



Älvkarleby  
kommun

# Samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Älvkarleby kommun 2023



Datum: 2024-03-01

Handläggare: Susanna Johansson och Karin Östblom

Diarienummer: ON/2024:17.779



## 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 upprättas en samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.



Källa:

Mall är modifierad utifrån 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 .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador och säkra verksamhetens kvalitet .....	8
Informationssäkerhet.....	10
En god säkerhetskultur .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Patienten som medskapare .....	13
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2023 .....	14
Brukarundersökningar inom funktionshindradeomsorgen 2023 .....	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	18
Förvaltningsövergripande egenkontroll .....	18
Specifika egenkontroller .....	19
Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden .....	25
Lex Maria .....	26
Lex Sarah.....	26
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	26
Utredningstid myndighet.....	28
Säker vård här och nu.....	29
Riskhantering .....	30
Stärka analys, lärande och utveckling.....	30
Avvikelse.....	30
Klagomål och synpunkter .....	33
IVO-inspektioner .....	35
Granskning av revisorer .....	36
Hemtjänstindex .....	36
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	36
Ytterligare aktiviteter för att öka kvaliteten.....	37
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	39

## SAMMANFATTNING

Under det gångna året har verksamheterna varit präglad av organisationsförändringar, chefsbyten, nya lagkrav om dygnsvila samt många olika utvecklingsarbeten. En åtgärd för att skapa bättre förutsättningar för omställningsarbetet har under året varit att utöka till att ha två tillförordnade verksamhetschefer inom vård- och omsorg. Andra förändringar som har skett inom organisationen är bland annat att förstärka med ytterligare enhetschefer inom hemtjänsten och funktionshindrandeomsorgen samt att en ny sammanhållen nattorganisation har skapats. Inom individ- och familjeomsorgen har familjerätten organisatoriskt flyttats till enheten för barn och familj.

Nya arbetssätt som har införts är bland annat digitala inköp och matdistribution i ordinärt boende. En förändring som har skett på Tallmons vård- och omsorgsboende är att den tillfälliga korttidsenheten kunde stänga i augusti utifrån ett minskat behov. För att få ett mer sammanhållet arbete kring hälso- och sjukvårdsfrågor och för att förbättra uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet har en hälso- och sjukvårdsgrupp inrättats. Inom individ och familjeomsorgen har det bedrivits utvecklingsarbeten inom öppenvården samt i familjehemsvården.

Stora förändringar och nya arbetssätt kan leda till oro bland medarbetare. Ett sätt att möta detta har varit att genomföra dialogträffar tillsammans med medarbetare som arbetar inom vård- och omsorg.

Andra faktorer som haft påverkan på verksamheterna under året är det ansträngda ekonomiska läget samt en ökning av allt fler svårt sjuka individer som får sin vård- och omsorg i hemmet. Detta ställer höga krav på verksamheterna avseende bland annat resurser och kompetens. En åtgärd för att öka kompetensen har under året varit att förbättra introduktionsprocessen som ska ge bättre förutsättningar för nya medarbetare att ge en god och säker vård.

Inom enheten för Barn och familj har verksamheten under året påverkats av ett ökat antal orosanmälningar. Detta är något som lett till fler utredningar och som har belastat verksamheten.

Under året har ett arbete med åtgärder utifrån Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tidigare granskning pågått.

Ett omfattande arbete har skett tillsammans med regionen och de andra kommunerna i länet kring att implementera en ny samverkansmodell för palliativ vård.

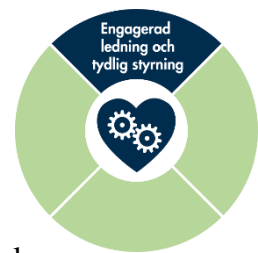
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## 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 uppföljning av verksamheten kan det skapas rutiner och arbetsätt som förebygger de fel och brister som har identifierats. Verksamheterna utför detta genom bland annat avvikelshantering och egenkontroller. Analys och uppföljning kring avvikelser är områden som kan förbättras. En strategi under året har varit att återuppta kvalitetsrådet där bland annat avvikelser kan hanteras på en mer övergripande nivå. En annan åtgärd har varit att förbättra delar i avvikelshantering som inte har fungerat optimalt samt att hitta ett arbetsätt som möjliggör för de olika professionerna att arbeta mer tillsammans med analys och uppföljning. Den uppstartade Hälso- och sjukvårdsgruppen är ett forum där bland annat resultat och åtgärder från egenkontroller följs upp samt ett forum för att på ett mer strukturerat sätt hantera allvarliga avvikelser.

Olika kvalitetsregister används i dag för att förebygga vårdskador, missförhållanden och för att 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 har varit att öka användandet ytterligare för att kunna följa upp den vård och omsorg som ges. Ett gemensamt mål för länets kommuner och region har varit att öka täckningsgraden i palliativa registret. En annan åtgärd som kommer att kunna öka användandet av kvalitetsregister är det arbete som har pågått under året för att utveckla teamarbetet. Ett syfte med detta arbete har varit att ta fram ett arbetsätt där hela teamet tillsammans arbetar personcentrerat, förebygger risker, tar fram åtgärder samt följer upp åtgärder.

En delaktig patient och brukare bidrar till en säker vård. Det är dessutom lagstadgat att patienten och 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 och brukarmedverkan bör ske på både individ- och verksamhetsnivå. Ett sätt att öka delaktigheten på individnivå är att erbjuda samordnad individuell plan (SIP) i större utsträckning än vad som görs i dag. Det är också en del i verksamhetens handlingsplan för patientsäkerhet att öka kunskapen om SIP hos patienter, brukare och anhöriga.



## **Organisation, ansvar samt engagerad ledning och tydlig styrning**

Omsorgsnämnden är vårdgivare och har ansvar för kommunens hälso- och sjukvård, socialtjänst och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (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 medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen. 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/avvikelser utifrån hälso- och sjukvårdsansvaret samt att utöva tillsyn och att kvalitetsgranska verksamheterna. Vårdgivaren har givit MAS i uppdrag att utreda och anmäla allvarliga händelser som lett till vårdskada till 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 kompetens finns inom den egna verksamheten vänder sig kommunen till olika stödinstitutioner som exempelvis Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, IVO samt regionala stödinstitutioner 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.

För att få en hög kvalitet och patientsäkerhet krävs en tydlig ledning och styrning. Från januari 2023 har vård- och omsorg två verksamhetschefer på tillförordnat uppdrag. Detta som ett led i att förstärka ledarskapet i organisationen och skapa förutsättningar för det förändringsarbete som pågår. En ytterligare åtgärd som är genomförd i ordinärt boende är att utöka antalet enhetschefer. Detta kommer leda till att varje chef har färre medarbetare ger

bättre förutsättningar att kunna styra och leda sin verksamhet. Som stöd för chef och medarbetare har varje hemtjänstområde tillsatt en planeringssamordnare vilket är en ny befattning som har ersatt tidigare gruppledare och planerare.

Verksamheten inom LSS har arbetat med att skapa en ny organisation på ledningsnivå för att förbättra arbetsmiljön, effektivisera resurser samt stärka ledarskapet.

Organisationsförändringen är ett projekt som ska pågå under ett år. Förändringen innebär att funktionshinderomsorgen delas in i tre områden med tre enhetschefer och ett administrativt stöd på deltid.

För att få en bättre och tydligare samarbetsstruktur har det skapats en ny nattorganisation. Detta innebär att medarbetare som arbetar nattetid på särskilt boende för äldre och korttidsenhet samt medarbetare som arbetar nattetid i ordinärt boende tillhör samma enhet och har en gemensam chef. Den nya nattorganisationen innebär även ett tätare samarbete mellan omsorgspersonal och sjuksköterskor som arbetar natt.

Sjuksköterska har en arbetsledande roll kring hälso- och sjukvårdsarbetet. Då detta inte har upplevts tillräckligt tydligt har en rutin för jourtid tagits fram som beskriver ansvarsfördelning och samarbete mellan professioner.

Under året har delar av hemtjänsten samt sjuksköterskorna bytt lokaler och har nu sin utgångspunkt från kommunens vård- och omsorgsboende där särskilt boende för äldre, korttidsenheten, dagverksamhet samt enheten för rehabilitering finns. Detta möjliggör ett bättre samarbete mellan vissa verksamheter.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador och säkra verksamhetens kvalitet**

Det övergripande forumet för samverkan inom länet 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 den gemensamma analysgruppen för samverkansprocesser i Uppsala län (GAP-UL). GAP-UL är en grupp som särskilt hanterar utskrivningsprocessen. Patientsäkerhetsgruppen är en grupp där region Uppsala och länets kommuner hanterar identifierade patientsäkerhetsfrågor inom samverkan.

Länsövergripande arbetsgrupper finns för exempelvis 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

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. 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 SIP erbjudas.



Under 2023 har det länsövergripande arbetet fortsatt 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. Modellen implementerades med start under september 2023.

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 åtgärda dessa för att förhindra att de uppstår igen.

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 öka samverkan mellan sjuksköterska och läkare inom primärvården har alla sjuksköterskor som är stationerade på särskilt boende för äldre, deltagit på årets Säbodag tillsammans med ansvariga läkare som är kopplade till kommunens särskilda boende för äldre. Förutom att öka samverkan är det en kompetenshöjande insats som sker årligen. Inför kommande år har det tagit beslut om att starta en arbetsgrupp med deltagare från kommunal primärvård samt regional primärvård (vårdcentralen). Syftet med denna arbetsgrupp är att identifiera förbättringsområden i samverkan samt att skapa gemensamma rutiner för en ökad patientsäkerhet.

Intern samverkan mellan kommunens olika verksamheter sker kontinuerligt för att säkra och förbättra kvaliteten. En åtgärd för att öka patientsäkerhet och kvalitet är att stärka samarbetet mellan professionerna. Därför startades en ledningsgrupp på särskilt boende för äldre i oktober 2023. Deltagare på dessa ledningsmöten är enhetschefer, gruppledare och legitimerade professioner på boendet.

Teamarbete är en förutsättning för en hög patientsäkerhet. Alla i ett team bidrar med sin specifika kompetens. Under året har ett arbete pågått för att utveckla teamträffarna där enhetschef, omsorgspersonal och legitimerad personal deltar. Detta har exempelvis inneburit framtagande av checklistor och en tydlig agenda som ska leda till en mer strukturerad och säker vård.

För att öka verksamhetens kvalitet har en Hälso- och sjukvårdsgrupp skapats. Det är en grupp bestående av enhetschefer, verksamhetschef hälso- och sjukvård, verksamhetscheferna för vård och omsorg samt MAS. Det övergripande syftet med gruppen är att få en gemensam bild genom att bland annat följa upp egenkontroller, handlingsplaner och allvarliga avvikelser. Gruppen ska tillsammans besluta och prioritera fokusområden som behöver utvecklas.

Till skillnad från andra kommuner i länet så tillhandahåller Älvkarleby kommun förskrivna hjälpmedel från hjälpmedelscentralen i Gävle. Det har framkommit behov av att tydliggöra och säkerställa att kommunens invånare får hjälpmedel förskrivna på ett säkert sätt även när det är regionens legitimerade som bedömer behovet av hjälpmedel. Samverkansmöten med Hjälpmedelscentralen (HUL) och andra kommuners medicinskt ansvariga har genomförts för att komma fram till en lösning för kommunens invånare.

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 § HSLF-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 också om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Verksamheten ska systematiskt följa hur, när och vem som tagit del av information, detta görs genom loggkontroller. Kontroller utförs men uppföljning på ledningsnivå kan förbättras.

Kommunen påbörjade en resa 2022 med att starta upp informationssäkerhetsarbetet från grunden. Under 2023 har kommunfullmäktige antagit en informationssäkerhets- och dataskyddspolicy. I policyn sätts strukturen och viljeinriktningen för ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) i Älvkarleby kommun. Styrdokumentet *Riktlinjer för mobila enheter* som antogs av Kommunstyrelsen före sommaren ökar kraven vid hantering av mobiltelefoner och surfplattor för att få en säkrare enhetshantering i kommunen. Kommunstyrelsens informationssäkerhetssamordnare har stöttat omsorgsförvaltningen vid flera tillfällen, bland annat vid genomförandet av konsekvensbedömningar och vid framtagandet av nya blanketter. Under 2023 har IT-förvaltningen upphandlat och införskaffat ett verktyg för säker och krypterad e-post, som används i olika delar av omsorgsförvaltningen.

Kommunen har fortsatt sitt arbete med det systematiska informationssäkerhetsarbetet och särskilt inom området informationsklassning, då den skaffat ett övergripande verktyg för det syftet. Under hösten 2023 har ett pilotprojekt inom informationsklassning inletts, där hälso- och sjukvårdsenheten vid omsorgsnämnden varit en av deltagarna. Projektet fortsätter under 2024. Kommunen deltog i MSBs enkät Infosäkkollen, där vi fick ett något högre betyg än för två år sedan då den senast genomfördes.

Under 2023 har omsorgsnämnden reviderat sin dokumenthanteringsplan enligt nämndens årshjul. Den största förändringen har varit att man nu frångår den tidigare regeln om att göra en urvalsgallring av patientjournaler efter 10 år och istället fokusera på ett totalbevarande enligt Riksarkivets rekommendationer.

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring görs vid utredningar och genom stickprov. Detta har inte varit tillräckligt så under året har hälso- och sjukvårdsenheten kommit igång med att även genomföra regelbunden kollegial journalgranskning. 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.

Den 1 januari 2023 träder lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i kraft. Det blev då möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att under vissa förutsättningar göra personuppgifter tillgängliga, och att ta del av varandras dokumentation genom elektroniska system. En del i handlingsplanen för patientsäkerhet är att kartlägga behov, identifiera risker och hinder samt se över den tekniska lösningen i

verksamhetssystemet. I nuläget finns det behov av att dela viss information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård men det har även identifierats hinder som exempelvis att förändringar i verksamhetssystem behöver utföras.

Systemet Cosmic Link är ett system som används vid utskrivningar från slutenvård i region Uppsala samt vid SIP. I systemet finns också möjlighet att skicka säkra meddelanden mellan huvudmännen. I samverkan med region Gävleborg används systemet Lifecare.

## 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 genomförs. En öppen kommunikation ger en ökad benägenhet att identifiera samt rapportera händelser vilket resulterar i en lärande organisation.



Arbetsmiljön påverkar medarbetarens möjlighet att utföra ett patientsäkert och kvalitetsäkert arbete. Faktorer som hög arbetsbelastning och otrivsel på arbete kan resultera i en sämre kvalitet och patientsäkerhet. För den enskilde medarbetaren kan det innebära en känsla av otillräcklighet samt en oro för att göra fel.

Det har skett omorganisationer och förändrade arbetssätt som kan påverka säkerhetskulturen i verksamheterna. Under hösten 2023 hade politiker och ledningsfunktioner dialogträffar tillsammans med medarbetare inom vård och omsorg. Syftet med dessa träffar har varit att skapa förståelse och tydliggöra allas gemensamma ansvar i arbetet både nu och framgent. Älvkarleby kommun tillhör de kommuner som med kommande demografisk utveckling kommer stå inför extra stora utmaningar. Dessa träffar innehöll även grundläggande kunskaper i hur en kommun fungerar och diskussionsforum för att synliggöra kommunens värdegrund.

Ett sätt för att göra medarbetare mer delaktiga i förbättringsarbetet har varit att skapa en idélåda. Genom idélådan kan medarbetare lämna in förslag som kan utveckla verksamheten.

I juni 2023 inleddes ett omfattande förändringsarbete på särskilt boende för äldre med anledning av förändringar av minskad budget för 2024, effektivisering av resurser och arbete med förbättring av kvaliteten. Som en del av arbetet startades en styrgrupp bestående av verksamhetschef, enhetschefer, representant från HR samt kommunikatör för att kvalitetssäkra arbetsprocessen. Under hösten 2023 startade även en arbetsgrupp på särskilt boende för äldre där gruppleddare, skyddsombud och omsorgspersonal deltar. Syfte med denna arbetsgrupp är att öka delaktigheten och stärka medarbetarskapet. Arbetsgruppen arbetar med uppdrag från styrgruppen som har det övergripande ansvaret för förändringsarbetet. Åtgärder som arbetsgrupperna har arbetat med är exempelvis schemaläggning, bemanning, struktur för arbetsplatsträffar, rutiner samt arbete med att tillvarata förbättringsförslag från medarbetare.

## Adekvat kunskap och kompetens

Svårt sjuka personer vårdas i större utsträckning i hemmet, samtidigt som det många gånger kan vara svårt att rekrytera medarbetare med adekvat utbildning och erfarenhet. Detta ställer höga krav på verksamheten när det gäller bemanning och kompetens. För att ge god vård är det viktigt att medarbetare som finns närmast patienten samt chefer, ledare och beslutsfattare har adekvat kunskap och kompetens inom sitt ansvarsområde.



Verksamheten bör säkerställa att nyanställda får en anpassad introduktion samt stöd från erfarna kollegor och ledare i det praktiska och löpande arbetet samt att tillsvidareanställda medarbetare får adekvat fortbildning.

För att på bästa sätt kunna introducera nya medarbetare har det pågått ett arbete under 2023 för att ta fram en plan för introduktioner. Arbetet är inte klart men särskilt boende för äldre har påbörjat vissa delar av det nya arbetssättet medan resterande delar kommer implementeras under kommande år tillsammans med övriga verksamheter inom vård och omsorg. Genom att introduktionen sker i flera steg med avstämningar efter varje slutfört steg kommer introduktionen ske mera kontrollerat och inte lika skyndsamt som tidigare.

För att förbättra möjligheten för verksamheten att kontrollera att nya medarbetare har grundläggande kunskaper inom vård- och omsorgsarbetet innan de erbjuds anställning, har ett kunskapstest införts. Som ett led för att kunna effektivisera och öka kvaliteten i introduktionen är att delar i processen digitaliseras samt att några medarbetare kommer att utses i varje verksamhet som ansvarar för att introducera nya medarbetare. I detta arbete ingår även att ta fram utbildningsprogram för nyanställda.

Info Caption är en utbildningsplattform som ger kommunen möjlighet att ha en samlad plats för introduktioner, utbildning och fortbildning. Användningen av plattformen har påbörjats i liten skala under året, fortsatt arbete under 2024 kommer ske kring hur plattformen ska användas på bästa sätt.

Vid IVO´s tillsyn på särskilt boende för äldre som genomfördes 2022, framkom att det inte fanns dokumenterade brytpunktsamtal i hälso- och sjukvårdsjournal i den omfattning som det bör. En anledning till detta som identifierades var en otydlighet inom området hos både läkare och sjuksköterskor. Utifrån detta bjöds palliativa konsultteamet in för en gemensam utbildning för läkare och kommunens sjuksköterskor kring brytpunktsamtal.

Inom vård och omsorg är 55 % av tillsvidareanställd omsorgspersonal undersköterskor. På kommunens särskilda boende för äldre är andelen undersköterskor 84%. Målet är att 100 % av tillsvidareanställda ska vara undersköterskor. Med hjälp av statsbidraget Äldreomsorgslyftet har fyra vårdbiträden inom vård- och omsorg under året erbjudits att utbilda sig till undersköterska på arbetstid.

På obekvämt arbetstid har det tidigare funnits en sjuksköterska i tjänst. Detta utökades under föregående år under vissa tider på jourtid. Verksamheten har valt att behålla denna utökning utifrån ett fortsatt behov. 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 börja arbeta jourtid.

Under 2022 implementerades *Visible care* på kommunens särskilda boende för äldre. *Visible care* är en app som innehåller utbildningsfilmer rörande vård och omsorg. Under 2023 har appen även implementerats i ordinärt boende och inom LSS. Verksamheterna har valt ut vissa delar som är ett krav för medarbetare att genomföra.

För att säkerställa en god kommunikation mellan brukare och personal inom LSS-verksamheterna har utbildning genomförts i AKK, som är ett verktyg för alternativ och kompletterande information som ersätter talat språk. Utbildning har även genomförts i TAKK som är ett verktyg med tecken som alternativ och stöd till det talade språket. Inom Daglig verksamhet har utbildning i Personcentrerad vård för personer med komplexa psykiatriska problem genomförts.

Under 2023 har Antivåldgruppen fortsatt sitt arbete med att förbygga våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck. I samband med kampanjen *En vecka fri från våld* har IFO haft en utbildning med regional samordnare för människohandel där temat var sexuella övergrepp och kommersiell exploatering av barn och unga. IFO har även bjudit in integration/arbetsmarknad, bistånd och barnhälso teamet att delta på utbildningen. I samverkan med skolan har öppenvården genomfört kampanjen *Svartsjuka är inte romantiskt*. Kampanjens syfte är att förebygga och öka kunskapen om våld i nära relation.

För att öka kompetensen inom IFO har bland annat vuxenhandläggare utbildats i Addiction Severity Index (ASI) och BAS- utbildning gällande missbruk. Några handläggare inom Försörjningsstöd har genomgått en utbildning gällande välfärdsbrott som handlar om hur ärenden ska hanteras där klient på felaktigt sätt mottagit bistånd. Familjehemssekreterarna har deltagit i utbildningen *Ett hem att växa* i vilket är socialstyrelsen metod för att rekrytera och utreda familjehem.

Öppenvården har genomgått utbildningar som KOMET vilket är ett föräldrastödsprogram riktat till föräldrar som har barn i 3-11 års ålder samt utbildning i LUDDE som är ett samtalsverktyg för yngre barn. Enheten för öppenvård och familjehemsvård har genomfört en utbildning inom dokumentation och journalföring. Socialsekreterare inom barn och familj som har varit anställda kortare än två år har deltagit i länets satsning kring Yrkesresan, som är ett kompetenshöjande projekt som avser att rättssäkra barnhandläggning och bidra med enhetlig introduktion. Två av utredarna på enheten har genomgått iRiSK vilket är en metod i att utreda ärenden och att göra riskbedömningar i ärenden där det förekommer våld.

Inom barn och familj har det genomförts metoddagar kring barnsamtal, utredning och utredningsmetodik enligt Barnens behov i centrum (BBIC) samt metoddag kring myndighetsutövning, ansvar och roller. Enheten deltog även på Barnrättsdagarna, vilket är en tvådagars konferens för personer som arbetar med barn och unga.

## Patienten som medskapare

Individen själv tillsammans med sina närstående har värdefull kunskap om sin egen situation och sitt hälsotillstånd. Vården och insatserna som utförs blir säkrare om individen själv och närstående är välinformerade och deltar aktivt. Det är dessutom lagstadgat att individen själv och närstående ska vara en del av den vård och behandling och de insatser som



ges. Information till närstående kan ske efter att individen har givit sitt samtycke. Efter att samtycket är inhämtat kan närstående bjudas in till att vara delaktiga i planeringen.

Genom att involvera individen 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 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. En åtgärd för att öka antalet SIP är att patienter och brukare och anhöriga vet att det finns och själva efterfrågar SIP och för detta krävs att den enskilde har kunskaper om vad SIP innebär. En åtgärd som planeras är att när patienter och brukare blir beviljade regelbundna insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård kommer de få ett informationsblad kring vad SIP innebär samt hur går den till. En ytterligare åtgärd för att öka antalet SIP har under året varit att medarbetare från olika verksamheter har deltagit i utbildningar gällande SIP.

En åtgärd som är genomförd under året är att ta fram ett informationsblad om smittförebyggande åtgärder. Informationsbladet kommer bli en del i välkomstmaterialet som delas ut till patient och brukare. Syftet med informationen är att göra patienter, brukare och anhöriga mer uppmärksamma på hur verksamheten ska arbeta samt kring vad de själva kan göra för att minska risken för att bli sjuk och förebygga smittspridning. Genom att brukare och patienter kan lämna synpunkter om brister som uppmärksammas hos personal får verksamheterna möjlighet att förbättra sig inom området.

För att öka brukarmedverkan på särskilt boende för äldre anordnas boenderåd var tredje månad. Där finns möjligheter för brukarna att delge synpunkter.

### **Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2023**

Samtliga personer över 65 år som bor på särskilt boende för äldre 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 upp och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå.

Om resultaten i 2022 års undersökning skulle ses i kontexten av att pandemin pågått under de senaste två åren och därav ansågs ha påverkat att resultaten generellt försämrats både nationellt och lokalt, bör 2023 kunna anses ha varit ett mer normalt år. Några områden där resultatet försämrats nationellt är möjlighet att påverka tider i hemtjänsten samt information om förändringar i hemtjänsten. I vår kommun har motsvarande resultat ökat ett par procent i den förstnämnda men backat i den andra.

I kommunen är det 40 – 60 % av de tillfrågade på särskilt boende och 54% av de tillfrågade i hemtjänsten som valt att besvara enkäten. Utifrån att svarsfrekvensen är relativt låg bör det tas i beaktande vid tolkning av resultatet. Resultaten är färgkodade utifrån hur resultaten står sig i jämförelse med andra kommuner. Grönt innebär att kommunen tillhör de 25 kommuner med högst resultat, gult innebär att kommunen tillhör de 50 % av kommuner som varken har högst eller lägst resultat, medan rött innebär att kommunen tillhör de 25 % av kommuner med lägst resultat.

För hemtjänsten har resultaten försämrats inom området *Behov anpassas*. Inom området *Möjlighet att påverka tider* är resultatet ungefär i samma nivå som förra året men fortfarande lågt. Något som delvis skulle kunna bero på det utvecklingsarbete kring arbetsscheman och resurseffektivt utnyttjande som pågått under 2023. Andelen som *Besväras ofta av ensamhet* hade ökat jämfört med året innan samt de som skattar sitt *Hälsotillstånd* som bra eller mycket bra hade minskat. Dock är resultatet fortsatt högt gällande *Trygghet*.

Även inom särskilt boende för äldre har resultatet för *Hälsotillstånd* sjunkit. Även området *Information om förändringar* har backat mycket och ligger på den röda skalan som innebär att kommunen placerar sig bland de 25% av kommunerna med lägst resultat. Även *Tillgång till sjuksköterska* har försämrats något. Störst försämring finns i området *Möjlighet att framföra synpunkter* som hade ett lågt resultat redan året innan. En plansch har tagits fram och anslagits på flera ställen på det särskilda boendet för äldre med information om hur synpunkter kan framföras, samt på hemsidan har även denna information förtydligats. Områden som förbättrats jämfört med förra året är *Trygghet* och resultatet för *Bemötande* som fortsatt är lika och högt.

<b>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Helhetssyn, andel (%)	93	91
Få komma i kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)	81	80
Möjlighet att påverka tider, andel (%)	45	47
Behov anpassas, andel (%)	80	65
Bemötande, andel (%)	98	96
Förtroende för personalen, andel (%)	91	89
Hälsotillstånd, andel (%)	41	33
Information om förändringar, andel (%)	63	59
Hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	87	82
Möjlighet att framföra synpunkter, andel (%)	66	65
Trygghet, andel (%)	90	90
Besväras ofta av ensamhet, andel (%)	10	14

<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Helhetssyn, andel (%)	78	92
Möjligheten att få komma utomhus, andel (%)	43	58
Sociala aktiviteter, andel (%)	42	47
Tillgång till sjuksköterska, andel (%)	60	57
Bemötande, andel (%)	96	96
Förtroende för personalen, andel (%)	75	92
Hälsotillstånd, andel (%)	36	27
Information om förändringar, andel (%)	48	33
Läkare vid behov, andel (%)	29	38
Möjlighet att framföra synpunkter, andel (%)	44	25
Trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%)	70	48
Trygghet, andel (%)	91	96
Besväras ofta av ensamhet, andel (%)	27	17

Källa: Kolada

## Brukarundersökningar inom funktionshindreomsorgen 2023

Kommunens verksamheter inom funktionshindreomsorgen har under gångna året för första gången deltagit i SKRs nationella brukarundersökning. Brukarundersökningen riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boenden, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen (SoL) samt personlig assistans. Samtliga verksamheter förutom Personlig assistans och sysselsättning enligt SoL har deltagit i undersökningen.

Överlag har verksamheterna fått höga resultat. LSS-Servicebostad har exempelvis fått 100% positiva svar på samtliga frågor. I övriga verksamheter är resultaten något mer spridda. Exempelvis inom LSS gruppboendestöd har området kommunikation fått låga resultat. En åtgärd som verksamheten planerat med anledning av dessa resultat är att samtlig personal kommer gå utbildning i AKK och TAKK.

LSS - Servicebostad	2023
<b>Inflytande</b>	
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	100
<b>Rätt stöd</b>	
Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	100
<b>Kommunikation</b>	
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	100
All personal förstår brukaren, andel (%)	100
<b>Omtanke</b>	
Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	100
<b>Förtroende för personalen</b>	
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	100
<b>Trygghet</b>	
Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	100
<b>Trivsel</b>	
Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	100
<b>Synpunkter</b>	
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	100

LSS - Gruppboendestöd	2023
<b>Inflytande</b>	
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	88
Brukaren får ibland bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	12
<b>Rätt stöd</b>	
Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	100
<b>Kommunikation</b>	
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	50
Några i personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	50
All personal förstår brukaren, andel (%)	38
Några i personalen förstår brukaren, andel (%)	62
<b>Omtanke</b>	
Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	88
Personalen bryr sig ibland om brukaren, andel (%)	12
<b>Förtroende för personalen</b>	



Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	75
Brukaren känner sig trygg med någon i personalen, andel (%)	25
<b>Trygghet</b>	
Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	100
<b>Trivsel</b>	
Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	100
<b>Synpunkter</b>	
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	75

<b>LSS – Daglig verksamhet</b>	<b>2023</b>
<b>Inflytande</b>	
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	65
Brukaren får ibland bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	35
<b>Rätt stöd</b>	
Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	94
Brukaren får ibland den hjälp hen vill ha, andel (%)	6
<b>Kommunikation</b>	
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	75
Några i personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	25
All personal förstår brukaren, andel (%)	76
Några i personalen förstår brukaren, andel (%)	24
<b>Omtanke</b>	
Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	100
<b>Förtroende för personalen</b>	
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	88
Brukaren känner sig trygg med någon i personalen, andel (%)	6
Brukaren känner sig inte trygg med någon i personalen, andel (%)	6
<b>Trygghet</b>	
Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	65
Brukaren är ibland rädd för något på sin dagliga verksamhet	29
<b>Trivsel</b>	
Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	76
Brukaren trivs på sin dagliga verksamhet ibland, andel (%)	18
<b>Betydelse</b>	
Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	94
Verksamheten är ibland viktig för brukaren, andel (%)	6
<b>Synpunkter</b>	
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	100

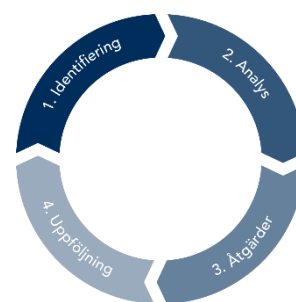
<b>SoL – Boendestöd</b>	<b>2023</b>
<b>Inflytande</b>	
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	96
Brukaren får ibland bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	4
<b>Rätt stöd</b>	
Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	96

Brukaren får ibland den hjälp hen vill ha, andel (%)	4
<b>Kommunikation</b>	
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	88
Några i personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	8
Personalen pratar inte så brukaren förstår, andel (%)	4
All personal förstår brukaren, andel (%)	92
Några i personalen förstår brukaren, andel (%)	4
Ingen i personalen förstår brukaren, andel (%)	4
<b>Omtanke</b>	
Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	92
Personalen bryr sig ibland om brukaren, andel (%)	8
<b>Förtroende för personalen</b>	
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	96
Brukaren känner sig trygg med någon i personalen, andel (%)	4
<b>Trivsel med personal</b>	
Brukaren trivs med sina boendestödjare, andel (%)	96
Brukaren trivs inte med sina boendestödjare, andel (%)	4
<b>Synpunkter</b>	
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	96

Källa: Kolada

## 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. Hur ofta egenkontroller inom ett visst område ska genomföras beror på identifierade risker inom området. Under året har det tagits fram en egenkontrollplan kopplat till hälso- och sjukvård. Syftet med det är att egenkontrollerna ska ske regelbundet samt att det ska vara väl kända i verksamheterna.



Under september månad har det skett en uppstart av en Hälso- och sjukvårdsgrupp. Detta är ett forum som består av enhetschefer, verksamhetschefer och MAS, syftet med denna grupp är att övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor lyfts och diskuteras. Genom uppstart av Hälso- och sjukvårdsgrupp kan man på ledningsnivå följa upp resultat från egenkontroller på ett mer strukturerat sätt.

## Förvaltningsövergripande egenkontroll

I oktober svarar alla verksamheters enhetschefer på ett stort antal förvaltningsövergripande egenkontrollfrågor. Vid årets egenkontroll var andelen JA-svar 81%. En minskning jämfört med 84% 2022. För de utvecklingsområden som identifieras tar verksamheterna fram handlingsplaner. Gemensamma identifierade utvecklingsområden för omsorgsförvaltningen under 2023 var bland annat området Klagomål och synpunkter, där andelen JA-svar var lågt för både kännedom, användande, om information ges till nyanställda samt om årliga analyser av inkomna klagomål och synpunkter genomförts. Även området lex Sarah och lex Maria hade låg andel JA-svar för kännedom och om information ges till nyanställda. Området anmälningsskyldighet gällande barn som far illa hade en låg andel JA-svar för om information

ges till personal om vilken skyldighet de har. IFO hade dock 100% JA-svar här medan VOMs svarsprocent låg mellan 37-44% beroende på om det handlade om information till tillsvidareanställda, visstidsanställda eller timanställda.

## 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 har var tredje månad rapporterat antal infektioner till Vårdhygien region Uppsala. Syftet med infektionsregistreringen är att det ska användas som ett underlag för ett riktat förbättringsarbete.

I tabell nedan visas antal rapporterade infektioner under år 2023 på särskilt boende för äldre samt korttidsenhet. De infektioner som registreras och rapporteras är infektioner som antibiotikabehandlas samt fall av misstänkt eller konstaterad virusinfektion.

Lung-inflammation	Urinvägsinfektion med KAD	Urinvägs-Infektion utan KAD	sårinfektion	Misstänkt eller konstaterad Clostridium	influensa	magsjuka	Annan hud och mjukdels infektion	Annan infektion
5 (7)	8 (4)	18 (11)	30 (13)	0 (0)	5 (2)	4(0)	8 (10)	12 (3)

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

**Analys:** Totalt rapporterades 90 stycken infektioner under 2023, vilket var fler jämfört med föregående år då det rapporterades 50 stycken. Sårinfektioner är den typ av infektion som har ökat mest. Det finns ingen tydlig orsak till varför denna ökning har skett eller vilka typer av sårinfektioner det handlar om. Urinvägsinfektioner utan kateter och Annan infektion har ökat sedan tidigare år. Syftet med infektionsregistreringen är att den ska användas som ett underlag för ett riktat förbättringsarbete, detta är något som behöver förbättras. Om verksamheterna på ett mer strukturerat sätt analyserar sina resultat kommer bakomliggande orsaker kunna identifieras och utifrån det åtgärder genomföras. Hur resultatet från infektionsregistreringen ska användas i ett förbättringsarbete är också en del i handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner.

Vaccination mot säsongsinfluensa och Covid-19 ger aldrig ett 100-procentigt skydd men sjukdomen blir oftast lindrigare hos dem som har vaccinerats. Under influensasäsongen har fem patienter på särskilt boende för äldre och korttidsenheten haft symptom och provtagits positivt för influensa. Det är endast enstaka patienter som inte har vaccinerades inför årets influensasäsong på särskilt boende för äldre.

Under året rapporterades fyra patienter med misstänkt/konstaterad 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 smittsamma sjukdomar krävs att verksamheten agerar fort och följer vårdhygieniska rutiner. Under oktober månad hade en verksamhet smittutbrott av Covid-19. Händelseanalys som genomfördes efter utbrottet visade att verksamhetens tidigt insatta smittskyddsåtgärder samt täta avstämningar om smittläget och åtgärder givit god effekt.

**Åtgärder:** Genom hög följsamhet till hygienrutiner och klädregler kan infektioner förebyggas. Åtgärder för att öka följsamheten till basala hygienregler och klädregler är presenterade under nedanstående rubrik. Ett nytt arbetssätt kommer att införas under våren 2024. Arbetssättet innebär att sjuksköterskor tillsammans med enhetschefer ska på ett mer strukturerat sätt analysera resultatet och utifrån det genomföra åtgärder för att förebygga uppkomsten av infektioner. Analyser och åtgärder återkopplas till övriga medarbetare samt presenteras i Hälso- och sjukvårdsgruppen.

Det har skett ett arbete att justera den befintliga övergripande handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner. Den är justerad utifrån de åtta kärnområdena i enlighet med VIS-riktlinjen. Målet är att handlingsplanen ska vara klar under 2024.

En aktivitet i handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner har varit att utbilda enhetschefer inom området vårdrelaterade infektioner, vilket har skett under året. Under hösten har verksamheterna inom vård och omsorg upprättat handlingsplaner för utbrott av smittsam sjukdom. Under året har Vårdhygien genomfört hygienrund på särskilt boende för äldre och korttidsenhet. Andra verksamheter inom vård- och omsorg ska utföra vårdhygienisk egenkontroll.

Den viktigaste åtgärden för att förhindra svår sjukdom mot Covid-19 och influensa är vaccination. Vaccinationen har skett enligt smittskyddsenshetens rekommendationer under året.

**Uppföljning:** Vidtagna åtgärder kommer att följas upp genom infektionsregistrering under nästkommande år samt statistik från basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Vid smittutbrott ska händelseanalys genomföras vilket ska användas vid uppföljning. Uppföljning av resultat sker i Hälso- och sjukvårdsgruppen.

### **Följsamhet till hygienrutiner och klädregler**

En viktig åtgärd för att förhindra smittspridning är hög följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Verksamheterna mäter följsamheten till basal hygien och klädregler genom observationsmätning eller självskattning. Resultatet från mätningarna ska användas i förbättringsarbetet.

**Mål:** Hög följsamhet till BHK.

**Resultat:** Resultatet som presenteras nedan är ett gemensamt resultat från samtliga verksamheter som utfört observationsmätning BHK under år 2023.

2023	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Des händerna före	88,6	87,8	90,4	82,0	87,8	90,3	96,7	92,3	92,3	82,2	94,2	84,5
Des händerna efter	97,5	93,9	96,4	91	90,2	95,8	98,3	90,4	98,1	89,8	95,2	97,2
Handskar	100	98,8	98,8	100	98,8	100	100	100	96,2	94,1	99	97,2
Förkläde	89,9	90,2	90,4	91	93,9	87,5	96,7	88,5	92,3	89	93,3	87,3
Arbetsdräkt	100	98,8	98,8	96,6	100	100	100	98,1	100	98,3	100	98,6
Ringar, klockor, armband mm.	97,5	100	97,6	98,9	98,8	97,2	100	98,1	100	99,2	100	98,6
Hår	94,9	100	100	97,8	100	100	100	100	100	100	100	100
Naglar	97,5	98,8	98,8	95,5	100	98,6	98,3	96,2	98,1	94,9	98,1	100

Källa: SKR databas, andelen är presenterade i procent

**Analys:** Genom att kontinuerligt påminna, handleda, mäta, och utbilda medarbetare kan verksamheterna uppnå en hög följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Användning av förkläde samt desinficering av händer före arbetsmomentet är de två steg som verksamheterna uppnått lägst följsamhet sammantaget under året.

Observationsmätningarna har inte genomförts på alla enheter i den omfattning under året som önskats. Anledning till det har varit att medarbetare vid vissa tillfällen har glömt bort att mätningen ska utföras eller att det under en viss mätperiod saknats medarbetare som kan utföra mätningarna. Några hemtjänstgrupper har nyligen påbörjat att utföra observationsmätningar, det är ett nytt arbetssätt vilket kan påverka registreringen.

**Åtgärder:** Fler medarbetare har utbildats för att kunna utföra observationsmätningar. Målet har varit att implementera observationsmätningar av basala hygienrutiner och klädregler i alla hemtjänstgrupper. Implementeringen är inte helt klar i alla grupper men på god väg och kommer att fortgå under våren 2024. De verksamheter som bedriver ensamarbete genomför självsättning. En annan del som har haft förbättringsbehov är hur vi följer upp resultatet från mätningarna. Under hösten har resultat och åtgärder presenterats i Hälso- och sjukvårdsgruppen samt ett omtag har genomförts kring att resultat och åtgärder ska följas upp och diskuteras på medarbetarnas arbetsplatsträffar.

Den årliga utbildningen inom basal hygien och klädregler för tillsvidareanställda vård- och omsorgspersonal har i år varit en webbutbildning från Socialstyrelsen. Hur utbildningen ska se ut för nyanställda framgent har varit en del i det större arbetet där hela introduktionsprogrammet ses över. Under november och december månad har extra insatser genomförts tillsammans med Vårdhygien för att öka följsamheten till att använda förkläde. Även under detta år har en sjuksköterska från Vårdhygien haft nätverksträffar med hygienombuden under vår och höst.

Under hösten har informationsblad som ska lämnas ut till patienter och brukare kring smittförebyggande åtgärder färdigställt.

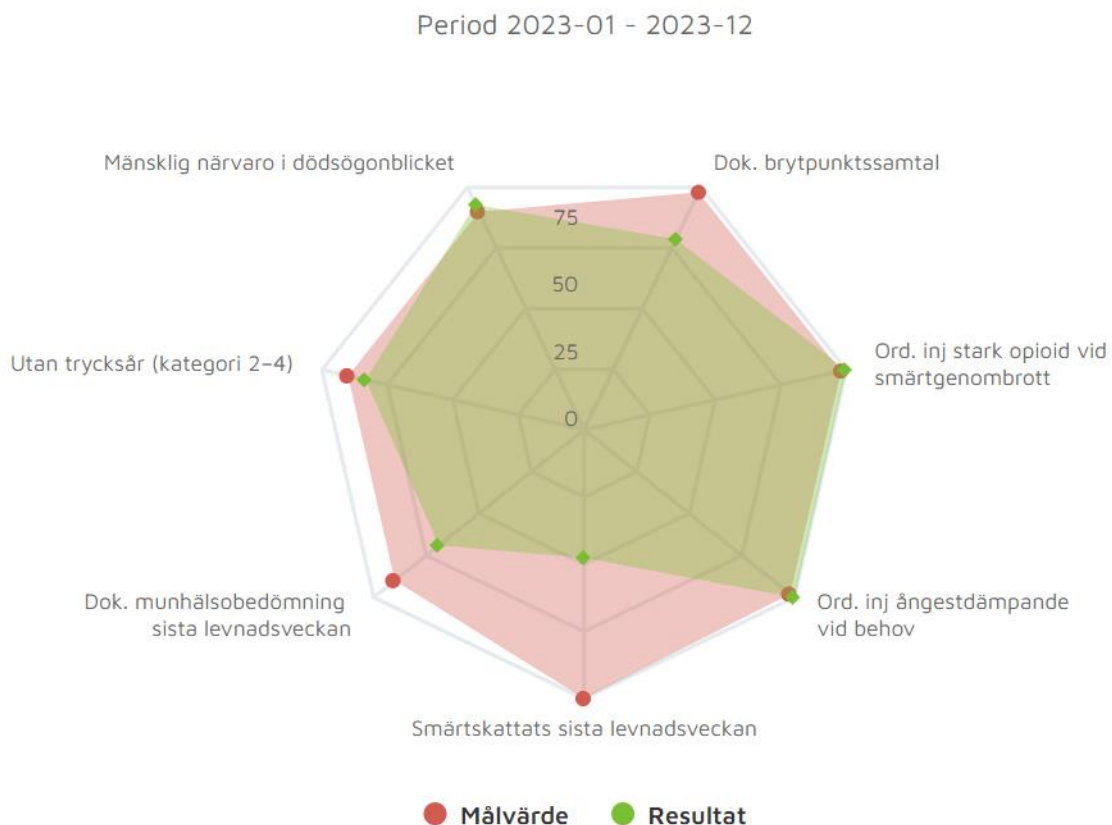
**Uppföljning:** Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler följs upp kontinuerligt under året. Enhetschefer följer upp resultat och åtgärder tillsammans med medarbetare på arbetsplatsträffar. Resultat och åtgärder från mätningarna presenteras i Hälso- och sjukvårdsgruppen.

### Palliativ vård

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

**Mål:** Övergripande mål är att skapa bästa möjliga livskvalitet samt att lindra lidandet utifrån den enskildes önskningsar och behov. Ett annat mål som har varit läns-gemensamt är att öka täckningsgraden i palliativa registret.

**Resultat:** Sjuksköterska inom kommunal primärvård ansvarar för att registrera i palliativa registret för de patienter som är inskrivna hos sjuksköterska och avlider i ordinärt boende, i särskilt boende eller på korttidsenhet. Egenkontroll som är genomförd 2023 visar att 96% av de patienter kommunens sjuksköterska ska registrera i palliativa registret är registrerade. Detta är en förbättring sedan föregående år.



Källa: Palliativa registret

Diagrammet ovan är uppgifter från palliativa registret från januari 2023 till december 2023 och omfattar både patienter på särskilt boende, korttidsenhet och ordinärt boende. Föregående års resultat finns inom parentes. Av de som under året var registrerade i palliativa registret har

79,1% (85,7%) fått brytpunktsamtal. Andel med dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan var 48,8% (50%), dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan var 69,8% (50%) och patienter utan dokumenterade trycksår var 83,7% (96,4%). Andel som hade mänsklig närvaro i dödsögonblicket var 93% (89,3%), som hade ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott var 100% (92,9%) och som hade ordination injektion ångestdämpande vid behov var 100% (96,4%).

**Analys:** En kvalitetsindikator är ett mått på kvalitet inom ett visst område av vården som regelbundet registreras med syfte att följa förbättringsarbetet. Genom att uppfylla kvalitetsindikatorerna inom palliativ vård ökar möjligheterna till att säkerställa en god palliativ vård. För att kunna följa kvalitetsindikatorerna behöver det vara en hög täckningsgrad i palliativa registret. Åtgärderna som genomförts under året för att öka täckningsgraden har givit goda effekter.

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket, ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott och ordination injektion ångestdämpande vid behov är indikatorer där verksamheten uppnått Socialstyrelsens målvärde. Utan trycksår är en indikator där verksamheten nästan uppnår Socialstyrelsens målvärde. Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är en indikator som förbättrats jämfört med föregående år, dock uppnås inte Socialstyrelsens målvärde. Dokumentation smärtskattning sista levnadsveckan ligger långt från Socialstyrelsens målvärde. Detta innebär att sjuksköterskan inte har använt sig av specifika smärtskattningsinstrument vid bedömningen och dokumentation, dock har patienten fått smärtlindring vid behov. Även dokumenterat brytpunktsamtal är ett område som bör förbättras.

**Åtgärder:** Åtgärder som har genomförts under året är att följa täckningsgraden i Palliativa registret genom egenkontroller. Utbildning har skett för sjuksköterskor kring registret och vikten av att registreringen utförs. Palliativa konsultteamet har utbildat kommunens sjuksköterskor tillsammans med vårdcentralens läkare i brytpunktsamtal. En arbetsgrupp med legitimerad personal, omsorgspersonal och MAS har under året påbörjat ett arbete med att kartlägga den palliativa vårdprocessen och utifrån det skapa rutiner och checklistor. Detta arbete kommer att fortgå under nästkommande år. Palliativa ombud har färdigställt utbildningsmaterial till omsorgspersonal. För att uppnå en personcentrerad, samordnad och jämlik palliativ vård i samverkan i Uppsala län har en ny vård i samverkans riktlinje tagits fram. Riktlinjen ska tydliggöra ansvarsförhållanden mellan huvudmännen, ligga till grund för verksamheternas lokala rutiner samt utgöra grund för uppföljning och utvecklingsarbete.

**Uppföljning:** Täckningsgraden och kvalitetsindikatorer följs upp i Palliativa registret.

## **Läkemedelshantering**

**Mål:** Att läkemedel hanteras och förvaras på ett säkert sätt.

**Resultat:** Vid egenkontroll av sjuksköterskans läkemedelsförråd har det uppmärksammats att inaktuella ordinerade läkemedel inte sätts ut av ansvarig läkare och därför inte sorterats ut i den utsträckning det bör. Av samma anledning kan det därför förvaras för stora mängder vid behovsläkemedel i läkemedelsförrådet. Vid egenkontrollen uppmärksammades även att det i

patients individuella läkemedelskåp förvarades för många doser för upprepade behov. En annan brist var att kontrollräkning av vissa läkemedel i läkemedelsförråd periodvis inte har kontrollräknats i tillräcklig omfattning och inte heller dokumenterats på ett optimalt sätt.

**Analys:** Ordinerade vid behovs-läkemedel för symtomlindring ska kunna ges omgående till patienter när behovet uppstår. Detta innebär att läkemedel behöver finnas nära till hands. Det finns risker med att inaktuella ordinerade läkemedel förvaras i läkemedelsförråd samt att det förvaras flera doser läkemedel i patientens individuella läkemedelskåp. Ju mer läkemedel verksamheterna hanterar desto högre risk för sämre kontroll och spårbarhet. En anledning till att det funnits brister kring kontrollräkningen kan vara otydligheter i rutiner.

**Åtgärder:** Under året har det skapats nya rutiner och arbetssätt som innebär tätare kontroller av läkemedel i sjuksköterskornas läkemedelsförråd samt mindre mängd läkemedel som lämnas ut från läkemedelsförråd till patients individuella läkemedelskåp. Läkemedel som inte används kasseras av sjuksköterska i ett tidigare skede än tidigare.

**Uppföljning:** Sjuksköterskorna kontrollerar varandras enheter samt enhetschef/gruppleddare för hälso-och sjukvården kontrollerar sjuksköterskorna. MAS följer upp att kontrollerna genomförs.

### **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 genomförs även läkemedelsgenomgång.

**Mål:** Att patienter erbjuds vårdplanering samt läkemedelsgenomgång minst en gång per år samt vid försämrat hälsotillstånd.

**Resultat:** Egenkontrollen som genomfördes under november månad visade att 49% av patienter boende på särskilt boende för äldre har genomgått vårdplanering inom ett år, 26% av de som inte genomgått vårdplanering har ett planerat datum för att genomföra vårdplanering inom närtid. Journalgranskningen som utfördes av IVO i samband med tillsynen på särskilt boende för äldre visade att dokumenterade läkemedelsgenomgångar inte genomförs i den omfattning det ska.

### **Analys:**

Vårdplaneringar på särskilt boende för äldre genomförs av läkare och sjuksköterska tillsammans med patient och när samtycke finns erbjuds även närstående in. I början av året ökade antalet utförda vårdplaneringar på särskilt boende för äldre vilket sedan inte kunde upprätthållas under vår och sommar. Under höst och vinter 2023 har vårdplaneringarna ökat i antal igen. Eftersom planerade läkemedelsgenomgångar ofta genomförs i samband med vårdplaneringar har inte heller det skett enligt rutin. En anledning till att vårdplaneringarna inte har utförts i den omfattning det borde, har varit svårigheter kring läkarmedverkan delar av året samt att verksamheten behövt prioritera mer akuta åtgärder. En annan brist som har uppmärksamats har varit otydligheter om var i journal läkemedelsgenomgångar ska dokumenteras. Denna otydlighet kan medföra att fler läkemedelsgenomgångar är utförda än vad journalgranskning visar.



**Åtgärd:** Att säkerställa att vårdplaneringar och läkemedelsgenomgångar utförs är även ett prioriterat område i handlingsplanen för patientsäkerhet. Åtgärder som är genomförda under året har varit att upprätta en tydlig planering tillsammans med sjuksköterskor kring vårdplaneringar. Bristen har påtalats och diskuterats flertalet gånger med verksamhetschef för den regionala primärvården (vårdcentralen) och utifrån det har åtgärder skett i samverkan. En arbetsgrupp har skapats i slutet 2023, uppdraget för gruppen är att förbättra och tydliggöra dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

**Uppföljning:** Egenkontroll av genomförda vårdplaneringar genomförs under 2024. Enhetschef för legitimerad personal följer upp kontinuerligt med sjuksköterskor att planeringen efterföljs.

### **Loggkontroller**

För att verksamheterna ska kunna säkerställa att inte medarbetare missbrukar åtkomst till brukares, patienters och klienters personuppgifter ska loggkontroller genomföras regelbundet i system som exempelvis Treserva, Cosmic och NPÖ.

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

**Resultat:** Utifrån inkomna uppgifter kring genomförda loggkontroller har tre avvikelser identifierats under året.

**Analys:** Fler loggkontroller har utförts jämfört med tidigare år trots det har antalet avvikelser inte ökat. Ett förbättringsområde som har uppmärksammats är hur uppföljning av loggkontroller sker på övergripande ledningsnivå. Verktyg i form av rutin, blankett och lathund finns.

**Åtgärd:** Nya medarbetare får information i samband med introduktion om att man inte får ta del av personuppgifter som inte behövs för att kunna utföra sitt uppdrag. Tillsvidareanställda bör också regelbundet informeras om detta. Tätare uppföljning med ansvariga chefer kring att loggkontroller utförs och dokumenteras enligt rutin är en åtgärd som behöver göras. Ett nytt sätt att ta loggar från Cosmic har utarbetats i länet vilket gör det tydligare och säkrare att begära ut loggar än tidigare.

**Uppföljning:** Ansvarig chef ansvarar för att kontinuerligt följa upp att loggkontroller utförs, dokumenteras samt att eventuella avvikelser utreds.

## **Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden**

Medarbetare har en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet och att kvalitet upprätthålls. Medarbetare ska dagligen i sitt arbete identifiera risker i verksamheten så att det går att åtgärda innan en oönskad 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 eller ett missförhållande. När en oönskad händelse har skett ska den rapporteras i form av en avvikelserapport. 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 oönskad händelse identifieras ofta genom att en avvikelserapport skrivs. I de fall då händelsen kan handla om en vårdskada ska ansvarig chef informera medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för att utredning görs. MAS bedömer sedan 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 anmäla en händelse till IVO. En händelse har handlat om otydligheter kring läkarbeslut om att inte påbörja hjärt- och lungräddning, två händelser har handlat om läkemedel och en om trycksår.

## 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 2023 gjordes tre lex Sarah-rapporter. Ingen har anmälts vidare till IVO. En av rapporterna är gjord inom LSS-verksamheten och handlar om att en anställd använt en brukares bankkort för egna inköp. Efter utredning har bedömning gjorts att händelsen inte bedöms vara ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande. De andra två rapporterna har registrerats inom enheten för barn och familj. Den ena rör brister i handläggningen och har efter utredning bedömts att inte vara ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande. Den andra rapporten handlar om att en person med sekretessmarkering fått sin identitet röjd i dokument skickade till förvaltningsrätten. Rapporten är ännu inte färdigutredd.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

I förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, QPR, ska samtliga av verksamheternas processer vara beskrivna och tillhörande dokument i form av riktlinjer, rutiner, arbetsbeskrivningar, checklistor och lathundar vara 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. Ledningssystemet används inte i den omfattning som önskas samt uppdatering av processer och kopplade dokument görs inte enligt rutin. Detta riskerar kvaliteten och säkerheten i verksamheten. Att förbättra detta bör framgent vara prioriterat.



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

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. Åtgärder har under året genomförts för att öka användandet av senior alert och Palliativa registret. Åtgärderna för att öka registreringen i Palliativa registret har haft goda effekter. I och med utvecklingsarbetet kring teamträffar förväntas detta kunna förbättra arbetet med Senior alert. Fler åtgärder planeras att genomföras 2024.

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. Kommunikation och planering mellan region Uppsala och kommunen sker i första hand genom Cosmic Link, vilket innebär att legitimerad personal i kommunen, efter inhämtat samtycke hos patient har 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. I utskrivningsplanering med region Gävleborg sker kommunikationen i systemet Lifecare.

Vårdgivaren har ansvar för att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för att en god och säker vård skall kunna ges till patienten. Brister i dokumentationen kan leda till allvarlig vårdskada. Det har framkommit genom samtal med legitimerad personal, IVO-granskning samt genom utförda journalgranskningar att brister finns. Under året har åtgärder genomförts som ska förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdsjournalen. Exempel på åtgärder är att legitimerad personal genomför kollegial journalgranskning, detta är även en åtgärd utifrån handlingsplanen för patientsäkerhet. Syftet med detta är att få en lärande process samt för att identifiera förbättringsområden och genomföra förbättringsåtgärder. En annan åtgärd har varit att skapa en dokumentationsgrupp som har påbörjat ett arbete med att se över hela dokumentationsprocessen. Uppdraget är att identifiera brister samt att skapa rutiner för en patientsäker dokumentation. Delar av verksamhetssystemet har utvecklats samt en övergripande rutin kring dokumentation har tagits fram under året.

Journalföring enligt Socialtjänstlagen har utvecklats och blivit mobil genom att en applikation har införts som möjliggör dokumentation i mobil eller surfplatta på plats hos brukare. Detta innebär också möjlighet att registrera avvikelser samt skicka meddelanden till andra professioner. Detta är också ett sätt att göra brukare delaktiga samt att öka kvaliteten i dokumentationen då den kan göras i samband med besöket.

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. Exempel på förbättringsåtgärder som skett under året är ett tillägg i delegeringsrutinen vilket ska förstärka legitimerade medarbetares förutsättningar att följa upp delegeringsbeslut. En annan förändring som är påbörjad och

kommer genomföras fullt ut under år 2024 är att delegeringsutbildning kommer ske i ett senare skede i introduktionsprocessen.

Under året har följsamheten till basal hygien och klädregler mätts och registrerats varje månad i SKRs databas. Denna observationsmätning har utförts på särskilt boende för äldre, korttidsenhet samt i vissa hemtjänstgrupper. Genom att registrera resultatet i databasen kan verksamheten på ett systematiskt sätt identifiera brister, åtgärda och följa upp resultat.

Enheten för rehabilitering har under året utvecklat Hjälpmedelshandboken. Syftet med Hjälpmedelshandboken är att ge stöd till förskrivare i förskrivningsprocessen. Hjälpmedelshandboken är också ett verktyg för att säkerställa att personer som är folkbokförda i Älvkarleby kommun får en likvärdig och jämställd bedömning och utprovning av hjälpmedel.

En ny riktlinje för insatser enligt Socialtjänstlagen för vård och omsorg infördes under hösten. Syftet är att ge tydligare uppdrag till hemtjänsten kring vilka insatser som ska utföras.

En annan åtgärd för att höja kvaliteten i biståndshandläggningen var att under våren införa tidsbegränsade beslut i hemtjänsten vilket kommer medföra en bättre uppföljning. Nya kriterier för beslut om korttidsvistelse infördes i juni.

IFO har inom vuxenhandläggningen implementerat metodstödet Net-Klient som inte bara underlättar arbetet utan som även ger statistik och stöttar handläggaren i att välja rätt typ av åtgärd för klientens behov av stöd. Metodstödet är kopplat till Addiction Severity index (ASI) vilket är den bedömningsmetod som vuxenhandläggare använder i arbetet kring missbruk och beroende.

För att säkerställa processen kring familjehemsvården har riktlinje, rutiner och checklistor tagits fram under året. Ett stort fokus har varit på att implementera dessa samt nya arbetssätt utifrån verksamhetens utvecklingsprojekt.

## **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 ska en utredning vara färdigställd inom fyra månader. Utredning utifrån ansökan från en vuxen ska 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. Inom enheten för barn och familj har genomsnittstiden för utredning ökat till 106 dagar jämför med förra året då det var 95 dagar. För de utredningar som överskridit utredningstiden inom Barn och familj har avvikelserapport upprättats. Att inom enheten arbeta för kortare utredningstider är ett utvecklingsområde som under 2023 varit prioriterat och kommer vara även 2024.

Enhet	Genomsnittlig utredningstid i dagar	Längsta utredningstid i dagar	Kortaste utredningstid i dagar
Barn och familj (0-17 år)	106	204	1
Vuxen	75	212	11
Ekonomiskt bistånd	18	463	1
Biståndshandläggning enligt SoL	8	421	1
Biståndshandläggning enligt LSS	14	112	1

## Säker vård här och nu

En orsak till vårdskador är bristande samverkan 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 samverkan både internt och mellan kommun och region. Kommunen och regionen har olika journalsystem vilket försvårar samverkan kring patienten. 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. Legitimerade medarbetare inom kommunen har även efter inhämtat samtycke, tillgång till region Uppsalas journalsystem. Ett annat sätt att förbättra samverkan mellan regionen och kommunen är att identifiera brister samt rapportera detta i form av avvikelser. Regionen har identifierat tre händelser kopplade till hälso- och sjukvård som är skickade som avvikelser till kommunen under året. En av dessa handlar om felhantering av kosttillskott på särskilt boende för äldre och två avvikelser handlar om läkemedel i ordinärt boende.



Periodvis under året har det varit hög vårdtyngd 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

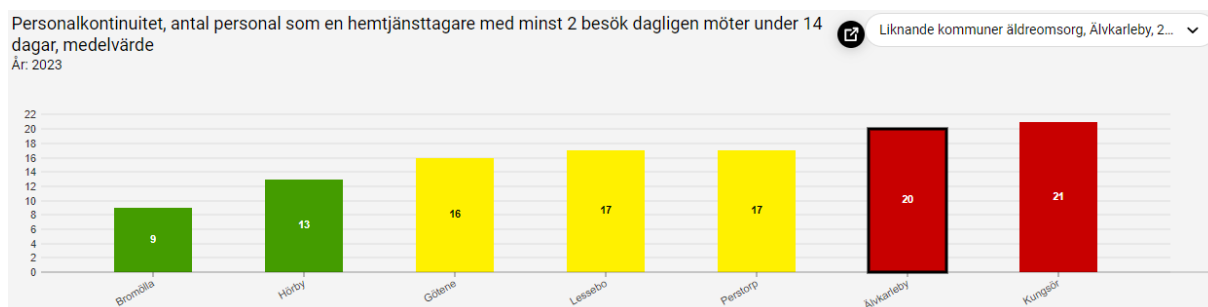
Kontinuitet är viktigt för patientsäkerheten och skapar trygghet för patient och anhöriga. Om samma medarbetare alltid träffar samma patient är det lättare att upptäcka förändringar i måendet och utvärdera olika behandlingar. Inom hemtjänsten finns kravet på fast omsorgskontakt, denne skall tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassning och samordning. Från och med i somras är kravet att den fasta omsorgskontakten ska vara utbildad undersköterska. Verksamheterna har haft svårt att leva upp till detta lagkrav då andelen undersköterskor i verksamheterna inte är tillräcklig hög.

Inom hemtjänst mäts kontinuitet varje år utifrån hur många olika medarbetare en hemtjänsttagare möter i genomsnitt under 14 dagar. För 2023 var siffran 20 för kommunen. Både i jämförelse med alla kommuner och i jämförelse med liknande kommuner ligger Älvkarleby bland de högsta. Under 2023 försämrades resultatet även jämfört med året innan.

En anledning till det kan vara det utvecklingsarbete under 2023 med att få till arbetsscheman utifrån nya lagkrav om dygnsvila, samt som är mer resurseffektiva.

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022	2023
Personalkontinuitet, antal personal en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde	18	19	16	18	20

Källa: Kolada



Källa: 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.

Många avvikelser resulterar inte i allvarliga konsekvenser för den enskilde individen. Det är dock viktigt att utredningar genomförs för att förhindra att likartad händelse inträffar igen samt för att minimera risken för allvarliga konsekvenser i en liknande situation. Vid utredning av avvikelse ska allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad bedömas.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelse

Inom omsorgsnämnden har det under året registrerats flest avvikelser inom kategorierna läkemedel och fall. Dessa kategorier har även varit överrepresenterade under tidigare år samt med en ökning i vissa verksamheter.

Vård och omsorg har under hösten 2023 påbörjat ett arbete kring en process att revidera rutinen för hantering av inkomna avvikelser i verksamhetssystemet Treserva.



Syftet med detta är att få en snabbare hantering samt att rätt profession hanterar sin del i avvikelserna.

Det skedde en uppstart av kvalitetsråd i november och på första träffen var fokus avvikelser. Syftet med detta var att utveckla analysen som även ska ske på en mer övergripande nivå. Vid nästa kvalitetsråd sker uppföljning av detta.

Läkemedelsavvikelser har ökat jämfört med förra året och främst inom särskilt boende för äldre och korttids. En åtgärd som genomförts på särskilt boende för äldre under året för att minska risken för att läkemedel förväxlas, är att flytta in läkemedlen i ett låst skåp i den boendes lägenhet. Detta arbetssätt implementerades innan sommaren. Något som statistiken visar är att av det totala antalet läkemedelsavvikelser på särskilt boende för äldre så har den största andelen registrerats under den senare delen av året. En bidragande orsak till detta skulle kunna vara det nya arbetssättet, då det kan ta lite tid innan det fungerar optimalt efter en förändring. Täta uppföljningar kring det nya arbetssättet har skett och kommer fortsatt ske.

En vanligt förekommande avvikelse är att medarbetare glömt att ge läkemedel. En ny rutin har därför införts kring daglig, regelbunden egenkontroll av att läkemedlen är signerade i den digitala appen.

En åtgärd kopplat till avvikelser som rör felaktigheter kring narkotika i signeringsappen är att en lathund tagits fram samt att utbildningar har hållits kring hur man gör vid nedräkning av narkotika.

En brist som framkommit i den externa läkemedelsgranskningen är att sjuksköterskor inte följer upp sina utförda delegeringar i tillräcklig omfattning samt att uppföljningen inte dokumenteras på ett korrekt sätt. Utifrån detta har sjuksköterskor utfört extra utbildningsinsatser kring läkemedelshantering för omsorgspersonal under året samt ett tillägg har införts kring uppföljning av delegering. Lämplig plats i verksamhetssystemet för dokumentation av uppföljning av delegering är utsedd, detta planeras att implementeras under 2024.

En ny metod har genomförts under året i samband med den externa läkemedelsgranskningen vilket var att delegerad personal samt legitimerade sjuksköterskor fick svara på en enkät kring svårigheter och förbättringsområden gällande läkemedelshantering. Utifrån enkätsvaren och åtgärdsplanen från apotekare har justeringar gjorts i nuvarande rutin. Det planeras att under nästkommande år påbörja ett arbete att ta fram en arbetsbeskrivning riktad till delegerad personal. Arbetsbeskrivningen ska tydliggöra arbetssätt utifrån svårigheter och brister som framkommit i enkätsvaren.

Ett nytt arbetssätt som delvis har påbörjats och kommer att implementeras fullt ut under 2024 är att nyanställda, oerfarna medarbetare kommer att få påbörja sin anställning utan läkemedelsdelegering, för att sedan successivt introduceras i att hantera läkemedel på ett patientsäkert sätt.

I början av sommaren drabbades en av verksamheterna av misstänkta stölder av läkemedel. Åtgärden att läkemedlen förvaras i enskilda läkemedelsskåp kommer att bidra till en bättre spårbarhet kring vilken medarbetare som varit inne i ett läkemedelsskåp. Nya rutiner har även skapats kring utlämnade av narkotikaklassade läkemedel till enheten samt kring hur hanteringen ska ske vid misstanke om svinn av läkemedel.

Inom ordinärt boende har arbetet med att införa fler läkemedelsautomater fortsatt och antalet är nu uppe i knappt 20 stycken i hela kommunen. Följsamheten för de som har en läkemedelsautomat har under året varit minst 99%.

Inom funktionshinderomsorgen har generellt antalet avvikelser minskat jämfört med föregående år. En bidragande orsak till färre läkemedelsavvikelser kopplas till att signeringsappen införts under året i verksamheten.

Det är viktigt att förebygga fall som kan innebära ett lidande för den enskilde gällande skador men som också kan innebära att den enskilde av rädsla för att falla blir mer passiv och får en sämre livskvalitet. Detta område måste fortsatt ha hög prioritet i förbättringsarbetet.

Totala antalet fallavvikelser har ökat under året på särskilt boende för äldre och på korttidsenheten, den största andelen av fall har skett på boende för personer med demenssjukdom. Några av patienterna står för en stor andel av fallen. En av anledningarna till ökningen av fall på korttidsenheten kan kopplas till att det under en del av året har varit fler korttidsplatser. Under 2022 minskade antalet fallavvikelser. Något som bland annat kopplades till ett nytt arbetssätt där en arbetsterapeut var stationerad på särskilt boende för äldre och korttidsenhet och därför kunde arbeta i en större utsträckning med förebyggande åtgärder. Förändring har skett och sedan ett halvår tillbaka är professionen inte stationerad på samma sätt. Dessutom har det varit en lägre bemanning av arbetsterapeuter i verksamheten på grund av svårigheter att rekrytera medarbetare till en vakans. Detta är något som skulle kunna vara en bidragande orsak till ökningen av fall. För att lyckas med fallprevention krävs samlad kompetens från olika professioner. En åtgärd som är genomförd under året är att förbättra strukturen för teamsamverkan. Ett välfungerande teamarbete kommer med all sannolikhet minska förekomst av fallhändelser.

Inom IFO har flest avvikelser rapporterats inom områden som rör handläggning och dokumentation. Inom enheten för ekonomiskt bistånd har avvikelserna handlat om felaktigheter rörande beräkningar och utbetalningar samt brister i dokumentationen. För att säkerställa handläggningen har rutinen gällande introduktion av nyanställda justerats samt ett arbetssätt har införts med att nyanställda får en erfaren medhandläggare i ärenden i tre-sex månader beroende på tidigare erfarenhet. Månadsvis genomgång av uppkomna avvikelser har genomförts på arbetsplatsträffar som en del av en lärandeprocess. Egenkontroll har genomförts dels för att fånga upp brister i handläggning och höja kunskapen. Inom enheten för öppenvård och familjehem har avvikelserna funnits inom områdena riktlinjer, rutiner, processer, dokumentation, samverkan, kommunikation och övrigt. Det som under året framkommit och åtgärdats är att genomförandeplanerna ej har upprättats i tid. Vidare så har det framkommit brister i journalföringen där journaler ej har förts in i tid eller inte alls. Åtgärder som har satts in är; genomgång av befintliga rutiner på beredningar, fler stickprovskontroller samt att samordnare har mer uppföljning med vissa behandlare som behöver mer stöd i journalföringen.

Inom enheten för barn och familj har avvikelserna handlat om brister i verksamhetssystemets signeringsfunktion, sena utredningar, sent fördelade utredningar, aktualiseringar som registrerats på fel datum samt brister i journalföring. För avvikelserna gällande verksamhetssystem och aktualiseringar registrerade på fel datum har systemförvaltare kopplas in för att åtgärda felet. Vid sena utredningar förs samtal med handläggare och meningen är att biträdande enhetschef ska ge handläggarna stöd i att ha kontroll på utredningstiderna. Detta har dock inte skett som tänkt så framgent kommer biträdande enhetschef ha närmare kontakt



med handläggare. Detsamma gäller avvikelser om sent fördelade utredningar. Vid brister i journalföring gör enhetschef stickkontroll som egenkontroll och handläggare får stöd i hur dokumentation ska föras.

Typ av avvikelse	Hem-tjänst	Särsk. Boende för äldre	Kort-tids	Hem-Sjukv.	Funkth. omsorg	Bistånd	Ek. Bistånd vuxen	Barn och familj familjerätt	Öppenv Fam-hem	Totalt
Fall	382	395	103		21					901
Läkemedel	399	214	82		37					732
Vård och behandling HSL	21	8	8		3		1			38
Personlig omvårdnad	28	47	10	1	1	1				88
Hjälpmedel Utrustning teknik	23	55	31		10		3	10		132
Bemötande	6	2	1		2			1		10
Övergrepp	1	6	2		2					11
Brand	10									10
Insats								4		4
Avviker från bostad	6	4	4		1					15
Dokumentation	18	4	2		2		2	27	14	69
Information	2	1			1		1	2		7
Samverkan Kommunikation	3	1						1	1	6
Riktlinje rutin process	2	6	3	1				2	3	17
Ekonomi							8	1		9
Övrigt	95	64	18	1	18	4	16	12	2	230
Totalt	996	807	263	3	95	5	31	59	20	2279

Källa: Avvikelser registrerade i verksamhetssystem Treserva 2023

## 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 allvarliga klagomål gällande hälso- och sjukvård kontaktas MAS som bedömer hur händelsen ska hanteras. 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 inte inkommit något klagomål till patientnämnden kring kommunens verksamhet.

Totalt har det under året inkommit 75 klagomål och synpunkter. I jämförelse med förra året då det inkom totalt 19, är det en stor ökning. Dock är det inte entydigt negativt med en ökning då ett mål under året varit att möjliggöra att fler klagomål och synpunkter inkommer då dessa är viktiga för att kunna utveckla och förbättra verksamheten. 34 av de som inkommit till funktionshinderomsorgen har samlats in genom uppmaning från verksamheten i syfte förbättra och utveckla daglig verksamhet. I denna insamling inkom många beröm avseende verksamheten och dess personal.

I enheten för ekonomiskt bistånd och vuxen har klagomålen handlat om att man vill byta handläggare på grund av brister i handläggning och bemötande. Utredningarna har dock visat på att det inte funnits fog för handläggbytte i något av fallen. I enheten för barn och familj har klagomålen bland annat handlat om svårigheter att komma i kontakt med handläggare, bristande information, brister i handläggning och bemötande. Olika åtgärder har vidtagits.

I hemtjänsten har klagomålen handlat om brister i kommunikation, bilkörning, kring insatser, läkemedel, att det borde anställas fler kvinnlig personal och att personal slänger fimpar. I funktionshinderomsorgen har många av klagomålen handlat om att man i daglig verksamhet tycker det är för stora grupper och att lokalerna är för små. Åtgärder som vidtagits för att förbättra detta är att mer personal anställts för att kunna fördela deltagarna i daglig verksamhet i mindre grupper samt att ett mer strukturerat veckoschema skapats för att göra vistelsen mer förutsägbar och hanterbar.

I särskilt boende för äldre har två förslag inkommit, ett kring förvaring av smutsvätt och ett kring dörrmarkeringar, samt ett klagomål på maten. Att det är få inkomna synpunkter inom denna verksamhet är något som delvis kan få sin förklaring i brukarundersökningarna *Så tycker de äldre om äldreomsorgen* som visar på låga siffror gällande kännedom. Endast 25 % av de på särskilt boende för äldre som svarat på undersökningen har svarat ja på frågan om man vet var man vänder sig med klagomål och synpunkter. Även den förvaltningsövergripande egenkontrollen visar på låga siffror gällande om medarbetare känner till och om de använder rutinen för klagomål och synpunkter. En åtgärd som vidtagits för att öka kännedomen är att sätta upp anslag på lämpliga platser på särskilt boende för äldre med information om hur man lämnar klagomål. En ytterligare åtgärd som vidtagits för att öka kännedomen i hela verksamheten är att informationen kring klagomål och synpunkter på hemsidan också lyfts fram och tydliggjorts ytterligare.

Verksamhet	Antal	Kommentar
Ekonomiskt bistånd och Vuxen	6	Klagomål angående handläggare orättvis behandling, handläggare inte tagit oro på allvar, handläggare hotfull i sitt bemötande, ej fått svar under receptionens öppettid
Biståndshandläggning	0	
Barn- och familj, familjerätt	17	Klagomål angående svårigheter att komma i kontakt med handläggare, partisk handläggare, handläggning, bemötande, bristande information, felaktiga uppgifter i utredning, ej fått ut begärda journalloggar, brister i umgängesplanering, handläggares agerande, bristande hänsyn vid övervakat umgänge, kring ärende rörande ansökan kontaktfamilj, klient blivit hotad av medarbetare, bristande skolgång
Öppenvården och familjehemsvården	0	
Hälso- och sjukvården	2	Klagomål avseende träningsinsatser på Rehab, brister på sjukhus
Funktionshinderomsorgen	36	Klagomål angående upplevt användande av härskarteknik och kränkande särbehandling, stressad personal som tappade humöret, beröm för personal och verksamhet
Hemtjänsten	11	Klagomål angående bristande kommunikation, ej utförda insatser, dåligt utförda insatser, borttagna insatser, gällande läkemedel, personal slänger fimpar, avsaknad av cykelhjälm, bilkörning, beröm för bra brukarpärm
Särskilt boende för äldre	3	Klagomål angående att det serveras mycket husmanskost och lite pasta samt två förslag, ett gällande tvätt och ett gällande dörrmarkeringar

Tabell: Klagomål och synpunkter 2023

## IVO-inspektioner

IVO påbörjade nationell tillsyn av särskilda boenden i kommunal regi 2021. Under 2022 genomfördes en fördjupad tillsyn där områdena individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering och vård i livets slutskede har granskats.

IVO konstaterade följande brister:

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgifter och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshantering sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Under året har det skett ett arbete med åtgärder för att förbättra de brister som uppmärksammats. Exempel på några av dessa åtgärder är, utbildning i brytpunktsamtal för sjuksköterskor, en arbetsgrupp har påbörjat ett arbete med att se över dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal, utbildning kring SBAR som är ett verktyg för säker rapportering, utbildning till omsorgspersonal kring bedömning och tolkning av hälsotillstånd, kunskapstest till nya medarbetare har införts samt ny process kring introduktioner är under framtagande.

Efter redovisade åtgärder har IVO gjort bedömning att ärendet avslutas.

## Granskning av revisorer

En revisionsbyrå har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i kommunen genomfört en granskning avseende uppföljning av placerade barn och unga. Granskningens syfte var att bedöma om omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet vad gäller placeringar av barn och unga i hem för vård eller boende och i familjehem samt om det sker med en tillräcklig intern kontroll. Den samlade bedömningen är att den interna kontrollen inte är tillräcklig. Omsorgsnämnden rekommenderas att säkerställa revideringen av styrande och stödjande dokument samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Vidare rekommenderas att säkerställa att genomförandeplaner upprättas enligt gällande lagstiftning samt säkerställa att överväganden om vårdnadsöverflytt sker enligt lagkrav.

## Hemtjänstindex

I 2023 års index placerade sig Älvkarleby på plats 65 bland landets 280 kommuner. En klar förbättring jämfört med förra årets plats 107. Indexet är ett samlat mått på hemtjänstens kvalitet och baseras på data från ett flertal olika undersökningar; Socialstyrelsens enhetsundersökning, nationella brukarundersökningen, kommunenkäten E-hälsa, kommunenkät äldreomsorg, Senior Alert, KOLADA samt utifrån den information kommunen presenterar på sin hemsida. Totalindexet bygger på olika delindex som handlar om fokusområdena information, biståndshandläggning, utförande och stöd och utveckling. Index för områdena biståndshandläggning och utförande bygger till stor del på resultat från brukarundersökningar och har jämfört med förra årets index försämrats. Områdena information och stöd och utveckling har förbättrats och bidrar till förbättringen i det totala resultatet. Områden information bygger till stor del på vilken information som finns tillgänglig på kommunens webbsida och där har ett utvecklingsarbete genomförts under året med utgångspunkt ur förra årets hemtjänstindex. Området stöd och utveckling bygger på vilket stöd som finns att få och mycket är kopplat till digitala lösningar. Införandet av digitala inköp under året är en av de insatser som bidragit till det ökade resultatet.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i omfattning. Utifrån att allt fler svårt sjuka patienter ska vårdas i hemmet ställer det höga krav på kompetens och flexibilitet utifrån individuella behov och förhållanden. Samtidigt ska vården som ges vara patientsäker. Patienters och brukares behov samt verksamhetens förutsättningar kan även förändras på kort tid vilket innebär att verksamheten måste ha beredskap för snabba förändringar.

Semesterperioden är en riskfylld period i vård- och omsorgens verksamheter. Omsorgspersonal, legitimerad personal och ledningsfunktioner är frånvarande och ersätter varandra. Bemanningen är lägre samt ovana medarbetare ersätter ordinarie personal. En del i handlingsplanen för patientsäkerhet är att utarbeta en beredskapsplan inför denna period. Under hösten har det påbörjats ett arbete genom att se över identifierade brister från



föregående semesterperiod, nästkommande vår kommer arbetet fortsätta med att upprätta handlingsplaner för att minimera dessa brister.

Krisberedskap är ett ämne som fortsatt är högaktuellt bland annat utifrån krig och oro i omvärlden. Under året har ett arbete pågått med att analysera vilka behov som finns för att utveckla och stärka kommunens planering och arbete med socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens civila försvar. Utifrån analysen kommer en handlingsplan tas fram för det fortsatta arbetet. Som stöd för att kunna genomföra arbetet har kommunen tilldelats statsbidrag.

Ledningen för vård och omsorg beslutade under våren att avsluta arbetsledare jourtid som är en ledningsfunktion kvällar och helger. Detta med anledning av att tjänsten var kostsam och att kvaliteten på den utförda tjänsten inte var tillfredsställande. Verksamheten beslutade att bemanningsenheten ska vara öppen på helger och röda dagar som ett stöd till verksamheterna att hantera akuta vakanser på obekvämt arbetstid. Åtgärden ska bidra till en förbättrad kvalitet och ett stöd för verksamheterna.

En beredskap verksamheten hade inför 2023 var att fler skulle kunna få rätt till assistansersättning utifrån den förändring som skedde i LSS-lagen den 1 januari 2023. Resultatet av detta har under året varit en liten ökning av assistansbeslut men inte i den omfattningen verksamheten beräknat.

I oktober 2022 öppnade en tillfällig korttidsenhet på Tallmons vård och omsorgsboende utöver den ordinarie korttidsenheten. Detta för att kunna möta det behov av och den kö till särskilt boende för äldre som uppstått. Utifrån att behovet minskat kunde den tillfälliga enheten stängas i augusti 2023.

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 en lösning för digital tillsyn med radarsensorer upphandlats till ordinärt boende. Tekniken kommer medföra att brukare kan få tillsyn utan att bli störda samt att avvikelser exempelvis rörande fall kan detekteras och medföra extra trygghet.

## **Ytterligare aktiviteter för att öka kvaliteten**

Inom vård och omsorg har verksamheten under året med hjälp av stimulansmedel för att motverka ofrivillig ensamhet för äldre tillsatt en samordnare. Denne har ansvarat för att planera och anordna aktiviteter, förbättra samverkan med civilsamhället samt planera för att öppna träffpunkt med café på Tallmon. Cafét planeras att vara igång från januari 2024, inledningsvis en gång i veckan. Vissa av aktiviteterna har genomförts via ett samarbete med Kultur och fritid.

Under året har även ett arbetssätt kring hälsosamtal tagits fram. Detta syftar till att fånga upp individer som upplever ofrivillig ensamhet och som kan behöva information om vilka aktiviteter som erbjuds i närområdet samt stöd att komma igång med en aktivitet. Det syftar även till att fånga upp individer med behov som kräver insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård och som kan behöva stöd i att komma i kontakt med rätt instans.

Under året har anhörigstöd återupptagits efter en tids avbrott. Detta är för att kunna stödja närstående som har en familjemedlem som exempelvis drabbats av sjukdom, olycka, psykisk

ohälsa eller lever med en funktionsnedsättning. Stödet kan bestå av enskilda samtal eller gruppverksamhet.

Inom hemtjänsten har matdistribution införts med goda resultat. Totalt har drygt 70 av 90 omsorgstagare med insatsen hjälp med tillagning av enklare måltider istället valt att beställa mat som tillagats i kommunens centrala kök.

Ombudshandel har införts i en av tre hemtjänstgrupper. Övriga hemtjänstgrupper kommer att införa detta under januari 2024. Fördelen med ombudshandel kan vara att omsorgstagaren blir mer delaktig i inköpet som genomförs tillsammans med medarbetare digitalt. Det innebär även en större trygghet och säkerhet för både brukare och medarbetare då betalmedel inte behöver hanteras.

Individ- och familjeomsorgen har under året påbörjat ett arbete med Våga Värna som är ett samarbete mellan Älvkarlebyhus, Älvkarleby kommun, polisen och Sauvera för att belysa våld i nära relation och vad medmänniskor och grannar kan göra för att förhindra det. Våga värna-gruppen har kontinuerliga möten för att driva arbetet framåt och sprida konceptet till andra hyresvärdar. Våga Värna har även presenterats i samband med Älvkarlebyhus Trygghetskväll och under en av höstens företagarfrukostar. Vid denna frukost informerades även om Antivåldsgruppens arbete under En vecka fri från våld.

Enheten öppenvård och familjehemsvård har under 2023 slutfört Öppenvårdsprojektet del 1 som syftade till att utvärdera verksamheten i ljuset av lagrum, forskning, lokala styrdokument och utredningar, samt egen och andras beprövade erfarenhet. I och med projektet så har omsorgsnämnden antagit en ny riktlinje för öppenvårdens verksamhet. Riktlinjen innebär ett förtydligande av öppenvårdens uppdrag, den tydliggör de ska-krav som ställs på verksamheten. Under andra delen av året så har riktlinjen påbörjats att implementeras, kompetenshöjande insatser har identifierats och planerats till kommande år. Öppenvården har belysts utifrån den nya socialtjänstlagen som ska träda i kraft sommaren 2025 där mer fokus ska vara att kommunen ska arbeta mer förebyggande med tidiga insatser. Ett närmare samarbete har inletts mellan enheten för barn och familj samt enheten för vuxen utifrån att arbeta med SMARTA mål, som är en strukturerad modell som används för att formulera träffsäkra mål.

Familjehemsvården har under 2023 bedrivit ett utvecklingsarbete med syftet att tydliggöra uppdrag och roller inom familjehemsområdet, skapa rutiner och se över arbetssätt och ha en mer rättssäker verksamhetsinriktning. En del av projektet handlade om att utforma ett system för avtalshantering och kontraktering kring familjehemsvården. Arbete med att implementera nya rutiner, mallar och arbetssätt har påbörjats. Projektet har även tagit fram en familjehemshandbok. Syftet med detta är att tydliggöra vad uppdraget som jourhem eller familjehem innebär.

Familjerätten har organisatoriskt flyttats till barn och familj. Sedan omstruktureringen har en specifik arbetsledare fokuserat på familjerätten för att kvalitetssäkra arbetet och även kunna bistå i handläggning där det varit efterfrågat och där behov uppstått. Syftet med åtgärden är att rättssäkra verksamheten. En annan fördel är även att sårbarheten minskar då det är två som är insatta i ärenden och handläggningen. En projektplanering för att se över samtliga delar inom familjerätten har arbetats fram, en utredare i kommunen har tillsatts för att utreda familjerätten och dess olika delar för att framgent bygga en hållbar och rättssäker familjerätt som är stabil över tid.

Enheten för ekonomiskt bistånd och vuxen har under året arbetat med ett antal aktiviteter för att bidra till verksamhetens måluppfyllelse. Bland annat används inom ekonomiskt bistånd Instrument X, vilket är ett strukturerat bedömningsstöd för handläggarna.

Under senare delen av året har allt färre ärenden behövt beviljas försörjningsstöd, vilket varit en av målsättningarna i en åtgärdsplan som beslutades i början av året. För de hushåll som uppstår försörjningsstöd och står relativt långt från arbetsmarknaden har ett arbete påbörjats tillsammans med kommunens enhet för arbetsmarknad och integration. Detta syftar till att stötta dessa individer att nå försörjning på annat sätt.

Under året har enheten för vuxen deltagit i ett samsjuklighetsprojekt. Syftet är att individer som lider av en samsjuklighet med både missbruk och psykisk ohälsa ska få stöd av flera aktörer parallellt. Sedan tidigare är enheten även involverad i ett projekt för stadigvarande boende för personer som varit våldsutsatta. Inom projektet samverkar olika kommuner och erbjuder varandras klienter boende i de fall klientens inte kan bo kvar i sin hemkommun.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

En stor utmaning för hela verksamheten 2024 är att utifrån de ekonomiska ramarna kunna utveckla och arbeta för en god kvalitet och en hög patientsäkerhet.

Ytterligare en stor utmaning är att kunna rekrytera medarbetare med rätt kompetens. Svårigheten med att rekrytera rätt kompetens bland omsorgspersonal medför även att legitimerad personal måste handleda och utbilda i större utsträckning samt att de inte heller kan delegera/instruera vissa uppgifter som tidigare. En utmaning är att skapa en attraktiv arbetsplats som medför att nya medarbetare trivs och blir kvar i verksamheten.

Ett mål är att ge nyanställda bra förutsättningar för att klara sitt uppdrag. En strategi under året är att färdigställa den nya introduktionsprocessen samt att implementera den

En strategi för att öka patientsäkerheten är att utveckla den interna teamsamverkan. Målet under 2024 är att implementera det framtagna arbetssättet som ger de olika professionerna bättre förutsättningar att arbeta tillsammans och ge en personcentrerad vård.

Ett mål är att observationsmätningar kring basal hygien- och klädregler ska vara implementerat fullt ut i alla hemtjänstgrupper samt att mätningarna genomförs regelbundet varje månad på samtliga berörda enheter.

Olika kvalitetsregister används i dag för att förbättra vårdkvaliteten. Ett mål är att förbättra det förebyggande arbetet och en del i detta är att än mer använda kvalitetsregister.

Palliativ vård är ett fortsatt prioriterat område. En strategi för att uppnå en god palliativ vård är att fortsätta arbetet med den palliativa vårdprocessen, som är i linje med de nationella och regionala vårdprogrammen.

Ett mål för 2024 är att verksamheterna fortsatt arbetar aktivt med de beslutade aktiviteterna i handlingsplanen för patientsäkerhet.

Målet inför 2024 är att färdigställa handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner som ska gälla för 2024 och 2025.

Dokumentation enligt socialtjänstlagen är en utmaning och ett förbättringsområde. Målet är att under det kommande året öka kunskapen hos omsorgspersonal.

Samtlig vård- och omsorgspersonal ska kunna ha ett individanpassat bemötande i alla situationer. En del i det är att kunna hantera situationer där hot och våld kan förekomma. En åtgärd är att under 2024 utbilda omsorgspersonal kring hot och våld.

En utmaning är att alla fasta omsorgskontakter ska vara utbildade undersköterskor vilket är ett mål att uppnå under året.

Välanpassade lokaler är viktigt utifrån många olika aspekter i verksamheten. En utmaning inom LSS är att Daglig verksamhets lokal börjar bli trång. En strategi för att hantera detta är att rekrytera personal som möjliggör anpassningar efter den enskildes behov.

Ett mål under 2024 är att alla individer med behov av insatser från psykiatrin skall få en bättre och en mer tillgänglig omsorg, vård och behandling. En förutsättning för att kunna uppnå målet är en god samverkan med Region Uppsala.

Utifrån nämndens mål kommer arbetet under 2024 bland annat vara inriktat på systematiskt kvalitetsarbete, tidiga och förebyggande insatser för att motverka social problematik, bättre arbetsmiljö för medarbetarna, rätt kompetens, engagemang och en rimlig arbetsbelastning. IFO ska även öka synlighet och tillgänglighet för att fler ska söka tidigt stöd. Verksamheten ska även se över möjligheten att införa fler digitala lösningar för att effektivisera arbetsätten.

Under det kommande året kommer det inte finnas någon verksamhetsutvecklare inom IFO Detta kommer innebära en utmaning att kunna fortsätta kunna arbeta med kvalitets- och utvecklingsfrågor i samma utsträckning som under gångna året.

En ny reform kommer att införas från och med den 1 april 2024, för att stärka rättigheterna för vuxna och barn som vistas i skyddat boende. Genom ett nytt regelverk möjliggörs stöd och hjälp till barnen genom en placering tillsammans med den skyddsökande vårdnadshavaren. För verksamheten kommer detta innebära att delegationsordningen behöver ändras samt nya beslut behöver skapas i verksamhetssystemet. Dessutom behöver samverkansrutiner mellan enheten för barn och familj och vuxenenheten skapas för gemensamma ärenden.

Införandet av ny socialtjänstlag har försenats och det kommer inte ske förrän i juni 2025. Det är en utmaning att anpassa verksamheten utifrån nya lagkrav. IFO har dock redan påbörjat arbetet med förändringar enligt den nya socialtjänstlagen som handlar mycket om att stärka det förebyggande arbetet.