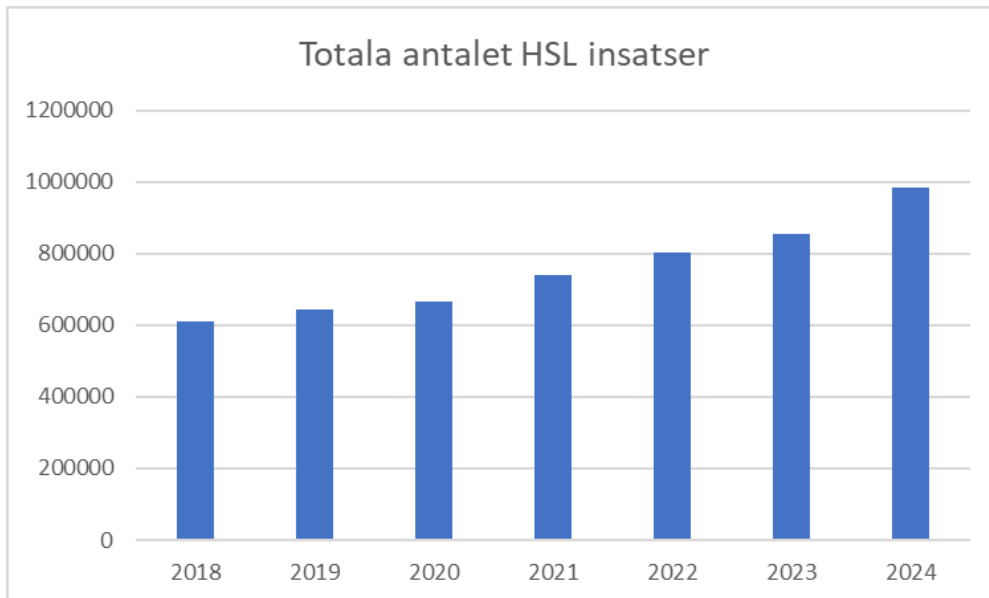
Den interna avvikelshanteringen visar att antalet fallolyckor i äldreomsorgen har ökat jämfört med tidigare år. Detta kan bero på att personalen har blivit bättre på att rapportera och dokumentera avvikelser när fall inträffar, samt att fler omsorgstagare får hjälp i hemmet, vilket sannolikt leder till fler fall. Även om ökningen kan verka problematisk, är det positivt om fler fall rapporteras som avvikelser, eftersom det möjliggör utvärdering och åtgärder för att förbättra omsorgstagarnas situation.

Även antalet incidenter relaterade till läkemedel har ökat jämfört med tidigare år. Detta kan bero på att hemtjänstens arbetstimmar har ökat och att äldre omsorgstagare får mer hjälp per person. Slutsatsen är att de äldre sannolikt har ett sämre allmäntillstånd än tidigare, vilket riskerar leda till fler händelser.

Verksamhetsområdet funktionsstöd visar en annan trend. Antalet avvikelser relaterade till läkemedel och fall har minskat mellan 2023 och 2024, vilket ses som en positiv utveckling. Minskningen tros bero på bättre introduktion för ny personal och att medarbetarna har bättre kunskap om rapporteringsrutinerna för avvikelser. För att säkerställa en fortsatt positiv utveckling av det systematiska förbättringsarbetet med avvikelser, bedömer verksamhetsområdet att det är viktigt att under 2025 fortsätta följa upp att rutiner för avvikelshantering är kända och följs av alla medarbetare.

Under 2024 genomfördes en extern läkemedelsgranskning av Apoteket. Detta resulterade i en åtgärdsplan med rekommendationer och som MAS planerar att omsätta i en mall för framtagande av lokala läkemedelsrutiner per enhet, för de riskområden som behöver specificeras utifrån varje enhets specifika omständigheter. Det kan till exempel handla om nyckelhanteringsrutiner till patienternas läkemedelskåp, eller mottagningsrutiner av läkemedelsleveranser.

Hälso- och sjukvårdsåtgärder som ordineras och sedan fördelas till omsorgspersonal att utföra på delegering eller efter instruktion har stadigt ökat sedan starten av digital signeringsmöjlighet för förvaltningen. Med anledning av detta har förvaltningen under 2024 påbörjat ett arbete med att strukturera arbetet med det digitala signeringsverktyget, informera och vid behov utbilda i arbetsrutiner för systemet och omhänderta systemets aviseringar om avvikelser med liten eller ingen betydelse för patientsäkerheten. Fler förbättringsområden som identifierats med anledning av den relativt stora mängd insatser som fördelas genom det digitala signeringsverktyget, är också vad som är ordinerad vård och behandling och vad som är allmän omvårdnad. Det området kommer att utredas och hanteras under 2025.



#### 4.5.2 Synpunkter och klagomål

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål kan lämnas via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet. Mer information om hur man går tillväga finns på ale.se.

Statistik för årets inkomna synpunkter och klagomål återfinns i årsredovisningen i avsnittet avseende kvalitet.

## 4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

*"Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet. Detta fokusområde syftar till att:*

- *uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden."*

De hastigt förändrade förutsättningarna som gjorde sig gällande under pandemin visar på en anpassningsbar organisation. Åren med pandemin har aktualiserat behovet av att ha beredskap för oväntade händelser inom verksamheten som nu i många delar står bättre rustad och förberedd för sådana. Det alltmer försämrade världsläget som följt åren efter pandemin har ytterligare satt fokus på frågan gällande beredskap för kris eller krig i verksamheterna. Flera åtgärder har identifierats inom ramen för arbetet med förvaltningens risk- och sårbarhetsanalys. Arbetet med att omhänderta de mest prioriterade åtgärderna pågår och följs särskilt inom ramen för internkontroll 2025.

Den kommunala primärvården har under året varit representerad i Länsstyrelsens arbete med "KHOSS" (beredskap i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst) där kommuner dragit lärdom av varandras arbete avseende kontinuitetsplaner, driftstoppsrutiner, krigsplacering och annat beredskapsarbete. Verksamheten har under 2024 upprättat ett eget omsättningslager med skyddsprodukter. Inför framtiden behöver samverkan med regionen öka avseende beredskapsarbete för att säkerställa patientsäkerheten i händelse av yttre störning.

Att ha tillräckligt med kompetent personal lyfts som en av de största utmaningarna och riskerna i verksamheterna. Frågan har delvis berörts tidigare i denna rapport men i tillägg kan nämnas att man inom verksamheterna även jobbar vidare med frågan om fördelning av arbetsuppgifter för att nyttja rätt kompetens i rätt arbetsinsats. Denna utveckling drivs också på av de alltmer komplexa behov som målgrupperna har och att alltmer avancerad vård sker i hemmet vilket ställer krav på viss kompetens hos medarbetarna.

På kompetensförsörjningstemat pågår även arbete för att så långt möjligt omhänderta planerad frånvaro på ett strukturerat sätt med målet att planerad frånvaro läggs in i schemat för att säkerställa grundbemanning och delegeringar under hela året. Detta gynnar även tillgången till vikarier vid oväntade händelser om ordinarie personal kan täcka för varandra vid planerad frånvaro. Även samverkan över enhetsgränser för att nyttja personalresurser på ett effektivt och klokt sätt är något som de schemaburna verksamheterna arbetar kontinuerligt med för att lösa akuta situationer.

Inom funktionsstöd har en ökad risk noterats avseende hot och våld, både mellan brukare och brukare mot personal. För att kunna möta brukare med komplexa behov krävs både erfarenhet och rätt kompetens, framför allt är det avsaknad av kunskap kring lågaffektivt bemötande och alternativ och kompletterande kommunikation som behövs. Även om en medarbetare har grundutbildning så finns en avsaknad av kompetens inom dessa två områden. Dessa utbildningar ingår i de basutbildningspaket som utarbetats och tillhandahålls inom verksamheten, liksom inom yrkesresan som startade upp i GR:s regi 2024.

Behov av att utbilda fler språkombud lyfts utifrån de positiva resultat som visat sig på de enheter som redan har språkombud. Språkombud utbildas för att stärka upp de medarbetare som behöver stöd i svenska språket och därmed bidra till en förbättrad kommunikation mellan omsorgstagare och medarbetare samt mellan kollegor.