

Handläggare  
Sara Sundman  
0480-45 00 00

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2022-03-07

Ärendebeteckning  
SN 2022/0108.11.01

Socialnämnden

## Patientsäkerhetsberättelse 2021

### Förslag till beslut

Socialnämnden fattar inget beslut med anledning av informationen.

### Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Sara Sundman  
Verksamhetsutvecklare HSL

Camilla Freedeke  
Tf socialchef

Bilagor  
Patientsäkerhetsberättelse 2021

Socialförvaltningen

Tel 0480-45 00 00 vx | sara.sundman@kalmar.se



Kalmar kommun

WWW.KALMAR.SE

# Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden, Kalmar kommun

## 2021



2022-02-28

Camilla Freedeke - VC HSL  
Birgitta Berglund - MAS  
Anna Romare - MAR  
Sara Sundman - Verksamhetsutvecklare HSL

Dnr: SN 2022/0108.11.01



Kalmar kommun



## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Informationssäkerhet .....	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens .....	13
Patienten som medskapare .....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	17
Säker vård här och nu.....	19
Riskhantering .....	19
Stärka analys, lärande och utveckling .....	19
Avvikelse .....	20
Klagomål och synpunkter .....	26
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	28
Bilaga 1. Uppföljning målarbete 2021.....	32
Indikatorer.....	32

## SAMMANFATTNING

Under 2021 har fokus för hälso- och sjukvården inom socialförvaltningen varit patientsäkerhetsfrågor relaterade till pågående pandemi, Covid-19, samt implementeringsarbetet med Socialstyrelsens nationella handlingsplan i patientsäkerhet "Agera för säker vård".

Verksamheten har, relaterat till pågående pandemi, haft en varierande arbetssituation och bemanning som löpande hanterats och anpassats av operativ chef. Stundtals har det varit en utmanande bemanningssituation kopplat till sjukfrånvaro samt frånvaro enligt restriktioner, behov av rekrytering och introduktioner. Riskbedömningar, prioritering av arbetsuppgifter samt tillsättande av extra bemanning under perioder är exempel på anpassningar som genomförts. För att arbeta riskförebyggande och proaktivt har åtgärder för att minska smittspridning och skydda riskgrupper prioriterats. Vaccinationsarbete, följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer, omställning av arbetssätt till digitala lösningar samt lokala rutiner för utökad provtagning är exempel på åtgärder. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har till viss del utgått från hemarbete under året. Hemarbetet har inneburit en omställning till nya digitala kontaktvägar och arbetssätt. Även om hemarbetet har fungerat väl så har vissa arbetsuppgifter fått sättas på vänt vilket gjort att en succesiv återgång till arbetsplatsen varit nödvändig och genomförts när det bedömts som möjligt. Det har varit få insjuknande fall i Covid-19 bland patienter och medarbetare på socialförvaltningen under 2021, vilket bidragit till en hanterbar situation.

Verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård anställdes under året som har haft till främsta uppgift att samordna utvecklingsarbetet i patientsäkerhet. Kvalitetsgrupp, "HSL-ledningsgrupp", som startade upp under 2020 har fortsatt haft löpande strategiska avstämningar under 2021 med fokus på patientsäkerhet och kvalitetsfrågor. Utvecklingsarbetet har främst bestått av implementeringsarbetet av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet "Agera för säker vård" och dess nulägesanalys som genomförts. Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i samverkan med omsorgsförvaltningen; medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som delas mellan de båda förvaltningarna samt hälso- och sjukvårdsstrateg.

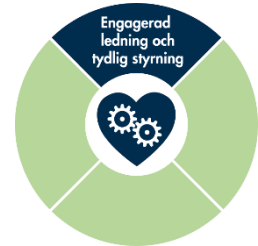
Den samlade bedömningen är att årets utvecklingsarbete i patientsäkerhet skapat en bra grund för ett mer systematiskt och samordnat arbete vilket kommer stärka patientsäkerheten samt stödja omställningen till en nära vård. Långsiktighet och strategiska analyser har varit i fokus under året snarare än fragmenterade åtgärder vilket inneburit att målvärden för enskilda indikatorer (2021) inte uppnåtts. Nulägesanalysen och dess resultat med verksamhetens främsta hinder, utmaningar samt åtgärdsförslag, har legat till grund för framtagande av målarbete för 2022. Utvecklingsområden samt indikatorer för 2022 följer strukturen för den nationella handlingsplanen i patientsäkerhet. Under 2022 planeras översyn av den organisatoriska uppdelningen av Kalmar kommuns hälso- och sjukvård. På sikt även framtagandet av en lokal kommunal handlingsplan i patientsäkerhet där principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet formuleras som följer en riskmedvetenhet och proaktiv säkerhetsutveckling.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



### Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Verksamheten styrs av aktuella lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvården såsom hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), patientdatalagen, PDL (2008:355), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659), SOSFS 1997:14 (delegering av arbetsuppgifter), SOSFS 2011:9 (ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete), SOSFS 2015:10 (basal hygien i vård och omsorg), HSLF-FS 2016:40 (journalföring och behandling av personuppgifter), HSLF-FS 2017:37 (ordination och hantering av läkemedel), HSLF-FS 2017:40 (systematiskt patientsäkerhetsarbete) samt HSLF-FS 2021:52 (medicintekniska produkter). Tillsammans med regionala samt interna styrdokument ligger dessa till grund för arbetet med hälso- och sjukvården inom förvaltningen.

Agenda 2030 med dess 17 globala mål löper över socialnämndens arbete för en hållbar utveckling. Mål 3; "god hälsa och välbefinnande" har koppling till samtliga 17 globala mål i agendan då hälsan påverkas av omgivande livsmiljöer och livsvillkor vilket påverkar våra levnadsvanor. Att förbättra hälsan i befolkningen, stärka hälso- och sjukvårdsverksamhetens kvalitet och patientsäkerhet är nödvändigt för att klara de demografiska utmaningarna.

Under året har implementeringen av Socialstyrelsens nationella handlingsplan i patientsäkerhet, "Agera för säker vård" och dess nulägesanalys genomförts på socialförvaltningen. Nulägesanalysen analyserade hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess hinder, utmaningar samt möjliggörare. Handlingsplanens nationella målsättning; "ingen patient ska drabbas av en vårdskada" förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården. God och säker vård – överallt och alltid, är handlingsplanens nationella vision för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet. Visionens breda ansats inkluderar båda perspektiven närvaro av säkerhet och frånvaro av skador. Vidare beskriver handlingsplanen hur alla verksamhetsområden berörs i alla situationer i hela hälso- och sjukvården.

Handlingsplanens implementering och nulägesanalys har inneburit att en förflyttning mot beskriven vision, ansats samt mål påbörjats på socialförvaltningen. Vikten av att se

patientsäkerhet som ett gemensamt ansvar och agerande utifrån olika roller och uppdrag är ett perspektiv som lyfts fram under året.

Flera pågående nationella satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården påverkar och kopplar till patientsäkerhet som också löper som övergripande mål och strategier för att säkra verksamhetens kvalitet. "Strategi för hälsa, Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa" är tre uppdrag från SKR som tillsammans bidrar till ett mer hälsofrämjande samhälle. Även "Vision E-hälsa" för att ta tillvara digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvård där socialförvaltningen tagit fram sin egen E-hälsostrategi.

Socialnämnden har ett stort och varierande uppdrag i att utföra stora delar av kommunens socialtjänst. Socialnämndens vision och värdegrund sätter de övergripande målen för hur vi ska tänka i vårt arbete. För att hålla samman verksamheten och de olika ansvarsområdena illustreras vision, verksamhetsidé, mål och värdegrund i socialförvaltningens visionshus;



Socialnämndens mål följer Socialstyrelsens sex kvalitetsdimensioner av god vård och omsorg; säker, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig samt effektiv. Då ovan mål inte kan mätas i sig själva har indikatorer kopplats till målen. I det dagliga arbetet används processer och rutiner för att medarbetare ska kunna arbeta mot satta mål. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i verksamhetshandboken på Piren, kommunens intranät. Socialnämnd, ledning och enhet beslutar i kommande års verksamhetsplan om vilka utvecklingsområden samt indikatorer som ska gälla. Styrning och ledning av verksamheten anpassas efter intressenternas behov, processens styrande värden, omvärldsbevakning och områdets utveckling.

En kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen för att beskriva arbetet. För ytterligare beskrivning kring förvaltningens systematiska kvalitetsarbete hänvisas till förvaltningens kvalitetsberättelse samt ramverk. Sammantaget har en förflyttning under året påbörjats för att i större omfattning integrera kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

## **Organisation och ansvar**

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

### **Socialnämnden**

Socialnämnden ansvarar för kommunens uppgifter inom socialtjänst såsom individ- och familjeomsorg, stöd och service till vissa funktionshindrade och insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar samt hälso- och sjukvård inom dessa verksamhetsområden. Socialnämnden i Kalmar kommun är vårdgivare och har därmed ett övergripande ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete såsom att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls. Socialnämndens ledningssystem innehåller de processer och rutiner som behövs för att respektive verksamhet ska hålla hög kvalitet.

Inom socialförvaltningen i Kalmar kommun finns verksamhetsområdena; VO Barn och Familj, VO Vuxen, VO Funktionsstöd samt VO Hälso- och sjukvård. Inom dessa VO finns boende med särskild service, korttidsplatser för vuxna, korttidsboende för barn och mötesplatser såsom daglig verksamhet inom LSS och sysselsättning SoL. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter har, utifrån hemsjukvårdsavtalet, ansvar för hemsjukvård samt habiliterande och rehabiliterande insatser för personer i bostad med särskild service, korttidsboende samt de som dagtid vistas på daglig verksamhet.

### **Förvaltningschef**

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. Det är förvaltningschefen som ansvarar för att anmäla enligt lex Sarah till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Verksamhetschef för hälso- och sjukvård**

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård har det övergripande ansvaret för verksamheten så att en god och patientsäker vård som främjar kostnadseffektivitet säkerställs. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses. Verksamhetschefen tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska**

MAS arbetar 20 % av sin tjänst mot socialförvaltningen och har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla, utveckla och följa upp verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet samt utgöra ett stöd för organisationen och professionerna. MAS har ett särskilt ansvar avseende att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare bestämt, att journalföring utifrån patientdatalagen förs, att beslut om delegering är patientsäkra samt att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering. MAS utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade



kunnat medföra en vårdskada och på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO.

### **MAR, medicinskt ansvarig för rehabilitering**

På socialförvaltningen arbetar en av arbetsterapeuterna 20 % av sin tjänst som MAR. MAR är motsvarande befattning som MAS inom rehabilitering. I uppdraget som MAR ingår att leda arbetet med revidering och implementering av forskrivningsanvisningar samt att sprida information om densamma inom förvaltningen. MAR ansvarar vidare för att rutiner enligt HSLF-FS 2021:52 (Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården) finns implementerade. Även att hantera avvikelser för medicintekniska produkter och göra anmälan till Läkemedelsverket avseende medicintekniska produkter ingår. Ytterligare att inom uppdraget, om 20 %, omvärldsbevaka habiliterings- och socialpsykiatriområdet för att bevaka patientsäkerheten och kvalitetssäkra och förbättra verksamheten.

### **Verksamhetschefer och enhetschefer**

Cheferna har det övergripande kvalitets- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Chefer ska omvandla områdets övergripande mål till handlingsplaner gällande sitt område samt arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal inom socialförvaltningens hälso- och sjukvårdsteam består av sjuksköterskor, undersköterska, fysioterapibiträde, arbetsterapeuter samt fysioterapeuter. All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar såsom att ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård, ansvara för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

### **Medarbetare**

Alla medarbetare på socialförvaltningen ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lag, socialförvaltningens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, rutiner och riktlinjer samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

### **Stödfunktioner**

På socialförvaltningen arbetar stödfunktioner såsom verksamhetsstrateger, verksamhetsutvecklare, digitaliseringsledare, ekonomer samt systemförvaltare för att stödja och samordna det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

### **Länsgemensam ledning i samverkan, LGL**

Länsgemensam ledning i samverkan (LGL) inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård samt skolan är en länsgemensam ledningsgrupp mellan länets tolv kommuner och regionen. Gruppen består av social- och omsorgschefer, skolchefer, representanter från regionens ledningsstab samt regionens förvaltningschefer inom hälso- och sjukvård, primärvård och psykiatri. Genom gruppen sker en länsövergripande samverkan inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skolan. Målet är att modellen för samverkan långsiktigt ska försörja regionen med ett praktiskt verksamhetsstöd och stimulera till goda insatser som kan ge förbättringar för patienter och brukare samt att utveckla arbetssätt. I organisationen för LGL finns samordnande grupp för barn och unga, äldre samt psykisk hälsa. Samverkansområdesgrupper finns inom folkhälsa, brukarmedverkan, hab/rehab samt informationsöverföring. En gemensam plattform "Samarbetsportalen" används för att publicera länsgemensamma rutiner och riktlinjer. LGL har utformat överenskommelser samt praktiska anvisningar som stöd i arbetet. De övergripande överenskommelserna är formade utifrån lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt hemsjukvårdsavtal. Praktiska anvisningar finns för att främja en god vård på rätt vårdnivå och en socialtjänst av god kvalitet samt tydliggöra parternas ansvar och roller. Analysgrupper i norra, mellersta och södra delen av länet arbetar med uppföljning och analys av utskrivningsprocessen och SIP. Gruppens identifierade förbättringsområden dokumenteras i handlingsplan som senare ligger till grund för beslut om åtgärder. Ett förbättringsområde som har identifierats är följsamhet till praktiska anvisningar.

[Samarbetsportalen - Region Kalmar län](#)

### **Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell plan (SIP)**

När behandlande läkare bedömt patient som utskrivningsklar från slutenvård underrättas berörda enheter. För inläggande patienter görs en utskrivningsplanering alternativt en Samordnad Individuell Plan (SIP) tillsammans med berörda parter. En länsövergripande överenskommelse samt praktiska anvisningar för SIP är framtagna av Länsgemensam ledning i samverkan. En SIP ska göras när den enskilde har behov av samordning av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och är ett arbetssätt som skapar tydlighet och en helhetsbild av individens situation vilket kan leda till förbättrad patientsäkerhet.

### **Cosmic Link**

Cosmic Link används för informationsöverföring mellan regionen och länets kommuner när den enskilde har behov av stöd och samordning i samband med utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Representanter som arbetar i Cosmic Link; öppenvård, slutenvård och kommunen, träffas regelbundet för samverkan.

**Länsgrupp, region och kommuner Kalmar län, "satsning på ökad patientsäkerhet"**  
Region Kalmar län arbetar tillsammans med kommuner och patient- och närstående i en satsning för att öka patientsäkerheten. Representanter från länets kommuner samt region träffas regelbundet för samverkan, erfarenhetsutbyte och samordning kring arbetet i länet utifrån nationella handlingsplanen i patientsäkerhet "Agera för säker vård" 2020-2024. Det gemensamma målet är tydligt; *"ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada"*.

**Samverkansöverenskommelse socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen**  
Socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen har gemensam process för den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvarsfördelningen mellan socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen styrs övergripande av respektive nämnds reglemente. För att ytterligare förtydliga ansvarsfördelningen samt säkerställa kommuninvånarnas behov och rättigheter finns en samverkansöverenskommelse. Överenskommelsen ska underlätta det dagliga arbetet för medarbetarna både i mötet med patienter samt i samverkan tjänstemän emellan.

#### **VC/MAS/MAR-samverkan**

Länets kommuner samverkar genom regelbundna träffar med verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering. Under första halvan av 2021 skedde dessa möten tillsammans med regionen varannan vecka då det länsgemensamma arbetet avseende covid-19 intensivt diskuterades. Andra halvan av 2021 skedde dessa träffar en gång per månad. I nätverket framarbetas länsgemensamma riktlinjer och dokument utifrån diskussioner kring medicinska och hab-/rehabfrågor.

#### **Samverkan habilitering/rehabilitering**

Länets kommuner och region samverkar avseende arbetsterapi och fysioterapi genom regelbundna träffar med kommunernas och regionens habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. MAR har representerat på mötena under året. Samverkansgruppen; "Länsgrupp hab/rehab" har på uppdrag av Länsgemensam ledning i samverkan reviderat praktiska anvisningar avseende habilitering/rehabilitering, Samordnad Individuell Plan samt utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Fokus har även varit tillfällen för gemensam kunskapsutveckling gällande covidpatienter med behov av rehabiliterande insatser samt kunskapsspridning utifrån Nära vård genom projektet "framtidens habilitering och rehabilitering är nära" i länet.

#### **MAS/MAR-samverkan**

MAS och MAR från länets 12 kommuner träffas regelbundet för samverkan. Länsgemensamma riktlinjer och dokument kring hälso- och sjukvård framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet.

## Samverkan hälsocentraler, privata läkarmottagningar och Kalmar kommun

MAS är kontaktperson mot hälsocentralerna och privata läkarmottagningar för lokala överenskommelser kring vård- och omsorgsboende gällande läkarmedverkan. Fyra gånger per år träffas representanter för hälsocentralerna och kommunerna för att diskutera gemensamma rutiner, gränsdragningsfrågor, informationsöverföring, dokumentation med mera. Syftet är att identifiera förbättringsområden mellan vårdgivarna.

## Övrig intern och extern samverkan

Hälso- och sjukvårdsverksamheten samverkar vidare med övriga enheter och verksamhetsområden på socialförvaltningen. Externt samverkar verksamheten med regionens primärvård, öppenvård, slutenvård, habilitering och psykiatri.

## Identifierade processer och områden med behov av utvecklad samverkan

Utifrån genomförd nulägesanalys i patientsäkerhet identifierades hinder och utmaningar kring vårdens övergångar. Det finns behov av att stärka processer och strukturer för ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter. Hälso- och sjukvårdsprocessen behöver ha ökat fokus på patientens väg genom vården, synliggöra mellanrummen med samverkan och samordning samt främja säkra och enkla avstämningar, överlämningar och kommunikationsvägar. Detta gäller såväl inom den egna förvaltningen mellan hälso- och sjukvård och sociala insatser, som mellan social- och omsorgsförvaltningen i kommunen samt mellan kommun och region. Behovet går i linje med önskvärda fokusförflyttningar i omställningen till Nära vård och finns med i kommande målarbete. Se avsnitt "mål, strategier och utmaningar för kommande år".



SKR - omställningen till Nära vård

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Inom hälso- och sjukvården finns flera olika områden där arbetet med säkerhet är centralt, informationssäkerhet är ett område. För att skapa en hög patientsäkerhet behöver arbetet med säkerhet genomsyra verksamhetens alla delar.

Alla som hanterar information inom Kalmar kommun måste förhålla sig till informationssäkerhet samt följa de lagar som finns och de regler Kalmar kommun satt upp. Alla de sätt som Kalmar kommun har att skydda informationen är informationssäkerhet, exempelvis tekniska skydd som brandväggar och larm, men även sådant som kunskap, rutiner och en fungerande säkerhetskultur. Informationen som hanteras är värdefull både för organisationen och för den enskilda människan, när det gäller information i patientjournaler är den ibland till och med livsviktig. Går den informationen förlorad eller felaktig kan det få katastrofala följder. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Kalmar kommun har en övergripande framtagen klassningsmodell som alla anställda kan nå i vår verksamhetshandbok. Inventering har gjorts av informationsmängder där informationsmängden klassas enligt konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Utifrån den klassningen används SKR:s verktyg KLASSA för att kontrollera att verksamheten skyddar informationsmängderna rätt och får där ut en handlingsplan vad som behöver åtgärdas. Inom socialförvaltningen har relevanta verksamhetssystem klassificerats via Kalmar kommuns framtagna modell för informationssäkerhetsklassning. Vid behov har risk- och sårbarhetsanalys (RSA) eller KLASSA genomförts och därefter handlingsplaner upprättats. Socialförvaltningen har dialog med systemleverantörer i frågor som berör detta. Genom att skydda vår information säkerställer vi att den är tillgänglig, riktig och konfidentiell, begrepp som är centrala i arbetet för att nå en god informationssäkerhet.

## En god säkerhetskultur

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



I verksamheten skapas tid för dialog, lärande och reflektion i befintliga mötesstrukturer såsom professionsmöten och arbetsplatsträffar där en öppen kommunikation är målet. I genomförd nulägesanalys identifierades behov av att arbeta med och implementera begreppet säkerhetskultur. Att införa ett mer strukturerat och aktivt arbete med en god säkerhetskultur såsom "reflektionsforum" där tydligare återkoppling, lärande och dialog kring risker finns. Även att titta på vilka verktyg och metoder som kan införas för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen såsom "Säkerhetskulturtrappan från A till E" samt "Hållbart Säkerhets Engagemang, HSE". Planerad åtgärd i verksamheten är att genom lagutveckling stärka arbetsmiljön samt därigenom även skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur.

## Adekvat kunskap och kompetens

*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.*



Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Att ha rätt utbildning är en förutsättning för en patientsäker vård. För att stärka upp bemanningsproblematik, relaterat till pandemin, har två bemanningssjuksköterskor anlitats under perioder av året. Under året har hälso- och sjukvårdsteamets utbildningsråd träffats regelbundet. Utbildningsrådet har representanter från samtliga professioner och syftar till att föreslå samt besluta om prioriterade utbildningar för att stärka den evidensbaserade kunskapen. Fokus har varit digitala utbildningar relaterat till pågående pandemi. Medarbetare har under året genomfört utbildningarna; "att åldras med funktionsnedsättning", "att bemöta hot och våld på arbetsplatsen", "basutbildning neuropsykiatriska funktionsnedsättningar - från teori till praktik", "kostvanor inom LSS" samt CPUP-dagar och arbetsterapi- samt fysioterapiforum med digitala föreläsningar. En arbetsterapeut samt en fysioterapeut har påbörjat handledarutbildning 8 hp, två fysioterapeuter har påbörjat psykiatriutbildning 15 hp, en arbetsterapeut samt en fysioterapeut har genomfört instruktionsutbildning i förflyttningsteknik. En arbetsterapeut gick klart specialistutbildning i arbetsterapi med inriktning "habilitering - intervention och handledning/konsultation". MAS, enhetschef samt verksamhetsutvecklare HSL har under året gått SKR:s ledarskapsutbildning Nära vård.

Kompetenshöjande insatser i form av genomgång i avvikelshantering samt presentation av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet har genomförts i verksamheten. Nationella handlingsplanen i patientsäkerhet med implementeringsplan har även presenterats för socialnämnd, förvaltningsledning samt stödfunktioner för att stärka kunskapen i patientsäkerhet.

För att vid behov kunna ställa om och möta förändrade krav och behov har omvärldsbevakning under året genomförts av stöd- och ledningsfunktioner kopplade till hälso- och sjukvård.

## Resultat nulägesanalys

Nulägesanalysen i patientsäkerhet har analyserat grundläggande förutsättningar såsom adekvat kunskap och kompetens samt verksamhetens yrkesmässiga kompetenssammansättning. Resultatet påvisar en god yrkesmässig kompetenssammansättning där medarbetare generellt har lång arbetslivserfarenhet. Behov finns av att stärka kunskapen inom patientsäkerhet på alla nivåer genom exempelvis Socialstyrelsens webbutbildning "säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet", utbildning i vårdhygieniska riktlinjer samt utredningsmetodik inom risk- och händelseanalyser. Att ledning och styrning synliggör samt prioriterar tid för utbildning samt utformar en kompetensförsörjningsplan utifrån kartlagda behov ses som viktiga åtgärder. Introduktion och fortbildning utifrån omvärldsbevakning och framtida behov behöver paketeras tydligare samt att stärka legitimerad personals handledande funktion mot baspersonal. För åtgärder se avsnitt; "mål, strategier och utmaningar för kommande år".

## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

*En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.*



## Direkta vården

I verksamheten finns ett närvarande patientfokus i det vardagliga arbetet. Patienter och närstående ses som medskapare i den direkta vården vilket också är en förutsättning i det dagliga arbetet inom teamet. Arbetet tar hänsyn till patienters och närståendes kunskap om sina egna behov vilket också är av stor vikt för motivation hos patientmålgruppen. Bemötande, kommunikation samt motiverande arbete är viktiga verktyg i mötet mellan patient och personal. Patienter görs delaktiga i den egna vården genom bland annat SIP och delaktighet vid upprättande av genomförandeplan. Samtal och kommunikationsverktyg såsom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), samtalsmatta, tecken som stöd och motiverande samtal, är ytterligare exempel på att möjliggöra delaktighet utifrån patienters förutsättningar. Att ha aktiva, medskapande, patienter och närstående stärker patientsäkerheten.

## Utvecklingsarbeten

*Nationell handlingsplan patientsäkerhet, arbetsgrupp 3: Patient och anhörig som medskapare*

I länsgruppen för samverkan avseende nationella handlingsplanen i patientsäkerhet finns separata arbetsgrupper tillsatta. Arbetsgrupp 3 "patient och anhörig som medskapare" startades

upp under hösten 2021. Gruppens uppdrag handlar om patientmedverkan i enlighet med den nationella handlingsplanen och nulägesanalysen, till exempel att integrera patientmedverkan i patientsäkerhetsrelaterade processer. Representanter från region, kommun samt patient- och närstående företrädare finns med i arbetsgruppen.

## Resultat nulägesanalys

### *Hinder och utmaningar*

- Insamling och analys av klagomål, synpunkter och erfarenheter - struktur
- Involvera patienten som medskapare i utvecklingsarbeten, strategiska och organisatoriska beslut
- Förbättrad dokumentation samt forum för delaktighet och inflytande
- Utöka samarbetet med patient/brukarorganisationer

### *Åtgärdsförslag*

- Prioritet av ledning och styrning, beslut om delaktighet och medverkan
- Ändamålsenligt avvikelse-system samt utredningsmetodik för att analysera klagomål och synpunkter
- Forum för delaktighet och inflytande såväl i direkta vården som i utvecklingsarbete, strategiska och organisatoriska beslut.
- Utveckla dokumentation som synliggör patientens delaktighet
- Inventera behov samt bygga upp samarbete med patient- och brukarorganisation

*"Att ha med patienten på banan är nyckeln"*

(citat från nulägesanalys i patientsäkerhet)

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

*Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.*

Socialnämndens egenkontroll består bland annat av tertiärluppföljning av verksamhetsplan med utvecklingsområden, mål, indikatorer samt aktiviteter inom respektive verksamhetsområde, årlig uppföljning av processer och revisioner, akt-samt journalgranskning. Måluppföljning sker i ledningssystemet Hypergene. Eftersom förvaltningens mål utgår ifrån de kvalitetsdimensioner som Socialstyrelsen tagit fram kan måluppföljningen ge en indikation på hur god kvalitet verksamheten har. För egenkontroll i form av uppföljning av målarbete 2021, se bilaga 1.



Fokus för verksamhetsområde hälso- och sjukvård har under året varit implementeringen av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet "Agera för säker vård" samt genomförandet av dess nulägesanalys. Tillsatt analysteam har genomfört nulägesanalysen som påvisat verksamhetens främsta hinder, utmaningar och möjliggörare. Resultatet har analyserats och har varit en viktig del för att bedöma verksamhetens kvalitet. I planeringen inför kommande verksamhetsår har åtgärdsförslag presenterats för att möta identifierade hinder och utmaningar. Nulägesanalysens resultat har därigenom legat till grund för kommande mål och strategier, se avsnitt; "mål, strategier och utmaningar för kommande år".

### Nationella jämförelser

Kommunens hälso- och sjukvård deltar i öppna jämförelser (ÖJ). Resultatet visar bland annat att 63 % av kommunerna har regelbundna forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete och 26 % uppger att erfarenheter och kunskaper från patient och närstående tas tillvara i arbetet. Kalmar kommun har svarat att det *delvis* finns forum för patientsäkerhetsarbete men *ingen* patientmedverkan i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. 69 % av kommunerna uppger att fallriskvärdering alltid genomförs av patienter vid inskrivning av hemsjukvård. Kalmar kommun har svarat fallriskvärdering genomförs vid inskrivning i hemsjukvården. 35 % av kommunerna har övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård till personal. Motsvarande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke är 4 %. Kalmar kommun har svarat att ingen övergripande kompetensutvecklingsplan för palliativ vård eller stroke finns. Resultatet har analyserats och tagits med inför kommande mål och strategier, se avsnitt; "mål, strategier och utmaningar för kommande år".

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

*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. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.*



Hantering för avvikelser- och klagomålshantering inom hälso- och sjukvård i det patientnära arbetet har under året hanterats utifrån manuella rutiner på enhetsnivå och händelser som kategoriserats som allvarliga har hanterats av MAS. Redovisning av avvikelser ytterligare beskrivet under avsnitt "stärka analys lärande och utveckling - avvikelser". Efter översyn av inkomna avvikelser med klassifikation 3-4 bedömdes en avvikelse som allvarlig och hanterades genom händelseanalys och återrapporterats till verksamhetschef. Händelsen berörde brister i dokumentationen vid vaccinationsarbete. Händelseanalysen genomfördes i samråd med vaccinationsansvarig för primärvården i regionen. Resultatet av analysen påvisade bakomliggande orsaker såsom osäkerhet i det nya dokumentationssystemet samt osäkerhet i vem som skulle dokumentera var och vad då flera personer var involverade i

samma patient. När bristen upptäcktes var åtgärder redan vidtagna och det fanns rutiner och struktur kring hur arbetet skulle utföras. Ingen patient har tagit skada av händelsen.

Identifierat riskområde inom socialförvaltningen har varit patienter som vårdas av flera aktörer. Flera avvikelser belyser en brist i informationsöverföringen mellan aktörer och det saknas tydliga processer för ansvarsfördelning. I verksamheten sker ett kontinuerligt arbete med revidering av rutiner samt ett arbete med utveckling av arbetssätt och metoder.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

*Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.*



För att nå målen; att socialtjänsten i Kalmar ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig, finns överenskomna arbetssätt – processer - som ska säkra kvaliteten i våra verksamheter. Processerna skapar värde för dem vi finns till för. Processerna gör det också lättare att ständigt utveckla arbetssätten. Socialnämndens huvudprocesskarta är den mest övergripande beskrivningen av varför vi finns till och vad vårt arbete ska leda till. Den stora huvudprocessen är nedbruten i delprocesser exempelvis hälso- och sjukvårdens process; "tillgodose behov av kommunal hälso- och sjukvård". Dessa processer beskriver i olika detaljeringsgrad vilka aktiviteter som ingår och bidrar till värde för dem vi finns till för. I de fall det behövs, kompletteras processkartorna med rutiner där tillvägagångssätt och ansvar beskrivs mer utförligt.

Under 2021 har implementering av ny kommungemensam plattform för verksamhetshandboken genomförts. I samband med bytet av plattform gjordes en översyn av samtliga dokument samt hur dokumenten kopplade till förvaltningens processer.

Under våren 2021 genomfördes en stor vaccinationsinsats mot Covid-19. Arbetet med att organisera och planera vaccinationsinsatsen gjordes gemensamt med omsorgsförvaltningen. Planen var att så snabbt och effektivt som möjligt kunna vaccinera alla patienter enligt prioriteringsordning. Arbetet planerades till en början att kunna utföras på ordinarie bemanning men omfattningen av arbetet blev så påfrestande för verksamheten att det inte bedömdes som genomförbart och därav rekryterades sjuksköterskor för uppdraget. I samband med vaccinationsarbetet introducerades ett nytt system från regionen där vaccinationerna skulle dokumenteras. När covidsmittan åter tog fart under senhösten 2021 rekommenderades en tredje dos vaccin mot covid-19 för våra patienter. Vaccinationsplanering och organisering blev åter aktuellt och extra personal fick kallas in för att genomföra vaccinationerna.

För att arbeta riskförebyggande och proaktivt har åtgärder för att minska smittspridning och skydda riskgrupper prioriterats såsom följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer, omställning av arbetssätt till digitala lösningar samt lokala rutiner för utökad provtagning.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har till viss del utgått från hemarbete under året. Hemarbetet har inneburit en omställning till nya digitala kontaktvägar och arbetssätt; digitala månadsbrev med tips på träning och aktiviteter, sommarbingo med utomhusaktiviteter, påbörjat digitalt material för årliga hjälpmedelsgenomgångar tillsammans med omsorgsförvaltningen, digitala möten med patienter samt digital samverkan och handledning mot vårdpersonal. Även om hemarbetet har fungerat väl så har vissa arbetsuppgifter fått sättas på vänt vilket gjort att en succesiv återgång till arbetsplatsen varit nödvändig och genomförts när det bedömts som möjligt. Exempel på arbetsuppgift som ej kunnat genomföras i önskvärd omfattning är årliga hjälpmedelsgenomgångar för vårdpersonal, då genomgångarna kräver fysiska möten för praktisk genomgång av säkerhet kring hjälpmedelshantering. Utvärdering från 2020 års arbete med införande av digital utbildning i förflyttningskunskap för semestervikarier inom LSS har använts som underlag för att förbättra årets arbete. Utbildning i förflyttningskunskap för semestervikarier skedde även 2021 digitalt men med särskilda träffar för vikarierna ledda av en arbetsterapeut och en fysioterapeut. På träffarna tittade man tillsammans på utbildningsfilmerna samt diskuterade innehållet. Fler semestervikarier tog del av utbildningen i förflyttnings teknik än 2020 och de gemensamma träffarna säkerställde att vikarierna verkligen tagit del av utbildningen. Enstaka förflyttningsutbildningar för ordinarie personal har genomförts fysiskt där det funnits störst behov.

## Resultat nulägesanalys

### *Hinder och utmaningar*

- Stärka det strategiska patientsäkerhetsarbetet
- Hälso- och sjukvårdsprocess – behov av översyn
- Verktyg, metoder och arbetssätt – struktur

### *Åtgärdsförslag*

- Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Översyn av hälso- och sjukvårdsprocessen
- Verktyg, metoder och arbetssätt kopplas till kartlagd HSL-process

*”Nuvarande HSL-process är otydlig och synliggör inte rehabilitering, hälsofrämjande skadeförebyggande arbete och all samverkan”*

(citat från nulägesanalys)

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

*Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

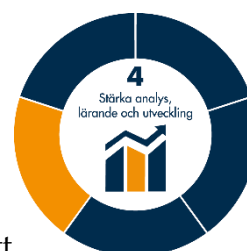
Socialförvaltningen arbetar på flera olika sätt med att identifiera risker och förebygga att de inträffar. I samband med att socialförvaltningen kartlägger sina processer identifieras risker för att processen inte ska kunna leva upp till de styrande värdena i processen. Riskanalyser på individnivå genomförs vid behov i verksamheterna. Under året har riskbedömningar genomförts när förändringar i verksamheten skett. Förändringarna har berört; bemanningsproblematik, organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA), införande av digital aktuell situation, personlarm samt uppdrag som linksamordnare.

I den årliga uppföljningen av hälso- och sjukvårdsprocessen identifierades risker med den manuella hanteringen av avvikelser inom hälso- och sjukvård. Något som även identifierades i genomförd nulägesanalys i patientsäkerhet där fokusområdet "öka kunskap om vårdskador" med temat "avvikelsesystem" och "utredning efter vårdskador" var särskilt framträdande med utmaningar och utvecklingsområden. Förbättringsåtgärder kopplade till beskrivet område är därav prioriterat, se avsnitt; "mål, strategier och utmaningar för kommande år".

Under 2021 har ett utvecklingsarbete bedrivits för att stärka systematiken och stödet för ett riskbaserat arbetssätt. Processkartor och tillhörande stödjande mallar för riskanalysarbete har tagits fram.

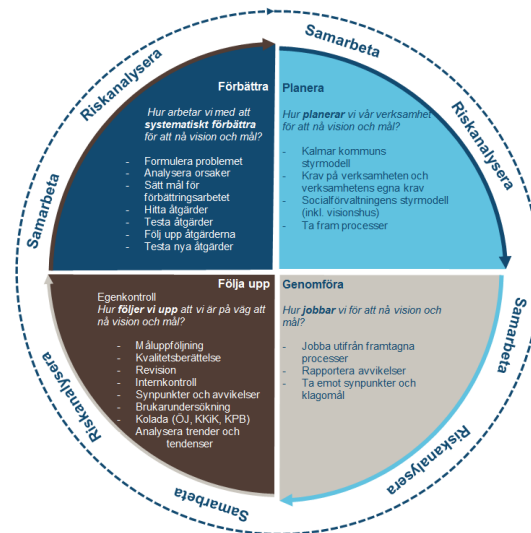
## Stärka analys, lärande och utveckling

*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*



För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. På så vis stärks analys, lärande och utveckling. Ständiga förbättringar av arbetssätten är en av de bärande principerna i processorienteringen. Det systematiska förbättringsarbetet på socialförvaltningen består

bland annat av; riskanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner. PDSA-cykeln hjälper oss att få systematik i hur vi planerar, genomför, följer upp och förbättrar vår verksamhet. Genom att hela tiden tänka risker kan vi ta tillvara möjligheter och förebygga oönskade resultat.



Visualisering av socialnämndens ledningssystem för kvalitet

## Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under första kvartalen 2021 tog socialförvaltningen ett nytt system, Lifecare händelserapportering, i bruk för att ta emot och utreda avvikelser, klagomål och synpunkter SoL/LSS. Implementeringen har lett till fler rapporterade händelser och utveckling av statistikuttag. För inkomna rapporter och fördjupad analys, se kvalitetsberättelse. Avvikelser HSL hanteras i separat manuellt system samt registreras i Procapita. Socialförvaltningen har anvisningar för avvikelshantering i verksamhetshandboken med syfte att förbättra patientsäkerhet. Avvikelse rutinerna innefattar identifiering, dokumentation och rapportering av negativ händelse, risk och tillbud samt fastställa och åtgärda orsak. Orsakers effekt ska utvärdera och sammanställa och erfarenheterna återförs till berörda parter.

### Flödet på enheterna

- Nya medarbetare erhåller information från enhetschef angående att varje medarbetare som identifierar en negativ händelse, tillbud eller vårdskada har skyldighet att rapportera. I dagsläget sker rapporteringen för icke legitimerad personal genom manuella rutiner på pappersblankett som sedan förs in av legitimerad personal i avvikelssmodulen i Procapita.

Under 2022 planeras ett nytt avvikelssystem där all personal direkt skall kunna rapportera en negativ händelse, tillbud eller vårdskada.

- Första linjens chef tar emot avvikelserapporten och gör den primära bedömningen. Vid avvikelser av allvarlig grad skall verksamhetschef och MAS vidtalas. Verksamhetschefen/MAS kontaktas vid allvarliga händelser och uppdrag för händelseanalys ska skrivas inför bedömning om lex Maria anmälan. Händelseanalyser som visar på att en allvarlig vårdskada har inträffat eller hade kunnat inträffa, IVO-anmäls.

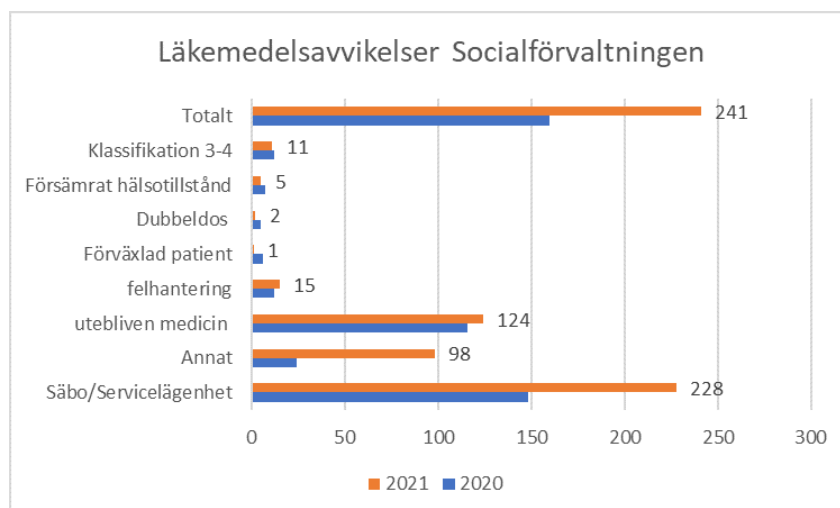
## HSL-avvikelser

Det finns generellt en ökad rapportering av HSL-avvikelser vilket ses som en positiv trend. Intensifierat arbete kring avvikelshantering, analys, informationsspridning och kunskapspåfyllnad i samband med implementeringen av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet är troliga orsaker till den ökade rapporteringen.

### Läkemedel

Under 2021 har 199 879 läkemedelinsatser utförts i socialförvaltningen. 241 insatser har rapporterats som en avvikelse (141 stycken 2020, 202 stycken 2019). Det talar för att vi har en trygg läkemedelshantering i socialförvaltningen. Majoriteten av läkemedelshanteringen sker av delegerad personal. Därför är det naturligt att de flesta avvikelserna involverar delegerad personal och talar för vikten av att vi har säkra processer för delegering av läkemedel.

Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelser är "utebliven medicin". I och med införandet av digital signering så får sjuksköterskorna nu ett larm i sina telefoner när ett läkemedel missats att signera. Detta påverkar patientsäkerheten positivt då sjuksköterskan snabbt kan värdera risken med att läkemedlet missats. Orsaken "annat" är en bred orsak som är svår att analysera men den kan bland annat stå för att man inte hämtat ut dospåsar i tid från apoteket, att man inte har med sig nödvändiga läkemedel på utflykter eller försenad administration.



## Specifik omvårdnad

Nio avvikelser (sex avvikelser 2020) har registrerats under året avseende specifik omvårdnad. Händelserna rör bland annat brister i behandling, journalincident samt brister i kommunikation mellan kollegor.

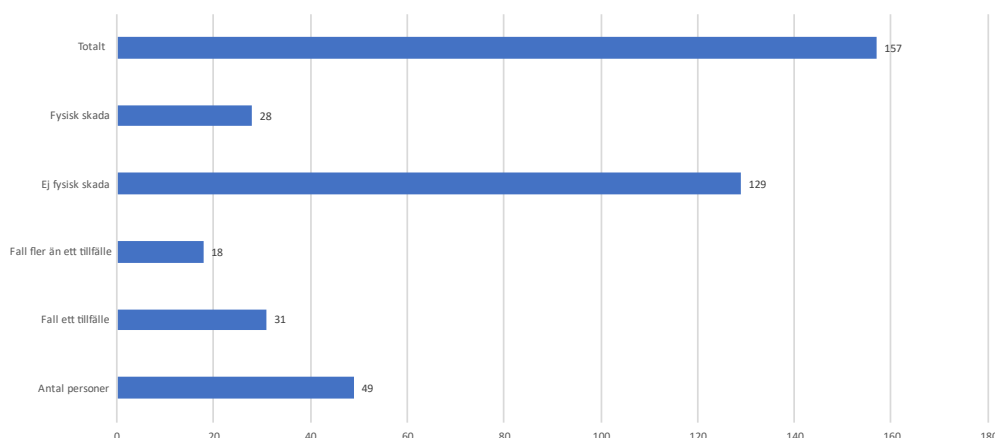
## Fall

Under året 2021 skedde totalt 157 fall (96 stycken 2020, 225 stycken 2019), fördelat på 49 personer, inom socialförvaltningens LSS-verksamheter. Av dessa 49 personer var det 31 personer som föll vid ett tillfälle under året. 18 personer föll vid upprepade tillfällen.

129 av fallen skedde utan synlig påverkan/fysisk skada. 28 av fallen orsakade skada såsom sårskada eller fraktur. Högst antal fall skedde under januari månad (25 stycken) samt november och december (19 stycken vardera). 136 av fallen skedde inomhus där angivna orsaker var blött/halt golv, att personen ej använde det hjälpmedel man ordinerats, mattor/trösklar, mörkt/dålig belysning, oro, yrsel samt överskattad fysisk förmåga. Större delen av fallen skedde under dagtid.

Verksamheten har under 2021 jobbat med fallpreventionsarbete som bygger på Socialstyrelsens material för bedömning av risker och åtgärder. Då fall skett har arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska kontaktat patienten samt personal och eventuella anhöriga för att träffas och gå igenom bedömningsmaterialet tillsammans, identifiera risker och åtgärder, dokumentera dessa och vem som ansvarar för åtgärderna. Vid samtliga händelser av fall har dessa genomförts. Vidareutvecklingen i detta arbete är att inför varje nyinflytt i LSS-boende ska en fallriskbedömning göras och eventuellt förebyggande åtgärder vidtagas utifrån bedömningens resultat.

## Fallavvikelser Socialförvaltningen 2021



## *Medicintekniska produkter*

Totalt tre avvikelser med medicintekniska produkter har förekommit under året. Två av händelserna har inte registrerats i avvikelssystemet Procapita men åtgärdats. En händelse gällde ett specialanpassat hjälpmedel som åtgärdades av hjälpmedelskonsulent, underredet byttes ut. Den andra händelsen gällde ett rullstolsbord som togs ur bruk och anmäldes av förskrivaren till läkemedelsverket. Den tredje händelsen, som registrerades i avvikelssystemet, avsåg infusionspump. Händelserna medförde ingen skada för patienterna. Lärande framåt är att avvikelserna ska registreras i avvikelsemodulen Procapita.

## **Lex Sarah**

Rapportering och utredning av missförhållanden och risk för missförhållanden (lex Sarah) sker även det i systemet för händelserapportering som togs i drift under 2021. I samband med det kartlades arbetet i en process som stödjer, underlättar och säkerställer kvaliteten i hantering och utredning av rapporterade händelser. Under 2021 har 33 händelser rapporterats enligt lex Sarah. I tio av dessa pågår utredning vid årets slut. Sex händelser är bedömda som allvarliga och har således anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Förra året (2020) upprättades 26 lex Sarahrapporter. Det finns en lex Sarahgrupp bestående av verksamhetsutvecklare för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet med lex Sarahutredningar.

### *Lärande utifrån inkommen Lex Sarah*

I en inkommen lex Sarah framkom att det funnits risk för vårdskada och händelsen utreddes därav även som HSL-avvikelse. Genomförd händelseanalys identifierade behov av att stärka kompetens kring vårdhygieniska riktlinjer. Bakomliggande orsaker inom samtliga orsaksområden påvisades; omgivning och organisation, kommunikation och information, utbildning och kompetens, procedurer riktlinjer och rutiner, teknik utrustning och apparatur. Händelsen visade tydligt på samspelet mellan människa, teknik och organisation. Åtgärdsförslag utgick från det resonemanget och kopplade till samtliga områden. Åtgärdena genomfördes under året och framför allt kompetensförsörjningsplan med genomförda webbundervisningar i basala vårdhygienrutiner bedöms ha stärkt kunskapen, säkerhetskulturen i arbetsgruppen och därmed patientsäkerheten. För att stärka lärandet tas resultat från beskriven händelseanalys med in i 2022 års målarbete genom kompetenshöjande insatser avseende vårdhygieniska riktlinjer.

## **Lex Maria**

Ingen avvikelse enligt lex Maria har utretts på socialförvaltningen under året. IVO har begärt in ett yttrande från omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen kring ett ärende som involverade båda förvaltningarna och en privat aktör. IVO identifierade brister i förvaltningarnas rutiner och processer när flera aktörer var involverade. Åtgärder som pågår är översyn av den organisatoriska uppdelningen av Kalmar kommuns hälso- och sjukvård samt rutin för informationsöverföring mellan privat aktör och förvaltningen.

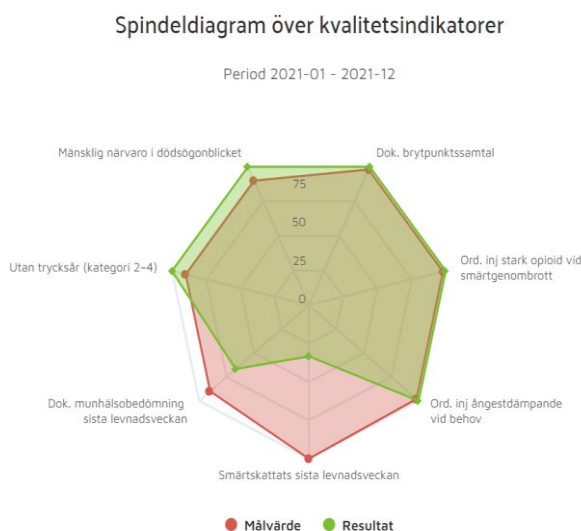


## Journalgranskning

På uppdrag av läns gemensam ledning i samverkan, samordnande grupp psykisk hälsa, har SIP-granskning genomförts under 2021. Medarbetare från verksamheten, socialpsykiatri, deltog vid granskning. Ett antal SIP:ar kvalitetsgranskades utifrån bland annat genomförande, deltagande, mål, dokumentation, kommunikation, samordningsansvar samt uppföljning. Resultatet från länets deltagare sammanfördes därefter för vidare lärande och utveckling.

## Nationella register

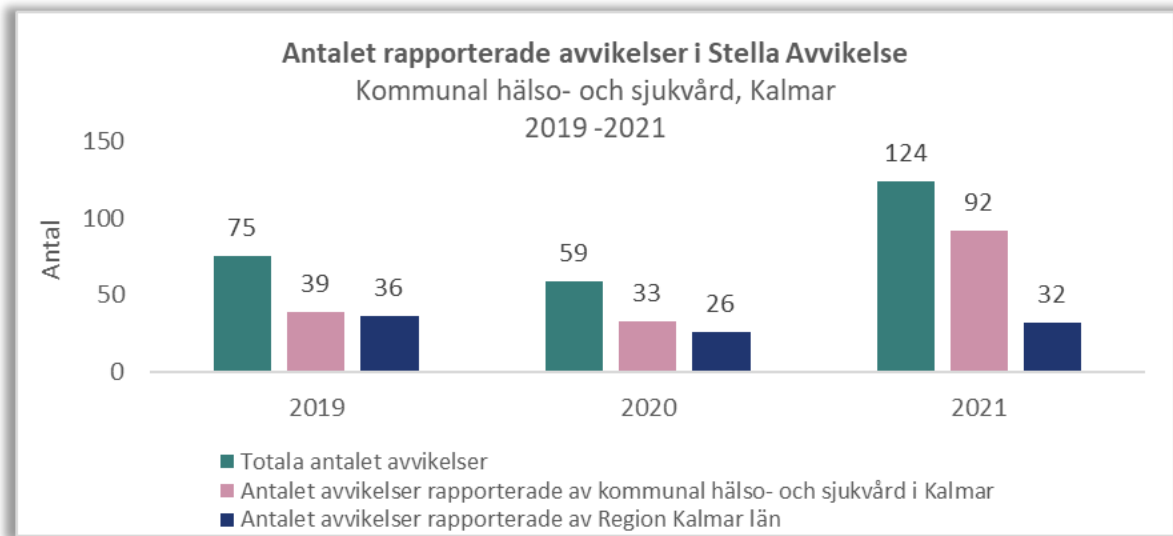
Palliativa registret används som kvalitetsregister i verksamheten. Syftet är att förbättra vården vid livets slut. Utdrag från palliativa registret visar tre registreringar under året. Samtliga kvalitetsindikationer är uppfyllda utom för "smärtskattats sista levnadsvecka". Smärtskattning är utförd i samband med symtomlindring men är inte dokumenterat med skalor vilket ger resultatet i spindeldiagrammet. Resultatet tas med för vidare analys och eventuella förbättringsåtgärder framåt.



## Stella

I systemet Stella, modul i Cosmic, rapporteras avvikelser som gäller vårdens övergångar mellan region och kommun. Antal rapporterade avvikelser i Stella för Kalmar kommuns hälso- och sjukvård (omsorgsförvaltningen samt socialförvaltningen) är totalt 124 stycken 2021 (59 st 2020 samt 75 st 2019). Av dessa är 92 rapporterade av kommun och 32 av region Kalmar län. Av kommunens rapporterade klassificerades 53 st som risk för vårdskada, 3 st som obetydlig händelse, 23 st som mindre allvarlig händelse, 9 st som allvarlig händelse, en som vårdskada, en som allvarlig vårdskada samt två oklassificerade. Avvikelser mellan region och kommun handlar ofta om bristande kommunikation och dokumentation mellan olika verksamheter i samband med utskrivning. Orsaker som rapporterats under året är; "utskrivning" (utskrivningsplanering, utskrivningsdatum) "administrativa rutiner", "dokumentation" och "medicinsk teknik". Avvikelserna hanteras inom respektive verksamhet och lyfts sedan för analys till samverkansgrupp inom ramen för läns gemensam

ledning i samverkan. Behov finns av fortsatt utveckling och arbete kring avvikelser i vårdens övergångar däribland SIP.



## Nulägesanalys resultat

### Hinder och utmaningar

- Manuell hantering avvikelser
- System och process för händelse- och avvikelserrapportering samt utredning, sammanställning och analys ej ändamålsenlig
- Avvikelserrapportering samt utredning av händelser i hälso- och sjukvården genomförs inte i önskvärd omfattning
- Kunskap om patientsäkerhet behöver stärkas

### Åtgärdsförslag

- Implementering av process för utredning av händelser enligt Socialstyrelsens utredningsprocess "utredning av händelser i hälso- och sjukvården"
- Införande av digitalt avvikelssystem för HSL
- Införande och implementering av årshjul i patientsäkerhet
- Kunskapshöjande insatser patientsäkerhet

*"Rutiner och blanketter för HSL-avvikelser är manuella, vi har olika system för avvikelshantering (LSS/SoL/HSL) det försvårar."*

(citat från nulägesanalys)

## **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Synpunkter och klagomål är viktiga möjligheter för oss att sätta den vi finns till för i fokus. Implementeringen av nytt händelserapporteringssystem (SoL/LSS) på socialförvaltningen har lett till fler rapporterade avvikelser och klagomål. Samtliga händelser (synpunkter, klagomål, avvikelser och missförhållanden) rapporteras in samma väg i systemet. Detta för att underlätta rapportering genom att medarbetaren inte ska behöva ta ställning till vilken typ av händelse det är. HSL-avvikelse har ett manuellt avvikelssystem som ligger utanför infört händelserapporteringssystem. Samtliga klagomål och synpunkter hanteras dock i ovan beskrivna system. MAS deltar vid professionsmöten och arbetsplatsträffar där avvikelser, klagomål och synpunkter lyfts som stående punkt.

## **Resultat nulägesanalys**

### *Hinder och utmaningar*

- System och struktur för insamling och analys av klagomål och synpunkter HSL ej ändamålsenligt

### *Åtgärdsförslag*

- Ökad kunskap om klagomål och synpunkter genom digitalt avvikelssystem även för HSL samt ändamålsenlig process för utredning av händelser.
- Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete där erfarenheter från patient och närstående tas tillvara i det strategiska långsiktiga arbetet.

## 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, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.*



### Resultat nulägesanalys

#### *Hinder och utmaningar*

- Organisatoriska uppdelningen av Kalmar kommuns hälso- och sjukvård, socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen
- Reaktivt arbetssätt
- Struktur och spridning av omvärldsbevakning
- Katastrof- och beredskapsövningar, metod- och färdighetsträning – ej önskvärd omfattning

#### *Åtgärdsförslag*

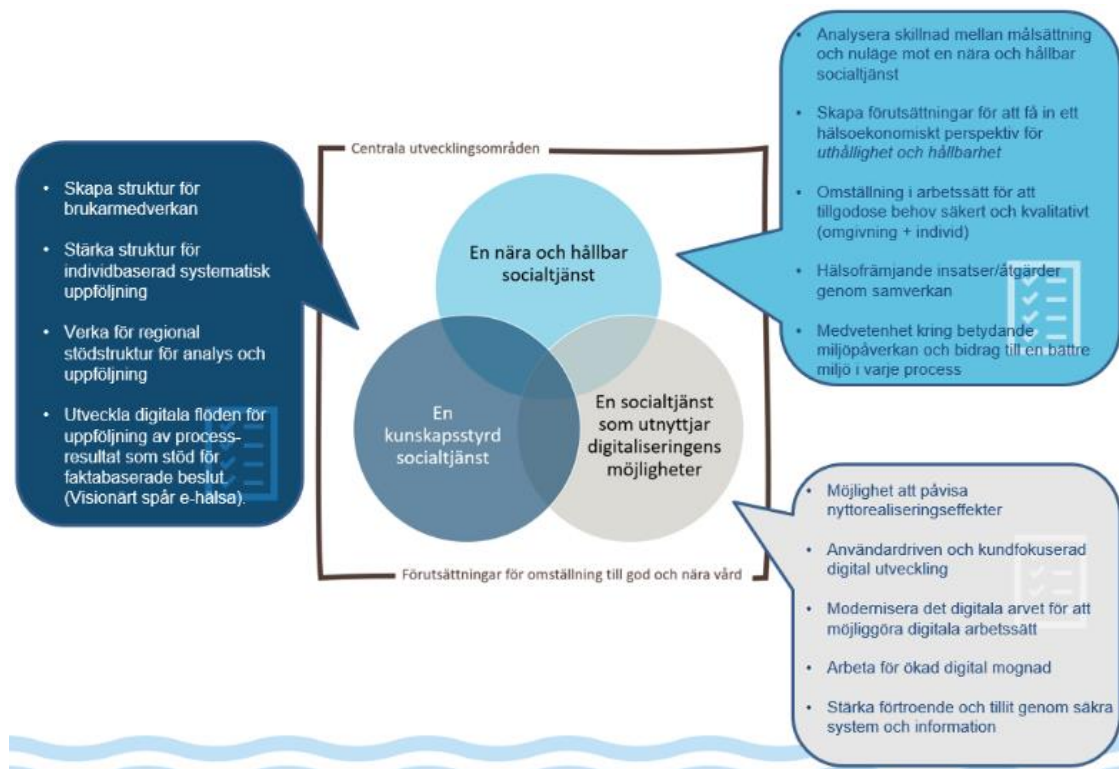
- Översyn av organisatoriska uppdelningen av Kalmar kommuns hälso- och sjukvård, socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen
- Proaktivt arbete - forum för systematiskt patientsäkerhetsforum
- Processer för riskhantering; individ, lokal verksamhet samt övergripande verksamhet/organisationsnivå
- Struktur för katastrof- och beredskapsövningar, metod- och färdighetsträning

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Övergripande fortsätter socialförvaltningen med sina sex långsiktiga kvalitetsmål, säker, tillgänglig, effektiv, individanpassad, kunskapsbaserad samt jämlik vård och omsorg, vilka utgår från Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner. Utifrån genomförd analys från året som gått har respektive verksamhetsområde egna utvecklingsområden samt indikatorer. Gemensamt har socialförvaltningen ringat in tre centrala utvecklingsområden som rör:

- En nära och hållbar socialtjänst
- En socialtjänst som utnyttjar digitaliseringens möjligheter
- En kunskapsstyrd socialtjänst

Inom dessa områden arbetar socialförvaltningen vidare på central nivå med omställningen till en god och nära vård utifrån länets framtagande av målbild, anpassningen till krav i Agenda 2030 och förutsättningarna för att nyttja digitaliseringen såsom socialförvaltningens e-hälsostrategi.



Socialförvaltningens centrala utvecklingsområden

### Pandemi

Pandemin, Covid -19, har förtydligat behovet av att öka patientsäkerheten. Smittspridning, bemanning, omställning av arbetssätt samt långsiktig planering är utmaningar kopplade till pågående pandemi. Att utgå från perspektivet att alla verksamheter berörs i alla situationer i hela hälso- och sjukvården, stärka kunskapsförsörjning, fokus på helhet och systematik samt riskmedvetenhet och proaktivt arbete är viktiga delar framåt.

## Nulägesanalys i patientsäkerhet – "Agera för säker vård"

Resultatet från genomförd nulägesanalys i patientsäkerhet har stämts av mot socialförvaltningens övergripande mål och strategier samt omvärldsanalys av internationella<sup>1</sup> samt nationella<sup>2</sup> resultat, mål och strategier. Socialstyrelsens rapport "indikatorbaserad uppföljning för säker vård" har använts för att titta på styrande principer för stöd i urval av indikatorer för varje fokusområde samt värdefulla ledtrådar till prioriterade utvecklingsområden. Socialstyrelsen föreslår att en indikatorbaserad redovisning genomförs vart tredje år, för att kunna följa upp handlingsplanens effekt på det systematiska patientsäkerhetsarbetet, och har för avsikt att genomföra nästa uppföljning 2024.

Utifrån sammantagen analys av nuläget samt önskvärd förflyttning framåt har utvecklingsområden och indikatorer för 2022 tagits fram. Dessa följer strukturen för nationella handlingsplanen i patientsäkerhet, "Agera för säker vård", och dess fem prioriterade fokusområden. Indikatorer för verksamhetsplan 2022 redovisas under respektive fokusområde.



### Öka kunskap om inträffade vårdskador

*Ökad kunskap om vårdskador genom process för utredning av händelser*

Syftet med indikatorn är att öka kunskapen om inträffade vårdskador genom ändamålsenlig process för utredning av händelser i hälso- och sjukvården. Processen ska utgå från Socialstyrelsens utredningsprocess "utredning av händelser i hälso- och sjukvården". Implementeringen ger även förutsättningar för att koppla samman förvaltningens systematiska kvalitetsarbete med patientsäkerhetsarbetet då det framgår i processen.

<sup>1</sup> Agenda 2030

<sup>2</sup> SKR:s uppdrag för hälsofrämjande samhälle; "Strategi för hälsa", "Nära vård" samt "Kraftsamling psykisk hälsa". Överenskommelse mellan regering och SKR; "Vision e-hälsa 2025", Öppna jämförelser (ÖJ), IVO:s iakttagelser och slutsatser.

### *Ökad kunskap om vårdskador genom digitalt avvikelssystem*

Syftet med indikatorn är att öka kunskapen om inträffade vårdskador genom ändamålsenligt digitalt system för avvikelserapportering.

### *Ökad kunskap om patientsäkerhet*

Syftet med indikatorn är att, genom kunskapshöjande insatser, öka kunskapen om patientsäkerhet. Kunskapshöjande insatser avser bland annat "säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet", "Basala hygienrutiner i vård och omsorg", Riskanalys och händelseanalys – analysmetoder för att öka patientsäkerheten.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

### *Tillförlitliga och säkra system och processer genom kartlagd HSL-process*

Syftet med indikatorn är att skapa en säker, tillförlitlig, ändamålsenlig och sammanhållen hälso- och sjukvård med fokus på patientens väg genom vården. Skapa förutsättningar till följsamhet av rekommenderade rutiner, processer och överenskomna arbetssätt. I processkartläggningen främja proaktivt och hälsofrämjande arbete samt samordning och aktiva medskapare.

### *Tillförlitliga och säkra system och processer genom forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete*

Syftet med indikatorn är att skapa ett säkert system med ett strategiskt långsiktigt arbete gällande ökad patientsäkerhet. Regelbundna möten där ledning och kvalitetssäkrande funktioner arbetar med kommunens strategiska patientsäkerhetsarbete. Erfarenheter och kunskaper från patient och närstående tas tillvara i arbetet.

## **Säker vård här och nu**

### *Ökad samordning och planering med delaktiga och medskapande patienter och närstående*

Syftet med indikatorn är att skapa förutsättningar för ett dagligt patientsäkerhetsarbete och en nära vård med aktiva medskapare där vård- och omsorgsinsatser samordnas. Delaktiga och medskapande patienter och närstående förbättrar förutsättningarna för att vården blir säker här och nu.

## **Stärka analys lärande och utveckling**

### *Stärka analys, lärande och utveckling genom årshjul för patientsäkerhet*

Syftet med indikatorn är att genom årshjul i patientsäkerhet skapa struktur och aktiviteter för att säkerställa systematik avseende datainsamling, analys, utveckling, återkoppling och lärande. Genom årshjul i patientsäkerhet stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården samt det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

*God vård och omsorg genom samordning av socialförvaltningens och omsorgsförvaltningens hälso- och sjukvård.*

Syftet med indikatorn är att genomföra en översyn av nuvarande ansvarsfördelning av Kalmar kommuns hälso- och sjukvårdsansvar utifrån effektiv styrning och ledning samt Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner av god vård och omsorg. Inkluderas i kommunal handlingsplan för patientsäkerhet framåt.

## **Indikator utanför de fem fokusområdena**

*Säker läkemedelshantering genom ökat antal läkemedelsrobotar*

Syftet med indikatorn är att genom nyttjande av digitalt arbetssätt, läkemedelsrobotar, skapa en säker läkemedelshantering, öka självständigheten samt bidra till effektivitetsvinst.



## Bilaga 1. Uppföljning målarbete 2021

### Indikatorer

#### *Kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap*

**Mål:** Varje verksamhet ska ha genomgått en utbildning inom sitt högst prioriterade område för att stärka den evidensbaserade kunskapen (auskultation).

**Resultat:** Målvärde ej uppnått.

**Analys av resultat:** Auskultation har inte kunnat genomföras på grund av pandemin. Däremot har kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap säkerställts genom andra kompetenshöjande aktiviteter, digitala samt interna.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.

#### *Jämlik vård och hälsa med samordning*

**Mål:** Ökat antal SIP som HSL-teamet medverkar i.

**Resultat:** Tillförlitligt resultat och bedömning avseende antal SIP kan inte genomföras.

**Analys av resultat:** Statistik avseende SIP som HSL-teamet medverkar i saknas. Struktur för att säkerställa systematisk datainsamling av genomförda och initierade SIP av HSL-teamet saknas.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.

#### *Minska antalet allvarliga läkemedelsavvikelser*

**Mål:** Antalet allvarliga läkemedelsavvikelser ska minska under 2021 (däremot inte rapportering om allvarliga avvikelser faktiskt inträffar).

**Resultat:** Antal allvarliga läkemedelsavvikelser har minskat; 11 stycken 2021 (12 stycken 2020).

**Analys av resultat:** Nulägesanalysen i patientsäkerhet påvisar att avvikelserapportering inte genomförs i önskvärd omfattning vilket gör resultatet svårt att analysera. Ändamålsenligt avvikelssystem, process för avvikelserapportering samt utredning, tillförlitlig struktur för datainsamling och sammanställning HSL saknas.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.

### *Ökad patientsäkerhet med Senior Alert*

**Mål:** 100 procent av alla personer som flyttar in i särskilda bostäder enligt LSS under 2021 ska erbjudas upprättande en riskbedömning i Senior Alert.

**Resultat:** Målvärde ej uppnått.

**Analys av resultat:** Beslut taget om att avvakta införandet av Senior Alert tills implementeringen av nationella handlingsplanen för patientsäkerhet samt dess nulägesanalys genomförts. Införandet av Senior Alert behöver kopplas och prioriteras som aktivitet utifrån nulägesanalysens resultat. En översyn av vad som krävs för att ansluta till kvalitetsregistret Senior Alert är gjord och plan för utbildning påbörjad.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.

### *Stärkt hälsa genom vårdplan*

**Mål:** Alla patienter ska ha en aktuell vårdplan för samtliga HSL-insatser.

**Resultat:** Målvärdet ej uppnått.

**Analys av resultat:** Orsaker analyserats i nulägesanalysen för patientsäkerhet. Sammantaget; behov av samlat införande och rutiner, behov av översyn av HSL-processen, otillräcklig samordning och informationsdelning mellan vårdaktörer samt otillräcklig struktur för patientens medverkan och delaktighet i vården.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.

### *Utveckling av digitala arbetssätt*

**Mål:** Signering av HSL-insatser sker endast digitalt, 100 % i införande.

**Resultat:** Målvärde uppnått.

**Analys av resultat:** Implementeringen med utbildning och införandet av digitala signeringslistor genomfört.

**Åtgärd:** Fortsatt arbeta med utveckling av digitala arbetssätt. Utvärdera effekt av införandet av digitala signeringslistor för att stärka analys, lärande och utveckling.

### *Effektiv läkemedelshantering genom läkemedelsautomat*

**Mål:** Tio läkemedelsrobotar finns utplacerade hos enskilda patienter.

**Resultat:** Målvärde ej uppfyllt.

**Analys av resultat:** Det finns fem stycken läkemedelsrobotar utplacerade hos socialförvaltningens patienter. Bemanningsbrist resulterat i prioriteringsordning av

arbetsuppgifter där införandet av nya läkemedelsrobotar ej funnits med som prioriterad arbetsuppgift.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år

*Tillgängliga resurser används på effektivt sätt*

**Mål:** Ökat antal avvikelser kring bristande följsamhet av hemsjukvårdsavtal.

**Resultat:** Målvärde ej uppnått.

**Analys av resultat:** I dagsläget, utifrån nuvarande avvikelshantering och system, inte möjligt att få fram statistik som rapporterats in kopplat till bristande följsamhet hemsjukvårdsavtalet.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.

*Ökad tillgänglighet till sjuksköterskeresurs*

**Mål:** Upplevelse av ökad ostörd närvaro och tillgänglighet från patient och personal.

**Resultat:** Målvärde ej uppnått.

**Analys av resultat:** Samordningsfunktion ej prioriterad arbetsuppgift relaterad till bemanningsproblematik, avskaffad under tertial 3. Upplevelsen av samordningsfunktionen är att tillgängligheten inte ökat i jämförelse med direktkontakt med patientansvarig sjuksköterska. Arbets sättet med samordningsfunktion har inte upplevts effektivt.

**Åtgärd:** Målarbete 2022 – se mål, strategier och indikatorer för kommande år.