



Älvkarleby
kommun

Samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Älvkarleby kommun 2022



Datum: 2023-03-01

Handläggare: Susanna Johansson och Karin Östblom

Diarienummer: ON/2023:18.779

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) ska vårdgivare som bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att även en sammanhållen kvalitetsberättelse bör upprättas. I Älvkarleby kommun har en patientsäkerhetsberättelse upprättats varje år, men från och med året 2020 upprättas istället en samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation, ansvar samt engagerad ledning och tydlig styrning	6
Samverkan för att förebygga vårdskador och säkra verksamhetens kvalitet	7
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	15
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	17
Förvaltningsövergripande egenkontroll	17
Specifika egenkontroller	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden	23
Lex Maria	23
Lex Sarah.....	24
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	24
Utredningstid myndighet.....	25
Säker vård här och nu.....	26
Riskhantering	27
Stärka analys, lärande och utveckling.....	28
Avvikelser.....	28
Klagomål och synpunkter	30
IVO-inspektioner	32
Hemtjänstindex	32
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	32
Ytterligare aktiviteter som verksamheternas utfört under året för att öka kvaliteten	33
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	37

SAMMANFATTNING

Även detta år har patientsäkerhetsarbetet påverkats av covid-19-pandemin. Delar i utveckling och patientsäkerhetsarbetet har fått ställas om för att hantera pandemin. Antal patienter med covid-19 har varit varierande under året, generellt har det varit milda symptom hos de sköra äldre. Det har varit hög frånvaro bland medarbetare på grund av restriktioner kring smittspridning för vård- och omsorgspersonal.

Under hela 2022 har kommunen deltagit i Sveriges kommuners och regioners (SKR) projekt Effektivare kommun. Omsorgsförvaltningen har haft två fokusområden utvalda, familjehemsvården/öppenvården samt ordinärt boende inom äldreomsorgen. Utifrån dessa områden har sedan en omorganisation i hemtjänsten påbörjats. Även familjehemsvården och öppenvården har utifrån detta påbörjat ett projekt med att utveckla sin verksamhet.

Under året har en tillfällig korttidsenhet öppnats på Tallmons vård- och omsorgsboende utöver den ordinarie korttidsenheten. Detta för att kunna möta upp det behov av och den kö till särskilt boende.

Rysslands invasion av Ukraina och det påföljande läget med krig och oro som pågått under året har även påverkat vår verksamhet. Riskbedömningar kring hur situationen skulle kunna påverka verksamheten har lett till att krisrutiner och beredskapsplaner har setts över och utvecklats.

Ett länsövergripande arbete har pågått under 2022 med att ta fram en ny samverkansmodell för specialiserad palliativ vård i Uppsala län. Målet är att den palliativa vården ska bli mer jämlik, personcentrerad och samordnad för patienter i behov av palliativ vård i hemmet.

Det har under 2022 pågått en översyn i hur vård och omsorg introducerar nyanställda medarbetare. Översynen har resulterat i att verksamheten har påbörjat ett arbete med att ta fram en plan samt material för en mer kvalitetssäker och heltäckande introduktion.

Under året har ett arbete påbörjats med att upprätta en handlingsplan gällande patientsäkerhet. För att göra detta på ett systematiskt sätt har förvaltningen valt att använda SKRs framtagna verktyg som är i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

En åtgärd som verksamheten har identifierat för att kunna möta framtidens behov är införandet av välfärdsteknik. Under året har bland annat läkemedelsautomater införskaffats i ordinärt boende för att öka självständigheten, patientsäkerheten samt möjligheten till mer flexibel planering.

Under 2022 har arbetet med den nationella omställningen till Nära vård fortsatt. Arbetet benämns i Uppsala län som Effektiv och Nära vård 2030 enligt den målbild som Älvkarleby kommun tillsammans med övriga länets kommuner och regionen ställt sig bakom. Arbetet prioriterar målgrupperna sköra äldre, barn och unga samt personer med psykisk ohälsa. Viktiga delar i omställningsarbetet är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och att arbeta personcentrerat där den enskilde är delaktig efter önskemål och förutsättningar.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD



Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet är att vården ska vara av den kvaliteten att ingen patient ska drabbas av vårdskador inom den kommunala primärvården eller att brukare/klient ska drabbas av missförhållanden inom den kommunala verksamheten. Målet är också att varje enskild person ska känna sig trygg i kontakten med kommunens verksamheter och att medarbetare ska få de förutsättningar som behövs för att ge en god och säker vård och ett tryggt bemötande. En strategi för att förebygga vårdskada eller missförhållande är att använda ett systematiskt förbättringsarbete som leder till att förbättringsområden identifieras, analyseras, åtgärdas samt följs upp. Om det sker en kontinuerlig granskning av verksamheten kan det skapas rutiner och arbetssätt som förebygger de fel och brister som har identifierats. Verksamheterna utför detta genom bland annat avvikelsehantering och egenkontroller. Analys och uppföljning kring avvikelser är områden som kan förbättras. En strategi för att stärka detta inför nästa år är att utveckla kvalitetsrådet där avvikelser kan hanteras på en mer övergripande nivå.

Olika kvalitetsregister används i dag för att förebygga vårdskador, missförhållanden och förbättra vårdkvaliteten, exempel på register som används är senior alert och palliativa registret. Kvalitetsregister ger oss också möjlighet att jämföra våra resultat nationellt och jämföra våra egna resultat över tid. Registren ger möjlighet att identifiera förbättringsområden. Målet är att öka användandet ytterligare för att förebygga vårdskada samt att kunna följa upp den vård och omsorg vi ger. Strategier under året för att förbättra vården hos palliativa patienter har varit att utbilda fler palliativa ombud, där palliativa registrets betydelse är en del i utbildningen.

En delaktig patient/brukare bidrar till en säker vård, det är dessutom lagstadgat att patienten/brukaren och de närstående ska vara delaktiga i den vård och behandling som ges. Patient/brukare och anhöriga kan och bör medverka i utvecklingsarbete och göras delaktiga på olika sätt och på olika nivåer. Patient/brukarmedverkan bör ske på både individ- och verksamhetsnivå. Ett övergripande mål som finns är att ta fram ett arbetssätt som säkerställer att patient/brukare och anhöriga görs delaktiga på verksamhetsnivå. Arbetet har pågått under hösten med att bryta ner den länsgemensamma riktlinjen till en lokal rutin.

För att kunna möta förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunens patientsäkerhetsarbete utvecklas. För att utveckla patientsäkerheten har en strategi varit att arbeta med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Målet är att inleda arbetet utifrån handlingsplanen under 2023.

Organisation, ansvar samt engagerad ledning och tydlig styrning

Omsorgsnämnden är vårdgivare och har ansvar för kommunens Hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Nämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvården (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska även fastställa

övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinsk ansvarig sjuksköterska i kommunen (MAS). MAS har en central roll för patientsäkerheten inom den kommunala primärvården. MAS ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för kvalitet och patientsäkerhet i verksamheterna avseende hälso- sjukvård. Ansvaret omfattar även att följa upp och utreda allvarliga händelser/avvikelse utifrån hälso- och sjukvårdsansvaret samt utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheterna. Vårdgivaren har givit MAS i uppdrag att utreda och anmäla allvarliga händelser som lett till vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förvaltningschef får ge i uppdrag åt andra befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att utföra enskilda ledningsuppgifter. Förvaltningschef ska tillsammans med vård- och omsorgschef, verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt MAS följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Verksamhetschef för vård- och omsorg och verksamhetschef för hälso- och sjukvård har det operativa ansvaret för verksamheten och ska följa upp insatser som säkerställer patientsäkerheten och säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner för detta.

Enhetschefer ansvarar för att upprätta rutiner och följa upp att medarbetare följer de riktlinjer och övergripande rutiner som verksamhetschef, MAS och förvaltningschef fastställt. Enhetschefer ska även säkerställa att medarbetare har utbildning och kompetens för sina arbetsuppgifter, att avvikelser dokumenteras och att lex Sarah- och lex Maria-rapporter skrivs.

I patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att all hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet samt rapportera risker för vårdskador och händelser som riskerar att medföra eller som har medfört skador. Hälso- och sjukvårdspersonal ska även kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner. När inte tillräcklig kompetensen finns inom den egna verksamheten vänder sig kommunen till olika stödinstanser som exempelvis Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och IVO samt regionala stödinstanser som Vårdhygien och Smittskyddsenheten för råd och stöd.

God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga. Medarbetare ska gemensamt med ledningen sträva efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet. Ett exempel där medarbetarna varit delaktiga är i arbetet med att förbättra hur introduktionsprogrammet ska se ut för nya medarbetare.

För att få en hög kvalitet och patientsäkerhet krävs en tydlig ledning och styrning. En åtgärd som är påbörjad i ordinärt boende är att utöka antalet enhetschefer. Detta kommer leda till att varje chef har färre medarbetare som ger bättre förutsättningar att kunna styra och leda sin verksamhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador och säkra verksamhetens kvalitet

Det övergripande forumet för samverkan är Hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). HSVO är en samverkan på politisk- och tjänstemannanivå som bland annat beslutar om länsgemensamma styrdokument så kallade vård i samverkan (VIS). HSVO beslutar även om

arbetsgrupper inom olika områden, som patientsäkerhetsgruppen och GAP-UL. GAP-UL är en grupp som särskilt hanterar utskrivningsprocessen. Patientsäkerhetsgruppen är en grupp där region Uppsala och länets kommuner diskuterar identifierade patientsäkerhetsfrågor inom samverkan.

Länsövergripande arbetsgrupper finns för prevention av fall, trycksår och undernäring. Dessa arbetsgrupper ska arbeta för implementering av insatser/åtgärder i syfte att förbättra vården och skapa en jämlik vård i länet. I arbetsgruppen "Fall" finns representant från Älvkarleby kommun. Under hösten 2022 har arbetet i gruppen "Fall" pausats under en tid vilket har medfört att arbetet inte har uppnått de resultat som önskats.

Verksamheten samverkar med olika aktörer och huvudmän för att öka patientsäkerheten. Samverkan sker tillsammans med region Uppsala där ett fortlöpande arbete pågår, exempelvis hur in- och utskrivningar från slutenvården ska förbättras för att kunna uppnå en så hög patientsäkerhet som möjligt. Vid utskrivning från Gävle sjukhus sker överrapportering och planering i systemet Lifecare. Det finns inga regelbundna samverkansmöten kring utskrivningsprocessen mellan verksamheten och region Gävleborg. Patientens övergång mellan slutenvård och kommunal primärvård är ett riskfyllt moment. För att öka patientsäkerheten vid utskrivning krävs att det finns en planering runt och tillsammans med patienten. Om insatser behöver samordnas mellan olika verksamheter ska en samordnad individuell plan (SIP) erbjudas.

För att förbättra följsamheten och kunskapen kring VIS har ett projekt inom regionen pågått med delaktighet från kommunerna som syftar till att stödja implementeringen inom kommunala och regionala verksamheter. VIS-sidan på samverkanswebben har anpassats för bättre tydlighet, en utbildningsfilm som betonar vikten av samverkan har producerats samt stöd för rutin av hantering av VIS-dokument lokalt har utformats. För att öka kännedom och följsamhet till VIS-dokumentet har det inför arbetsplatsträffar med sjuksköterskor skickats ut ett VIS-dokument för inläsning som sedan har diskuterats på nästkommande möte. Detta är ett kvalitetsarbete för att förbättra kännedom om dessa dokument hos sjuksköterskor.

Ett länsövergripande arbete har pågått under 2022 med att ta fram en ny samverkansmodell för specialiserad palliativ vård i hemmet. Målet är att den palliativa vården ska bli mer jämlik, personcentrerad och samordnad. I projektgruppen för framtagande av förslag till ny modell finns representation från både kommun och region, Älvkarleby har en person som deltar i projektgruppen.

För att öka patientsäkerheten i samverkan finns riktlinjer för hur de olika huvudmännen skickar avvikelser till varandra när det upptäcks brister i varandras verksamheter. Syftet med dessa avvikelser är att identifiera brister samt förhindra att det händer igen.

För att förhindra smittspridning ska all vårdpersonal tillämpa rutiner och följa de smittskyddsåtgärder som tagits fram. Dessa åtgärder har förändrats under året beroende på smittspridning och vaccinationsstatus. Under covid-19-pandemin har samverkan med Nära vård och hälsa, smittskydds enheten och Vårdhygien varit av extra stor betydelse. Trots att det har varit ett lugnare skede av smittspridning av Covid -19 under delar av året har kommunerna och regionen valt att fortsätta att ha kontinuerliga samverkansmöten där viktiga frågor relaterade till rådande pandemi har bearbetats.

God samverkan med regionens primärvård är av stor betydelse. Det sker kontinuerliga samverkansmöten mellan regionens primärvård och kommunens primärvård som syftar till att förbättra samverkan och patientsäkerheten.

För att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet har samverkan startats upp mellan flera av kommunens verksamheter och regionens pilotverksamhet äldremottagning. Syftet med äldremottagningen är bland annat att förebygga sjukhusvård genom att identifiera sköra patienter och ge förebyggande insatser.

Under året har ett lokalt VIS-dokument fastställts mellan Habiliteringen i Tierp/Älvkarleby och kommunens primärvård. Dokumentet är ett stöd för samverkan i habiliterings- och rehabiliteringsprocessen så att patienten får en personcentrerad och sammanhållen vård och behandling.

För att få en likvärdig rehabilitering i länets kommuner har kommunens medicinsk ansvariga inom rehabilitering gemensamt under året arbetat fram en riktlinje gällande rehabilitering inom kommunal primärvård.

Intern samverkan mellan kommunens olika verksamheter sker kontinuerligt för att säkra och förbättra kvaliteten. Mellan hemtjänst och hälso- och sjukvård sker kontinuerliga möten två gånger i veckan i syfte att diskutera avvikelser, samordning inför utskrivningar från sjukhus och uppföljning av exempelvis hjälpmedel, patientens mående och nya läkemedel. En gång i månaden deltar sjuksköterska tillsammans med rehab-personal på omvårdnadspersonalens arbetsplatsträffar, då diskuteras patienter samt att utrymme för utbildning och handledning finns.

Under året har det varit hög belastning på korttidsenheten. Som en åtgärd för att säkerställa att det blir en patientsäker planering har samverkansmöten hållits varje vecka mellan biståndsenheten, hälso- och sjukvården, ordinärt boende samt korttidsenheten.

Individ och familjeomsorgen (IFO) har kontinuerlig samverkan med skolan. Andra parter som IFO har regelbunden samverkan med är Barnahus, Familjecentralen, Samverkan utveckling föräldraskap (SUF), Referensgrupp FoU Barn och unga, Länsgrupp våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck, Team Maria, Brottsförebyggande arbete, Risk i missbruk, Lokus, Länsgrupp biståndshefer, Bomöte (Älvkarlebyhus, polisen och Sauvera), Barn och unga psykisk hälsa, Modellverksamhet för norra länets psykiatri. Samtliga samverkanskonstellationer har det gemensamma syftet att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet och arbetet med verksamhetens klienter.

Informationssäkerhet

Enligt 3 kap. 2 § HSLFS-FS 2016:40 ska vårdgivaren genom ledningssystemet säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och endast användbara för den som är behörig. Informationssäkerhet innebär att information som är känslig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Verksamheten ska systematiskt följa hur, när och vem som tagit del av information. Loggkontroller utförs men inte i tillräckligt stor utsträckning och är ett utvecklingsområde.

Under 2022 har en informationssäkerhetsfunktion instiftats vid kommunstyrelsen med en halvtidsanställd informationssäkerhetssamordnare. Denna person har under året påbörjat ett arbete för att stödja chefer och anställda i frågor som rör informationssäkerhet och dataskydd.

Arbetet med informationssäkerhet inom Älvkarleby kommun är tvådelat. En del är att implementering av informationssäkerheten och det verksamhetsnära arbetet görs inom omsorgsförvaltningens enheter. Den andra delen är att det strategiska och verksamhetsstöttande arbetet med informationssäkerhet görs inom kommunstyrelsens förvaltning inom informationssäkerhetsfunktionen.

Kommunstyrelsen har också antagit *Riktlinjer för säker lagring och kommunikation* som sätter ramarna för ett säkert och korrekt handhavande av alla former av information kommunen hanterar - bland annat patientinformation, känsliga personuppgifter och annan information relaterad till omsorgs- och socialtjänstverksamhet. Ett arbete har påbörjats med ett kommunövergripande Dataskydds- och informationssäkerhetspolicy som förväntas vara beslutad 2023. I policyn kommer strukturen och viljeinriktningen för ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) att ingå.

Under 2022 har Omsorgsnämnden också påbörjat ett arbete med att kontinuerligt se över sin dokumenthanteringsplan för att säkerställa att rätt saker bevaras och gallras med stöd av informationssäkerhetsfunktionen och arkivfunktionen vid Kommunstyrelsen. Detta inbegriper bland annat en översyn av arkiveringen av patientjournaler, analoga som digitala, på ett säkert och enligt gällande lagstiftningen korrekt sätt.

Det blir allt vanligare att möten sker digitalt. För digitala möten gäller samma regler som för fysiska möten, det vill säga att känsliga uppgifter behöver skyddas så att obehöriga inte kommer åt dem. Respektive huvudman ska se till att det finns system som kan säkerställa identiteten hos deltagare samt att säkerställa att mötet sker i en ostörd miljö. För att hantera känsliga personuppgifter över öppet nät måste den digitala tjänsten ha stark autentisering, vilket innebär inloggning med e-tjänstekort, bank-id eller motsvarande. Systemet Skiffer vilket tillgodoser detta behov, är upphandlat och implementering har påbörjats.

Granskning av hälso- och sjukvårds journalföring görs vid utredningar och genom stickprov. Att komma i gång med regelbunden och systematisk journalgranskning är ett mål som verksamheten haft under året. I slutet av år 2022 påbörjades det ett arbete med kollegial journalgranskning för legitimerad personal vilket planeras att implementeras fullt ut 2023. Syftet med kollegial journalgranskning är att identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten, få en lärande process samt att identifiera goda exempel och sprida dem till övriga kollegor.

Kommunikationssystemet Prator har under året bytts ut mot Cosmic Link. Systemet Cosmic Link är ett samverkanssystem som används vid utskrivningar från slutenvård samt vid samordnad individuell planering (SIP). I systemet finns också möjlighet att skicka säkra meddelanden mellan huvudmännen. Användandet har också utökats till att omfatta barn och unga vilket ökar informationssäkerheten jämfört med tidigare pappershantering.

I samverkan med region Uppsala har det beslutats att kommunen ska ansluta till regionens system för avvikelshantering. Hanteringen av avvikelser i vårdkedjan i samverkan mellan kommunen och regionen sker idag i pappersformat och brev skickas med vanlig postgång. För att öka informationssäkerheten har beslut fattats att kommunen ska använda regionens verktyg MedControl. Syfte med detta är att få en mer samlad hantering, snabbare flöde per avvikelse

samt att fasa ut pappershanteringen. Planen var att verktyget skulle börja användas under 2022, men har skjutits upp till våren 2023 med anledning av uppdateringar i systemet.

En god säkerhetskultur

En hög patientsäkerhet och kvalitetsmedvetenhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i verksamheten. En öppen kommunikation gällande avvikelser och patientsäkerhet är förutsättningar för en god säkerhetskultur. Chef och ledare ska säkerställa att medarbetare kan känna sig trygga med att tala fritt om identifierade brister och att förbättringar utförs. En öppen kommunikation ger en ökad benägenhet att identifiera samt rapportera händelser vilket resulterar i en lärande organisation. Under arbetsplatsträffar med medarbetare har det lyfts och diskuterats kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Under hösten 2022 har kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska deltagit på arbetsplatsmöten för medarbetare. Ett syfte med detta deltagande har varit att fånga upp medarbetares erfarenheter och tankar kring patientsäkerhet, öppna upp för en diskussion och reflektion.

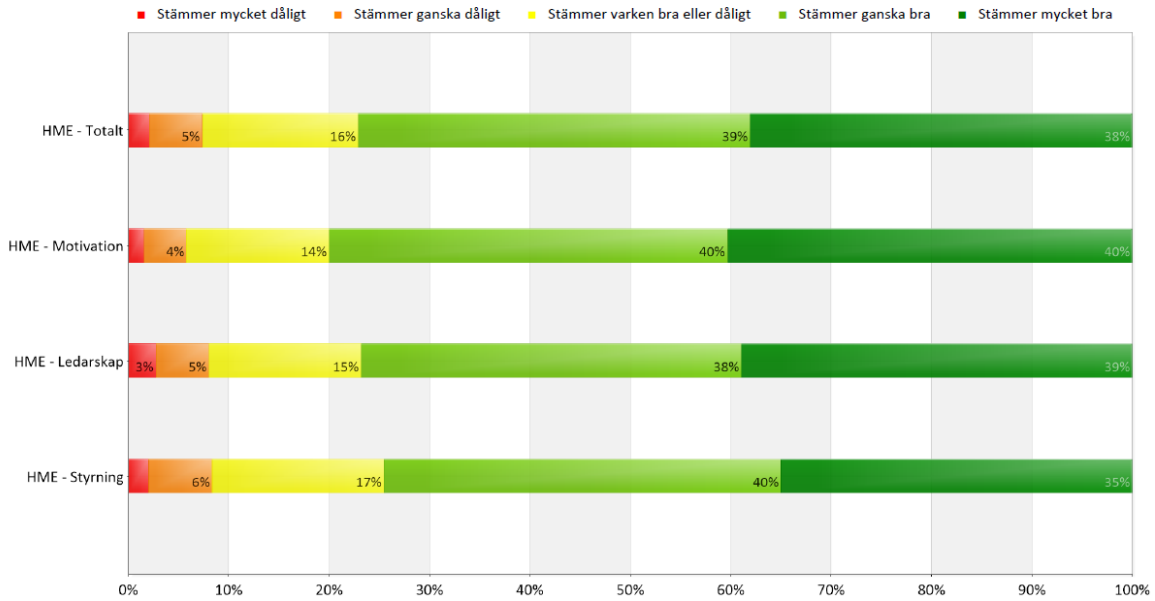


Arbetsmiljön påverkar medarbetarens möjlighet att utföra ett patientsäkert och kvalitetssäkert arbete. Faktorer som hög arbetsbelastning kan resultera i en sämre kvalitet och säkerhet. Det har även under 2022 varit hög sjukfrånvaro relaterat till pandemin vilket har påverkat arbetsbelastningen och patientsäkerhetsarbetet. Detta har bland annat medfört att delar av utvecklingen och det förebyggande arbetet har stannat av och prioriterats om.

Under året har enkäten Hållbart medarbetarengagemang (HME) besvarats. Resultatet är underlag i det ständigt pågående systematiska förbättringsarbetet. Av förvaltningens 320 medarbetare har 220 valt att svara på enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens om 68,8%. Frågorna i enkäten berör områdena hållbart medarbetarengagemang, mål och uppdrag, kompetens och utveckling, information, engagemang och meningsfullhet, arbetsgemenskap, ledarskap, utvecklingssamtal och lön, hälsa och arbetsbelastning.

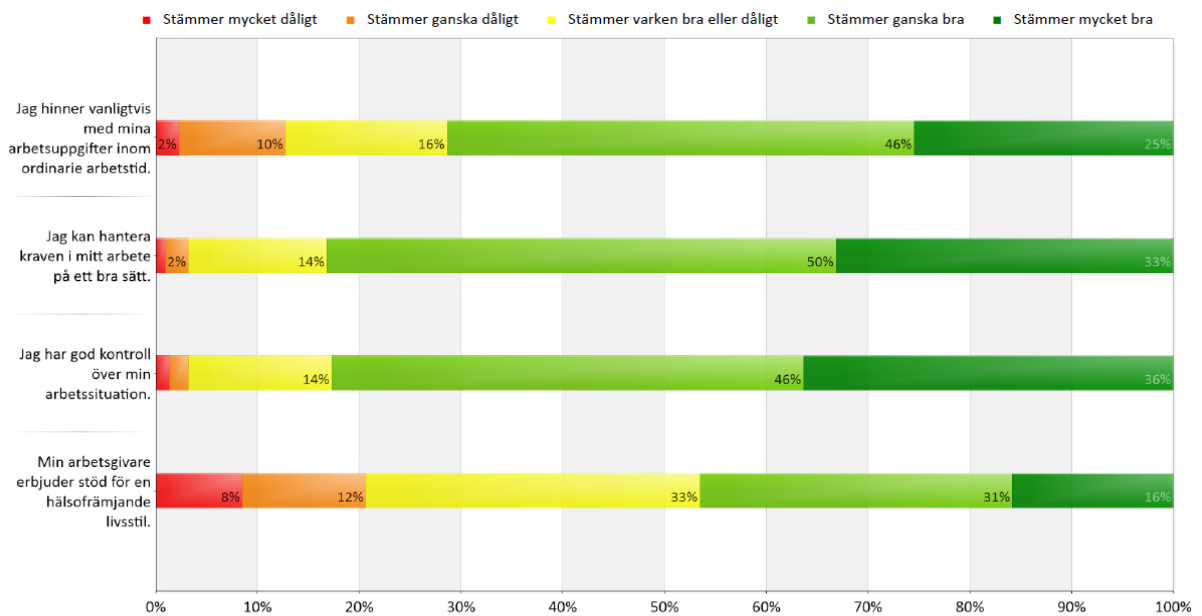
HME-resultaten är uppdelade i tre delindex för att tydligt och enkelt beskriva de viktigaste parametrarna för verksamhetens medarbetarengagemang, motivation, ledarskap och styrning. Resultatet för dessa parametrar i årets undersökning ses i matris nedan.

HME (Hållbart Medarbetarengagemang)



Hälsa och arbetsbelastning är en faktor som påverkar kvalitet och säkerhet i arbetet. Resultatet över hur förvaltningens medarbetare skattar sin situation i årets undersökning ses i matris nedan.

Hälsa och arbetsbelastning



Adekvat kunskap och kompetens

Svårt sjuka personer vårdas alltmer i hemmet, samtidigt som det många gånger kan vara svårt att rekrytera medarbetare med adekvat utbildning och erfarenhet. Detta ställer nya krav på verksamheten när det gäller bemanning och kompetens. För att ge god vård är det viktigt att chefer, ledare beslutfattare och den medarbetare som finns närmast patienten har adekvat kunskap och kompetens inom sitt ansvarsområde. Under året har omsorgsförvaltningen identifierat ett behov av att kartlägga utbildningsbehov och kompetensutveckling. Förvaltningen planerar att under 2023 påbörja översyn vilka utbildningar som nyttjas och vad som saknas samt hur utbildningarna ska tillhandahållas. Verksamheten bör säkerställa att nyanställda får en anpassad introduktion samt stöd från erfarna kollegor och ledare i det praktiska och löpande arbetet och att tillsvidareanställda medarbetare får adekvat fortbildning. Det har under 2022 pågått en översyn i hur vård och omsorg introducerar nyanställda medarbetare. Översynen har resulterat i att verksamheten har påbörjat ett arbete med att ta fram en plan samt material för en kvalitetssäker och mer heltäckande introduktion.



Under året har en utbildningsplattform, InfoCaption, upphandlats i kommunen. InfoCaption ger kommunen möjlighet att ha en samlad plats för utbildning både för introduktioner och fortbildning.

På bemanningsenheten har planering och arbete pågått under året med att bygga ett nytt system för rekrytering av timvikarier. Syftet är att arbeta med en tydligare gallring vid ansökan och intervjutillfället för att säkerställa att bemanningen hittar rätt vikarier för uppdraget. En arbetsgrupp med representanter från bemanningen och vård- och omsorgs verksamheter har arbetat med att ta fram en ny rutin för introduktioner. För att skapa bättre förutsättningar inför kommande rekryteringar har bemanningsenheten inlett ett samarbete med vuxenutbildningen i kommunen kring elever som läser till undersköterska.

Inom hemtjänsten har det skett utbildning i hantering av läkemedelsautomater som är implementerade i verksamheten hos vissa brukare. Medarbetare har fått utbildning i hanteringen av Signeringsappen samt i förflyttningsteknik. Några utsedda i hemtjänsten har gått en utbildning kring god man och förvaltarskap, när och hur man kan söka godmanskap.

På särskilt boende för äldre har en utbildning kring demenssjukdom anordnats av sjuksköterska, rehabpersonal och Silviasyster under våren för timanställda medarbetare i syfte att öka kompetens om våra demenssjukdomar och i bemötande. Kontinuerlig handledning har hållits av en Silviasyster på enheterna med demenssjukdom, även en gruppbostad har haft kontinuerlig handledning. Medarbetare på enheten för äldre psykiatri har gått en utbildning i psykisk ohälsa.

Medarbetare inom vård och omsorg har gått en heldags utbildning i Lågaffektivt bemötande. Vissa medarbetare inom vård och omsorg har gått utbildningen "Våga fråga" om psykisk ohälsa och suicidprevention. Under året har verksamheterna inom vård och omsorg haft en webbutbildning om social dokumentation och Lex Sarah. Under året har tillsvidareanställda medarbetare inom vård-och omsorg genomgått fortbildning i basal hygien och klädregler. Det har varit praktisk utbildning som avslutades med ett praktiskt test.

Omhändertagandet av patienter i livets slut är ett prioriterat område. En sjuksköterska med specialist-kompetens inom palliativ vård med lång erfarenhet har anställts och kommer att kunna bidra med kunskap och kompetens. En annan åtgärd som genomförts under året för att utveckla den palliativa vården är att utbilda fler palliativa ombud. Syftet med att utbilda palliativa ombud är att ge medarbetare mer kunskap inom området. Palliativa ombud ska agera som ett stöd till övriga kollegor och tillsammans med chef utveckla den palliativa vården i verksamheten. Ombuden har regelbundna möten med palliativa konsultteamet samt lokala möten. Det lokala arbetet kan bland annat innefatta att ta fram stödmaterial, checklistor samt utbildningsinsatser till övriga medarbetare.

Med hjälp av statsbidraget Äldreomsorgslyftet har fyra vårdbiträden inom vård och omsorg på arbetstid kunnat utbilda sig till undersköterska.

På obekvämt arbetstid finns en sjuksköterska i tjänst. Att arbeta ensam ställer höga krav på kompetens. För att säkerställa bemanning utifrån erfarenhet och kompetens inom kommunal primärvård väljer verksamheten att utifrån en enskild bedömning/diskussion tillsammans med den nyanställda sjuksköterskan komma överens om när det är lämpligt att arbeta jourtid. Jourtid är en riskfylld tid på dygnet och sjuksköterskor har påtalat att patientsäkerheten inte alltid kan upprätthållas. Omvårdnadspersonal har också signalerat att stödet från sjuksköterska inte har varit tillräckligt, främst under jourtid. En åtgärd för att säkerställa att en god och säker vård ska kunna ges hela dygnet är att sjuksköterskebemanningen har ökat under vissa tider på jourtid.

En specialist-sjuksköterska har utökat sin kompetens genom kursen ”farmakologi och sjukdomslära med forskrivningsrätt”. Forskrivningsrätten kommer hela verksamheten till gagn genom att minska behovet av läkarresurs för att förskriva vissa läkemedel. Det ökar effektiviteten samt gynnar inskrivna patienter.

Fler sjuksköterskor har deltagit på Säbodagen som är en utbildningsdag för länets läkare och sjuksköterskor. I år har utbildningsdagen bland annat handlat om att öka kunskap kring allvarliga infektioner, det akuta omhändertagandet samt äldrepsykiatri.

Ett par sjuksköterskor har gått sårvårdsutbildning samt några har genomgått en halvdags utbildning inom diabetes. Ett par legitimerade medarbetare har genomgått den suicid-utbildning som erbjudits lokalt.

Under året har vård- och omsorg köpt in Visible care som är en app som består av utbildningsfilmer som medarbetare kan ta del av för kompetenshöjning inom områden som exempelvis palliativ vård, rehabilitering och demensvård samt kortare filmklipp som kan ge instruktioner i det dagliga arbetet som exempelvis stomivård, munvård och personlig hygien. Appen är installerad på särskilt boende och planeras att även införas i ordinärt boende under nästa år.

IFO:s antivåldsgrupp har utbildat sig i hedersrelaterat våld och förtryck och haft internutbildningar på enheterna om våld i nära relation (VINR). En inom gruppen har även gått en utbildning om barn som medföljande i skyddade placeringar och en behandlare inom öppenvården har gått en utbildning för att kunna möta våldsutövare.

IFO har genomfört en gemensam utbildning i Offentlighets- och sekretesslagstiftningen. Interna informationstillfällen har genomförts gällande barnrättsperspektivet samt våld i nära relation. Många medarbetare deltog också i utbildningen gällande lågaffektivt bemötande som anordnades av omsorgsförvaltningen. Medarbetare har deltagit i en utbildningsdag i sekundär traumatisering, vilket innebär att berättelser från både barn och vuxna som varit eller är med om traumatiska händelser på grund av upplevelser av våld, kan orsaka sekundär traumatisering hos socialsekreterare.

Medarbetare inom Barn och familj och LSS har haft en utbildningsdag i gränsdragningen mellan Socialtjänstlagen och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, något som ibland kan vara komplicerat i vissa barnärenden. En gemensam halvdag kring hot och våld samt praktiska övningar i olika våldsamma eller hotfulla situationer har även genomförts.

Enheten barn och familj har under året arbetat med riktade kompetensinsatser där handläggare som är i behov har gått BBIC utbildning. Kommunen kommer vidare att delta i SKRs program gällande introduktion och kompetenssäkring inom socialtjänst (Yrkesresan). Yrkesresan innebär en grundläggande introduktion till handläggning och dokumentation inom arbete med barn och familj. Metoddag kring förhandsbedömning och skyddsbedömningar har genomförts i syfte att göra likvärdiga bedömningar när anmälningar görs. Under våren har gruppen fått introduktion till att tillämpa SMARTA mål. Gruppen kommer jobba vidare med att skriva mätbara och uppföljningsbara mål gällande uppdrag, vård- och genomförandeplaner. Under senare delen av året så har arbete startats upp kring vård- och genomförandeplaner för att i gruppen gemensamt utveckla ett enhetligt tänk i upprättande och uppföljning. Inom enheten barn- och familj har under våren samtliga medarbetare haft tillgång till gemensamma fortbildningstillfällen gällande samtal med barn inom socialtjänst. Gemensam dag kring att skriva utredningar gällande vålds och hedersomhändertaganden har genomförts på enheten.

Inom öppenvården har personal utbildats inom medling och våld. Stort fokus ska i framtiden läggas på det förebyggande arbetet och just nu ser IFO över alla samverkanspartners internt och externt, främst samverka med närliggande kommuner. Arbetsgruppen har haft utbildning i journalföring och har även fått kunskap i SMARTA mål.

Medarbetare på bistånd har haft juridisk handledning om bistånd och LSS.

Patienten som medskapare

Patienter, brukare och klienter och närstående har värdefull kunskap om sig själva och dess närstående. Vården och insatserna som utförs blir säkrare om patienterna, brukarna, klienterna och närstående är välinformerade och deltar aktivt. Det är dessutom lagstadgat att patienten, brukaren, klienten och de närstående ska vara en del av sin vård och behandling och sina insatser. Information till närstående sker efter att patienten, brukaren eller klienten har gett sitt samtycke. Om patienten, brukaren, klienten ger sitt samtycke ska närstående bjudas in till att vara delaktiga i planeringen. Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) är verksamheten skyldig att hålla patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

Genom att involvera patienter, brukare eller klienter i utvecklingsarbetet får verksamheterna veta vad som fungerar och vad som kan förbättras. Patient- och brukarmedverkan på verksamhetsnivå och organisatorisk nivå är ett förbättringsområde inom kommunen. En



åtgärd för att öka patientens medverkan på individnivå är Samordnad individuell plan (SIP). SIP är ett sätt att planera vården utifrån patientens behov. Det är en process som ska bidra till ökat inflytande och delaktighet för den enskilde. SIP används inte i dag i den utsträckning som önskas. Utifrån det länsövergripande arbetet kring SIP har legitimerad personal och biståndshandläggare deltagit på digitala utbildningar. I slutet av året har SIP-ombud utsetts i verksamheterna för att underlätta och förbättra användningen av SIP och kvaliteten. Vi ser ännu inget resultat för ökat antal genomförda SIP.

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022

Samtliga personer över 65 år som bor på särskilt boende eller har hemtjänst har under året erbjudits att besvara socialstyrelsens enkät *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*. Undersökningen är en del i Öppna jämförelser som är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Senast undersökningen gjordes var år 2020.

På nationell nivå är det hos personer som bor på särskilt boende jämfört med 2020 en högre andel som bedömer det allmänna hälsotillståndet som mycket eller ganska gott och som inte besväras av ångslan, oro och ångest. Övriga resultat i årets undersökning har generellt förändrats i en negativ riktning. Resultaten från 2022 års undersökning bör dock ses i kontexten av att coronapandemin pågått i två år när svaren samlades in. Detta har påverkat samhället generellt och tillvaron för många personer med äldreomsorg i synnerhet.

I vår kommun är det 40 – 60 % av de tillfrågade på särskilt boende och 59% av de tillfrågade i hemtjänsten som valt att besvara enkäten. Sammantaget visar svaren från de som valt att besvara enkäten att resultatet likt nationell nivå, förändrats i negativ riktning, men att det även finns vissa områden där svaren förändrats i positiv riktning.

På särskilt boende svarade 96% (100% 2020) att det får bra bemötande från personalen. 91% (100% 2020) känner sig trygga på sitt boende, 75% (94% 2020) känner förtroende för personalen och 78% (93% 2020) tycker att de har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov.

I hemtjänsten svarade 98% (97% 2020) att de får ett bra bemötande från personalen. 89% (92% 2020) känner sig trygg hemma med hemtjänst, 91% (95% 2020) känner förtroende för personalen och 81% (82% 2020) tycker att det är lätt att få kontakt med hemtjänstpersonalen vid behov.

För de frågor där andelen positiva var lägst i särskilt boende, svarade 39% (43% 2020) att de kan påverka vilka tider man får hjälp, 48% (50% 2020) att personalen brukar informera om tillfälliga förändringar, 43% (46% 2020) svarade att möjligheterna att komma utomhus är bra, 42% (69% 2020) är nöjd med de aktiviteter som anordnas, 29% (64% 2020) tycker det är lätt att få träffa läkare vid behov och 44% (75% 2020) vet vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål vid behov.

För de frågor där andelen positiva svar var lägst i hemtjänsten, svarade 46% (65% 2020) att de kan påverka vid vilka tider personalen kommer, 63% (72% 2020) svarade att personalen brukar meddela i förväg om tillfälliga förändringar, 46% (47% 2020) besväras inte av ensamhet och 66% (68% 2020) vet vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål vid behov

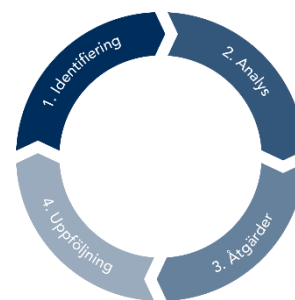
På frågan om hur nöjd man är sammantaget, var andelen positiva svar för särskilt boende 78% (94% 2020) och för hemtjänsten 94% (93% 2020).

Att pandemin kan ha påverkat resultatet för svaren i kommunen är mer påtagligt när det gäller särskilt boende än hemtjänst. Något som kanske inte är så konstigt då de boende där under denna period inledningsvis haft besöksförbud, därefter restriktioner om säkra besök och samtidigt inställda och anpassade aktiviteter för att skyddas från smitta. Under lång period inledningsvis under pandemin kom inte heller läkare till boendet för fysiska besök. Något som skulle kunna vara en anledning till att andelen som tycker det är lätt att få träffa läkare har sjunkit från 64% till 29%.

Något som inte bör vara kopplat till pandemin men som är anmärkningsvärt för särskilt boende är att andelen som vet vart man vänder sig med klagomål och synpunkter sjunkit från 75% till 44%. Detta kommer verksamheten under 2023 se över och åtgärder kommer vidtas för att förbättra kännedomen om vart man vänder sig med klagomål och synpunkter, både för medborgare, boende och medarbetare.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Egenkontroll skall utföras systematiskt för att följa upp och kontrollera verksamhetens resultat så att den bedrivs enligt fastställda processer och riktlinjer. Verksamheterna bedriver olika typer av kontroller beroende på verksamhetens innehåll.



Förvaltningsövergripande egenkontroll

I oktober svarar alla verksamheters enhetschefer på ett stort antal förvaltningsövergripande egenkontrollfrågor. Vid årets egenkontroll var andelen JA-svar 84%. En svag ökning jämfört med 83% 2021. För de utvecklingsområden som identifieras tar verksamheterna fram handlingsplaner. Gemensamma identifierade utvecklingsområden för omsorgsförvaltningen är bland annat årliga analyser av den egna verksamhetens avvikelser, klagomål- och synpunkter, lex Maria samt lex Sarah. Arbetet med genomgång och uppdatering av ledningssystemets processer och dokument är ett annat identifierat område liksom kontroll av loggar.

Det har skett egenkontroller kopplade till hälso-och sjukvård inom vård- och omsorgsverksamheterna under året. Det finns dock ingen tydlig övergripande plan. Egenkontrollerna som genomförs under året bör vara väl kända i verksamheterna samt att det finns ett uttalade forum där resultat, åtgärder och uppföljning lyfts och diskuteras. Hur ofta egenkontroller inom ett visst område ska genomföras beror på hur hög risken som identifierats är. Målet för år 2023 är att en övergripande plan för egenkontroller upprättas.

Specifika egenkontroller

Infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) går många gånger att undvika genom att minska onödiga ingrepp och förhindra smittspridning. Merparten av alla patienter med en vårdrelaterad infektion behandlas dessutom med antibiotika. Därför är det viktigt även ur

antibiotikaresistenssynpunkt att minska risken för smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner

Mål: Minska förekomst av infektioner

Resultat: Särskilt boende för äldre samt korttidsenhet rapporterar var tredje månad antal infektioner till Vårdhygien region Uppsala. Varje år sammanställs en rapport av infektionsregistrering som skickas ut till länets kommuner. I tabell nedan visas antal rapporterade infektioner under år 2022 på särskilt boende för äldre samt korttidsenhet. Covid-19 infektioner är inte med i denna sammanställning.

Lung-inflammation	Urinvägsinfektion med KAD	Urinvägs-Infektion utan KAD	sårinfektion	Misstänkt eller konstaterad Clostridium	influensa	magsjuka	Annan hud och mjukdels infektion	Annan infektion
7 (7)	4 (4)	11(14)	13 (8)	0 (9)	2 (4)	0 (12)	10 (13)	3 (3)

Tabell Antal infektioner rapporterade under året. Siffran i parantes är från föregående år.

Analys: Den infektion som har ökat jämfört med föregående år är sårinfektioner. Ett mål i handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner är att minska förekomst av sårinfektioner vid trycksår. Statistiken svarar dock inte på om det är trycksår eller inte. Verksamheterna har inte haft möjlighet att arbeta fullt ut med handlingsplanen vilket kan vara en bidragande orsak till att målet inte är uppnått.

Vaccinationen mot säsongsinfluensa ger aldrig ett 100-procentigt skydd men sjukdomen blir oftast lindrigare hos dem som har vaccinerats. Under höstens influensasäsong har två patienter på särskilt boende för äldre och korttidsenheten haft symtom och provtagits positivt för influensa. Den relativt låga siffran kan till viss del bero på hög vaccinationstäckning mot influensa.

Under året finns det ingen rapporterad patient med magsjuka på särskilt boende för äldre och korttidsenheten. Risken för smittspridning är hög vid magsjuka, vilket innebär att en patient med magsjuka på en enhet kan smitta många andra. För att förhindra smittspridningen vid magsjuka krävs att verksamheten agerar fort och följer vårdhygieniska rutiner.

Åtgärder: Genom hög följsamhet till hygienrutiner och klädregler kan infektioner förebyggas. Åtgärder för att öka följsamheten till basala hygienregler och klädregler är presenterad under nedanstående rubrik. En övergripande handlingsplan för vårdrelaterade infektioner finns. På grund av hög arbetsbelastning har verksamheterna inte haft möjlighet att arbeta med alla aktiviteter. Arbetet med att uppnå målen fortsätter nästkommande år. De viktigaste åtgärderna för att förebygga smittspridning och allvarlig sjukdom vid influensa är vaccination. Vaccinationstäckningen hos patienter på särskilt boende för äldre är hög, endast enstaka personer är ovaccinerade på grund av att de har tackat nej till erbjudandet. Vid misstanke om smittutbrott av exempelvis magsjuka måste verksamheterna agera snabbt för att förhindra smittspridning. För att möjliggöra ett snabbt agerande har en checklista tagits fram som stöd.

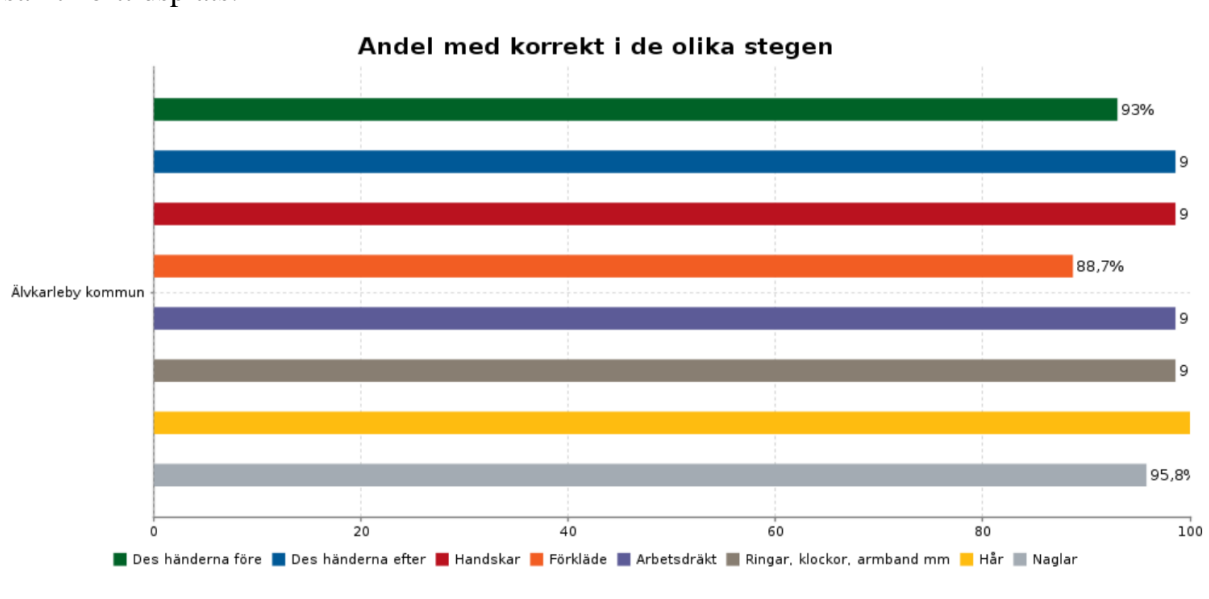
Uppföljning: Vidtagna åtgärder kommer att följas upp genom infektionsregistrering under nästkommande år samt statistik från BHK-mätningarna. Vid större smittutbrott ska händelseanalys utföras vilket ska användas vid uppföljning.

Följsamhet till hygienrutiner och klädregler

En viktig åtgärd för att förhindra infektioner och smittspridning är hög följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Syftet med att mäta följsamheten till basal hygien och klädregler är att nå hög följsamhet som ligger konstant över tid. Resultatet av observationsmätningarna ska användas i förbättringsarbetet.

Mål: Hög följsamhet till basala hygienregler och klädregler.

Resultat: Följsamheten till hygienregler och klädregler ska mätas varje månad och registreras i SKRs databas på särskilt boende för äldre samt korttidsenhet. Genom att registrera resultat i SKRs databas kan resultatet jämföras med andra kommuner samt följa resultat över tid. Resultatet som presenteras är ett exempel från en månads observationsmätning som utfördes gällande basal hygien och klädregler under december månad 2022 på särskilt boende för äldre samt korttidsplats.



Analys: Observationsmätningarna har inte genomförts på alla enheter i den omfattning under året som är beslutat. Anledning till det kan vara att det skedde förändringar i systemet under våren vilket resulterade i att rapportörerna inte kom in i systemet och medförde att mätningar uteblev under en tid. Efter detta har inte antal mätningar riktigt återgått till att ske enligt rutin. Förkläde används inte alltid i de situationer vi ska och det har skett en försämring jämfört med föregående år (88,7 % jämfört med december föregående år som var 95,6%). En brist som även identifierats under tidigare år är desinficering av händer före arbetsmomentet. Jämfört med tidigare år en förbättring skett men behov av ytterligare förbättring kvarstår. (93% i år jämfört med december föregående år som var 89,7%). Handdesinfektion finns lättillgänglig i lokalerna så förutsättningar finns för att kunna desinficera händerna. Naglar är också något som verksamheten bör förbättra.

Åtgärder: Observationsmätning på särskilt boende för äldre samt korttidsplats har skett under året. Under 2022 har även utbildning påbörjats för medarbetare i ordinärt boende för att de ska kunna utföra dessa mätningar. Målet är att starta observationsmätningarna under 2023 även i ordinärt boende. Det har utbildats fler hygienombud i verksamheterna, två gånger per år har hygienombuden nätverksträff med hygiensjuksköterskan från Vårdhygien. Ny författning kring smittskyddsåtgärder har kommit under året, den lokala rutinen är justerad utifrån den nya författningen. Författningen ställer höga krav på bland annat utbildning därav har tillsvidareanställda medarbetare under hösten fått praktisk utbildning/träning samt utfört ett praktiskt test inom basal hygien och klädregler. I introduktionsprogrammet för nyanställda medarbetare ingår utbildning kring basal hygien och klädregler, förändring som skett i utbildningen under året är att medarbetare får avsluta utbildningen med ett kunskapstest. Hur utbildning ska se ut framgent har varit en del i det större arbetet där man ser över hela introduktionsprogrammet. Handlingsplan för utbrott av smittsamma sjukdomar ska finnas på särskilt boende och den ska skickas till smittskydds enheten enligt överenskommelse i VIS. Enhetschefer har fått inbjudan att gå utbildning i utbrottshantering januari 2023.

Uppföljning: Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler följs upp kontinuerligt under året genom registrerat resultat i SKRs databas.

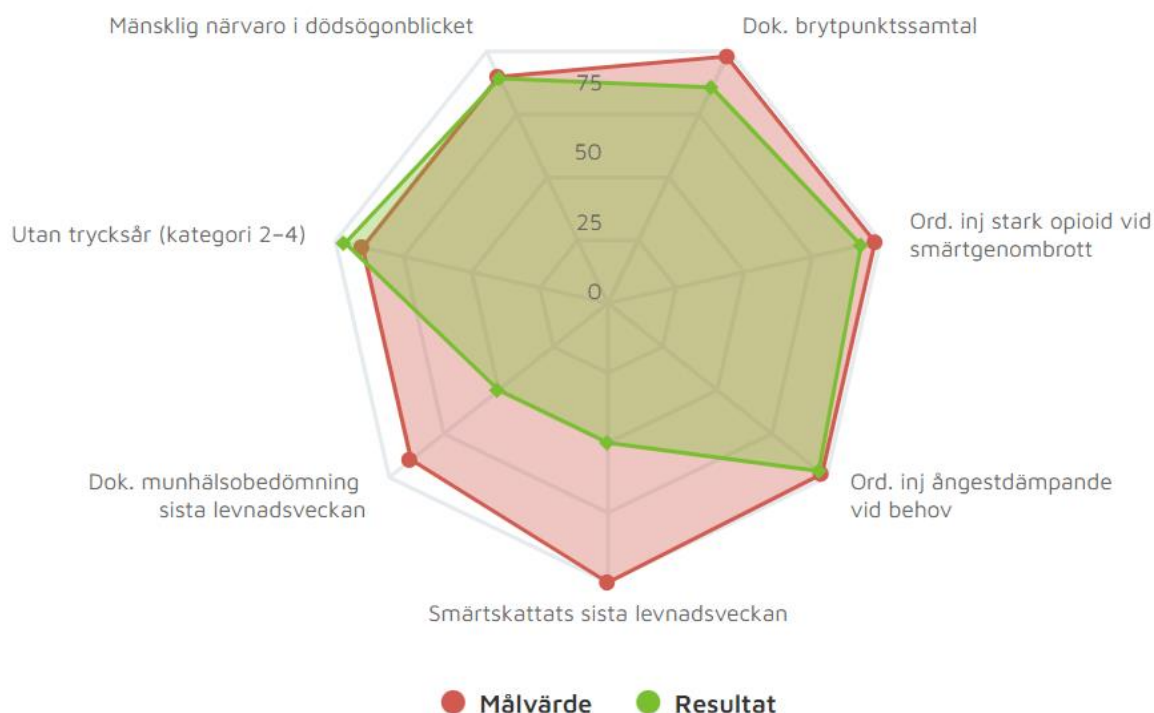
Palliativ vård

Kvalitetsindikatorer för god palliativ vård är brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård, frånvaro av trycksår hos avlidna, munhälsobedömning, smärtskattning under sista levnadsveckan, vid behovsordination av opioider mot smärta, vid behovs-ordinationer av ångestdämpande läkemedel.

Mål: Att skapa bästa möjliga livskvalitet samt att lindra lidandet utifrån den enskildes önsningar och behov.

Resultat: Diagrammet nedan är uppgifter från palliativa registret från januari 2022 till december 2022 och omfattar både patienter på särskilt boende för äldre, korttidsenhet och ordinärt boende. Av de under året registrerade i palliativa registret har 85,7% fått brytpunktssamtal. Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan är 50%, dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är 50% och patienter utan trycksår som är dokumenterade är 96,4%. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 89,3%, ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott 92,9%, ordination injektion ångestdämpande vid behov 96,4%.

Period 2022-01 - 2022-12



Analys: En kvalitetsindikator är ett mått på kvalitet inom ett visst område av vården som regelbundet registreras med syfte att initiera och följa förbättringsarbetet. Med att uppfylla kvalitetsindikatorerna inom palliativ vård ökar möjligheterna till att säkerställa en god palliativ vård. Utan trycksår är en indikator där verksamheten uppnår socialstyrelsens målvärde. Mänskligt närvarande i dödsögonblicket och ordination injektion ångestdämpande vid behov är två indikatorer där verksamheterna nästan uppnår socialstyrelsens målvärde. Dokumentation kring smärtskattning sista levnadsveckan och dokumentation munhälsobedömning ligger långt från socialstyrelsens målvärde, även dokumenterad brytpunktssamtal är ett område som måste förbättras. Dessa områden var även en brist föregående år så arbetet för att uppnå målen kommer att fortskrida nästkommande år.

Åtgärder: Verksamheterna kommer att arbeta med samma mål som för 2022. För att utveckla den palliativa vården har fler medarbetare under året utbildats till palliativa ombud. Ombuden ska tillsammans med chef verka för en utveckling och förbättring av den palliativa vården på respektive enhet samt vara ett stöd till övriga medarbetare. Ombuden inom vissa enheter har under året arbetat med att ta fram exempelvis stödmaterial/checklistor vid vård i livets slutskede. Eftersom ombuden inte fått rätt förutsättningar till att utveckla det lokala arbetet har i slutet av året en nystart skett kring hur ombudens lokala arbete ska genomföras, detta kommer att fortgå nästkommande år. En åtgärd som är planerad och kommer att påbörjas under 2023 är att hela palliativa vårdprocessen ska ses över och utifrån behov skapa verktyg och stöd som ska ge medarbetare förutsättningar att ge en så god och personcentrerad, palliativ vård som möjligt.

Uppföljning: Resultat följs upp i palliativa registret.

Läkemedelshantering

Mål: Att inga vårdskador inträffar orsakat av brister i läkemedelshantering.

Resultat: Under våren genomfördes en extern läkemedelsgranskning och under hösten har egenkontroll genomförts. Läkemedelsrum har granskats och stickprov har gjorts i läkemedelsförråd på enheter. Den allvarligaste bristen som uppmärksammades vid egenkontrollen var att verksamheten inte hanterar vissa flytande läkemedel på ett säkert sätt. Verksamheterna har även generellt ett högt antal avvikelser gällande läkemedel, se avsnitt avvikelser.

Åtgärder: Nytt arbetssätt på hur sjuksköterskan doserar och kontrollera utlämnade av en viss sorts flytande läkemedel.

Uppföljning: Uppföljning sker via avvikelser samt tillsammans med sjuksköterskor.

Medicinsk vårdplanering

En medicinsk vårdplanering ska erbjudas minst en gång om året, men också vid påtaglig försämring i patientens hälsotillstånd och inför livets slut. I samband med medicinsk vårdplanering ska även läkemedelsgenomgång utföras.

Mål: Patienter ska erbjudas en vårdplanering samt läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

Resultat: Egenkontroll genomfördes under november 2022 kring senast utförd vårdplanering på särskilt boende för äldre. Den visar att 78% av patienterna på särskilt boende har genomgått en vårdplanering inom ett år.

Analys: Anledningen till att inte alla fått vårdplanering beror delvis på att några som fått erbjudande har tackat nej samt att några nyinflyttade ännu inte hunnit genomföra medicinsk vårdplanering. Andra anledningar kan vara att man ännu inte hunnit komma i fas med den vårdskuld som uppstått under pandemin. Att verksamheten behövt prioritera akuta hälsotillstånd samt att man saknat ett tydligt och strukturerat förfarande kring utförandet av vårdplaneringar.

Åtgärd: Att säkerställa arbetssätt kring vårdplaneringar och läkemedelsgenomgångar är även ett prioriterat område i handlingsplanen för patientsäkerhet. Åtgärden som är genomförd under året är att ta fram ett verktyg, årshjul som ska tydliggöra alla årets vårdplaneringar samt under vilken tid dessa ska utföras. En annan åtgärd är att i samverkan med verksamhetschef för regional primärvård (vårdcentralen) har diskussion skett kring strategier för att säkerställa att medicinska vårdplaneringar genomförs i den omfattning de ska.

Uppföljning: En ny egenkontroll genomförs under 2023

Loggkontroller

För att verksamheterna ska kunna säkerställa att inte medarbetare missbrukar åtkomst till brukares, patienters och klienters personuppgifter ska loggkontroller genomföras regelbundet.

Mål: Förebygga att ingen medarbetare tar del av uppgifter de inte behöver för att kunna utföra sitt uppdrag.

Resultat: Under året har inte loggkontroller utförts och rapporterats i den utsträckning som ska ske enligt rutin. Endast 50% av förvaltningens enheter har svarat ja på frågan om loggkontroller utförts enligt rutin.

Analys: Orsaken till att loggkontroller inte utförs enligt rutin kan vara hög arbetsbelastning samt vakanta chefstjänster och tillfälliga konsultchefer. Verktyg i form av rutin, blankett och lathund finns. Tätare uppföljning med ansvariga chefer kring att loggkontroller utförs enligt rutin är en åtgärd som behöver göras.

Åtgärd: Uppdatering av rutin och lathund har genomförts under året. Flera av de chefstjänster inom förvaltningen som varit delvis vakanta under 2022 är nu tillsatta samt en omorganisation pågår inom vård- och omsorg som bör minska arbetsbelastningen för enhetschefer.

Uppföljning: Ansvarig chef ansvarar för att kontinuerligt följa upp att loggkontroller utförs.

Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

Alla medarbetare har skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Medarbetare ska dagligen i sitt arbete identifiera risker i verksamheten så att det går att åtgärda innan en allvarlig händelse sker. Vid en identifierad risk ska den person som upptäcker risken skyndsamt vidta de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. När en oförväntad händelse har skett ska den rapporteras i form av avvikelser. Händelser ska alltid bedömas, utredas, åtgärdas och följas upp.



Lex Maria

Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria (HSLF-FS 2017:41) samt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:657) gäller rapporteringsskyldighet för samtliga verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

En negativ händelse identifieras oftast genom att en avvikelse skrivs. I de fall då händelsen handlar om vårdskada och bedöms som allvarlig ska ansvarig chef informera medicinskt ansvarig sjuksköterska som utför utredning och bedömer händelsens allvarlighetsgrad och om anmälan till IVO skall göras. Fyra händelser har i det första skedet bedömts som allvarliga vilket har resulterats i att lex Maria utredning inletts, när utredning samt åtgärdsplan är klar har beslut tagits om att inte göra en anmälan till IVO. Händelserna handlar om beslutade HSL-insatser från sjukgymnast/fysioterapeut som inte genomförts enligt ordination samt avsaknad av dokumentation. En händelse handlar om att det saknas tydlighet i hur medarbetare på ett lätt sätt ska kunna införskaffa sig information kring om beslut finns gällande behandlingsbegränsning. En annan händelse handlar om hur omvårdnadspersonal prioriterar akuta trygghetslarm och den sista händelsen handlar om läkemedelsändringar efter sjukhusvistelse från ett annat län. Utredningarna har visat på bristande kunskap och avsaknad av tydliga rutiner och arbetssätt, detta har resulterat i åtgärder som nya arbetssätt samt informationsinsatser.

Lex Sarah

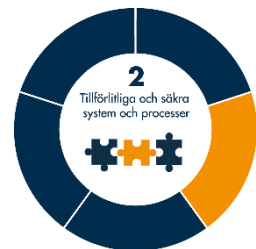
Enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen (SoL) och 24 a § i lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är samtliga medarbetare som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och i verksamhet enligt LSS skyldiga att rapportera missförhållanden eller risker för missförhållanden inom verksamheten. Enhetschef ansvarar för att utreda rapport och verksamhetschef tar ställning till om det rör sig om ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande som då anmäls av verksamhetschef till IVO.

Under 2022 inkom sex lex Sarah-rapporter. Inom enheten för särskilt boende har en rapport gjorts gällande att en boende oupptäckt inte skött sin mage inom rimlig tid. Händelsen har bedömts som risk för missförhållande, men anmälan till IVO har inte gjorts. En rapport har gjorts i enheten för ekonomiskt bistånd gällande sekretessbrott. Den har inte bedömts som ett allvarligt missförhållande och har inte anmälts till IVO.

Inom enheten för barn och familj har fyra rapporter gjorts. En rapport gällande brister i kommunikation med vårdnadshavare kring handläggning, bedömdes inte vara ett allvarligt missförhållande och anmäldes inte till IVO. En rapport gällande att utredning inte inletts trots att uppgifter om förekommande våld i familj med flera barn fanns tillgängliga, har bedömts som påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande men anmälan har inte gjorts till IVO. En rapport gällande att delegationsordningen inte följts vid beslutsfattande om LVU har bedömts vara ett allvarligt missförhållande, men anmälan till IVO har inte gjorts. En rapport gällande återkommande brister i utredningarna i ett ärende, bedömdes som allvarligt missförhållande och har anmälts till IVO. Anmälan gjordes sent på året så återkoppling från IVO har ännu inte inkommit.

Tillförlitliga och säkra system och processer

I förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, QPR, är samtliga av verksamheternas processer beskrivna och tillhörande dokument i form av riktlinjer, rutiner, arbetsbeskrivningar, checklistor och lathundar kopplade. Årligen skall processer och kopplade dokument gås igenom och uppdateras efter behov. Ledningssystemet skall vara en hjälp i arbetet och syftar till att säkerställa kvalitet. Dock visar den förvaltningsövergripande egenkontrollen att ledningssystemet inte används i den omfattning som önskas samt att uppdatering av processer och kopplade dokument inte görs enligt rutin. Detta riskerar kvaliteten och säkerheten i verksamheten.



Avvikelserna hanteras i en modul i verksamhetssystemet Treserva där varje avvikelse ska registreras, utredas och åtgärder planeras och följas upp för att säkerställa kvalitet.

Kvalitetsregister som exempelvis Senior alert och palliativa registret är system som verksamheten använder. Systemen främjar ett systematiskt arbetssätt och ger verksamheten möjlighet till att utvärdera och följa upp den vård som ges.

In och utskrivning från sjukhus är en riskfylld process där risk för vårdskador finns. Samverkan i vårdkedjan och informationsöverföring är områden som måste fungera för att kunna uppnå en patientsäker vård. För säkrare informationsöverföring har

kommunikationsverktyget Cosmic Link införts under året. I och med införandet av Cosmic Link har legitimerad personal i kommunen, efter inhämtat samtycke hos patient, möjlighet att ta del av patientens journal hos region Uppsala. Detta har medfört en säkrare informationsöverföring och legitimerad personal kan på ett säkrare sätt följa patientens vård och behandling som ges av en annan vårdgivare.

Delegeringsprocessen är komplex och kräver rätt utbildning till rätt person i rätt sammanhang innan den legitimerade medarbetaren gör bedömning av lämplighet inför delegering. Eftersom delegering endast får ske när det är förenligt med god och säker vård måste delegeringsprocessen regelbundet följas upp. Under året har delar i processen skapats eller ändrats för att bli säkrare. Det finns fortfarande förbättringsområden och hur processen ska se ut framgent har varit en viktig fråga i arbetsgruppen som ser över hela introduktionsprogrammet. Under året har ett arbete pågått kring att tydliggöra vilka ordinerade insatser som ska delegeras av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast. Arbetet kommer att fortsätta under år 2023.

Varje månad mäts och registreras följsamheten till basal hygien och klädregler i SKRs databas. Under året har denna observationsmätning utförts på särskilt boende för äldre samt korttids. Genom att registrera resultatet i databasen kan verksamheten på ett systematiskt sätt identifiera brister, åtgärda och följa upp resultat. Punktprevalensmätningarna ger också möjlighet att jämföra resultaten med nationella resultat.

Utredningstid myndighet

För att individen skall få den hjälp den behöver utifrån sina behov är det viktigt med säkra och skyndsamma processer. Inom IFOs enheter görs utredningar utifrån inkomna ansökningar och anmälningar och skall bedrivas skyndsamt. För barn skall en utredning vara färdigställd inom fyra månader. Utredning utifrån ansökan från en vuxen skall också bedrivas skyndsamt, men det finns inget krav på hur fort den ska vara färdigställd. Enligt tabell nedan framgår hur lång den genomsnittliga tiden var för de utredningar som avslutades under det gångna året inom de olika enheterna. För de utredningar som överskridit utredningstiden inom Barn och familj har avvikelserapport upprättats.

Enhet	Genomsnittlig utredningstid i dagar	Längsta utredningstid i dagar	Kortaste utredningstid i dagar
Barn och familj (0-17 år)	95	271	1
Vuxen	82	182	10
Ekonomiskt bistånd	22	298	1
Biståndshandläggning enligt SoL	5	149	1
Biståndshandläggning enligt LSS	14	90	1

Säker vård här och nu

En orsak till vårdskador är bristande kommunikation inom verksamheten eller mellan olika huvudmän. Patienter som har kommunal primärvård är många gånger svårt sjuka med fler vårdkontakter. För att patienten ska få en god och säker vård krävs en god kommunikation både internt och mellan kommun och region. Kommunen och regionen har olika journalsystem vilket försvårar kommunikationen. I och med införandet av Cosmic Link har kommunen tillgång till Messenger som är en säker mail, detta möjliggör en säkrare kommunikation mellan regionen och kommunen. Ett annat sätt att förbättra kommunikationen mellan regionen och kommunen är att identifiera brister samt rapportera detta i form av avvikelser. Avvikelse till annan vårdgivare gällande bristande kommunikation har varit överrepresenterade även under år 2022. Regionen har identifierat tre händelser kopplade till hälso- och sjukvård som är skickade som avvikelser till kommunen under året. Dessa har handlat om bemötande och fördröjning i hemtagandet efter utskrivning från slutenvården. En avvikelse har inkommit till IFO rörande SIP.



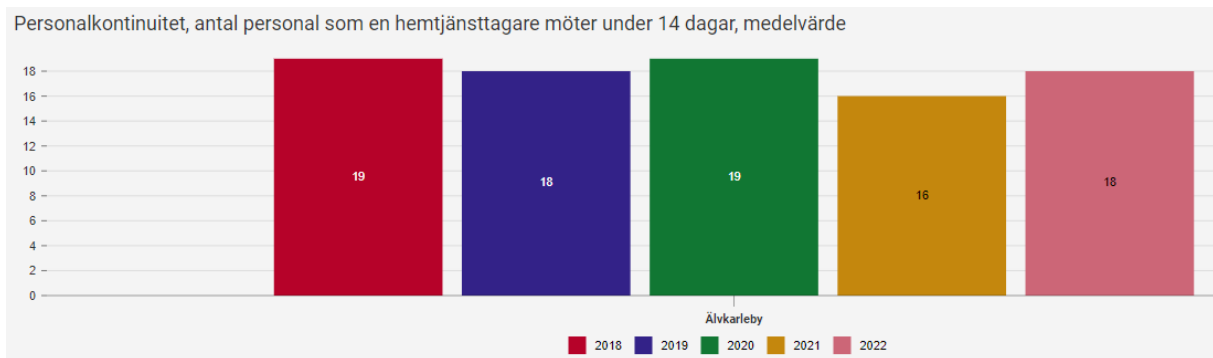
Periodvis under året har det varit hög arbetsbelastning inom slutenvården. Detta resulterar många gånger i korta vårdtider på sjukhus med snabba utskrivningar till hemmet. Detta ställer höga krav på samordning och planering. Innan kommunal primärvård ska utföra specialiserad vård i hemmet utförs en riskbedömning för att säkerställa att patientsäkerheten kan upprätthållas. Under året har det även varit hög arbetsbelastning med hög frånvaro inom vård och omsorg relaterat till kvarvarande pandemirestriktioner om att stanna hemma vid symtom. Detta kan riskera patientsäkerheten eftersom hög frånvaro hos ordinarie medarbetare innebär större andel vikarier som många gånger har lägre kompetensnivå och mindre patientkännedom.

Läkemedelshantering är ett riskfyllt moment. Under året har arbetssätt utvecklats kring läkemedelshantering och delegering. Leveransproblem av hjälpmedel har förekommit under året vilket medför längre väntetider på hjälpmedel samt alternativa lösningar. Detta påverkar patientsäkerheten samt försvårar arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas arbete. Tio stycken digitala läkemedelsautomater har införskaffats och sju av dem har implementerats under året i ordinärt boende. Vid uppföljningar har vi sett att de patienter som fått läkemedelsgivare har följsamheten varit minst 99%. På grund av det goda resultatet har ytterligare tio stycken upphandlats.

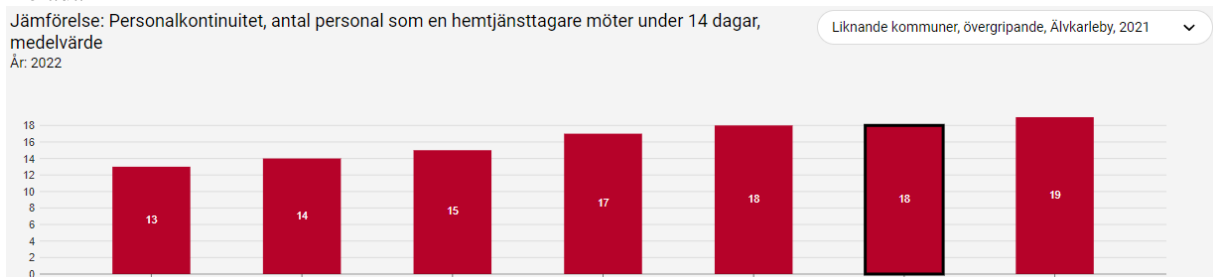
Kontinuitet är viktigt för patientsäkerheten och skapar trygghet för patient och anhöriga. Om samma medarbetare alltid träffar samma patient är det lättare att upptäcka förändringar i måendet och följa effekten av olika behandlingar. Målet för SKR och regeringen är att de som bor på särskilt boende för äldre ska minst 80 procent ha en fast namngiven läkarkontakt vid utgången av år 2022. Detta mål uppnåddes redan under år 2021 då en punktmätning genomfördes som visade på att Älvkarleby har namngiven fast läkarkontakt och fast vårdkontakt på 100 procent av de boende.

Inom hemtjänst mäts kontinuitet varje år utifrån hur många olika medarbetare en hemtjänsttagare möter i genomsnitt under 14 dagar. För 2022 var siffran 18 för kommunen. Att siffran är hög kan dock inte enbart förklaras med att pandemin inneburit höga

sjukskrivningstal och många vikarier i verksamheten då siffran under tidigare år varit ungefär densamma. I jämförelse med alla kommuner har vi inte högst siffra, men i jämförelse med liknande kommuner ligger vi bland de högsta. I det utvecklingsarbete som pågår i hemtjänsten nu är en viktig åtgärd att se över planering och schema som en del av det som måste förbättras.



Kolada



Kolada

Riskhantering

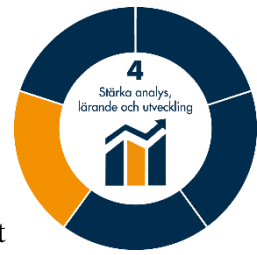
Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma och identifiera händelser som riskerar att leda till brister i verksamhetens kvalitet. För att nå ett framgångsrikt resultat är det nödvändigt att arbeta riskmedvetet och förebyggande med målet att vårdskador/missförhållanden aldrig ska inträffa. Risker kan aldrig helt undvikas men genom tidig riskidentifiering och förebyggande åtgärder kan riskerna minskas och patientsäkerheten stärkas. Varje medarbetare ska i sitt dagliga arbete identifiera och rapportera risker. En riskanalys kan göras på lokal- och på verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Verksamheten utför riskanalys vid exempelvis förändringar i verksamheten där ett införande av nytt arbetssätt kan äventyra verksamhetens kvalitet. Riskanalys utförs även runt den enskilda patienten där det finns risk för att patientsäkerheten inte kan upprätthållas. Under år 2022 har riskanalyser kopplat till pandemin utförts. Det har varit en balansgång mellan att skydda sårbara personer men samtidigt inte begränsa patienternas livskvalitet. Riskanalyserna har exempelvis handlat om risker för smittspridning vid gemensamma aktiviteter.

Många avvikelser resulterar inte i allvarliga konsekvenser för den enskilde individen men risken kan vara hög att allvarliga konsekvenser kan inträffa. Det är viktigt att detta utreds för att förhindra att det händer igen. Vid utredning av avvikelse ska allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad bedömas och riskmatris fyllas i.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Inom vård- och omsorg har under året de flesta avvikelserna registrerats inom kategorierna läkemedel och fall. Dessa kategorier har även varit överrepresenterade under tidigare år.



Läkemedelsavvikelser har ökat totalt sett jämfört med förra året och främst inom ordinärt boende. Detta kan bland annat bero på att den digitala app för signering av läkemedel som implementerats under senaste året inte fungerat optimalt. Bland annat har nedräkningen av narkotiska preparat inte stämt. Detta har inneburit ökat antal läkemedelsavvikelser kopplat till teknisk funktion istället för feladministrering. En annan orsak är ökad belastning med många nya patienter samtidigt som det introducerats många nya vikarier vilket kan ha påverkat ökningen.

Utifrån totalt högt antal läkemedelsavvikelser har bland annat delegeringsprocessen justerats för att uppnå en mer patientsäker hantering av läkemedel. Fler åtgärder som är utförda är egenkontroll av läkemedelshantering samt extern granskning av Apotek AB är utförd. En del i delegeringsprocessen som tillkommit under hösten är bland annat att sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har fått handfasta checklistor för att kvalitetssäkra processen för introduktion och delegering.

Avvikelser har registrerats om att förväxling av läkemedel har skett i särskilt boende för äldre, vilket innebär att patient har fått en annan patients läkemedel. En sådan förväxling kan leda till allvarlig vårdskada. Utredning av dessa avvikelser visar att orsaken till att detta inträffar ofta är en stressad miljö vid läkemedelshantering och runt läkemedelskåp. Detta leder till att medarbetare blir störda och distraherade vid administreringen av läkemedel. Detta är också en risk som Apoteket AB har påpekat vid läkemedelsgranskningen. Åtgärd utifrån detta är att ändra arbetssätt så att läkemedel förvaras och administreras inne i patientens lägenhet. Arbete med detta har påbörjats och planeras vara klart för implementering i början av 2023. En annan åtgärd som kommer att leda till en mer patientsäker läkemedelshantering är de läkemedelsautomater som införts under året.

När det gäller signerings-appen har åtgärder införts i slutet av året för att minimera de fel som skett under året med bland annat nedräkning av narkotika. Det är dock för tidigt för att kunna utvärdera om dessa har givit effekt. Utbildningar har även genomförts under året av speciellt utsedda sjuksköterskor för att möjliggöra implementering av appen i alla verksamheter. Inom funktionshindreomsorgen har dock inte implementering inletts ännu, men planeras att genomföras i början av 2023.

När det gäller fallavvikelser har ett mål under året varit att analysera och ta fram en åtgärdsplan för att förebygga fall, detta arbete har inte genomförts som planerat. Dock har det pågått arbete för att förebygga fall. För att lyckas med fallprevention krävs samlad kompetens från olika professioner. Inom vissa enheter har det identifierats brister kring hur teamet samarbetar kring och med patienten. En planering har påbörjats under året för att utveckla och effektivisera teamsamverkan. Ett välfungerande teamarbete kommer med all sannolikhet minska förekomst av fallhändelser. På särskilt boende upplevs att teamsamverkan fungerat bra. Något som kan vara en bidragande faktor till att antalet fallavvikelser under året minskat markant, 263 under 2022 jämfört med 352 året innan. Även det nya arbetssättet med en arbetsterapeut samt en deltids sjukgymnast på särskilt boende för äldre kan vara en

bidragande faktor för denna förbättring. Denna insats har tydligt genererat utökad kontinuitet, ett mer nära samarbete med omvårdnadspersonal samt större möjlighet till förebyggande arbete. Det har även skett en liten minskning av antal fallavvikelser i ordinärt boende. En annan åtgärd som har genomförts under året är att en fallrutin har upprättats med tillhörande checklista som stödjer medarbetare i vilka uppgifter som ska ingå i en fallavvikelse samt ett stöd för hur en händelse ska utredas.

Även om antal fall under året minskat totalt är det ett område med stort antal avvikelser. Ett fall kan förorsaka ett stort lidande för den enskilde varför detta område fortsatt måste ha hög prioritet i förbättringsarbetet.

Ett område som ökat markant under året är antalet avvikelser för hjälpmedel, utrustning, och teknik. Inom särskilt boende för äldre som är en av de verksamheter som står för den största ökningen handlar avvikelserna främst om brister i funktion hos rörelselarm samt att rutiner kring rörelselarm inte följts. Inom funktionshindreomsorgen handlar de flesta avvikelserna om att en ordination om att vara två personal på gruppboende vid användande av ett särskilt hjälpmedel inte har kunnat följas hos en och samma patient.

Det har framkommit brister i dokumentationen. För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård- och behandling. Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården ska finnas dokumenterad i patientjournalen. Journalgranskning är ett förbättringsområde. En rutin har under året tagits fram för hur granskningen ska göras. Verksamheten provar den i liten skala för att sedan kunna implementera den under 2023. Den strukturerade journalgranskningen är en brist som även framkommit i arbetet med handlingsplanen för patientsäkerhet.

Ett flertal avvikelser har rapporterats under året om att ordinationer/instruktioner från arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast inte är genomförda samt dokumenterade på ett korrekt sätt. Arbetet med detta har pågått under året. Vård- och omsorgsledningsgrupp har återkommande diskuterat åtgärder för att förbättra detta. Medicinsk ansvarig sjuksköterska har deltagit på arbetsplatsträffar med omvårdnadspersonal och informerat om vikten av att utföra insatser enligt ordination samt dokumentera. Rutinen för delegeringar har justerats. Ett arbete har påbörjats under året med kommunens legitimerade rehabpersonal för att ta fram ett arbetssätt som ska tydliggöra ordinationer och delegeringsprocessen. En åtgärd för att minimera risken för detta har varit att en pilot har genomförts på korttidsenheten där ordinerade träningsprogram från fysioterapeut/sjukgymnast signeras i samma app som för signering av läkemedel.

För IFO är det avvikelser kring dokumentation som varit överrepresenterade och främst inom enheten barn och familj. Avvikelserna har bland annat handlat om brister i journalföring, felaktig hantering i Treserva, brister i att hantera sekretessuppgifter, flertalet sena utredningar, brister i hantering kring att utreda våld mot barn, samråda med Barnahus, för få och för ytliga barnsamtal och brister i rutiner kring hur vi hanterar ansökan när det inkommer anmälningar i pågående ärende. Åtgärder som vidtagits för att säkerställa handläggningen är att enheten har förstärkt bemanningen vad gäller arbetsledande funktion sedan september 2022. En biträdande enhetschef med ansvar för den operativa verksamheten dvs all handläggning, uppföljning och utredning har anställts. Biträdande enhetschefs uppdrag är att säkra kvalitén på ärendehandläggning och vara ett nära stöd åt handläggarna. Inför ärendegenomgångar har kontroll genomförts så att journal finns inlagd samt att samtal är journalförda, att genomförandeplaner och vårdplaner är uppdaterade och underskrivna. Inaktiva ärenden har

gått igenom för att fånga upp brister i dokumentationen. Dialog kring hur mejl ska besvaras till andra aktörer för att inte bryta sekretess har hållits och samtliga handläggare har fått tillgång till ”Säker e-post” där sekretessuppgifter kan skickas digitalt. Genomgångar har hållits kring frågeställningar i utredningar som kan vara aktuellt när det handlar om våld mot barn eller våld i hemmet.

Typ av avvikelse	Hem-tjänst	Särsk. Boende	Korttids	Hem-Sjukv.	Funkth. omsorg	Bistånd Fam.rätt	Ek. bistånd	Barn och familj	Öppenv. Fam.hem	Totalt
Fall	397	263	45		12					717
Läkemedel	381	94	48	2	56					581
Vård och behandling HSL	40	7	3		3	2				55
Personlig omvårdnad	19	25	5		9					58
Hjälpmedel Utrustning teknik	25	68	9		38			1		141
Bemötande	10	4	1					1		16
Övergrepp	1	5	7							13
Brand	6									6
Insats								1		1
Avviker från bostad	7	1	9		3					20
Dokumentation	16	4	1		9			30	1	61
Information	1	1						1	1	4
Samverkan Kommunikation	3	1			1			1		6
Riktlinje rutin process	3	5			1			3	5	17
Ekonomi							2			2
Övrigt	88	36	11	1	23	3	3	12		177
Totalt	997	514	139	3	155	5	5	50	7	1875

Tabell: Avvikelser 2022

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet kan lämnas direkt till berörd enhet eller digitalt via kommunens gemensamma system. Klagomål kan även inkomma via Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Enhetschef utreder inkomna klagomål och synpunkter. Vid klagomål gällande hälso- och sjukvård kontaktas MAS som bedömer hur allvarlig händelsen är. Inkomna klagomål från Patientnämnd utreds av MAS alternativt av enhetschef, beroende på klagomålets art. Vårdgivaren är skyldig att ha en patientnämnd för att stödja och hjälpa

patienter och deras närstående. I Uppsala län finns en gemensam patientnämnd dit personer kan vända sig och få hjälp att framföra sina synpunkter. Under gångna året har det inkommit ett klagomål till patientnämnden på vår verksamhet som de dock valt att avsluta eftersom ledningen redan hade kännedom om händelsen och utfört åtgärder.

Totalt har det under året inkommit 19 klagomål och synpunkter. Nio av dem har inkommit via kommunens system för mottagande av klagomål och synpunkter och tio har inkommit via IVO. Antalet är färre än förra årets totala antal som var 30. Med tanke på verksamhetens storlek och antal brukare, patienter och klienter samt det faktum att det under föregående år inkommit betydligt fler klagomål och synpunkter, är det troligt att det borde ha varit ett större antal inkomna klagomål även i år. Något som också tydliggörs i brukarundersökningarna *Så tycker de äldre om äldreomsorgen* som visar på låga siffror gällande kännedom om vart man vänder sig med klagomål och synpunkter samt den förvaltningsövergripande egenkontrollen som visar på låga siffror gällande om medarbetare använder rutinen för klagomål och synpunkter. Då klagomål- och synpunkter är en viktig del för det systematiska förbättringsarbetet kommer åtgärder behöva vidtas under 2023 för att öka kännedomen vart man vänder sig med klagomål och synpunkter.

Verksamhet	Antal	Kommentar
Ekonomiskt bistånd och Vuxen	2	Klagomål angående avslag på ansökan om socialt bostadskontrakt samt anonymt klagomål på att handläggare talat illa om annan handläggare
Biståndshandläggning	0	
Barn- och familj	6	Klagomål via IVO gällande brist på information till familjehem. Brister i bemötande och handläggning
Öppenvården och familjehemsvården	1	Klagomål via IVO gällande hur ett barnärende hanteras av öppenvården och barn och familj
Funktionshindradeomsorgen	1	Klagomål angående att kommunen borde betala för covid-test fakturerat av regionen
Hemtjänsten	6	Klagomål angående sönderkört staket, brister i utförd städning, samt att hemtjänstbil blockerat för plogbil. Klagomål via IVO gällande bristande omvårdnad samt två, varav det ena anonymt, gällande att kommunen vill ändra på ett biståndsbeslut
Särskilt boende	2	Två klagomål, det ena anonymt, via IVO angående att boende inte fick mat och dryck vid inledningen av covid-19, samt ett anonymt klagomål via IVO angående att en boende fått flytta från demensavdelning till annan avdelning och inte trivs där.
IFO	1	Anonymt klagomål angående drogbruk i lägenheter det står Älvkarleby kommun på

Tabell: Klagomål och synpunkter 2022

IVO-inspektioner

Under året har IVO genomfört en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Tillsynen har varit riktad mot samtliga kommuner som bedriver särskilda boende för äldre i kommunal regi, tillsynen påbörjades under 2021. Syftet med tillsynen är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på särskilt boende. De nationella bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad till reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation. I samband med detta har IVO besökt kommunen och intervjuat sjuksköterskor på särskilt boende för äldre, patienter samt haft samtal med ledning.

Beslut från IVO väntas komma under början av 2023.

Hemtjänstindex

Ett nytt index för kvalitet har tagits fram under året - Hemtjänstindex. RISE har sammanställt och producerat detta index efter initiativ av SPF-seniorerna med stöd av allmänna arvsfonden. Indexet baseras på data från ett flertal olika undersökningar; socialstyrelsens enhetsundersökning, nationella brukarundersökningen, kommunenkäten E-hälsa, kommunenkät äldreomsorg, Senior Alert, KOLADA samt utifrån den information respektive kommun presenterar på sin hemsida. Fokusområden har varit information, biståndshandläggning, utförandet av hemtjänsten samt kommunens stödfunktioner, utvecklings- och kvalitetsarbete. Älvkarleby hamnade på plats 107 av landets 290 kommuner. Materialet indexet bygger på kommer analyseras och användas som underlag i förbättringsarbetet, bland annat kommer hemsidan gås igenom för att kunna förbättra och säkerställa att informationen där är ändamålsenlig.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Behovet och förutsättningar kan förändras inom kort tid vilket innebär att verksamheten måste ha beredskap för snabba förändringar. Även under år 2022 har verksamheten påverkats av pandemin och visat prov på förmågan att ställa om när förhållandena förändras. Pandemin har utmanat verksamheternas förmåga att hantera en situation där förutsättningarna förändras och anpassningar måste göras.



Smittspridning av covid-19 har under året varit varierande och smittskyddsåtgärderna likaså. Det är viktigt att vård- och omsorg har beredskap för ökad smittspridning. Under året har ledningsfunktioner inom vård och omsorg haft regelbundna covid-19 möten varje vecka. Till dessa möten har alla verksamheter fått rapporterat in bekräftade och misstänkta fall av covid-19. Syftet med detta är att kunna följa smittläget samt sätta in extra smittskyddsåtgärder i ett tidigt skede om en ökning av smitta skulle ske.

Rysslands invasion av Ukraina och det påföljande läget med krig och oro som pågått under året har även påverkat vår verksamhet. Riskbedömningar kring hur situationen skulle kunna påverka verksamheten har lett till att krisrutiner och beredskapsplaner har setts över och utvecklats. Dataavbrott, informationssäkerhet, elavbrott, vattenavbrott, telefoniavbrott,

drivmedelsbrist, livsmedelsförsörjning samt bemanning vid hög frånvaro har varit särskilt prioriterade områden.

Under året har en tillfällig korttidsenhet öppnats på Tallmons vård och omsorgsboende utöver den ordinarie korttidsenheten. Detta för att kunna möta upp det behov av och den kö till särskilt boende som uppstått utifrån att pandemin lättat på greppet och antalet ansökningar om biståndsinsatser ökat. En trend man även sett i övriga landet är att det funnits en rädsla för att bli smittad och därför valt att avvakta med att ansöka om bistånd medan pandemin pågick som mest. Åtgärden borgar för att de med stora behov av omsorg dygnet runt kan få det behovet tillgodosett i väntan på att de får tillgång till en ordinarie plats på särskilt boende.

Patienter som har kommunal primärvård är ofta multisjuka och har många gånger ett stort vårdbehov. Detta ställer höga krav på kompetens och samverkan. Invånarna blir fler och allt äldre samtidigt som vi står inför en stor förändring då vården ska vara tillgänglig och ges nära patienten. Omställningen innebär att vi samskapar med invånare och flyttar fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Kommunen har varit delaktig under året i ett flertal länsövergripande projekt. På grund av olika anledningar har vissa projekt blivit pausade och inte uppnått önskat resultat ännu. Exempel på projekt som pågått under hösten är modellverksamhet öppenvårdspsykiatri. Utifrån tidigare identifierade svårigheter har en arbetsgrupp träffats för att tillsammans ta fram ett arbetssätt utifrån de enskildas behov.

För att kommunen ska ha en beredskap inför den kommande demografiska utmaningen med allt fler äldre med behov av omsorg krävs att vi utvecklar dagens arbetssätt samt användning av ny teknik. Under året har ett arbete pågått för att med hjälp av instrumentet LIKA kartlägga nuläget och ta fram handlingsplaner för hur vi ska bedriva arbetet med att förbereda verksamheterna inför att implementera fler digitala och tekniska lösningar.

Digitaliseringsombud har utsetts för att kunna vara delaktiga i behovsinventering samt även kunna vara ett stöd i verksamheten vid införandet av nya tekniska lösningar. Dialogmöten har hållits med kommunala pensionärsrådet, kommunala handikapprådet samt pensionärsföreningarna för att informera, skapa delaktighet samt för att få in synpunkter i behovsanalysarbetet. Läkemedelsautomater har införts i ordinärt boende för att skapa mer självständighet för enskild samt för att öka flexibiliteten i planeringen då insatser kan frikopplas från medicintider hos de individer som med hjälp av läkemedelsautomater kan klara sin medicinering självständigt.

Den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och den ökar i omfattning. Det ställer höga krav på kompetens, flexibilitet utifrån individuella förhållanden samtidigt som vården ska bedrivas patientsäkert. I enlighet med SKRs verktyg *Agera för säker vård* har ett arbete pågått under året för att ta fram en handlingsplan kring patientsäkerhet. Arbetet med handlingsplanen kommer att fortgå under år 2023.

Ytterligare aktiviteter som verksamheternas utfört under året för att öka kvaliteten

Kommunen har sedan september 2021 och under hela 2022 deltagit i SKRs projekt Effektivare kommun tillsammans med 15 andra kommuner. Syftet med projektet har varit att förbättra verksamheten och öka effektiviteten genom att hitta system och modeller för en

tydligare organisering, styrning och ledning. Omsorgsförvaltningen har haft två fokusområden utvalda som varit del i projektet utifrån att de har höga kostnader:

Familjehemsvården/öppenvården samt ordinärt boende inom äldreomsorgen. Arbetsgrupper där funktioner även från kommunens övriga förvaltningar har ingått, har under året arbetat med att analysera och identifiera orsaker samt föreslå lämpliga åtgärder för att förbättra verksamheten. Åtgärdsarbetet är påbörjat och kommer fortgå även under 2023.

Inom vård och omsorg har kvalitets- och digitaliseringsombud utsetts som ska vara delaktiga i arbetet med våra nuvarande och framtida digitala system och arbetet med vårt kvalitetsledningssystem.

Två personal inom HSL är utsedda till SIP-ombud och ska vara verksamheterna behjälpliga vid situationer där det finns behov av att ha ett SIP-möte och främst vid digitala möten med exempelvis slutenvården.

Vård och omsorgs samtliga verksamheter har vidtagit åtgärder för att säkerställa att det finns förutsättningar för att bedriva vård och omsorg om en kris uppstår, exempelvis vid längre elbortfall. Verksamheterna har arbetat fram handlingsplaner vid kris och iordningställt förråd för bland annat filter, batterier, ficklampor, matkonserver, förbrukningsmaterial.

Inom funktionshinderomsorgen Inom personlig assistans har verksamheterna nu fått datorer för att säkerställa att dokumentationen sker på ett korrekt sätt. Daglig verksamhet Möbelpoolen har tillsammans med Verkstad & service inom samhällsbyggnad varit på studiebesök i en annan kommun för att se om en ”kommuntvättstuga” kan vara något för kommunen.

Inom hemtjänsten har ett stort förändringsarbete påbörjats med att arbeta fram en ny hemtjänstorganisation och en operativ verksamhetsutvecklare har anställts som ett stöd i detta arbete. Ett av målen med den nya organisationen är att utöka antalet enhetschefer som får ansvar för ett mindre hemtjänstområde, vilket kommer leda till bättre arbetsmiljö, tydligare roller och ansvar samt på sikt en ekonomi i balans som kommer kunna bidra till en högre kvalitet. Signerings-appen för läkemedel är igång och används fullt ut. Arbete är påbörjat med TES-webb som går ut på att det finns touchskärmar i varje hemtjänstlokal och där personalen på ett enkelt sätt kan hjälpas åt med planeringen. Under året har ett arbete pågått med att säkerställa att samtliga hemtjänsttagare har en fast, namngiven omsorgskontakt, vilket är lagstadgat sedan juli 2022.

På särskilt boende för äldre har verksamheten arbetat med att förtydliga rutiner och arbetssätt kring boende med demenssjukdom samt haft regelbunden handledning av Silviasystrar.

Inom hälso- och sjukvården har fortsatt utbildning skett för omvårdnadspersonal inom vissa önskade områden såsom Senior Alert för att öka förståelsen för det förebyggande arbetet. Praktisk utbildning har givits till omvårdnadspersonal i att mäta och förstå akuta parametrar som puls och blodtryck. Rehabs medarbetare har hållit utbildning inom positionering för omvårdnadspersonal. Även utbildning i förståelse för demenssjukdom och bemötande har hållits för vikarier på särskilt boende för äldre av sjuksköterska, Silviasyster samt rehabpersonal.

Hjälpmedelshandboken som är verksamhetens levande dokument har förstärkts med bland annat beslutsstöd och arbetsbeskrivningar för en likvärdig och patientsäker bedömning. Rehab har också parallellt med hjälpmedelshandboken tittat över kostnader och kommit med förslag om ett så kallat buffertförråd som ska garantera patientsäker förskrivning och som ska vara kostnadseffektivt.

För att avlasta och frigöra mer tid för sjuksköterskorna att utföra specifika hälso- och sjukvårdsåtgärder har tre undersköterskor under året varit knutna till hälso- och sjukvårdens verksamhet. En av dessa undersköterskor med Silviasyster-kompetens har varit placerad på särskilt boende för äldre för att handleda och stötta i nytt arbetssätt och bemötande. Från årsskiftet kommer dock endast en av dessa undersköterskor vara kvar i hälso- och sjukvårdens verksamhet, detta på grund av ett ökat behov av fler legitimerade sjuksköterskor. Undersköterskan med Silviasyster-kompetens övergår till särskilt boende för äldre för att fortsätta sin handledning som påbörjats gemensamt med legitimerad personal även nästa år.

På varje arbetsplatsträff finns yrkesträff inlagt där vi utbildar/förkovrar varandra internt eller bjuder in externa föreläsare för sjuksköterske-gruppen. Rehabenheten har istället dessa träffar skilda från arbetsplatsträffarna och planerar dem vid separata tillfällen.

De kvalitets- och digitaliseringsombud som är utsedda har varje månad genomgång som en stående punkt på arbetsplatsträffar för att hålla hela gruppen uppdaterade och fånga intresset för ämnet.

Individ- och familjeomsorgen har under året haft ett projektanställd verksamhetsutvecklare. Verksamhetsutvecklarens uppdrag är att hjälpa enheterna att höja kvaliteten och genom verksamhetsanalys av områden inom IFO säkerställa att enheterna använder resurser så effektivt och rättssäkert som möjligt, för att i slutändan nå uppsatta mål.

Ett viktigt arbete för IFO är att arbeta med att förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga. Vårdcentrum Tierp-Älvkarleby är en del av omställningen till Effektiv och nära vård 2030 och ett av delprojekten är Barn och ungas psykiska hälsa/ hälsa. IFO ingår i projektgruppen. Syfte med arbetet har varit att genomföra en kartläggning utifrån en helhetssyn på psykisk hälsa hos barn och unga i Tierp-Älvkarleby. Utifrån resultatet av kartläggning ska gemensamma riktlinjer/rutiner/processer skapas utifrån barnets behov om vem som gör vad, hur och när i de båda kommunerna.

Enheten barn och familj, öppenvården samt verksamhetschef IFO har varit med i dialogen kring Liv hälsa ung och gett inspel gällande utfallet i undersökningen och gett förslag på åtgärder som ingår i en större handlingsplan som ska syfta till att förebygga det som i undersökningen identifierades som riskområden.

IFO har också deltagit i Modellverksamhet Norra länets psykiatri. Ett arbete vars syfte varit att se över hur kommunen och regionen ska planera, utveckla och genomföra insatser för invånarna i norra länsdelen gällande psykisk hälsa, då regionen tagit över öppenvårdspsykiatri i oktober.

För att säkerställa att arbetet med våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck sker på ett strukturerat sätt utsågs en person inom IFO till att samordna antivåldsguppen och de aktiviteter som ligger i den handlingsplan för våld i nära relation som framtagits. Under hösten 2022 kom Socialstyrelsens nya föreskrifter kring arbetet med våld i nära relationer.

I FOs antivåldsgrupp har analyserat föreskrifterna för att utöka befintliga handlingsplaner kring Våld i nära relationer och Hedersrelaterat våld och förtryck. Det utökade uppdraget gäller bland annat tydligare riskbedömningar i våldsärenden, ansvaret att verka för beteendeförändring hos våldsutövare och ansvar för rutiner kring att fråga om våldsutsatthet.

Under året har IFO utbildat om våld och heder för elever och lärare på SFI samt undersköterskor. I november genomfördes också en informationsinsats i kommunens sociala medier med anledning av kampanjen En vecka fri från våld. Målet med satsningen var att informera kommunens invånare om hur våld i nära relationer kan ta sig uttryck och vilken hjälp som finns att få både för barn och unga, utsatta vuxna och våldsutövare.

Medarbetare inom IFO har också haft ett uppdrag att utbilda medarbetare i kommunen i Våga fråga, en suicidpreventiv utbildning. Troligtvis kommer utbildningssatsningen fortgå även under 2023, då alla medarbetare inte hunnit gå än.

I slutet av november infördes ett projekt gällande taligenkänning för sju handläggare inom IFO. Syftet med projektet är att socialsekreteraren kan läsa in sin dokumentation istället för att skriva in den med ett tangentbord. Tekniken har flera fördelar, till exempel att det går upp till tre gånger så fort att tala in sin dokumentation mot att skriva in den, vilket dels ska administrativt avlasta socialsekreterarna, dels effektivisera arbetet.

Enheten Barn och familj har under året använt appen OmMej, som är ett digitalt verktyg för att låta barn komma till tals och själv identifiera sina behov. Verktöget används också till uppföljning. Verktöget är ett bra hjälpmedel. Dock bestämde sig verksamheten för att inte fortsätta då målgruppen i verksamheten är begränsad. Under hösten så har medarbetare deltagit i workshops och utbildningstillfälle gällande framtagande av bild- och samtalskortor för att på sikt göra verksamheten mer tillgänglig. Handläggare har bjudits in till samverkan med grannkommun för att dela kunskap och inspireras i hur samtal- och bildstöd kan användas. Ett arbete med att ingå i regionens SIP- (samordnad individuell planering) verktyg för bättre dokumentation och samordning Cosmic Link har påbörjats.

Enheten öppenvård och familjehemsvård har under 2022 haft ett stort fokus på de problemområden som identifierades i arbetet med Effektivare kommun. I jämförelse med andra kommuner så sticker dessa två områden ut med höga kostnader. I september startades således två projekt med resurser även utanför IFO. Syftet med öppenvårdsprojektet är att utvärdera verksamheten i ljuset av lagrum, forskning, lokala styrdokument och utredningar, samt egen och andras beprövade erfarenhet. Syftet är också att föreslå omsorgsnämnden en delvis ny inriktning för öppenvårdens verksamhet och att utveckla delar av den befintliga verksamheten inom några nyckelområden med fokus på mätbarhet, kvalitet och kortare och mer riktade insatser.

För familjehemsvårdens del är syftet med utvecklingsarbetet att tydliggöra uppdrag och roller inom familjehemsområdet, skapa rutiner och se över arbetssätt, ha en mer rättssäker verksamhetsinriktning, göra en realistisk kostnadsberäkning för en utökad familjehemsverksamhet och utforma ett system för avtalshantering och kontraktering kring familjehemsvården.

Inom enheten för vuxen och försörjningsstöd övergripande har enhetens samtliga medarbetare fått vara del av en kontinuerlig diskussion kring det ekonomiska läget för att höja medvetenheten och tydliggöra en ekonomisk helhetssyn. Allt tyder på att kommande år kommer att förenas med höjda kostnader för både enskilda individer och verksamheter. Alla

ärenden inom försörjningsstöd kommer att öka i kostnad till viss del och risk finns för att även ärendeantalet ökar. Stor vikt kommer även fortsättningsvis fästas vid att alla klienter som kan ska ha en sysselsättning, i syfte att bli självförsörjande. Inom enhetens arbete med missbruk är strategin att ha en fortsatt nära samverkan med interna och externa aktörer för att uppmärksamma behov i tidigt skede för att undvika mer ingripande och kostsamma insatser i ett senare.

Inom enheten för försörjningsstöd har egenkontrollen utvecklats för att höja kunskapen om kostnaden för det utbetalade biståndet. Under året har en aktivitet varit att fatta 100 beslut om kompetenshöjande insatser i form av arbetspraktik mm. för att få klienter till sysselsättning. Aktiviteterna syftar till att säkerställa att handläggningen är rättssäker men även att begränsa ärendeantalet i den mån det är möjligt.

Inom vuxenenheten har ett arbetssätt kring målformuleringar kopplat till insatser satts i fokus. Målen ska bland annat vara specifika och mätbara vilket ska resultera i att insatser blir lättare att följa upp men kommer även göra uppdraget tydligare för utförare och klient. Utöver det försöker man aktivera klienter med sysselsättning efter t.ex. avslutad missbruksbehandling.

Inom enheten för biståndshandläggning och familjerätt pågår ett utvecklingsarbete inom bistånd för att säkerställa att handlägningsprocessen är rättssäker. Bland annat har ett arbete gjorts för att se över underlag för utredning om särskilt boende och hur tillvägagångssättet vid en ansökan om särskilt boende och korttids ska se ut.

Inom familjerätten har även ett projekt inletts som syftar till att undersöka förutsättningar och möjligheter för att utveckla familjerättverksamheten i en mer långsiktigt hållbar och rättssäker riktning

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamheternas mål och strategier utgår från nämndens övergripande mål.

Gemensamma identifierade utvecklingsområden för omsorgsförvaltningen är bland annat årliga analyser av den egna verksamhetens avvikelser, klagomål och synpunkter, lex Maria samt lex Sarah. Arbetet med genomgång och uppdatering av ledningssystemets processer och dokument är ett annat identifierat område liksom kontroll av loggar. En strategi för att stärka detta inför nästa år är att utveckla kvalitetsrådet där exempelvis avvikelser kan hanteras på en mer övergripande nivå. En åtgärd för att förbättra arbetet med klagomål och synpunkter är att öka kännedomen bland medarbetare och medborgare genom informationsinsatser samt att utveckla hemsidan så att möjligheten att lämna klagomål och synpunkter blir mer tydligt och tillgängligt.

En stor utmaning för vård och omsorg är att medarbetare har rätt kompetens för uppdraget. Bemanningsenheten har påbörjat ett arbete kring rekrytering av vikarier och ett arbete med introduktioner samt delgeringsutbildning. Det är ett arbete som kommer fortgå under 2023.

Olika kvalitetsregister används i dag för att förbättra vårdkvaliteten, exempel på register som används är senior alert och palliativa registret. Målet är att öka användandet ytterligare för att kunna följa upp den vård och omsorg vi ger.

Patienter på särskilt boende för äldre ska ha sitt läkemedel inlåsta i särskilda läkemedelsskåp i lägenheten samt att läkemedel ska ges inne hos patienten. Detta för att öka patientsäkerheten runt administreringen av läkemedel. Tekniska hinder under 2022 har fördröjt det nya arbetssättet, men målet är att detta ska vara implementerat i början av år 2023.

Vård och omsorg ska under 2023 implementera att medarbetare inom vård och omsorg ska dokumentera direkt i verksamhetssystemet i mobilen. Målet att med detta är underlätta för medarbetare att snabbt och enkelt kunna dokumentera direkt hos brukare/patienter och kvalitetssäkra samt förbättra dokumentationen.

Följsamheten till basal hygien och klädregler är ett förbättringsområde som även kommer att fortsätta under 2023. I dag utförs observationsmätning på särskilt boende för äldre samt korttidsenhet. En strategi för att förbättra följsamheten till basal hygien och klädregler i ordinärt boende är att implementera observationsmätningarna även där, vilket är planerat inför år 2023. Målet för nästkommande år är att mätningarna genomförs regelbundet varje månad på samtliga berörda enheter.

En strategi för att öka patientsäkerheten är att utveckla den interna teamsamverkan. Målet under 2023 är att ta fram ett effektivt arbetssätt som ger de olika professionerna förutsättningar att arbeta tillsammans med patienterna mot gemensamma mål.

Palliativ vård är ett fortsatt prioriterat område. Strategin för att uppnå en god palliativ vård är att utarbeta en palliativ vårdprocess som är i linje med de nationella och regionala vårdprogrammen samt att palliativa ombuden ska komma igång med sitt lokala arbete på ett mer strukturerat och effektivt sätt.

Ett mål för 2023 är att verksamheterna arbetar aktivt med de beslutade aktiviteterna i handlingsplanen som ska höja kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamheterna har inte arbetat full ut med handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner. Målet inför 2023 är att verksamheterna ska kunna arbeta utifrån aktiviteterna i handlingsplanen och därmed uppnå önskat resultat.

Verksamheten saknar en övergripande egenkontrollplan kopplad till hälso- och sjukvård och målet är att ta fram en sådan under året.

Med anledning av den nya lagen som träder i kraft 1 januari 2023 kring möjligheten till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, kommer verksamheterna under året behöva se över behov och utifrån det hur lagen ska tillämpas på bästa sätt.

Arbetet med att införa fler digitala och tekniska lösningar inom verksamheten kommer fortgå. Det som kommer vara ett prioriterat område är att genomföra behovsinventeringar samt att fastställa vilken digital tillsynslösning som ska införskaffas och användas i ordinärt boende.

En förändring i LSS-lagen som träder i kraft 1 januari 2023 innebär att fler kan komma att få rätt till assistansersättning jämfört med de tidigare reglerna. Något som kan komma att bli en utmaning för verksamheten och som det måste finnas en beredskap för.

Mål som nämnden lyfter fram och som IFO integrerat i sina mål är högt kvalitetsmedvetande, öka integration utifrån individens olika behov, gränsöverskridande samverkan, god arbetsmiljö för medarbetarna och tidiga och samordnade insatser för barn och unga.

Förutom nämndens mål har IFO i de övergripande målen för verksamheten även valt att utgå från de förslag som utredningen Framtidens socialtjänst – En ny socialtjänstlag lyft fram. Utredningen ligger till grund för den nya socialtjänstlagen som väntas träda i kraft under 2024. Större förslag i utredningen handlar om en förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, jämställda levnadsvillkor, en kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning.

Den stora utmaningen för IFO handlar om att få en budget i balans och samtidigt ha en bra kvalitet på handläggning och insatser. En viktig del i det arbetet är att fortsatt ha en verksamhetsutvecklare kopplad till IFO. För att kunna ha ett bra systematiskt kvalitetsarbete kommer verksamhetsutvecklarens arbetsuppgifter också innefatta att göra systematisk uppföljning av verksamheten, ansvara för utredningar i form av beslutsunderlag inom verksamhetsområdet, kvalitetssäkra befintligt ledningssystem och hantera lex Sarah.

En stor utmaning för kommunen är att kunna arbeta med den nya socialtjänstlagens intentioner samt omställningen till effektiv och nära vård gällande att stärka det förebyggande arbetet. Förebyggande arbete är ingen ny idé men prioriteras ofta lägst ner till förmån för individbaserat arbete och mer akuta insatser. För det framtida arbetet är det en viktig markering att det förebyggande arbetet lyfts som en viktig aspekt. IFO har ett mål att utveckla det förebyggande arbetet gällande sociala problem och social utestängning och genom det minska de individbaserade insatserna.