

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2025-09-16

Diarienummer:
ALN-2025-00504

Handläggare:
Fredrik Linde

Svar på uppdrag om uppföljning av särskilt boende

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** ta emot samlad slutrapport av uppföljningen av de fyra boendena Bernadotte, Dalbyhemmet, Myrbergsska gården och Stenhagen.

Ärendet

Utfraån uppdrag från äldrenämnden den 11 augusti 2025 har förvaltningen har genomfört en riktad fokusuppföljning av fyra särskilda boenden för äldre. Syftet med fokusuppföljningen är att bedöma om de bakomliggande riskfaktorer som identifierats i en lex Maria-utredning återfinns även i andra verksamheter och att säkerställa att det finns tillräckliga strukturer och kompetens för att garantera en trygg och säker vård- och omsorg.

Förvaltningen bedömer att de risker och brister som uppdragats genom Lex Maria-utredning på Nora och Linné inte är representativt för andra särskilda boenden för äldre i kommunens regi. De fyra verksamheterna präglas av en öppenhet, en etablerad samverkan mellan hälso- och sjukvårdsorganisationen och boendena, samt en god förmåga och vilja att arbeta med ständiga förbättringar.

Det finns sedan tidigare identifierade utmaningar i de verksamheter som ingår i urvalet för fokusuppföljningen, men uppföljningen visar också på ett aktivt arbete inom dessa områden.

Beredning

Ärendet har beretts av Avdelning Strategi och avtal.

Föredragning

Förvaltningen har genomfört en riktad fokusuppföljning av fyra särskilda boenden för äldre, utifrån uppdrag från äldre nämnden den 11 augusti 2025. Syftet med fokusuppföljningen är att bedöma om de bakomliggande riskfaktorer som identifierats i lex Maria-utredningen återfinns även i andra verksamheter och att säkerställa att det finns tillräckliga strukturer och kompetens för att garantera en trygg och säker vård- och omsorg. Fokusområdena för uppföljningen är

1. Verksamhetens planering och dokumentation av insatser - för att kunna följa att insatser planeras, genomförs och följs upp i enlighet med individens behov.
2. Samarbete mellan legitimerad personal, omvårdnadspersonal och verksamhetsansvariga - läkemedelshantering och delegering - för att kontrollera om verksamheten har arbetssätt för att säkerställa att vård ges korrekt och att personal har rätt kompetens.
3. Hantering av och förståelse för verksamhetens kontrollfunktioner: däribland systematiskt kvalitetsarbete, anmälningssplikt, och visselblåsarfunktion för att tidigt identifiera och åtgärda risker och missförhållanden.
4. Kompetens och stöd i kontaktmannaskapet för att säkerställa att personal har kunskap om, och förutsättningar för, kontaktmannaskapets roll och ansvar för planering och brukarens delaktighet.

Samlad bedömning

Förvaltningen har sammanställt resultatet av de fyra uppföljningarna i en slutrapport för uppdraget enligt ärendets bilaga. Förvaltningen bedömer att de risker och brister som uppdragets genom Lex Maria-utredning på Nora och Linné inte är representativt för struktur, arbetssätt och kvalitet på andra särskilda boenden för äldre i kommunens regi. Fokusuppföljningen har inte identifierat några sådana likheter i de fyra boenden som följts upp. De fyra verksamheterna präglas av en öppenhet, en etablerad samverkan mellan hälso- och sjukvårdsorganisationen och boendena, samt en god förmåga och vilja att arbeta med ständiga förbättringar.

Det finns sedan tidigare identifierade utmaningar i de verksamheter som ingår i urvalet för fokusuppföljningen, men uppföljningen visar också på ett aktivt arbete inom dessa områden. För de verksamheter där annan uppföljning har genomförts i närtid framträder en positiv bild av utvecklingen, i relation till tidigare resultat.

Slutrapporten återger också ett antal utvecklingsområden som utifrån fokusuppföljningen bör tas i beaktande av kommande planering av förbättringsarbete och patientsäkerhetsarbete. Rekommendationer till de respektive verksamheterna framgår i av separat uppföljningsrapport för varje boende (ALN-2025-00615-2, ALN-2025-00615-3, ALN-2025-00615-4 och ALN-2025-00615-5).

Ekonomiska konsekvenser

Förvaltningen bedömer att beslutet inte medför några ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, Svar på uppdrag om uppföljning av särskilt boende
- Bilaga, Slutrapport för riktad fokusuppföljning, fyra särskilda boenden

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Enheten Avtal och uppföljning, vård- och omsorgsförvaltningen
Rapport

Handläggare:
Fredrik Linde

Slutrapport för riktad fokusuppföljning, fyra särskilda boenden

Bakgrund

Vård- och omsorgsförvaltningen har under sommaren 2025 identifierat allvarliga brister i patientsäkerheten vid två kommunala verksamheter, vilket har föranlett en lex Maria-anmälan. För att bedöma om liknande brister återfinns även vid andra särskilda boenden har äldre-nämnden beslutat att uppföljning ska genomföras på fyra vård- och omsorgsboenden, som valts ut av äldre-nämnd (ALN-2025-00504).

Avdelning Strategi och avtal har fått i uppdrag att genomföra fokusuppföljningen.

Metod

Föreliggande slutrapport avser att besvara uppdragets övergripande syfte, att bedöma om brister som identifierats i två andra kommunala verksamheter (Nora och Linné) även kan finnas vid andra särskilda boenden. De fyra boendena utgör ett urval för att göra en sådan bedömning. Vidare detaljer kring metoder för fokusuppföljningen framgår av respektive uppföljningsrapport, (ALN-2025-00615-2, ALN-2025-00615-3, ALN-2025-00615-4 och ALN-2025-00615-5).

Bedömningen redovisas med en samlad bedömning inom respektive fokusområde. Fokusuppföljningen bedömer verksamheternas struktur för ansvarstagande, arbetssätt och säkerhetskultur.

Samlad bedömning

Utifrån äldre-nämndens uppdrag till förvaltningen görs följande samlade bedömning för respektive fokusområde:

Fokusområde	Bedömning
1. Verksamhetens planering och dokumentation av insatser	Verksamheterna planerar och dokumenterar insatser och åtgärder på ett korrekt sätt. Verksamheterna bedöms ha svårt att planera och genomföra förebyggande och rehabiliterande hälso- och sjukvårdsåtgärder.
2. Samarbete mellan legitimerad personal, omvårdnadspersonal och verksamhetsansvariga	Uppföljningen visar på ett fungerande samarbete, både i drift och ledning. Rollfördelningen mellan olika funktioner är klar och väl definierad. Verksamheterna bedöms arbeta på anvisat sätt. Det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedöms inte vara tillräckligt känt i verksamheterna.
3. Hantering av och förståelse för verksamhetens kontrollfunktioner	Verksamheterna arbetar på anvisat sätt i de bedömda kontrollfunktionerna. Upprättande och hantering av avvikelser bedöms väl fungerande, riskhantering

	sker löpande i verksamheten och bedöms ha bra systemstöd i verksamhetssystemet. Systemstöd för sammanställning och återföring av resultat från egenkontroller bedöms vara ett utvecklingsområde. Uppföljningen återger en god kultur kring att lära av misstag och att kunna uttrycka sin åsikt om arbetet.
4. Kompetens och stöd i kontaktmannaskapet, dess roll och ansvar för planering och brukarens delaktighet.	Verksamheterna arbetar på anvisat sätt med upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Medarbetare och verksamhetsansvariga visar på god förståelse för kontaktmannens roll i verksamheten. Företrädare för verksamheter uttrycker utmaningar i att säkerställa brukares delaktighet, utifrån den enskildes förmåga, vilket även framgår av statistisk sammanställning.

Slutsats

Utifrån den riktade fokusuppföljningen bedömer förvaltningen att de risker och brister som uppdagats genom Lex Maria-utredning på Nora och Linné inte är representativt för struktur, arbetssätt och kvalitet på andra särskilda boenden för äldre i kommunens regi. Det finns sedan tidigare identifierade utmaningar i de verksamheter som ingår i urvalet för fokusuppföljningen, men uppföljningen visar också på ett aktivt arbete inom dessa områden. För de verksamheter där uppföljning har genomförts i närtid framträder också en positiv bild av utvecklingen, i relation till tidigare resultat. Den samlade bedömningen återger också ett antal utvecklingsområden som fokusuppföljningen anser bör tas i beaktande av kommande planering av förbättringsarbete.

I avsnitten nedan framgår mer detaljer från uppföljningens bedömning. Exempel från enskilda verksamheter ges där så anses vara relevant för förståelse av sammanhanget. Rekommendationer till verksamheterna framgår i respektive uppföljningsrapport.

Verksamhet, ledning och organisation

Ledningen för de fyra verksamheterna upplevs som tydlig, med närvarande, engagerade och aktiva verksamhetschefer som ansvarar för den dagliga driften och insatser enligt socialtjänstlagen. Rollfördelningen mellan olika funktioner är klar och väl definierad. Hälso- och sjukvårdens verksamhetschefer är inte deltagande i arbetet i de faktiska verksamheterna, där företräds framför allt hälso- och sjukvårdsorganisationen av de legitimerade medarbetarna. Styrningen av verksamheterna sker också på ett likartat sätt, men med anpassningar till verksamheternas storlek. Verksamheterna framstår som väl strukturerade med ombudsroller och mötesformer för att skapa en sammanhållen verksamhet.

Förvaltningen bedömer att det finns förutsättningar för god kommunikation, kontinuitet och informationsspridning i det dagliga arbetet, vilket är centralt för patientsäkerheten.

I uppföljningarna framkommer att patientsäkerhetsberättelsen inte är känd i verksamheter och att det för närvarande inte finns kännedom om ett aktivt arbete med en handlingsplan på verksamhetsnivå utifrån 2024 års patientsäkerhetsberättelse. Besöken i verksamheter och inhämtat material visar på en utvecklingsmöjlighet i att tydligare koppla egenkontroller, avvikelshantering och återkoppling till det övergripande patientsäkerhetsarbetet, samt att göra detta arbete känt i organisationen.

Samverkan, samarbete och delaktighet

Samtliga fyra verksamheter återger en struktur för planering av den enskildes insatser för både omvårdnads- och legitimerad personal, och att samverkansforum finns. Här ska särskilt nämnas arbetet med teammöten och det arbete som görs i verksamheternas kvalitetsråd.

Det finns strukturella utmaningar som påverkar samverkan i negativ riktning, där främst språkförståelse, personalomsättning och frånvaro av legitimerad personal påverkar arbetet. Förutsättningarna skiljer sig i detta avseende mellan verksamheterna. Uppföljningen återger att organisatorisk samverkan finns väl definierad och att de intervjuade har en god förståelse för den. Ett särskilt viktigt moment för detta är vårdplanering av ny patient, där en framgångsfaktor för ett antal av verksamheterna anses vara att detta görs gemensamt för SOL- och HSL-insatser. En andra förutsättning är att patienttillsyn sker enligt planering dygnets alla timmar och i samverkan med legitimerad personal, så att det finns en god informationsgrund vid överrapportering.

Kommunikation, informationsöverföring och dokumentation

Den samlade bedömningen av hur verksamheterna kommunicerar mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass är att det är välfungerande. Vårdbegäran bedöms genomgående användas på ett korrekt sätt, men mycket av kommunikationen behöver kompletteras muntligt. Ett återkommande tema i intervjuerna är den legitimerade personalen har en hög belastning gällande dokumentation och att hälso- och sjukvårdsåtgärderna kräver mycket uppföljning i det vardagliga arbetet.

Det finns på samtliga verksamheter ett pågående arbete för att stärka informationsöverföring. Här ska särskilt nämnas det arbete som görs för att anpassa överrapportering mellan skiften och mellan yrkesgrupper genom bland annat metodstöd för tillämpning av Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation (SBAR; Dalby, Myrbergska och Stenhagen) och att man anpassar överrapportering utifrån behoven (exempelvis när muntlig överrapportering ska ske; Bernadotte). I intervjuerna framkommer också att separat journalföring för lagrummen är en svårighet för verksamheterna.

Verksamheterna arbetar fortlöpande och korrekt med genomförandeplaner och kontaktmannaskap. Av 221 boende på särskilt boende saknas genomförandeplaner för 12 individer, vilket förklaras av att ett antal boende är med/parboende och inte har

beslut om särskilt boende för äldre. 14 av 209 genomförandeplaner har passerat senaste uppföljningsdatum (i regel endast några veckor), vilket kan anses som mycket gott resultat.

Vid upprättande av genomförandeplan har endast 2 av 3 angivits som upprättade med brukarens delaktighet, det varierar också mycket mellan boendena. Den samlade bedömningen är att samtliga fyra verksamheter har ett fungerande arbetssätt med genomförandeplaner, även i relation till kontaktmannaskapet, men att det krävs en systematik i hur den enskildes delaktighet ska tillvaratas.

Ordinerade, delegerade och instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Verksamheterna bedöms ha en fungerande delegeringsprocess och hantering av läkemedel. Verksamheterna beskriver arbetet på ett adekvat och utförligt sätt. Det är en mycket begränsad förekomst av ej hanterade åtgärder i den digitala signeringen beträffande läkemedelsbehandling, med undantag för förekomster av ej åtgärdad smörjning. Verksamheterna återger samstämmigt att signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder har blivit säkrare och med högre följsamhet efter att digital signering infördes.

Rapporten ger emellertid också en samlad bedömning av verksamheternas förmåga att upprätthålla icke-farmakologisk behandling, särskild avseende ordinerade rehabiliterande insatser. I intervjuer har samtliga verksamheter uttryckt att detta är en svår prioritering, uppföljningen visar att det också leder till att ordinerade åtgärder prioriteras ner i det dagliga arbetet. Uppföljningen visar på ett flertal förklaringar till detta, däribland att det finns en kultur att exempelvis rehabiliterande åtgärder inte är likvärdigt viktiga som läkemedelsbehandling och omvårdnadsarbete.

Det finns också indikationer på frustration mellan yrkesgrupperna när inte vissa av hälso- och sjukvårdsåtgärderna genomförs i den omfattning som ansvarig legitimerad personal har bedömt är faktiska vårdbehovet. Den samlade bedömningen i fokusuppföljningen är att det finns risk att sådana insatser görs i lägre utsträckning och inte utförs på lämplig vårdnivå genom delegering eller instruktion. Om inte omvårdnadspersonal utför dessa hälso- och sjukvårdsåtgärder blir det svårt att upprätthålla den omfattning som legitimerad personal har bedömt nödvändig.

Arbetsmiljö och resurser

Av intervjuerna uttrycks behov av resurser för att bedriva en god och säker vård. Personalomsättning påverkar, men även omfattning i grundbemanning av undersköterskor vid vissa tidpunkter och för vissa yrkeskategorier (arbetsterapeut och fysioterapeut) uppges omfattning vara otillräcklig. Vid genomgång av tillgänglig personal under 2025 framgår att två av verksamheterna har en låg grad av utbildade undersköterskor under vissa månader på året, delvis till följd av hög vikariatillsättning under perioder. Detta bedöms påverka förutsättningarna till ett patientsäkert arbete, men är inte en generell bild av året och inte för alla verksamheterna. Fokusuppföljningen pekar på att verksamhetsansvariga behöver ha en god uppsikt över sin ordinarie grundbemanning och hur kompetensen ser ut i den tjänstgörande personalgruppen för schemaperioden. Detta för att ha en robust bemanning under de perioder där det krävs högre vikariatillsättning.

Rekrytering, kompetens

De uppföljda verksamheterna visar generellt på en god ordning för introduktion och fortbildning av medarbetare, utifrån en struktur av kompetensutvecklingsplaner. Ordinarie personal och vikarier genomgår förflyttningsutbildning.

Det finns strukturella utmaningar för verksamheterna avseende personalresurs, men dessa utmaningar skiljer sig från verksamhet till verksamhet. Något som är återkommande är att det är en hög personalomsättning inom verksamhetsområdet, där många har arbetat mindre än ett år på sin arbetsplats. Kontinuitet bedöms som en viktig faktor för hög patientsäkerhet, tillsammans med en väl underbyggd introduktion. Samtliga verksamheter visar på en systematisk introduktion, men där legitimerad personal med tidigare yrkeserfarenhet kan få en något begränsad introduktion.

Särskilt ska också tillgång till ordinarie legitimerad personal, såsom sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och palliativt ansvarig sjuksköterska nämnas, vilket försvårar patientsäkerhetsarbetet och möjlighet till handledning och uppföljning i det dagliga arbetet. Avsaknaden av kontinuitet kan leda till brister i vårdplanering, uppföljning och handledning av övrig personal. Detta kan i sin tur påverka både kvaliteten och säkerheten i vården negativt. Vilka resurser som man upplever saknas skiljer sig mellan verksamheterna, det går därför inte dra några generella slutsatser eller ge några gemensamma rekommendationer på området. Rekrytering av rehabiliteringspersonal har varit återkommande svårt och är känt för förvaltningen sedan tidigare.

Uppföljningen visar att tre av de fyra verksamheterna har en uttalad utmaning i språkförmågan hos omvårdnadspersonal. Legitimerad personal uppger att språkförmågan i personalgrupperna medför att det saknas grundkompetens generellt hos enskilda medarbetare, men det är ingen generell bedömning av personalgruppen. Uppföljningarna visar på att de aktiviteter som görs specifikt för att öka språkförmågan är närvarande även i dessa verksamheter, exempelvis utbildning i vårdsvenska och förekomst av språkbud. Därtill har verksamheterna också verksamhetsspecifika anpassningar och lösningar för att få effekt. Man framhåller samtidigt att språkförmågan hos flera av dem som genomgått undersköterskeutbildning är för låg för att förstå arbetet. Det framkommer också av intervjuerna att låg språkförmåga också är ett hinder för att förstå det övergripande patientsäkerhetsarbetet och dess aktiviteter.

Kunskap och lärande i verksamheten

Den samlade bedömningen är att kvalitetsråd och andra strukturerade arbetssätt ger goda förutsättningar för lärande i verksamheten. Samlad bedömning visar också att verksamheterna bedriver egenkontroller och uppföljningar av olika aspekter av driften, däribland logg- och signeringskontroller, vilket bedöms påverka patientsäkerheten positivt. Samtliga intervjuade beskriver på ett adekvat sätt att man har ett lärande i verksamheten kopplat till avvikelser, synpunkter och klagomål. Det finns bland annat avvikelsemöten på avdelningarna och kvalitetsråd där verksamhetschef ingår. Ingen av verksamheterna utmärker sig avseende antal synpunkter och klagomål, det finns också inkommet beröm till verksamheterna.

Uppföljningen visar emellertid på framför allt tekniska svårigheter att säkerställa genomförandet av vissa beviljade insatser och vissa åtgärder, däribland egentid och ordinerade rehabiliterande åtgärder. Detta framgår också av kontroll av bland annat digital signering (se senare avsnitt om pågående utvecklingsarbete).

Uppföljningen ger också rekommendationer att stärka kulturen för SoL-avvikelsehantering och förbättra förutsättningar för sammanställning och analys av avvikelser hos den egna verksamheten. Verksamheterna bedöms också behöva arbeta med kulturen kring icke-farmakologiska behandlingar och skapa engagemang kring patientsäkerhetsarbetet.

Arbete med avvikelser

Samtliga fyra verksamheter har en välfungerande avvikelshantering. Förvaltningen har jämfört resultatet för de fyra verksamheterna separat med resultaten för Linné och bedömer att dessa fyra verksamheter har ett i hög grad fungerande arbete med avvikelser. Omvårdnadspersonal upprättar cirka 85–90% av rapporterna. Ansvariga påbörjar utredning efter 2–4 dagar (medelvärde). 90% av avvikelserna under 2025 har en påbörjad utredning inom en vecka, 97,5% inom två veckor¹. Avvikelser efter fall och läkemedelsavvikelser är vanligast förekommande, vilket är väntat och är i likhet med bland annat redovisning i patientsäkerhetsberättelse 2024. Ingen verksamhet utmärker sig som särskilt lågt rapporterande eller särskilt högt rapporterande, sett till antal i relation till antal boende.

Egenkontroller

Det är svårt att genom fokusuppföljningen få en samlad bild av hur arbetet med egenkontroller inom hälso- och sjukvården i verksamheten är tänkt att genomföras och hur det sedan genomförs². Egenkontroll för legitimerad personal är omfattande, där exempelvis mallar för egenkontroll av delegerad hälso- och sjukvård kan behöva anpassas för de digitala verktyg man använder idag. Den samlade bedömningen är att det inte sker någon systematisk sammanställning för flera verksamheter av resultaten från genomförda egenkontroller (exempelvis på områdesnivå). Sådant som skulle kunna lämpa sig väl är egenkontroller i verksamhetssystem för digital signering, antal vårdbegäran, antal utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder i verksamheten enligt klassifikation, för att nämna några. Det skulle kunna underlätta legitimerad personals dagliga arbete om detta systematiserades och fördes in i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Riskhantering och riskanalyser

Alla fyra verksamheter beskriver utförligt sitt arbete med när och hur man genomför riskanalyser. De riskverktyg som finns inkluderade i verksamhetssystemen,

¹ För avvikelser som haft en längre så kallad mottagningstid (från rapporttillfälle till påbörjad utredning) framstår det som att de inte har haft någon mottagande utredare. Förvaltningen kan inte i efterhand bedöma om detta avser handhavandefel eller felaktig övergång i systemet, exempelvis med anledning av tillförordnad under semester. Detta gäller en handfull avvikelser av de 780 avvikelser som ingår i underlaget

² Exempelvis tillämpning av delar av checklista för egenkontroller (Egenkontroll – checklista för HS-verksamheter),

företrädelsevis de som är kopplade till Senior Alert och BPSD-registret, används återkommande. Verksamheterna återger också hur riskbedömning vid inflyttning genomförs. En rekommendation från uppföljningen är att samtliga verksamheter bör arbeta proaktivt med riskbedömningarna i så stor utsträckning som möjligt, exempelvis skapa gynnsamma förutsättningar för riskanalys innan inflyttning för personer med demenssjukdom.

Öppenhet och ansvarstagande

Samtliga fyra verksamheter vittnar om att det på arbetsplatsen finns en öppen kultur om vad som fungerar och inte fungerar, samt att man upplever att uppkomna risker och brister tas på allvar. De intervjuade förstår sitt eget ansvar i att bidra till en god och säker vård för patienten. Det finns en generell upplevelse av att vilja erbjuda de boende mer i verksamheten. Tidsbrist och upplevt tidskrävande administrativa arbetsuppgifter anses vara bidragande till detta.

Fokusuppföljningen har genomfört en riktad, validerad enkät om *hållbart säkerhetsengagemang* (HSE³) till verksamheternas medarbetare, som har varit obligatorisk (men anonym) för samtliga medarbetare som arbetat under den vecka fokusuppföljningen pågick (totalt 218 svarande). Resultaten visar att de svarande från samtliga verksamheter upplever en god säkerhetskultur, där lärande av misstag och öppenhet framstår som viktiga värden. Några av resultaten som bedöms särskilt relevanta för fokusuppföljningen är att:

- 93% av de svarande anger att det stämmer att de *'påtar när jag tror något är på väg att gå fel'* (69% stämmer mycket bra, 24% stämmer ganska bra).
- 95% av de svarande anger att det stämmer att de *'vågar prata om mina misstag'* (68% stämmer mycket bra, 27% stämmer ganska bra)
- 82% anger att det stämmer att *på min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser* (39% stämmer mycket bra, 43% stämmer ganska bra).

Områden där det är jämförelsevis lägre andel positiva svar är frågor rörande *'min chefs chefs förutsättningar att bedriva en säker vård'*, *'Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats'* samt *'[...] erbjuder patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete'*. Antalet negativa svar är få inom varje område i enkäten för samtliga fyra verksamheter (0-10% negativa svar). Det finns inga relevanta skillnader i hur omvårdnadspersonal och legitimerad personal har svarat på enkätfrågorna. Resultaten har också relaterats till verksamheternas resultat i senaste medarbetarundersökning (HME). Se Appendix 1. För ytterligare detaljer om de samlade resultaten.

Arbetsgruppen för fokusuppföljningen vill också särskilt påtala att medarbetare, ansvariga i verksamheter och stödfunktioner genomgående har varit välkomnande och hjälpsamma i samtliga av uppföljningens aktiviteter, vilket i sig visar på ett öppet klimat och en hög förståelse för uppföljningens syfte.

³ <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/HSE-anvandarvanvisning.pdf>

Pågående utvecklingsarbete

Fokusuppföljningen har inte syftat till att utvärdera införande av ny teknik, men det finns ett antal viktiga indikationer från arbetet relevanta för patientsäkerheten.

Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Verksamheterna återger samstämmigt att signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder har blivit säkrare och med högre följsamhet efter att digital signering infördes. Vid kontroll av verksamhetssystemets ”flaggning” av ej signerade och ej hanterade hälso- och sjukvårdsåtgärder framkommer det för samtliga av de fyra verksamheterna finns förekomster av ej signerade eller ej hanterade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Vanligast förekommande är att det är icke-farmakologiska åtgärder som saknar hantering i systemet för digital signering. Förvaltningen bedömer att förekomster av ej hanterade hälso- och sjukvårdsåtgärder i det digitala systemet inte innebär att åtgärderna inte är utförda i det faktiska arbetet⁴. Men fokusuppföljningen visar att egenkontroll av flaggningen inte sker systematiskt i de fyra verksamheterna eftersom det under vissa dagar är många fler ohanterade flaggningar än andra.

Uppföljningen visar dock att de digitala lösningarna skapar nya typer av risker för patientsäkerheten, om man inte använder de tekniska lösningarna konsekvent. Det är av särskild vikt att återföra sådant som framkommer från kommunikation eller inhämtad information i det vardagliga arbetet tillbaka till de tekniska hjälpmedlen. Annars finns risk att spårbarheten, exempelvis genom flaggning, går förlorad. Det skapar potentiellt osäkerhet kring hur hanteringen av digital signering av åtgärder ska kunna värderas i efterhand. Det är också viktigt att exempelvis tidsfönster för när en hälso- och sjukvårdsåtgärd ska utföras anges korrekt utifrån behov, för att det inte skapas onödiga flaggningar och därmed onödig administration för personal.

Av uppföljningen framkommer att två av verksamheterna har en mycket hög följsamhet vilket är en indikation på att man kommit olika långt i införandet av och att vänja sig vid den tekniska lösningen, vilket är ett gott exempel som bör spridas. Förvaltningen bedömer att kontroll av flaggning är ett utvecklingsområde i tillämpningen av den digitala lösningen, eftersom det inte går att kontrollera i efterhand om det faktiskt är en utebliven åtgärd eller inte, vilket är signeringens huvudsakliga syfte.

Registrering av observation av följsamhet till basala hygien- och klädregler (BHK)

Verksamheterna är i en omställningsperiod för hur registrering av följsamhet till basala hygien- och klädregler ska utföras. Registreringen som genomförs digitalt är ofullständig och verksamheterna tillämpar både manuell och digital registrering. Det ger också ökad administration genom dubbelregistrering. Två samtidiga arbetssätt ger sämre förutsättningar för överblick och möjlighet att se utvecklingen inom området. Det ska också särskilt poängteras att det idag saknas systemstöd för att återföra statistiken till verksamheterna, vilket är viktigt för att ta in i förbättringsarbetet.

Kvittering av trygghetslarm via mobiltelefon

⁴ Förvaltningen kan inte bedöma om förekomsterna är till följd av enstaka handhavandefel, att man tillser att åtgärderna utförs men utan att hantera det i det digitala verktyget, eller om det är ett bristande systemstöd. Effekten blir, oavsett bakomliggande orsaker, att det är svårt att i efterhand bedöma om en åtgärd har uteblivit eller inte.

I fokusuppföljningen har också kontroller av kvittering av trygghetslarm genomförts. Verksamheterna arbetar genomgående med egenkontroller av kvitteringen, både med tillsyn i den enskildes bostad och avstämning av larm, samt med digital lösning i mobilen. Uppföljningen visar, i likhet med digital signering, att dessa tekniska hjälpmedel kan leda till risker i verksamheten, om man inte kan förlita sig på den information som finns i den tekniska lösningen är komplett. Det viktiga är att larm hanteras genom tillsyn och att man ska veta säkert när larm har missats. Denna risk bör kontrolleras på verksamhetsområdesnivå.

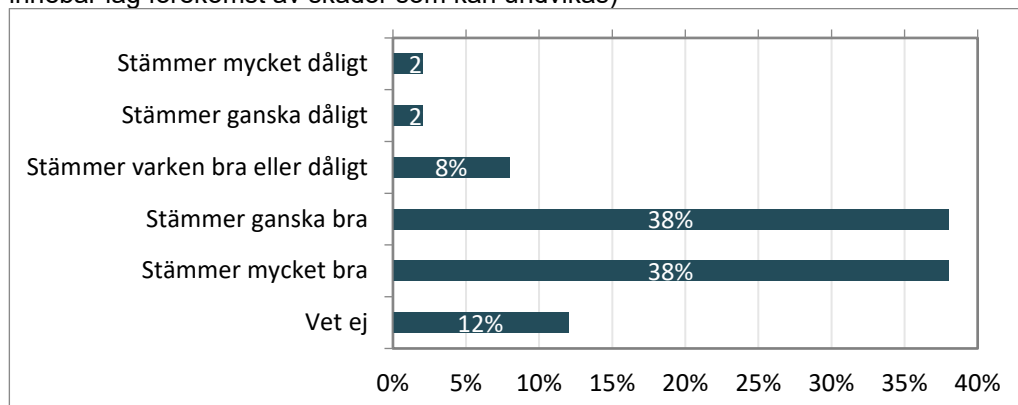
Digital dokumentation

Fokusuppföljningen har inte genomfört journalgranskning av patientjournaler eller den de boendes personakter som en del av kontrollerna. Intervjuerna vittnar emellertid om att det förekommer dubbeldokumentation i verksamheterna och att avsaknaden av samlad journalföring för socialtjänst och hälso- och sjukvård återkommande är en svårighet för samverkan och kommunikation mellan yrkesgrupperna. Verksamheterna behöver förlita sig på manuella lösningar för vissa arbetsmoment, vilket kan leda till att relevant information inte återförs till den digitala journalföringen. Det, i likhet med ovan nämnda digitala lösningar, kan påverka spårbarhet och kommunikationen i verksamheten.

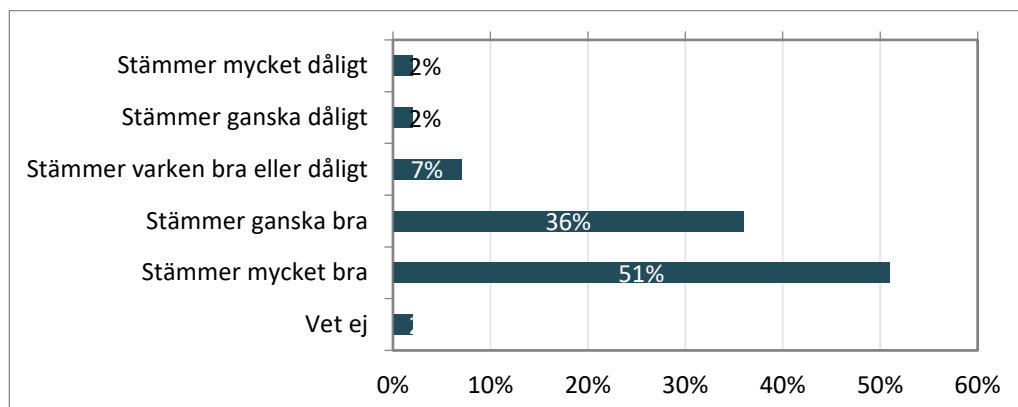
Appendix 1. Resultat av enkät om hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

För metod och tolkning av resultat, se Ageras metodstöd <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/HSE-anvandaravisning.pdf> och Socialstyrelsens stöd för patientsäkerhet <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>.

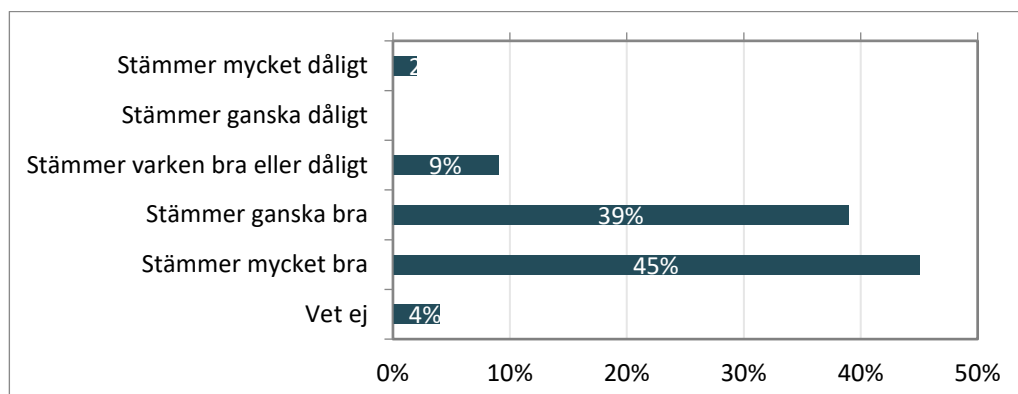
Fråga 1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)



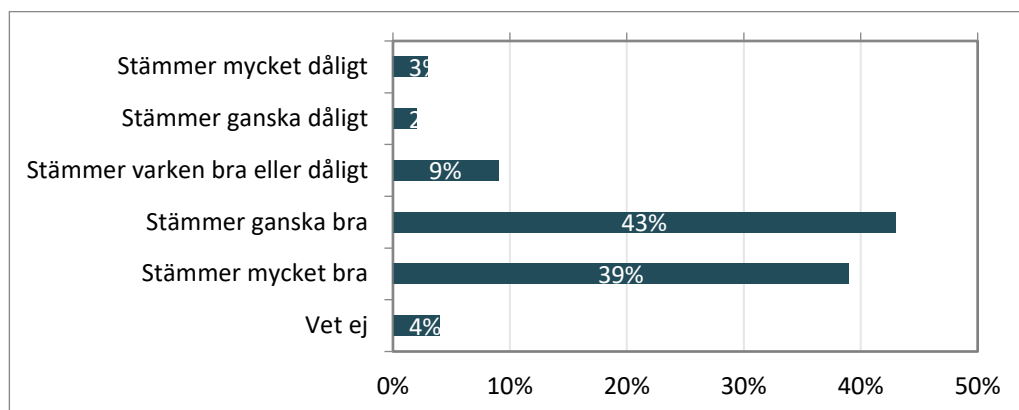
Fråga 2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra



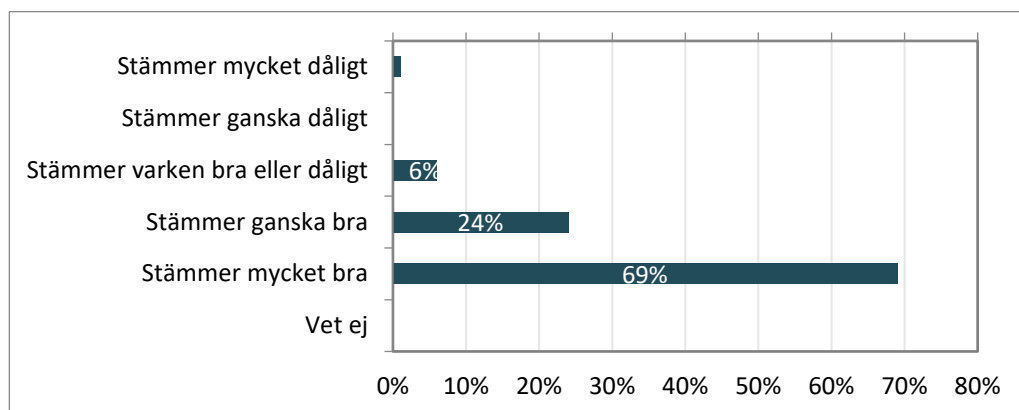
Fråga 3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser



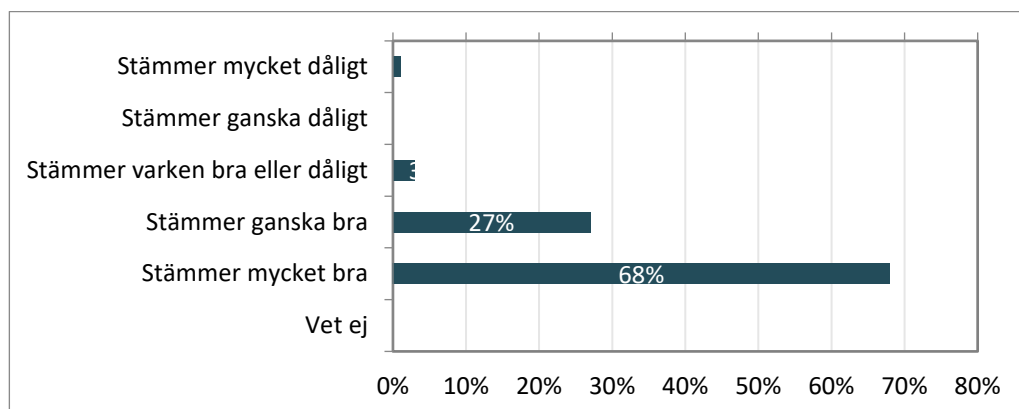
Fråga 4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser (negativ händelse = händelse som medför något oönskat).

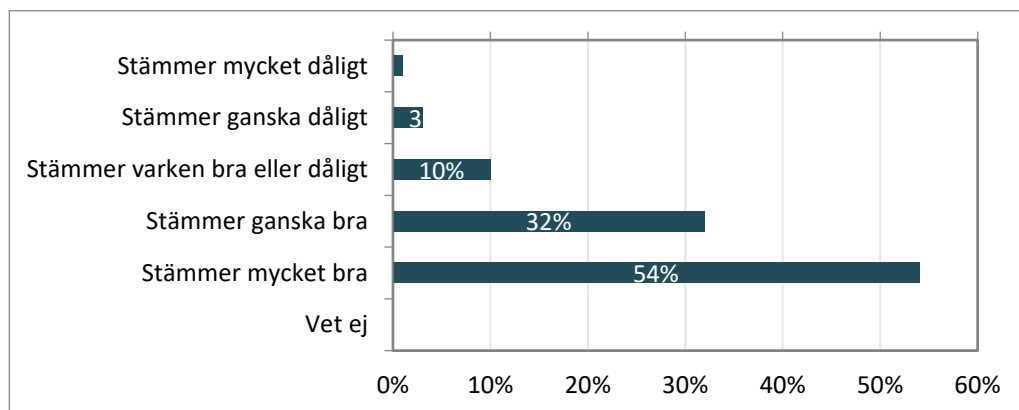
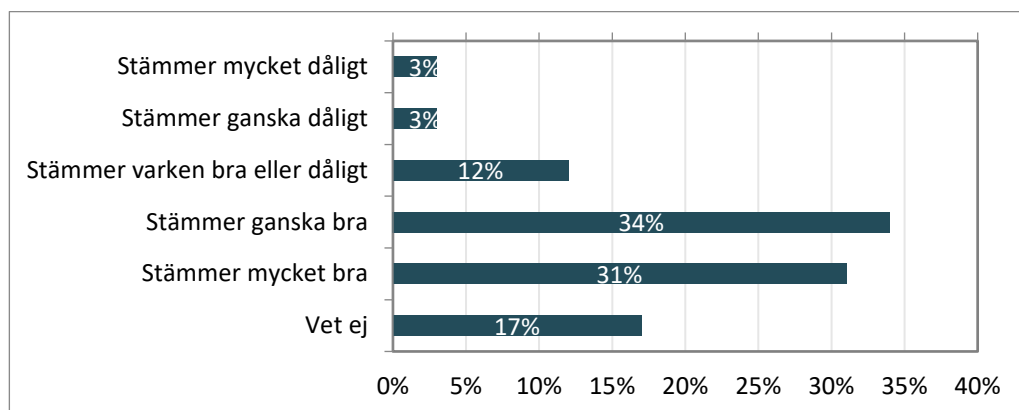
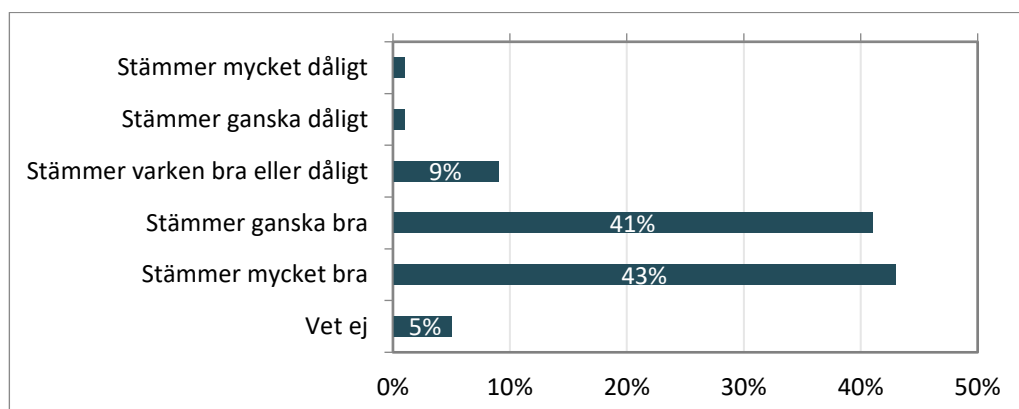


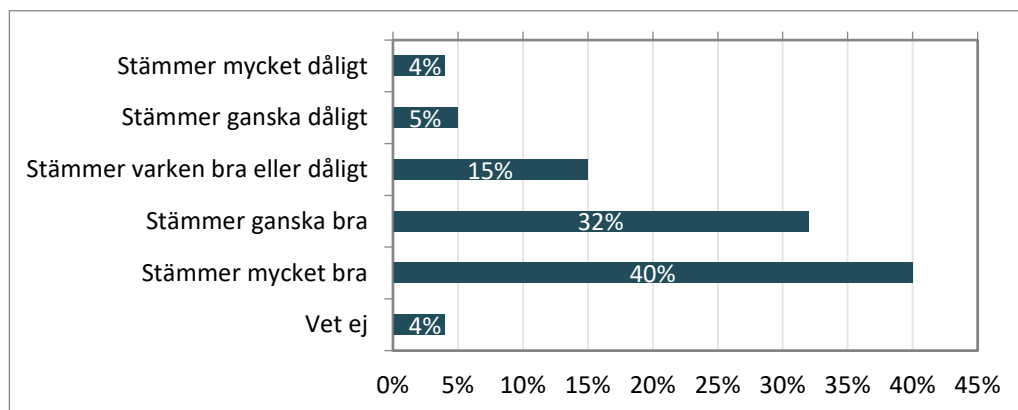
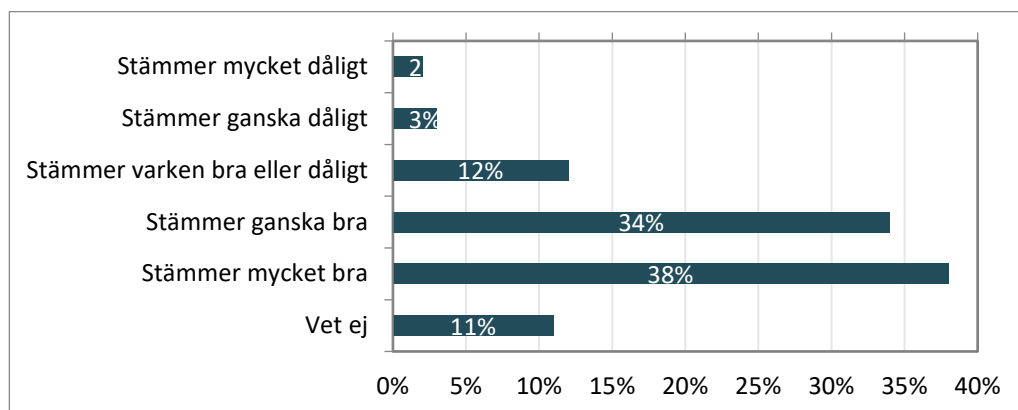
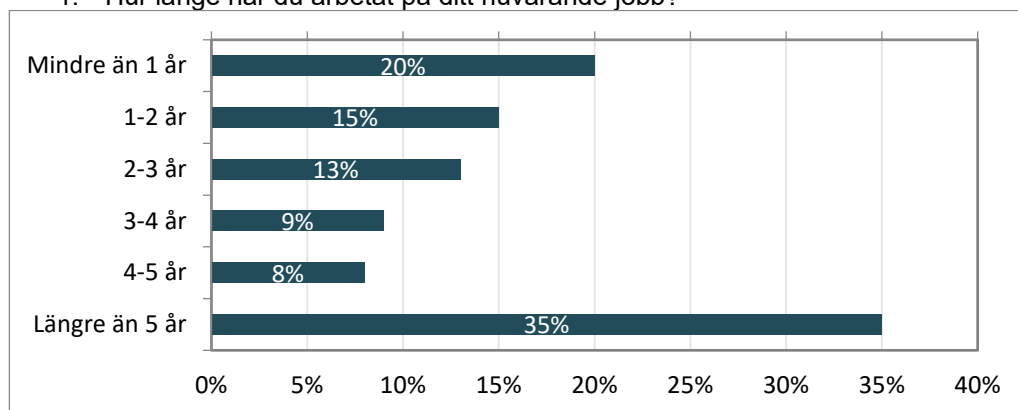
Fråga 5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel



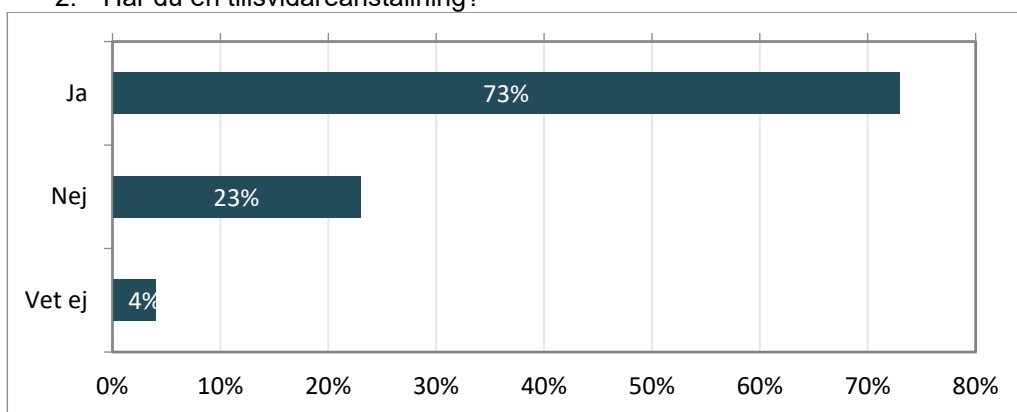
Fråga 6. Jag vågar prata om mina misstag



Fråga 7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp**Fråga 8.** På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter**Fråga 9.** På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras

Fråga 10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats**Fråga 11.** På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete**Bakgrundsvariabler****1. Hur länge har du arbetat på ditt nuvarande jobb?**

2. Har du en tillsvidareanställning?



Utöver dessa bakgrundsfrågor tillfrågades medarbetare om yrke och arbetsställe.