



**Askersunds**  
KOMMUN

# Kvalitets och Patientsäkerhetsberättelse för Askersunds kommun År 2023



Caroline Eklöf  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kerstin Jacobsson  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

## Inledning

SOSFS 2011:9 7 kap, PSL 2010:659

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts

Vårdgivare ska 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Innehållet i kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen följer strukturen i Socialstyrelsens nationella handlingsplan Agera för säker vård bestående av fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden som behövs för att stärka en god och säker vård. De grundläggande förutsättningarna utgör villkor som måste uppfyllas för att vården ska kunna bli säkrare. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.



Källa:

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

## Innehållsförteckning

Inledning.....	2
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens .....	14
Patienten som medskapare .....	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	17
Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	21
Fokusområde 2 - Tillförlitliga och säkra system och processer .....	22
Fokusområde 3 - Säker vård här och nu.....	28
Fokusområde 4 - Stärka analys, lärande och utveckling .....	28
Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	36
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	37

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Under 2023 har förvaltningschefen övergripande börjat se över organisation och arbetsätt. Två nya verksamhetschefer anställdes under 2023 som också jobbar med att se över organisation och arbetsätt inom sina verksamhetsområden hälso- och sjukvård, vård- och omsorg och funktionsstöd. Under året har en översyn av enhetscheferna inom vård- och omsorgs förutsättningar och uppdrag gjorts med målsättningen att nå ett hållbart chefs- och ledarskap. Det förväntas att i förlängningen stärka förutsättningarna att nå en ökad kunskapsnivå hos medarbetarna och en högre patientsäkerhet.

### Ledningssystem för kvalitet

Socialförvaltningen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet är ett verktyg för att styra, säkra och följa upp kvaliteten i verksamheten.

Under 2023 så har det påbörjats en större genomgång för kontroll av alla dokument i ledningssystemet, så de är aktuella och uppdaterade. Planen för 2024 är att fortsätta genomgång och uppdatering av ledningssystemets dokument samt göra en överflyttning av dokumentbibliotek från gamla till nya intranätet och därifrån länkning till QPR – Ensolution där ledningssystemet finns.



## Övergripande mål och strategier

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

### Socialnämndens mål

#### Målområde 2 – De kommunala kärnverksamheterna

Arbeta med kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen och systematiskt arbetssätt, uppföljning och analys utifrån ledningssystemet

Mått/metod: Mätning i egenkontrollerna

Adressering: Förvaltningen

	Utfall	Utfall	Mål	Mål	Mål	Mål
År	2021*	2022	2023	2024	2025	2026
Egenkontroller utförs enligt rutin, procent	XX	25	100	100	100	100

\* Saknar uppgift för 2021.

### Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

HSL 2017:30, HSF 2017:80, PSL 2010:659, SOSFS 2011:9

#### Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom sitt ansvarsområde och är sjukvårdshuvudman för denna hälso- och sjukvård. Det innebär att kommunen har ett övergripande ansvar för att dess invånare får en god vård.

För den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver i egen regi är kommunen även vårdgivare och måste förhålla sig till de författningar som gäller för alla vårdgivare.

#### Vårdgivare

Socialnämnden är vårdgivare för kommunens hälso- och sjukvård och har ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och ska genom ledningssystemet fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Med kvalitet och patientsäkerhet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård. Vårdgivaren har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivaren ansvarar för att genom det ledningssystemet säkerställa de grundläggande informationssäkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet för journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Vårdgivaren ska förebygga vårdskador och utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Om en händelse medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska fortlöpande dokumenteras och varje år bör vårdgivaren upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Socialnämnden kan delegera visst ansvar enligt ovan i en delegationsordning.

### **Verksamhetschef för hälso- och sjukvården**

Socialchefen är verksamhetschef för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen och ansvarar för att ledningen är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen måste inte ha medicinsk kompetens och får ge någon annan som har tillräcklig kompetens och erfarenhet i uppdrag att utföra enskilda ledningsuppgifter. Men utan den medicinska kompetensen får verksamhetschefen inte bestämma över vård och behandling av patienter. Med stöd av ledningssystemet ska verksamhetschef för hälso- och sjukvården övergripande leda, kontrollera, följa upp patientsäkerhet och kvalitet.

### **Medicinskt ansvariga, MAS och MAR**

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Med stöd av ledningssystemet ska medicinskt ansvariga övergripande leda, kontrollera, följa upp patientsäkerhet och kvalitet. Det särskilda ansvaret för MAS och MAR i den kommunala hälso- och sjukvården innebär inte att ansvar fräntas andra. Precis som i andra hälso- och sjukvårdsverksamheter har sjukvårdshuvudmannen, vårdgivaren, verksamhetschefer, enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen alla sitt ansvar.

MAS och i tillämpliga delar MAR ansvarar för att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av vårdskador eller risk för vårdskador, och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det MAS som ska utföra sådana uppgifter som annars ska utföras av verksamhetschefen enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och att ansvara för att beslut om delegeringar inom läkemedelshantering är förenliga med en god och säker vård.

MAS och MAR kan fungera som en länk mellan hälso- och sjukvårdsverksamheterna och den kommunala ledningen av hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvariga skriver på uppdrag av socialnämnden den årliga patientsäkerhetsberättelsen utifrån hur verksamheterna bedrivit det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och vilka resultat som uppnåtts under föregående år. Medicinskt ansvariga har delegation från socialnämnden anmäla allvarliga vårdskador, lex Maria till IVO.

### **Verksamhetschefer**

Verksamhetscheferna har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvariga för resultatet inom sitt verksamhetsområde inom alla lagrum. Verksamhetschefer ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Verksamhetschefer ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts i ledningssystemet blir implementerade i verksamheten. Verksamhetschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

### **Enhetschefer**

Enhetschefer har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet (egenkontroller, riskanalyser, utredning och åtgärder av missförhållanden, vårdskador och synpunkter och klagomål) inom sin enhet inom alla lagrum och är ansvarig för resultatet. Enhetschefer ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur de utför sitt arbete. Legitimerad personal kan delegera vissa arbetsuppgifter och ansvarar för att detta görs på ett patientsäkert sätt. Den personal som tagit emot delegering ansvarar för att utföra delegerade uppgifter på ett patientsäkert sätt. De som har legitimation utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller de som har en delegering räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och är skyldiga att föra patientjournal. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med lagar och författningar samt enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

### **Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet**

Vårdhygien i region Örebro och hygiensköterskor med ansvar för att samarbeta med kommunernas hälso- och sjukvård ger stöd i att förebygga och minska smittspridning. Dietist direkt ger stöd och råd i nutritionsfrågor och det finns en kontinenssamordnare i länet som är stöd i förbättringsarbetet inom vård av inkontinens.

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

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

Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral samverkar på olika sätt för att följa upp arbetssätt och förebygga vårdskador. Samverkansmöten sker regelbundet ca 1 gång i månaden med enhetschefer, vårdcentralschef, medicinskt ansvariga, vårdsamordnare och processledare för nära vård. Processledaren är ordförande och har också kopplingen till styrgruppen för nära vård. På dagordningen finns:

- SIP
- Avvikelser i vårdkedjan
- Vård och omsorgskollen
- Månadens patient
- Samverkansrutiner
- Pågående förbättringsarbeten och arbetsgrupper
- Frågor och information till och från nätverk och samverkansgrupper
- Frågor att ta till styrgrupp för beslut

För legitimerade från både region och kommun har det ordnats gemensamma tematräffar regelbundet. Kommunens metodhandledare (för in och utskrivningsprocessen på sjukhus) har gemensamma träffar med vårdsamordnaren på vårdcentralen. I länet används informationsöverföringssystemet LifeCare SP för vårdplaneringsprocessen mellan vårdgivarna. Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral har en överenskommelse om samverkan mellan huvudmännen som är under pågående uppdatering under 2023/2024.

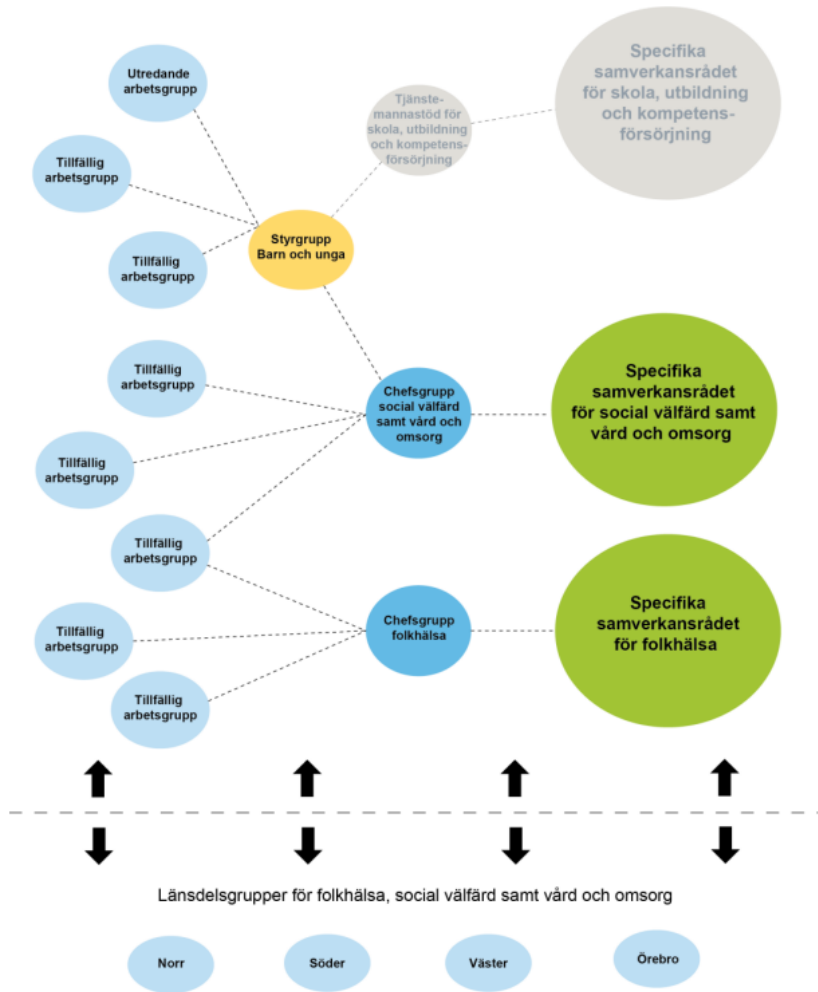
### **Samverkansorganisation mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län**

Syftet med den regionala samverkan inom området social välfärd samt vård och omsorg är att invånare i behov av insatser från både regionen och kommunen ska få en god vård och omsorg. Detta ska ske i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och samverkan ska säkra att den enskilde inte faller mellan stolarna. Det finns två chefsgrupper som tjänstemannastöd till de specifika samverkansråden.

Specifika samverkansrådets uppdrag:

- Initiera och samråda om frågor inom verksamhetsområdet som är strategiska och viktiga för Örebro län.
- Samordna det regionala utvecklingsarbetet med det lokala utvecklingsarbetet.
- Vara ett forum för regional och kommunal omvärlds- och intressebevakning.

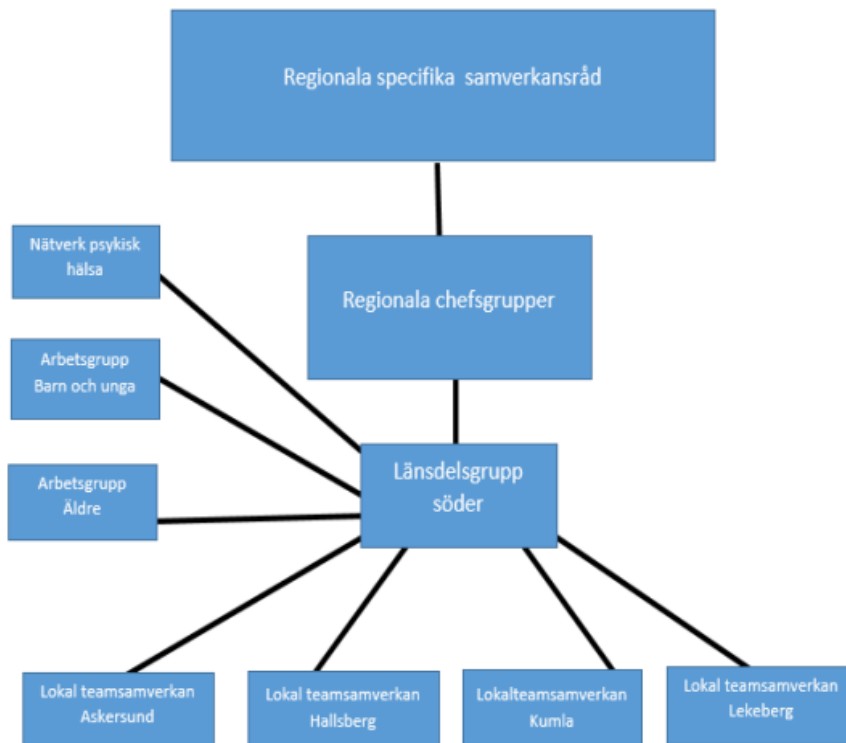
# Samverkansstruktur för folkhälsa, social välfärd samt vård och omsorg





### Samverkanstruktur i södra länsdelen

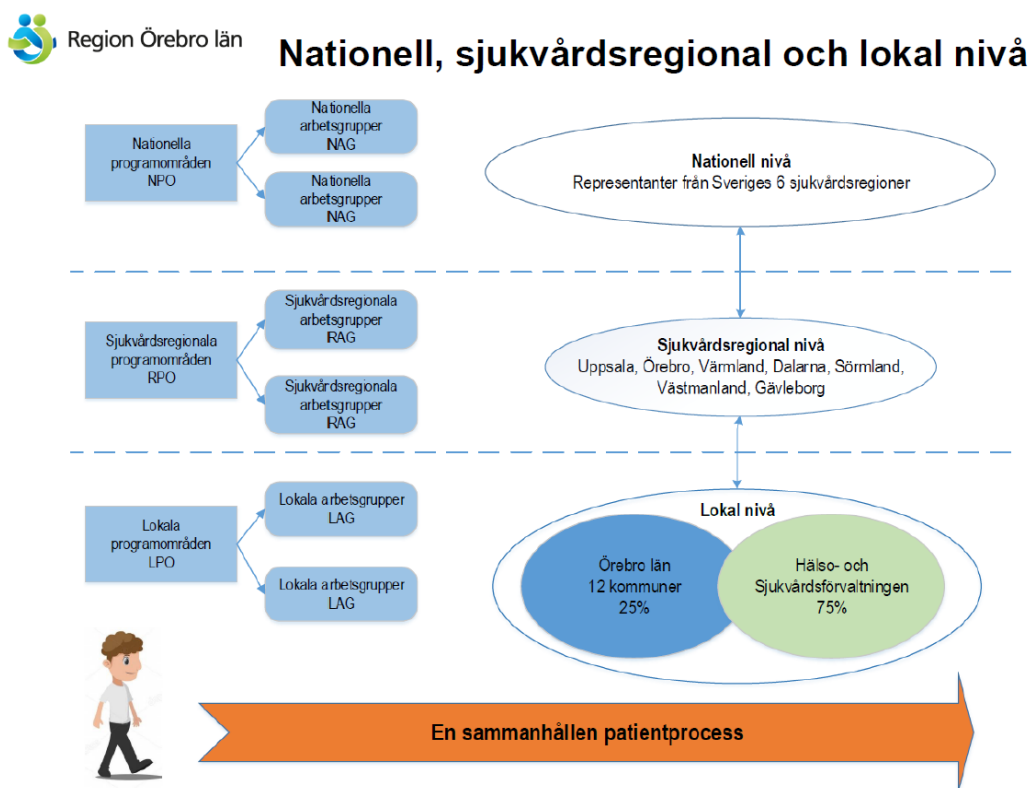
I varje länsdel finns en länsdelsgrupp med representanter från Region Örebro läns verksamheter och med representanter från länsdelens samtliga kommuner, inom området social välfärd och vård samt folkhälsa. Dessa länsdelsgrupper är basen för det lokala utvecklingsarbetet som sker i samverkan mellan kommunerna och Region Örebro län inom området sammanhållen vård och omsorg. Utgångspunkten för länsdelens arbete är den regionala utvecklingsstrategin 2022-2030, färdplan för omställningen till nära vård i Örebro län, digitaliseringsstrategin och plan för e-hälsa. Färdplanen för omställningen till nära vård tar ut en riktning för det länsgemensamma arbetet och ska vara ett stöd i utvecklingsarbetet.



## Samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård mellan kommunerna och Region Örebro län

Kunskapsstyrningsstrukturen bygger på nationella programområden samt nationella samverkansgrupper; båda med underliggande nationella arbetsgrupper.

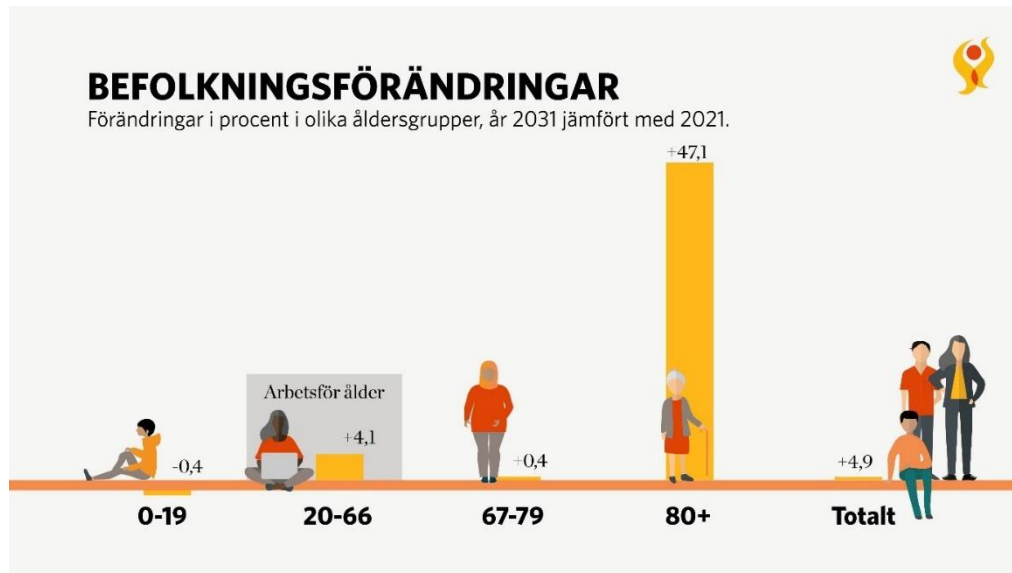
Strukturen för den lokala nivån ska på ett ändamålsenligt sätt spegla den nationella. Region Örebro län har valt att kalla arbetet kunskapsstödprocessen, då det framför allt är kunskapsstöd som hanteras. Den lokala nivån, det vill säga Region Örebro läns hälso- och sjukvård och tandvård ska tillsammans med länets tolv kommuner ta del av och införa de nationellt framtagna kunskapsstöden i den kliniska vardagen. Uppföljning och analys av medicinska resultat ska göras och användas som utgångspunkt för utveckling och förbättring av verksamheten. Patient- och närstående-representanters erfarenheter och kunskap ska tillvaratas.



Nationellt system för kunskapsstyrning består av tre nivåer: nationell-, sjukvårdsregional- och lokal nivå.

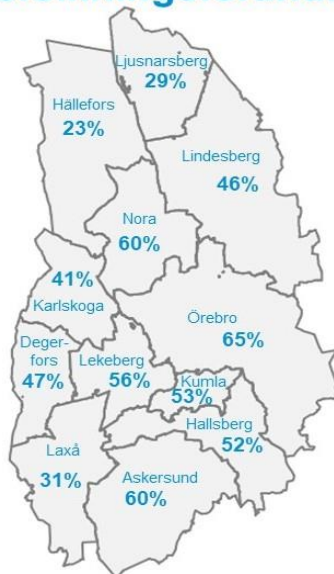
## Nära vård

Det har skett stora framsteg inom svensk hälso- och sjukvården de senaste decennierna. Vi lever längre, andelen äldre kommer att öka och fler kan i dag leva länge med kroniska sjukdomar. Det är några av faktorerna som förändrar behoven i dagens hälso- och sjukvård som behöver förändras.



Nationellt står vi inför en förändrad ålderssammansättning i befolkningen. Vi kommer bli färre i arbetsför ålder och betydligt fler 80+. Den demografiska förändringen innebär stora utmaningar att finansiera och inte minst bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter.

## Befolkningsförändring 80 år och äldre 2020–2030



### Örebro län

54%

16 820 invånare 2020

25 969 invånare 2030

	Folkmängd totalt		Förändring 2020–2030	
	2020	2030	antal	andel
Askersund	778	1 244	466	60%
Degerfors	696	1 026	330	47%
Hallsberg	892	1 354	462	52%
Hällefors	591	725	134	23%
Karlskoga	2 140	3 010	870	41%
Kumla	1 082	1 656	574	53%
Laxå	437	573	136	31%
Lekeberg	434	678	244	56%
Lindesberg	1 488	2 169	681	46%
Ljusnarsberg	346	445	99	29%
Nora	722	1 156	434	60%
Örebro	7 214	11 933	4 719	65%
Örebro län	16 820	25 969	9 149	54%

Den här bilden visar befolkningsförändringen lokalt i länets kommuner. Askersunds kommun ligger nästan i topp procentuellt sätt när det gäller ökning av personer 80+ mellan åren 2020 och 2030.

Omställningen till Nära vård är en stor nationell utveckling inom välfärden som syftar till att bättre möta de behov av vård och omsorg som finns redan i dag och de utmaningar som samhällsutvecklingen bidrar till. Men det handlar inte bara om vård utan om att hitta nya arbetssätt som förflyttar både vård, hälsa och omsorg närmare invånarna och för att resurserna ska kunna användas bättre och därmed räcka till fler.

Den nära vården handlar i det stora hela om tillgänglighet, kontinuitet, samordning och proaktivitet. Att arbeta personcentrerat, nyttja digitaliseringens möjligheter och främja god kompetensförsörjning är grundläggande förutsättningar.

Omställningen drivs och hålls samman av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och i vårt län är det Välfärd och folkhälsa i regionens regi som har ansvaret. Lokala processledare finns i varje kommun, vilka leds av samverkansledare i respektive länsdel. Samverkansledarna har ett bredare uppdrag och finns även med i Länsdelsgrupperna, där kopplingen till Folkhälsa och Nära vård har förtydligats under året.

Processledarna finansieras genom riktade statliga medel. Processledarna ingår i nätverk i länet och i respektive länsdel, vilka förutom omställningen till en god och nära vård, hanterar frågor som folkhälsa, psykisk hälsa och suicidprevention. Det finns även en arbetsgrupp med bred representation från kommunala och regionala verksamheter för samverkan gällande barn och unga vilken leds av Sydnärkes folkhälsoteam. En ambition är att enas om en metod som kan implementeras i hela länet. Motsvarande arbetsgrupp för samverkan gällande äldre är på planeringsstadiet.

Alla länets kommuner har anställda processledare som arbetar med omställningen till en nära vård på den lokala samverkansnivån. Uppdraget finansieras med statliga stimulansmedel.



Under 2022 tog länets 12 kommuner och Region Örebro län beslut om en gemensam målbild för omställningen till en nära vård. Målbilden är en utgångspunkt för länets fortsatta arbete. En förändring till en mer personcentrerad vård och ett mer personcentrerat förhållningssätt som utgår ifrån varje persons behov, önskemål och förutsättningar. Det är även att få sin vård så nära hemmet som möjligt, från vård på sjukhus till att få vård med hemmet som bas.

För att lyckas kommer det krävas att kommuner, regionen och andra samarbetspartner har tillit till varandra, tar gemensamt ansvar och samverkar, tänker i nya banor och förändrar sina arbetssätt. Omställningen kommer innebära många förändringar i kultur och organisering. En avgörande faktor är invånarnas hälsa. Vi behöver arbeta mer hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande – inom vården såväl som i skolan för att alla invånare ska kunna ha förutsättningar för en god hälsa genom hela livet.

## Färdplan Nära vård

Som hjälp för att lyckas identifiera och prioritera länsgemensamma satsningar och aktiviteter för att tillsammans nå målbilden för nära vård så finns en länsgemensam färdplan. Färdplanen är den gemensamma strategin för att nå målbilden och ska bidra till ett kraftfullt genomförande. Den innehåller de områden och aktiviteter som är gemensamt prioriterade att genomföra. Begreppet färdplan används för att symbolisera att omställningen är en gemensam resa som kräver långsiktighet och uthållighet.

Färdplanen gäller under 2023–2026 men är ett levande dokument och kommer att revideras årligen.

En lokal färdplan med lokala mål för Askersunds kommun har tagits fram under 2023. Fokus är att chefer, medarbetare och politiker ska ha kännedom och engagemang i omställningen till nära vård, samt att ett personcentrerat arbetssätt ska implementeras i socialförvaltningens verksamheter. De fokusområden som är framtagna är samverkan gällande kommunal och regional primärvård, samverkan gällande barn och unga, samt samverkan gällande äldre. Styrgruppen för Nära vård består av förvaltningscheferna i Socialförvaltningen, Barn- och utbildningsförvaltningen och Förvaltningen för kultur, evenemang och fritid och verksamhetschef inom regionen i södra länsdelen. För att få ett brett perspektiv med fokus på förebyggande och främjande arbete använder Askersund i dessa sammanhang begreppet *Skapa hälsa tillsammans*.

## En god säkerhetskultur

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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



IVO:s granskning av SÄBO och två lex Maria anmälningar under 2022 var en anledning till att starta upp ett förbättringsarbete för att öka patientsäkerheten på Smedsgården.

Utifrån upprättad handlingsplan startade enhetschefen för Smedsgården A tillsammans med enhetschefen för HSL ett flertal förbättringsarbeten. Åtgärderna som påbörjades och planerades har följts upp under 2023 samt i början av 2024. Teamen på Smedsgården fortsätter med förbättringsarbeten under 2024.

## Informationssäkerhet

Förvaltningen omfattas av flertalet författningar som ger direktiv om informationssäkerhet t.ex. Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster, Patientdatalag (2008:355) och Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Vad gäller den senare nämnda författningen (SoLPuL) så skedde förändringar i den under år 2018 i samband med att EU:s dataskyddsförordning (GDPR, The General Data Protection Regulation) trädde i kraft. Den nya dataskyddsförordningen ersatte den svenska personuppgiftslagen och medförde ändringar samt kompletteringar i en mängd svenska lagar. Det finns en förvaltningsövergripande informationshanteringsplan. Våren 2023 genomfördes en revisionsgranskning, avseende informationssäkerhetsarbetet inom socialnämndens uppdrag.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



### Kompetensnivå

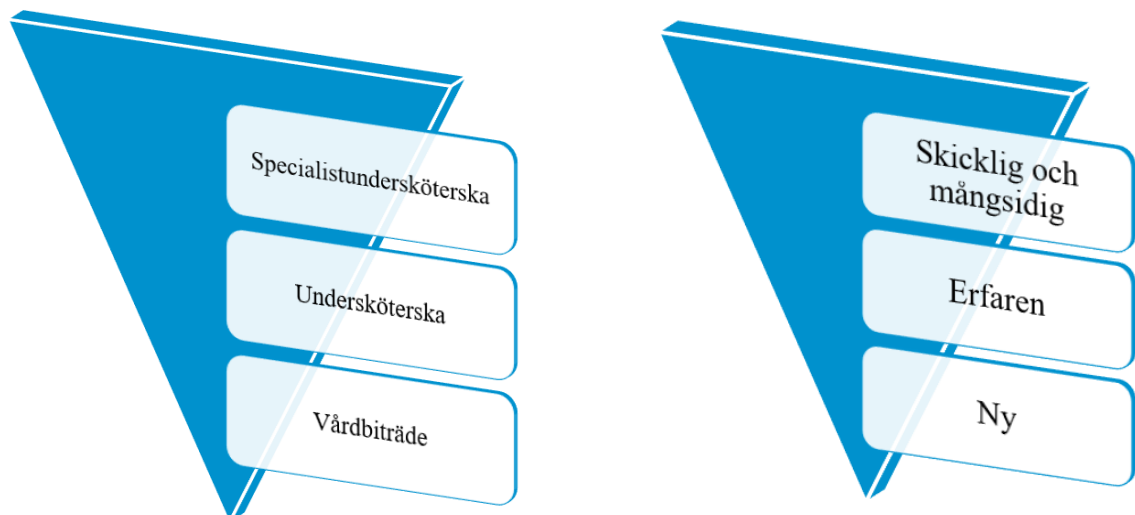
Inom vård- och omsorg fanns i november 2023 inom särskilt boende och korttidsenhet 167 månadsanställda och av dem var 120 utbildade undersköterskor, 78 timvikarier varav 22 var utbildade undersköterskor. Inom hemtjänst fanns 119 månadsanställda varav 76 var utbildade undersköterskor, 74 timvikarier varav 16 var utbildade undersköterskor.

Två av arbetsterapeuterna har vidareutbildning inom handrehabilitering. En arbetsterapeut läser en vidareutbildning som leder till magisterexamen. Utbildningen ska rusta för att aktivt kunna delta i verksamhetsutveckling och förbättringsarbete inom arbetsterapi.

Av sjuksköterskorna har sex vidareutbildning till distriktssköterska. Två har fördjupad utbildning inom palliativ vård och en har fördjupad utbildning inom palliativ vård och geriatrik. En sjuksköterska har specialistutbildning inom demens och en inom akutsjukvård/anestesi. En sjuksköterska läser masterutbildning inom omvårdnad och en till specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård.

### Kompetenstrappa

Arbete har pågått under hösten med att differentiera och tydliggöra rollerna för vårdbiträde, undersköterska och specialistundersköterska. Kompetenstrappan är indelad i tre nivåer, ny i rollen, erfaren i rollen och skicklig och mångsidig. Kompetenstrappan är ett stöd i arbetet runt introduktion och bedömning inom yrkesskickligheten inför medarbetar- och lönesamtalen som sker årligen. Delegerade arbetsuppgifter ingår i kompetenstrappan.



## **Utbildningar under året**

### **MHFA-grund utbildning (Mental Health First Aid)**

Under 2023 har 5 sjuksköterskor gått MHFA-grund utbildning (Mental Health First Aid) vilket ger en grundutbildning om psykiska sjukdomar och kunskap hur man kan hjälpa en person med psykisk ohälsa. En sjuksköterska har gått MHFA-påbyggnadsutbildning.

### **Handledarutbildning**

En tvådagars handledarutbildning på grundnivå har 5 sjuksköterskor gått på Örebro universitet och 5 sjuksköterskor har gått påbyggnadsutbildningen som är en dag.

### **Nutrition**

15 sjuksköterskor har gått utbildning i nutrition och förskrivningsrätt för kosttillskott.

### **Äldreomsorgslyftet**

Utbildning av vårdbiträden, undersköterskor och specialist undersköterskor pågår för ett antal personal genom Äldreomsorgslyftet.

### **Introduktionsutbildning**

Introduktionsutbildning genomfördes vid ett av fyra planerade tillfällen 2023, det var sommarintroduktionen i juni. Ett 50-tal sommarvikarier inom hemtjänst, särskilt boende och funktionsstöd fick två dagars utbildning var. Vikarierna delades in i grupper som fick cirkulera runt på olika stationer. Det ingick både teoretiska och praktiska pass, som demens, palliativ vård, inkontinens, läkemedel, nutrition/munhälsa, stödstrumpor/fotvård/hygien och förflyttningskunskap. Enligt rutin ska introduktionsutbildning genomföras för semestervikarier men även för nya vikarier under året. Detta ska planeras i årshjul för januari, april och november. Under 2023 genomfördes endast sommarintroduktion vilket innebär att nya vikarier inte får alla delar i introduktionsprogrammet under året. Detta innebär en stor brist i kompetens inom olika områden vilket leder till en lägre patientsäkerhet i verksamheterna.

### **Lyftkörkortsutbildning**

Omvårdnadspersonal ska ha lyftkörkortsutbildning för att få förflytta en brukare med lyft. Lyftkörkortsutbildning har erbjudits vid 18 tillfällen och det har utbildats sammanlagt 120 omvårdnadspersonal under 2023. Det är dubbelt så många mot förra året. Lyftkörkortsutbildning erbjuds regelbundet till ny personal och för personal som har gått utbildningen för länge sedan och har behov av att bli uppdaterade. Det är arbetsterapeuterna som utbildar i lyftkörkort.

### **Utbildning i förflyttningkunskap**

Kommunens förflyttninginstruktörer är utbildade i ergonomi och förflyttningsteknik. De utbildar omvårdnadspersonal i förflyttningkunskap vilket är en teoretisk och praktisk utbildning. Under 2023 har utbildning i förflyttningkunskap genomförts 8 gånger. Sammanlagt har ca 50 personal inom kommunens verksamheter utbildats. Det har varit både ordinarie omvårdnadspersonal och vikarier inom vård- och omsorg och funktionsstöd som har deltagit på förflyttningutbildningarna. I början av juni hölls även introduktionsutbildning för sommarvikarier. Det finns också ett behov av att sjuksköterskor ska gå denna utbildning. Under 2023 har 9 av sjuksköterskorna genomfört utbildningen.

En plan framåt behöver tas fram för hur denna utbildning ska fortgå för både nya medarbetare som tillkommit och för de som jobbat länge och behöver bli uppdaterade. Behov finns av att utbilda fler förflyttninginstruktörer vilket är en sjudagarsutbildning. De som redan är förflyttninginstruktörer behöver också få en två dagars vidareutbildning för instruktörer.

### Utbildning i dokumentation av vårdplaner

I april 2023 genomfördes en utbildning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter om vårdplaner och hur en vårdplan upprättas utifrån patientens delaktighet och behov. Efter det utbildningstillfället prioriterades alla nyinskrivna patienter och alla patienter som hade pågående palliativ vård att få vårdplaner. Därefter planerades att succesivt alla patienter med pågående kommunal hälso- och sjukvård skulle få vårdplaner.

Efter utbildningen så har 1368 vårdplaner upprättats varav 195 är palliativa vårdplaner. En individ kan ha flera olika vårdplaner. Den vanligaste vårdplanen är läkemedelshantering, därefter katetervård och sårvård. Exempel på andra vårdplaner är nutrition, förebyggande av trycksår och förflyttningar. De vanligaste palliativa vårdplanerna är smärtskattning, nutrition, hud, symtomskattning och förflyttningar.

Uppföljning behöver göras under 2024 med fokus på att utvärdera personcentreringen i vårdplanerna.

### Utbildning av hygienombud

Under 2021 genomfördes en satsning för att få igång ett mer tydligt och strukturerat uppdrag för hygienombud i hela länet. I grunden är riktlinjen för basal hygien uppdaterad och hygienombudens och andra professioners roller och ansvar är tydliggjorda. Hygienombud finns nu inom varje verksamhet och ska via sin enhetschef få skriva på en uppdragshandling. Steg 1 i en utbildning för hygienombuden genomfördes av hygiensköterskorna under hösten 2021. Del 2 i utbildningen för hygienombud skulle genomföras under hösten 2023 men kommer nu att erbjudas i mars 2024 då även ny grundutbildning steg 1 kommer erbjudas igen för nya hygienombud.

### 2023 Utbildningsnivå hygienombud

Hygienombud	Grundutbildning steg 1	Påbyggnad Steg 2	Plan utbildning steg 1 vår 2024	Plan utbildning steg 2 vår 2024
Smedsgården	6		1	4
Borgmästargården	2			1
Syrenen	2			2
Funktionsstöd	3		3	2
Hemtjänst	2			1
Hemsjukvård	2		1	1
Ssk/at				

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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



Patienter och anhöriga görs delaktiga i den egna vården, genom att synpunkter och klagomål tas tillvara. Patientmedverkan i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten är något som behöver förbättras och jobbas med i verksamheten.

Patienter ska göras delaktiga i den egna vården genom bland annat samordnad individuell plan- SIP och delaktighet vid upprättande av vårdplaner. Detta är något som behöver förbättras och utvecklas.



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete genom hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål, egenkontroller och riskanalyser. För att det ska fungera så krävs ett väl fungerande teamarbete.

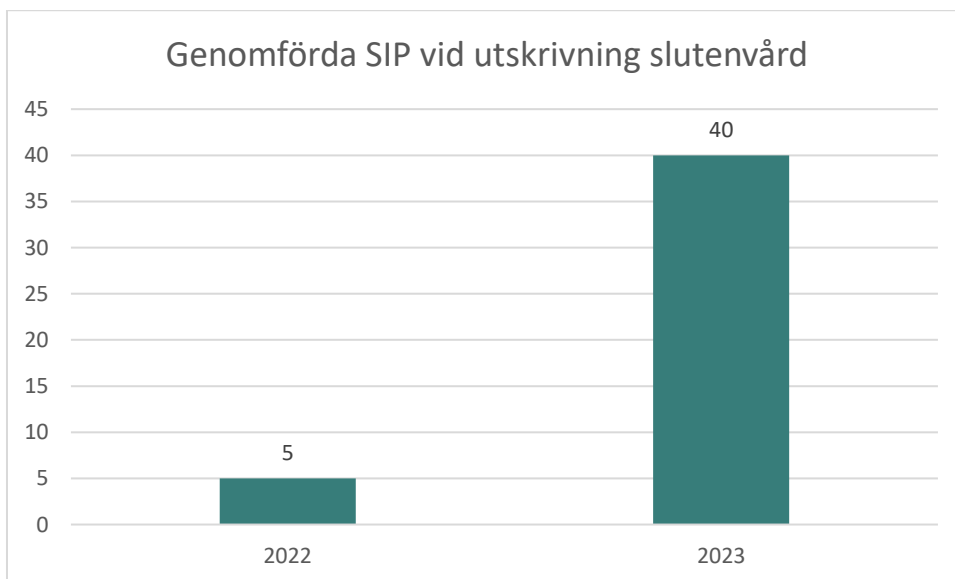
### **Covid-19**

Fr.o.m 15 februari 2023 togs testning av personal för covid -19 inom hälso- och sjukvård och vård- och omsorg bort men kvarstår för brukare och patienter med symtom. Fr.o.m mars 2023 ska endast rapport ske till regionen om aktuellt antal smittade brukare och patienter 1 gång i månaden. Fr.o.m 1 mars 2023 tas rekommendationen om source control bort. Vaccination mot covid-19 fortsätter att erbjudas patienter i kommunal hälso- och sjukvård enligt direktiv från Folkhälsomyndigheten och Smittskydds enheten i region Örebro.

### **Sammanhållen vård och sammanhållen individuell plan - SIP**

Det finns två arbetsterapeuter, två sjuksköterskor och en biståndshandläggare som är utsedda till metodhandledare. Metodhandledarna ska vara ett stöd för användarna inom den egna organisationen i processerna som beskrivs i ViSam samverkansmodell för planering och informationsöverföring.

Vårdsamordnaren på Askersunds vårdcentral ansvarar för att kalla till SIP vid utskrivning från slutenvården. Antal genomförda SIP har ökat till 40 under 2023, jämfört med 5 genomförda SIP 2022.



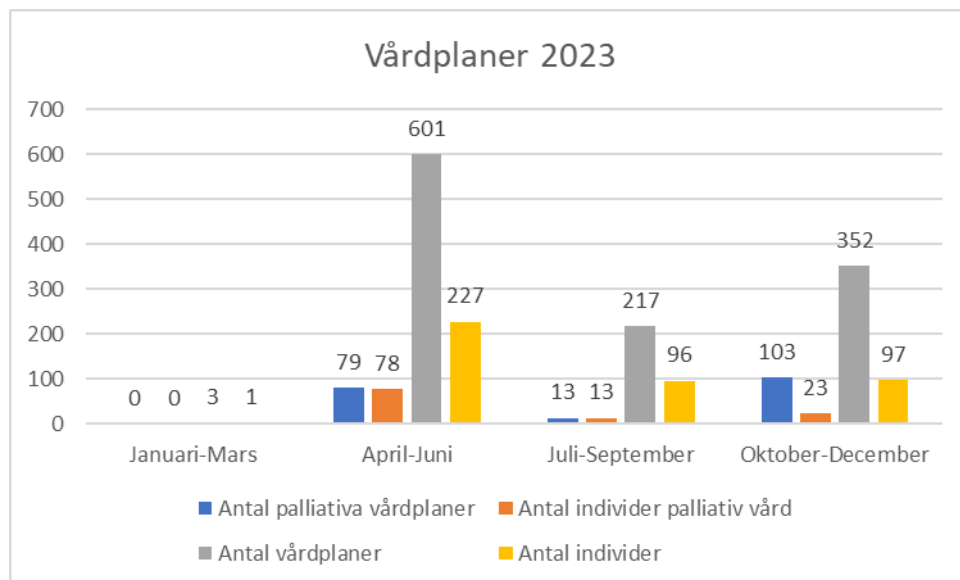
## Journalgranskning

För att följa upp sjuksköterskornas och arbetsterapeuternas dokumentation inom kommunens hälso- och sjukvård ska journalgranskningar göras för att se förbättringsområden och få en kvalitetsutveckling i syfte att säkra att patienten får en god och säker vård. Journalgranskning görs också av medicinskt ansvariga i samband med utredningar samt att objektspecialister granskar journaler i samband med systemvård. Utifrån journalgranskningarna så görs förbättringsåtgärder i verksamheten.

Under 2023 så gjordes journalgranskning av dokumenterade vårdplaner. I april genomfördes en utbildning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter om vårdplaner och hur en vårdplan upprättas utifrån patientens delaktighet och behov. 1368 vårdplaner upprättades varav 195 är palliativa vårdplaner. En individ kan ha flera olika vårdplaner. Den vanligaste vårdplanen är läkemedelshantering, därefter katetervård och sårvård. Exempel på andra vårdplaner är nutrition, förebyggande av trycksår och förflyttningar. De vanligaste palliativa vårdplanerna är smärtskattning, nutrition, hud, symtomskattning och förflyttningar.

Anledningen till ökningen av palliativa vårdplaner sista kvartalet är att under april-september fick patienten bara en vårdplan för palliativ vård, men med många mål. Fr.o.m sista kvartalet görs det fler palliativa vårdplaner med färre mål i varje.

Uppföljande journalgranskning behöver göras under 2024 med fokus på att utvärdera om vårdplanerna är personcentrerade.



## Medicintekniska produkter - MTP

För att säkerställa hög patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård ska funktionskontroll göras av medicintekniska produkter såsom undersökningsutrustning, behandlingshjälpmedel och omvårdnadshjälpmedel. Detta ska göras av ansvariga arbetsterapeuter, sjuksköterskor och hjälpmedelstekniker.

De flesta omvårdnadshjälpmedel finns inlagda i hjälpmedelsmodulen i Procapita. Det ger en möjlighet till spårbarhet och kontroll av hjälpmedlen.

Under 2023 har det inte gjorts någon inventering av undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel. Däremot har det gjorts funktionskontroll av de flesta blodtrycksmanschetter och samtliga stetoskop. Övriga medicintekniska produkter har kontrollerats när de ej fungerar av ansvarig sjuksköterska för MTP.

Under 2023 har systematisk besiktning av alla personlyftar som används ute i verksamheterna samt alla stålyftar och golvlyftar som finns i lager utförts till 99%. De taklyftar som finns i lager besiktigas när de ska användas, i samband med att de monteras. Kontroll av omvårdnadshjälpmiddel görs av hjälpmiddelstekniker efter tvätt vilket innebär att översyn görs, skruvar dras åt, bromsar justeras och lager smörjes vid behov. På sängar görs kontroll och service efter hand, först och främst på särskilt boende. I ordinärt boende görs det i samband med andra besök och vid behov.

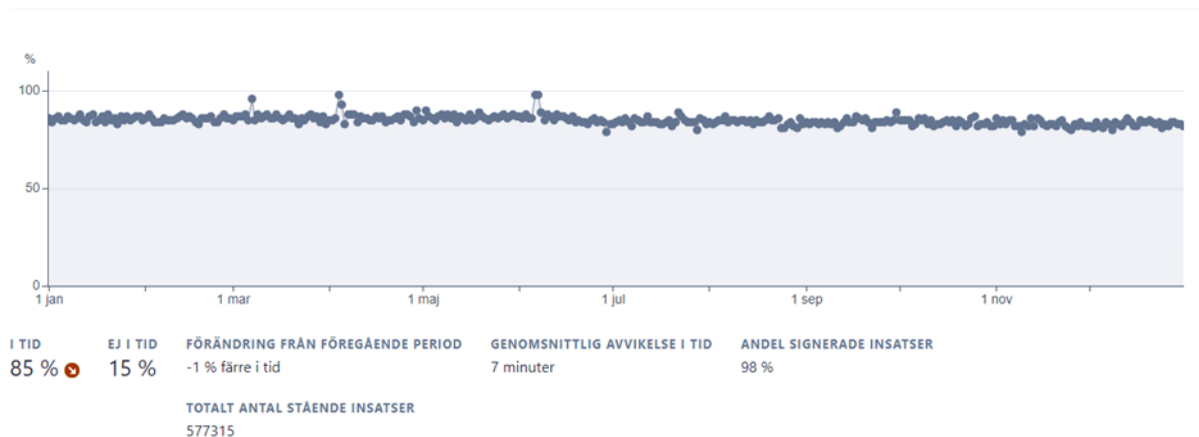
Periodisk kontroll ska utföras på alla placerade lyftselar var 6:e månad. Protokoll ska fyllas i och kontrollen ska registreras i hjälpmiddelsmodulen. Arbetsterapeut ansvarar för att detta blir gjort. Under 2023 har detta fungerat i stort sett i hemtjänsten och på korttidsenhet Syrenen medan det på särskilt boende och inom funktionsstöd inte har fungerat fullt ut.

### Digital signering av läkemedel och andra delegerade uppgifter

Ett digitalt signeringssystem som heter MCSS Appva används för signering av delegerade uppgifter. Systemet ger en bra överblick och kontroll över vilka läkemedel som ska ges och vid vilken tid. Signeringen sker digitalt och vid utebliven signering signalerar systemet både till omvårdnadspersonal och sjuksköterska. I systemet kan både omvårdnadspersonal och legitimerad personal göra dagliga egenkontroller gällande om åtgärder blir utförda eller inte och om de blir utförda i tid. Medicinskt ansvariga kan följa upp åtgärder via stickprov eller vid behov av utredning. I systemet hanteras också alla delegeringar.

### Överlämning av läkemedel 2023

Statistik och trender - Stående insatser



Under 2023 är det totalt 577315 insatser som handlar om överlämnande av stående läkemedel. Ytterligare 3822 stående insatser gäller narkotikaklassade läkemedel. Utöver detta så kommer också alla vid behovsläkemedel som inte går att redovisa antal för. Av 577315 insatser var 98% signerade av personalen och 85% var signerade inom rätt tidsram. Det innebär att det var 11546 läkemedelsinsatser som inte var signerade under 2023 och det ligger på samma nivå som 2022.

### Internkontroll av narkotikaklassade läkemedel

Under 2023 har 128 av 144 (89%) internkontrollrapporter lämnats in till MAS från kontrollansvariga sjuksköterskor och det är en ökning med 6 % om man jämför med 2022.

Under första halvåret 2023 har det rapporterats 37 avvikelser på internkontrollrapporter om hanteringen av narkotikaklassade läkemedel och under andra halvåret har det rapporterats 17 avvikelser vid internkontrollen. Det kan vara flera avvikelser på samma rapport gällande samma område och månad. Avvikelseerna har gällt brist i saldo i narkotikajournal, felräkningar i narkotikajournal, att det helt saknats narkotikajournal, ej återsignerade smärtplåster i narkotikajournal, narkotikaklassade läkemedel som inte används och som sparats för länge i läkemedelsförråd och borde ha kasserats, lådor som inte varit korrekt uppmärskade för narkotikaklassade läkemedel och läkemedel som förvarats utan originalförpackning vilket innebär att utgångsdatum och batchnummer inte finns kvar. 26 av 54 avvikelser är utredda och återrapporterade till MAS.

Det har utöver internkontrollen genomförts två granskningar av alla läkemedelsförråd en gång av MAS och en gång av MAS tillsammans med extern apotekare inkl. kvalitetsdiskussion om läkemedelshantering.

#### Hemsjukvården och Funktionsstöd

H1 På ett område har det under mars och april varit ett flertal avvikelser. Detta är åtgärdat och bristerna kvarstod inte i internkontrollen i maj. Två andra områden hade också några identifierade avvikelser som åtgärdats.

Saknas direkt återkoppling av utredda brister från ansvarig sjuksköterska till MAS. Övriga tre områden u.a.

H2 Fem avvikelser på Funktionsstöd varav tre utredda. På de fem hemsjukvårdsområdena så var det sex avvikelser varav fyra utredda. Det är en mycket stor förbättring av ordningen i läkemedelsförråden och färre avvikelser mellan halvår ett och två.

#### Akut och buffert förrådet

H1 Tre avvikelser rapporterade varav en utredd.

H2 En avvikelse som är utredd.

#### Syrenen och Borgmästargården patientbundet

H1 Tre avvikelser rapporterade varav två utredda.

H2 Två avvikelser varav en utredd.

#### Smedsgården

H1 Åtta avvikelser varav en är utredd och återrapporterad till MAS. Saknar återkoppling av utredda brister från ansvariga sjuksköterskor till MAS.

H2 Tre avvikelser varav två utredda. Det är en stor förbättring av ordningen i läkemedelsförråden och färre avvikelser mellan halvår ett och två.

#### Förslag till åtgärder

- Det som inte alltid fungerar är att förrådsansvarig sjuksköterska följer upp internkontrollen på sitt område genom att utreda brister/överskott/anmärkningar och åtgärda orsaker till dessa avvikelser och därefter återkoppla skriftligt till MAS. Behöver återkommande tas upp i sjuksköterskegruppen av enhetscheferna.
- Vid varje uttag och tillförsel av kontrolläkemedel i förråd, ska alltid läkemedlet kontrollräknas innan saldo dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet p.g.a. att det är så många olika sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Detta behöver regelbundet tas upp i sjuksköterskegruppen.

#### **Läkemedelsgenomgångar**

Alla patienter med kommunal hälso- och sjukvård ska få en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen. Under 2023 har 110 läkemedelsgenomgångar gjorts varav 61 fördjupade och 49 förenklade.

#### **Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Extern kvalitetsgranskning av apotekare ska utföras årligen av området läkemedelshantering såsom följsamhet av föreskrift, riktlinje och rutiner. Åtgärdsplan ska upprättas för identifierade brister. Enhetschef och sjuksköterska ansvarar för att åtgärder genomförs och återkopplas till MAS inom tre månader.

En extern kvalitetsgranskning med apotekare genomfördes i november 2023 inom särskilt boende, korttidsenhet och hemtjänst/hemsjukvård. En granskning av akut- och buffertförrådet, enheternas och hemsjukvårdens läkemedelsförråd gjordes. Stickprov i några patienters läkemedelsskåp och i hemtjänstens skåp i grupplokalen. Därefter genomfördes inom de olika granskningsområdena en kvalitetsdiskussion där enhetschefer, sjuksköterskor, MAS och extern kvalitetsgranskare deltog.

Den externa kvalitetsgranskaren upprättade protokoll för kvalitetsgranskningen enligt författningar och övriga riktlinjer. Protokollet innehåller förbättringsförslag med förslag på åtgärder utifrån granskningen. Enhetschef och sjuksköterska ansvarar för att göra åtgärdsplan och att den genomförs och att det återkopplas till MAS senast 31/1.

## Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Utredning av händelser – vårdskador och missförhållanden

Utifrån riktlinjer och rutiner omkring avvikelshantering ska utredning och dokumentation av rapporterade missförhållanden och vårdskador göras av teamledning (enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut) i de olika verksamheterna. Verksamheten ska göra åtgärder och förändringar i arbetsätt och metoder som gör att grundorsaken till avvikelser åtgärdas. Uppföljning ska ske för att se att åtgärder haft effekt. Återkoppling till medarbetarna i verksamheten ska ske regelbundet. Inkomna rapporter om risker, missförhållanden, vårdskador samt klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Teamledningen ansvarar för att göra denna övergripande analys två gånger om året.

Medicinskt ansvariga ser att utredningarna av missförhållanden är bristfälliga och utredningarna av vårdskador fungerar bättre men det är ofta en stor fördröjning mellan tiden för händelsen och när utredningen är gjord. Detta innebär att det gällande missförhållanden kan ha missats att utreda och anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. När det gäller vårdskador så blir utredningen av allvarliga vårdskador oftast försenad pga att grundutredningen fördröjs. Utredning av allvarliga vårdskador och lex Maria anmälningar görs av medicinskt ansvariga men oftast lång tid efter händelsen pga fördröjningen av grundutredningarna.

Medicinskt ansvariga bedömer att det inom vissa avvikelsekategorier är för få inkomna rapporter. Under 2023 har totalt 2441 avvikelser d.v.s. rapporter om missförhållanden och vårdskador rapporterats i förvaltningen. De största riskområdena är fall och informationsöverföring mellan vårdgivare. Redovisning av avvikelser finns ytterligare beskrivet under avsnitt 4, stärka analys, lärande och utveckling- avvikelser.

### lex Maria och lex Sarah

Ett allvarligt missförhållande - lex Sarah har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg - IVO. Den handlade om stöld från flera brukare.

En allvarlig vårdskada - lex Maria har anmälts till IVO. Den handlade om brister i bedömning, beslutsstöd för bedömning, åtgärder och handhavande som ledde till fördröjd vård och behandling. Brister också i dokumentation och kommunikation mellan olika yrkeskategorier.

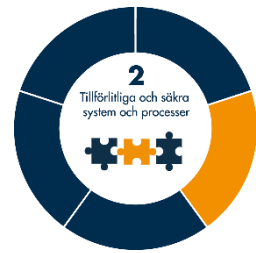
### Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal - riskperson till IVO

En vårdgivare ska snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en legitimerad person inom hälso- och sjukvården, som är eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Två anmälningar av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gjorts till IVO under 2023.

## Fokusområde 2 - Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Läkemedelsskåp

Socialförvaltningen har i hemsjukvården läkemedelsskåp med digitala lås för att säkerställa läkemedelshanteringen hos alla patienter i hemsjukvården som har hjälp med läkemedelshandtering. Alla patienter med detta behov kommer få ett läkemedelsskåp installerat i hemmet. All personal som sedan tidigare har behörighet att låsa upp ytterdörrar med digitala nycklar i sin mobiltelefon kan få utökad behörighet att även låsa upp patienters läkemedelsskåp om de har en delegering för att överlämna läkemedel. Detta ger möjlighet att kvalitetssäkra läkemedelshandringen och möjlighet finns att logga alla upplåsningar.

### Kvalitetsregister

I kvalitetsregistren ansvarar enhetscheferna med stöd av övriga teamledningen att regelbundet ha koll på verksamhetens resultat.

I Senior alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. (Blåsdysfunktion innebär störningar eller rubbningar i urinblåsans funktion, till exempel urinläckage, urinträngningar, tömningsproblem eller efterdropp. I många fall kan urininkontinens förebyggas och behandlas så att bot eller minskade läckage uppnås).

Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister där alla dödsfall registreras och kvalitetsindikatorer följs.

BPSD-registret är ett arbetssätt vid BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens). Av de som lever med demenssjukdom drabbas 90 % någon gång av BPSD. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Syftet med BPSD-registret är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD skapar förutsättningar för personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen.

När BPSD skattningen görs tittar man på vad orsaken till BPSD är samt vad som kan göras för att BPSD inte ska uppstå. Det är viktigt att jobba förebyggande för att individen ska uppnå bästa möjliga livskvalité. Innan man arbetade med BPSD registret var läkemedel ofta en första åtgärd. Nu används sedan några år tillbaka flera olika alternativa åtgärder som t.ex. gungstol, vårddocka och terapikatter. De alternativa åtgärderna är enkla att arbeta med och ger ofta mycket positiva effekter genom att exempelvis lugna vid oro.

### Senior alert

Totalt riskbedömdes 100 unika personer 2023 vilket är en ökning med 42 i jämförelse med året innan. Det är framför allt hemsjukvården och Smedsgården som står för ökningen. Av de riskbedömda under 2023 hade 90% någon form av risk och 64% hade en åtgärdsplan vid risk. Även om det är en ökning så borde det göras betydligt fler riskbedömningar. Det sätts in förebyggande åtgärder för patienterna men det skulle behöva jobbas mer systematiskt med riskanalys, förebyggande åtgärder och uppföljning i Senior alert.

## Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa 2023

Sverige / Kommun / Region

Askersunds kommun

År

2023

Typ av enhet

Alla

[Exportera till Excel](#)

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Askersunds kommun	100	90%	51%	64%	48%	6	39	5	33	
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	44	87%	30%	40%	67%	2	12	0	16	
Borgmästargården	13	89%	71%	100%	80%	1	5	0	5	
Gruppboende Askersund	15	93%	86%	93%	23%	0	4	0	3	
Smedsgården	27	93%	54%	65%	20%	2	17	5	8	
Syrenen	1	100%	0%	0%	0%	1	1	0	1	
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %					
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %					
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %					

## Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa 2022

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Askersunds kommun	58	80%	92%	91%	73%	7	20	2	18	
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	27	67%	94%	94%	62%	2	4	0	5	
Borgmästargården	11	89%	88%	94%	89%	1	4	0	4	
Gruppboende Askersund	0	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0	
Smedsgården	17	88%	93%	80%	33%	2	12	2	9	
Syrenen	3	100%	100%	100%	100%	2	1	0	0	
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %					
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %					
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %					

## Basal utredning av blåsdysfunktion

När det gäller det systematiska arbetssättet med blåsdysfunktion följer det ganska väl mönstret för övriga delar i Senior alert. Antalet gjorda utredningar har fortsatt att sjunka sedan förra året. Under 2023 fick 29 unika personer i kommunen en riskbedömning i Senior alert gällande blåsdysfunktion. Det är en minskning med 11 i jämförelse med 2022. Av de riskbedömda hade 83% risk och 73% av dessa fick en åtgärdsplan.

I hemsjukvården gjordes 5 riskbedömningar vilket var en minskning med 9 i jämförelse med 2022. Borgmästargården är den enhet som har jobbat mest systematiskt med flest utredningar, åtgärder och uppföljningar. Övriga boenden och hemsjukvårdsområden samt Funktionsstöd har stora brister i den basala utredningen av blåsdysfunktion.

## Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall 2023

### Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall

För förklaringar av beräkningar och vad som visas, [se mer längst ned i rapporten](#).

För att se registrerande enheters resultat, klicka på namnet på den administrativa enheten.

Sverige / Kommun / Region  2023  Alla [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall	Visa detaljer
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning	
Askersunds kommun	29	83%  30 av 36	77%  23 av 30	73%  22 av 30	47%  8 av 17	6%  1 av 17	Visa detaljer
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	5	100%  5 av 5	60%  3 av 5	40%  2 av 5	25%  1 av 4	25%  1 av 4	Visa detaljer
Borgmästargården	13	80%  10 av 13	100%  13 av 13	100%  13 av 13	64%  8 av 13	0%  0 av 11	Visa detaljer
Gruppboende Askersund	0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	Visa detaljer
Smedsgården	10	80%  8 av 10	38%  3 av 8	38%  3 av 8	0%  0 av 2	0%  0 av 2	Visa detaljer
Syrenen	1	100%  1 av 1	100%  1 av 1	100%  1 av 1	0%  0 av 0	0%  0 av 0	Visa detaljer
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %		
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %		
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %		

## Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall 2022

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall	Visa detaljer
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning	
Askersunds kommun	40	78%  36 av 46	97%  35 av 36	94%  34 av 36	83%  24 av 29	14%  4 av 29	Visa detaljer
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	14	79%  11 av 14	100%  11 av 11	100%  11 av 11	83%  10 av 12	0%  0 av 12	Visa detaljer
Borgmästargården	11	71%  8 av 11	100%  11 av 11	100%  11 av 11	85%  9 av 11	23%  3 av 13	Visa detaljer
Gruppboende Askersund	0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	0%  0 av 0	Visa detaljer
Smedsgården	12	83%  10 av 12	90%  9 av 10	80%  8 av 10	0%  0 av 1	0%  0 av 1	Visa detaljer
Syrenen	3	100%  3 av 3	100%  3 av 3	100%  3 av 3	100%  3 av 3	33%  1 av 3	Visa detaljer
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %		
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %		
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %		



## BPSD-registret

År 2023 gjordes 14 registreringar i BPSD-registret. BPSD behöver teamen på Smedsgården fortsätta arbeta systematiskt med under 2024. Teamarbetet är viktigt för att få detta att fungera.

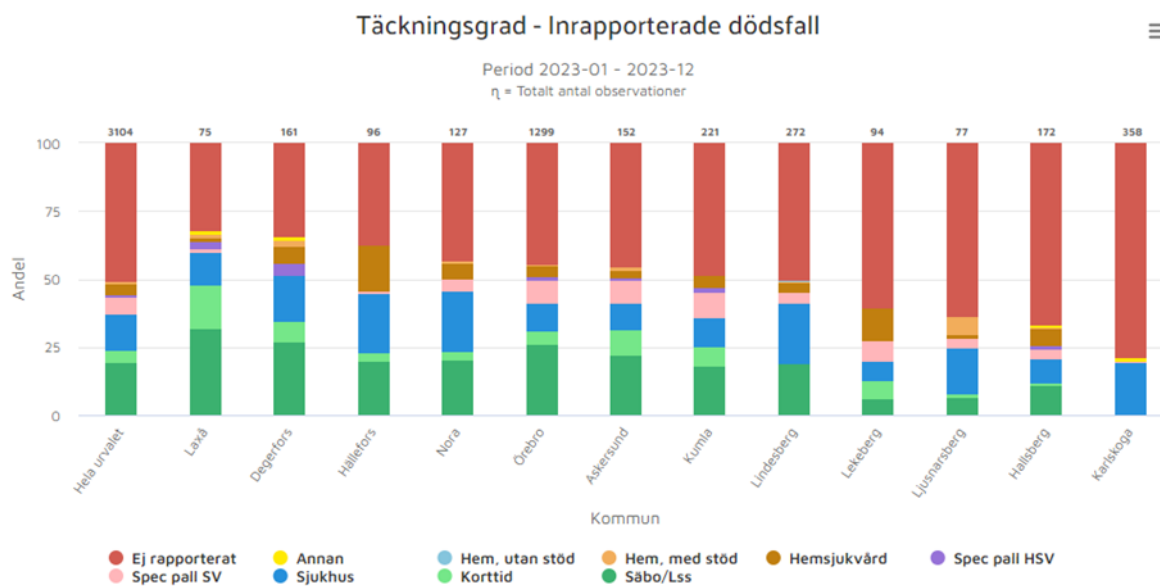
## Registreringar i BPSD registret 2018-2023

År	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Registreringar	93	74	40	19	7	14

Socialförvaltningen har tidigare haft två certifierade utbildare i BPSD som inte längre jobbar kvar. Behov finns att en sjuksköterska och en arbetsterapeut på demensenheter på Smedsgården går denna utbildning. Då kan kompetensen hos omvårdnadspersonalen säkras. Plan finns för att två legitimerade ska gå denna utbildning under 2024 för att sedan påbörja utbildning av omvårdnadspersonalen.

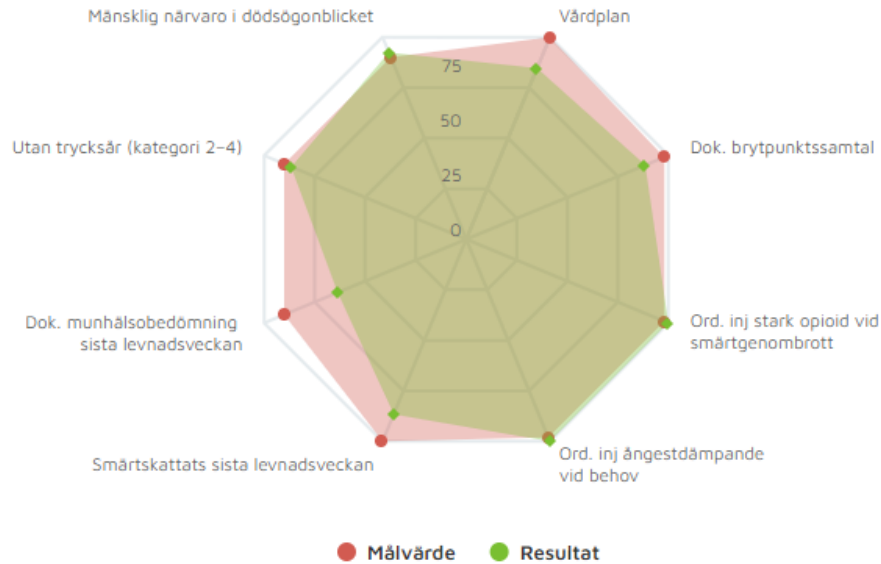
## Svenska palliativregistret

Målet är att täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret ska vara minst 70%, Askersund ligger under målvärdet och har 55 % i täckningsgrad det är en försämring med 9 % sedan 2022. Uppföljning av den palliativa vården är ett förbättringsarbete som behöver prioriteras under 2024.



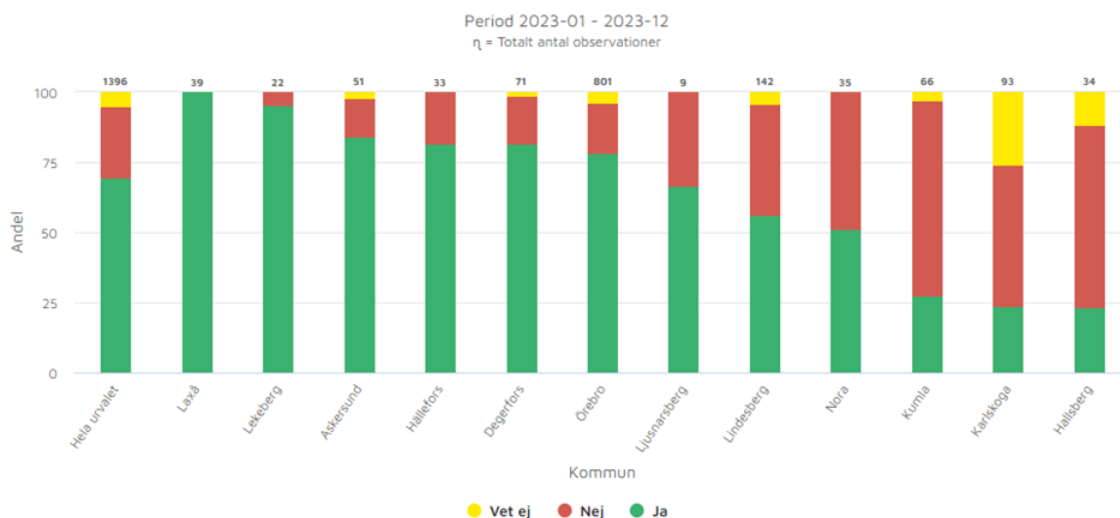
## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



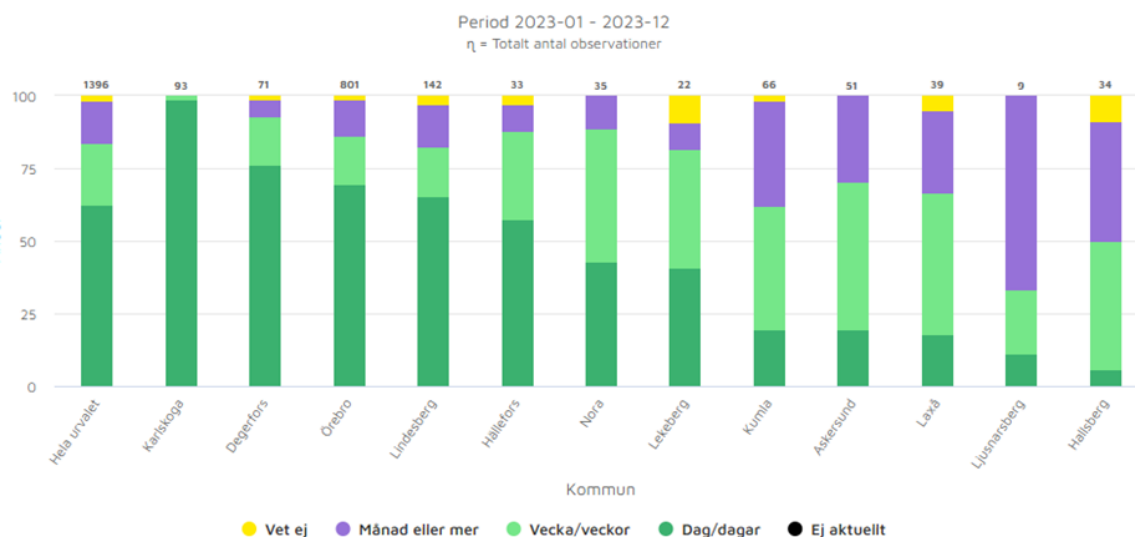
Kvalitetsindikatorerna för munhälsobedömning sista levnadsveckan ligger på 63,5% (målvärde 90%), smärtskattning sista levnadsveckan har ökat från 82% till 86,5% (målvärde 100%) mot resultatet 2022. Det innebär att munhälsobedömningar ligger på samma nivå och det är en liten förbättring när det gäller smärtskattning. Dock behöver sjuksköterskorna fortsätta förbättringsarbetet med de båda indikatorerna för att nå målvärdena. Dokumenterade brytpunktssamtal minskat från 90% till 88,5% (målvärdet 98%).

## Fanns det en dokumenterad individuell vårdplan för vård i livets slutskede



För att säkerställa att patienter i palliativ vård ska ha en individuell vårdplan så genomfördes i april 2023 en utbildning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter i hur en individuell vårdplan hur de upprättas utifrån patientens delaktighet och behov. Efter det utbildningstillfället prioriterades alla patienter som hade pågående palliativ vård att få vårdplaner upprättade. Information om hur brytpunktssamtal ska dokumenteras gavs också till alla sjuksköterskor. Diagrammet visar ett mycket bra resultat av utbildningsinsatsen och att 84,6% av patienterna med palliativ vård hade en individuell vårdplan.

## Undersökt av läkare



Diagrammet visar hur lång tid innan dödsfallet patienten undersöktes av en läkare senast. För 20% av patienterna gjordes den senaste läkarundersökningen inom sju dagar innan dödsfallet, för 51% inom en till fyra veckor innan dödsfallet och för 30% en månad eller mer innan dödsfallet.

## Fokusområde 3 - Säker vård här och nu

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



### Riskhantering

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

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

### Riskanalys

Riskanalys för patientsäkerhet ska göras enligt rutin inför verksamhetsförändringar och inför planering av kompetensförsörjning inför storhelger och sommaresemester. Ofta kan det vara vid samma tillfällen som riskanalys för arbetsmiljön ska göras.

På individnivå ska en teambaserad riskbedömning alltid göras innan en skydds- och begränsningsåtgärd kan sättas in. Riskanalyser på individnivå för risk för fall, undernäring, trycksår, blåsdysfunktion och munhälsa görs, förebyggande åtgärder sätts in och registreras i kvalitetsregistret Senior alert.

## Fokusområde 4 - Stärka analys, lärande och utveckling

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



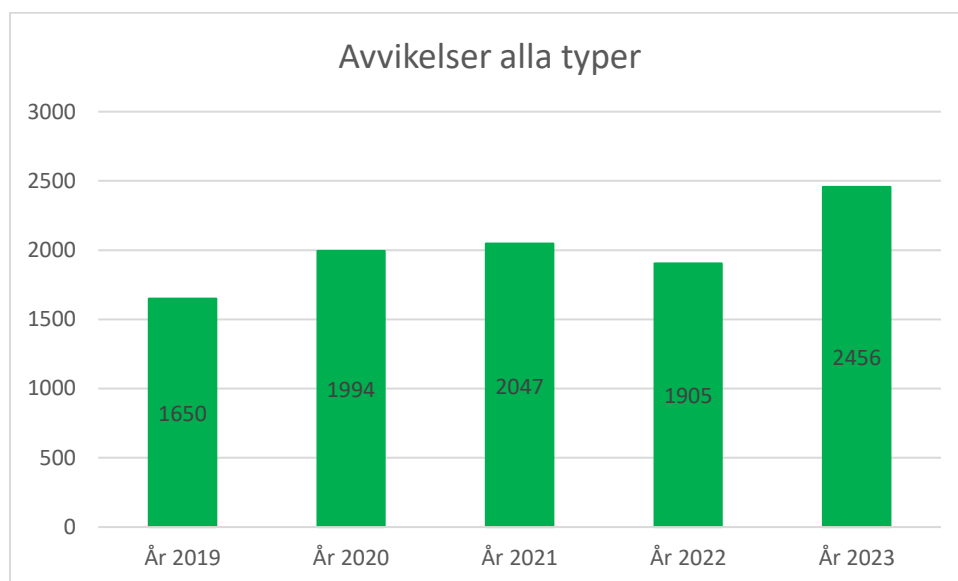
### Avvikelser

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

Alla anställda har rapporteringsskyldighet av missförhållanden, vårdskador och risk för missförhållanden och vårdskador. Avvikelser är ett samlingsbegrepp på allt som avviker från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Det finns riktlinjer och rutiner gällande rapport av vårdskador, missförhållanden, synpunkter och klagomål inom socialtjänsten, LSS och hälso- och sjukvården. Teamledningen ska göra en gemensam utredning av dessa avvikelser utifrån ett antal punkter och beslut ska tas om lämpliga åtgärder för att undvika att händelsen upprepas. En bedömning av händelsens allvarlighetsgrad ska göras. Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/verksamhetschef och därefter görs eventuellt lex Maria eller lex Sarah anmälan.

## Avvikelser

Under 2023 har totalt 2456 avvikelser d.v.s. rapporter om missförhållanden och vårdskador rapporterats i förvaltningen. Det är 551 fler än 2022.



### Avvikelser mellan vårdgivare

26 avvikelser har rapporterats avseende brister i informationsöverföring mellan vårdgivare.

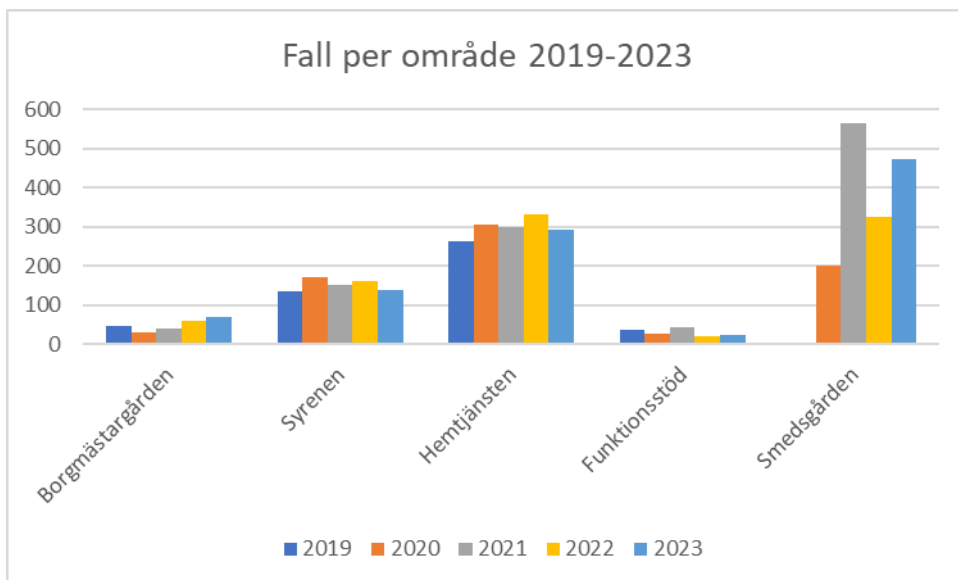
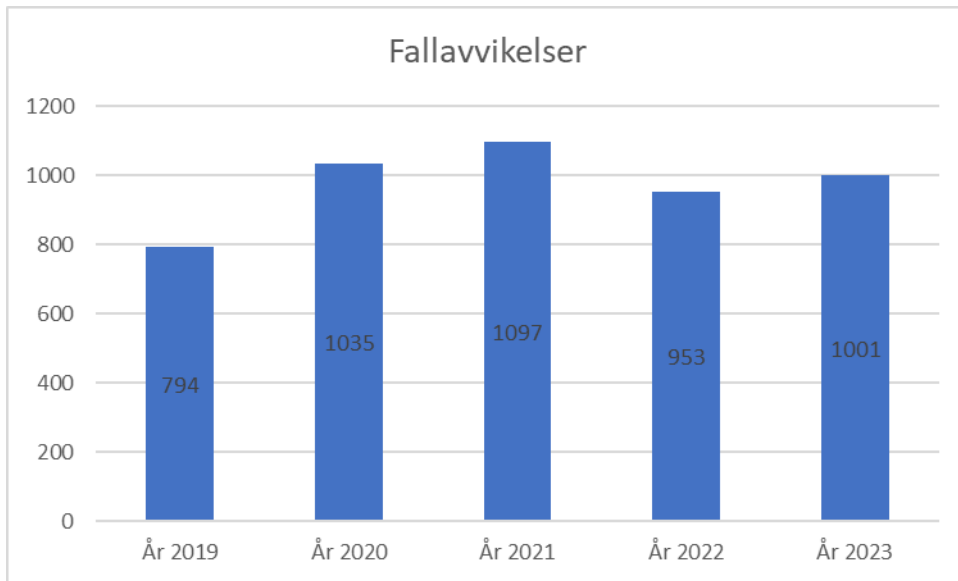
### Avvikelser i allmän omvårdnad, service och träning

336 avvikelser har rapporterats under 2023, det är en ökning med 123 jämfört med föregående år. I hemtjänsten handlade 58 rapporter om bristande planering vilket ligger i nivå med föregående år. Utebliven insats uppges vara orsaken i 171 rapporter och tidsbrist i 18 rapporter.

### Fallavvikelser

Det var 1001 avvikelserrapporter om fallolyckor rapporterade 2023, en ökning med 48 fall i jämförelse med året innan. Av de 1001 fallen har 9 personer stått för 241 fall, trots att riskförebyggande åtgärder har satts in. På Smedsgården har antal fall ökat med 117, Borgmästargården har ökat med 1, Syrenen minskat med 24, i hemtjänsten minskat med 41, och inom funktionsstöd ökade fallen med 4.

Konsekvenser av totala antalet fall blev bland annat 6 höftfrakturer, 8 annan typ av fraktur och 13 skullskador av olika grad. Vid 4 tillfällen fick läkare kontaktas och vid 20 tillfällen fick patienten åka till sjukhus. 88 patienter rapporterades ha smärta efter fallet och vid 429 av de 1001 fallen fick patienten ingen skada.



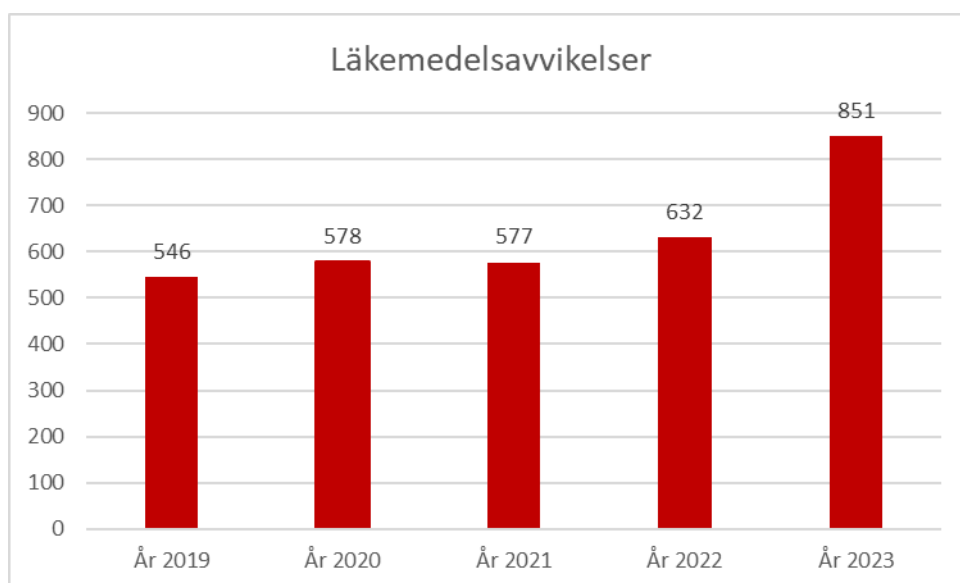
## Läkemedelsavvikelser

851 avvikelser gällande läkemedelshantering rapporterades 2023. Detta är en ökning med 219 sedan föregående år.

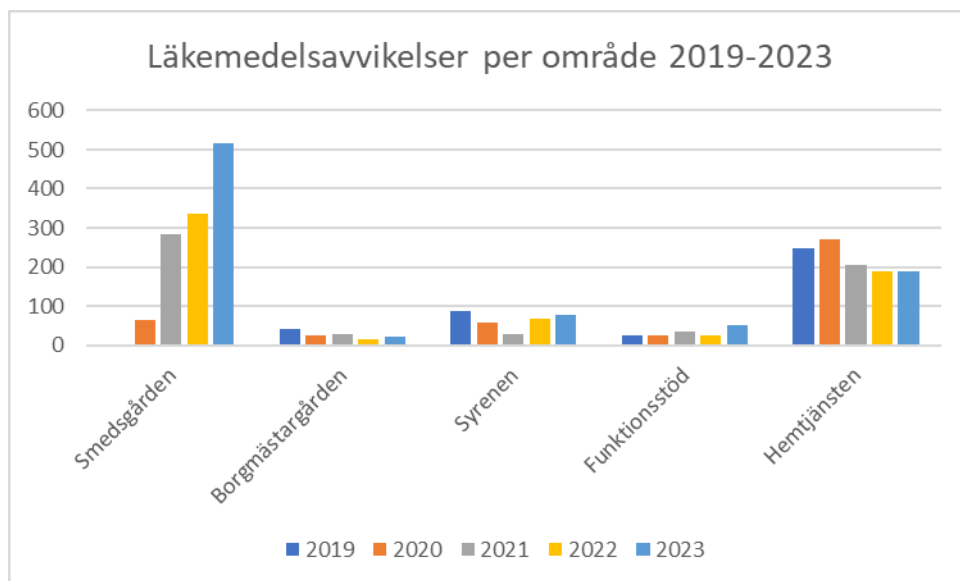
En läkemedelsavvikelse kan vara förväxling av patienters läkemedel, läkemedel givet på fel tid, fel delat läkemedel, att fel läkemedel ges eller en avvikande summa vid narkotikakontroll.

Under 2023 gällde 242 avvikelser utebliven läkemedelsdos. Orsaker till läkemedelsavvikelserna var glömska 68, stress 37, brist i kontroll av tid 35, brist i kontroll av identitet 12. Det var 111 avvikelser gällande avvikande summa vid narkotikakontroll, 66 fler än 2022.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att kontinuerligt följa upp och jobba med säker läkemedelshantering och öka kompetensen hos omvårdnadspersonalen.



Observera att år 2020 gäller resultatet för Smedsgården endast från inflytt i september.



## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter är den del av förvaltningens avvikelshantering. I ledningssystemet finns en processbeskrivning och rutin för hur förslag, synpunkter och klagomål ska hanteras. Av denna framgår att synpunkter och klagomål ska utredas av utsedd handläggare, oftast berörd enhetschef eller liknande, som ska klargöra vad som har hänt, varför detta har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något liknande händer igen. Dokumentation av ärendets handläggning ska ske i ärendehanteringsprogrammet Platina.

### Inkomna förslag, synpunkter och klagomål 2023

Under året har 19 synpunkter/klagomål inkommit till förvaltningen. Av dessa avser sex bemötande, fem avser brister i omvårdnad/kompetens, två ärenden handlar om handläggning, fyra ärenden avser missnöje med kommunens service och kvalitet, två avser brister i tillgänglighet

Synpunkter och klagomål har huvudsakligen kommit in till förvaltningen i skriftlig form, antingen från brukare eller från anhörig till brukare.

Antal inkomna ärenden	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Totalt</b>	17	39	47	37	12	34	33	24	19

Tabell: Sammanställning av klagomål och synpunkter år 2015 - 2023, redovisning av antal inkomna ärenden.

Kategori	Antal mottagna ärenden
Omvårdnad/kvalitet/service	8
Bemötande/tillgänglighet	7
Handläggning	2
Kompetens	2

Tabell: Inkomna klagomål och synpunkter 2023, antal per kategori.

## Analys

Inkomna synpunkter och klagomål är lägre än år 2022. Antalet inkomna förslag, synpunkter och klagomål har minskat varje år sedan 2020. Det har inte gått att följa alla ärenden från ankomst till avslut i ärendehanteringssystemet Platina, endast i 21 procent av ärendena finns dokumentation från utsedd handläggare.

## Åtgärder

Under året har genomgång/utbildning i rutinen för handläggning av förslag, synpunkter och klagomål genomförts med handläggarna. Hanteringsrutiner kommer ses över för att ge handläggarna bättre förutsättningar för dokumentation.



# Kommunens kvalitet i korthet, uppgifter från KOLADA

## Kvalitet och resultat äldre, övergripande

Kvalitet och resultat

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Leva och bo självständigt</b>					
> Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	91	87		87	88
> Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	68	71		84	70
<b>Trygga förhållanden</b>					
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	25	70	24	19	47
Fallskador bland personer 80+, 3-årsrm, antal/100 000 inv	5 096	5 118	5 184	5 106	
<b>Aktiv och meningsfull tillvaro</b>					
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)	27	24		37	32
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besväras av ensamhet kommun, andel (%)	57	57		54	52

**Leva och bo självständigt (från äldreundersökningen):** Antal personer i åldrarna 65 år och uppåt som svarat mycket eller ganska nöjd på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du med den hemtjänst du har”, dividerat med antal personer som deltagit i undersökningen. Jämförelse från de senaste fem åren. (År 2021 genomfördes ingen brukarundersökning). 2023 besvarades enkäten av 51,5 procent av de tillfrågade i hemtjänsten, på Borgmästargården svarade cirka 70 procent och på Smedsgården svarade endast cirka 30 procent av de boende på enkäten. Låg svarsfrekvens påverkar resultatets validitet.

88 procent av brukarna som besvarat äldreundersökningen är nöjda med den hemtjänst de har. Har legat på en liknande nivå även tidigare år.

Inom SÄBO är i genomsnitt 70 procent av brukarna nöjda med sitt äldreboende, vilket är en försämring jämfört med 2022.

**Trygga förhållanden (från Kommunens kvalitet i korthet, KKiK):** Här redovisas antal dagar som en person med behov av boende har fått vänta på att få ett erbjudande om inflyttning. 2023 var antalet dagar avsevärt mycket högre än de tidigare åren (förutom år 2020). Att väntetiden för 2023 är hög kan bero på att behovet av demensplatser varit svåra att tillgodose samt att det är en obalans generellt mellan behov och tillgång till särskilda boende platser. Det har funnits lediga platser för somatiskt sjuka äldre men efterfrågan har varit störst av platser på demensboende.

Inget resultat har rapporterats för 2023 avseende fallskador.

**Aktiv och meningsfull tillvaro (från äldreundersökningen):** 32 procent av dem som besvarat enkäten, som bor i ordinärt boende, har svarat att deras hälsotillstånd är mycket bra eller ganska bra. En försämring jämfört med 2022 men klart bättre än 2019 och 2020. 52 procent har uppgett att de besväras av ensamhet, en liten förbättring jämfört med tidigare år.

## Resurser

Nyckeltal	2022	2023
Medarbetarengagemang (HME) hemtjänst äldreomsorg - Totalindex	75	78
Medarbetarengagemang (HME) särskilt boende äldreomsorg – Totalindex	80	74

### Medarbetarengagemang (HME) hemtjänst äldreomsorg - Totalindex

Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Engagemangsindex för hemtjänst äldreomsorg enligt resultat från medarbetarenkät. HME står för Hållbart medarbetarengagemang och mäter såväl nivån på medarbetarnas engagemang som chefernas och organisationens förmåga att tillvara och skapa engagemang. HME-index består av nio frågor som tillsammans bildar ett totalindex för Hållbart medarbetarengagemang och tre delindex; Motivation, Ledarskap och Styrning. Frågorna besvaras på en skala 1-5 där 1 är stämmer mycket dåligt och 5 är stämmer mycket bra. Resultaten på varje fråga omvandlas sedan till ett index med skala 0-100. Totalindex formas som ett medelvärde av de nio frågorna. Ett högt värde indikerar en hög nivå på hållbart medarbetarengagemang. Avser egen regi.

Källa: Egen undersökning i kommunen.

## Brukarundersökning äldreomsorg

Medelvärden som RKA beräknat baserat på brukarbedömning äldre

Nedanstående nyckeltal används i beräkning av effektivitetsindex för äldreomsorg. Effektivitetsindexen har RKA tagit fram på uppdrag av Finansdepartementet.

Nyckeltal	2020	2021	2022	2023
<b>Hemtjänst</b>				
> Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	63		72	73
> Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, medelvärde	68		74	77
<b>Särskilt boende</b>				
> Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	..		59	53
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, medelvärde	67		63	66
> Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - aktiviteter och känsla av ensamhet, medelvärde	60		66	69
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - kontakt med personal, medelvärde	53		70	78
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - boendemiljö, medelvärde	58		63	58
> Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - mat och måltidsmiljö, medelvärde	70		70	69

**Från brukarundersökningen:** Av de som besvarat enkäten är 73 procent av brukarna i hemtjänsten nöjda med personalens bemötande, känner förtroende för personalen och upplever att de är trygga i sitt boende. 77 procent anser att de har inflytande över sin insats och att personalen har tillräckligt med tid hos brukaren. På båda frågorna har resultatet förbättrats över tid.

Inom de särskilda boendena är lite mer än hälften, 53 procent av de svarande, nöjda med bemötandet från personalen, känner förtroende för dem samt är trygga i sitt boende. 66 procent har uppgett att de har tillräckligt med inflytande över sin vård och omsorg och att personalen har tillräckligt med tid till brukaren. 69 procent tycker att det är bra med aktiviteter men upplever en känsla av ensamhet. 78 procent anser att kontakten med personalen är mycket eller ganska bra. För alla dessa tre frågor har en förbättring skett jämfört med 2022. När det gäller boendemiljön har 58 procent svarat att de anser den vara mycket eller ganska bra. Att mat och måltidsmiljön är bra anser 69 procent.

## Individ- och familjeomsorg

### Kvalitet och resultat

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022	2023
<b>IFO övergripande</b>					
> Medborgarundersökningen - Socialtjänstens stöd och hjälp till utsatta personer fungerar bra i kommunen, andel (%)			-	-	-
> Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	100	-	-	-	-
<b>Social barn- och ungdomsvård</b>					
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	78	85	79	94	71
> Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO - helhetssyn, andel (%)	100	-	-	-	-
> Brukarbedömning barn- och ungdomsvård IFO vårdnadshavare - helhetssyn, andel (%)	100	-	-	-	-
<b>Ekonomiskt bistånd</b>					
Vuxna biståndsmottagare (18+ år) med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av biståndsmottagare 18+ år	23.3	26.8	34.3	34.9	
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutad försörjningsstöd, andel (%)	71	75	87	62	88
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	7	4	8	6	4
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%)	17	5	14	12	14
> Brukarbedömning ekonomiskt bistånd IFO - helhetssyn, andel (%)	100	-	-	-	-
<b>Missbruk och beroendevård</b>					
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	34	35	48	77	17
> Brukarbedömning missbruksvård IFO - helhetssyn, andel (%)	100	-	-	-	-

Ingen medborgarundersökning har genomförts de senaste fem åren. Brukarundersökning har heller inte genomförts för individ- och familjeområdet sedan 2019.

**Social barn- och ungdomsvård:** Antal utredningsdagar från påbörjad till avslutad barnvårdsutredning ligger på en bra nivå med ett genomsnitt på 71 dagar för 2023. Under 2022 var belastningen högre och då krävdes 94 dagar för att fullfölja en utredning.

**Ekonomiskt bistånd:** Första frågan fanns inte med i 2023-års enkät. Under 2023 har 88 procent av de vuxna där försörjningsstödet kunnat avslutas, inte återaktualiserats, vilket är en stor förbättring jämfört med 2022. Väntetiden från ansökan till beslut ligger på en låg nivå under 2023, med fyra dagar. En halvering jämfört med 2021. 14 procent av de sökande har dock fått vänta mer än 14 dagar, vilket oftast beror på att den sökande inte lämnat in alla nödvändiga papper.

**Missbruk och beroendevård:** Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad för vuxna med missbruksproblem (21 år och äldre) ligger på ett medelvärde om 17 dagar. Den låga siffran beror till stor del på att antalet LVM-ärenden varit stort och att den typen av ärenden ofta måste hanteras skyndsamt.

### Funktionsstöd

Från och med 2024 kommer brukarundersökningar i Socialstyrelsens regi att genomföras inom boenden och daglig verksamhet inom funktionsstöd.

## Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.



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

Handlingsplanen har tagits fram av Socialstyrelsen för att kraftsamla på flera nivåer. Det är utformad för att kunna stödja kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan ta fram principer, prioriteringar och målsättningar för ökad patientsäkerhet.

Fyra grundläggande förutsättningar behövs för att minska vårdskadorna:

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa områden utgör strukturen för de nationella åtgärderna och kan också ligga till grund för prioriteringar på nationell, regional och kommunal nivå.

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Nationell handlingsplan 2020-2024 – Socialstyrelsen

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

### Lokal handlingsplan - Agera för säker vård

Det finns ingen aktuell lokal handlingsplan för Agera för säker vård.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

**Mål och indikator 3:** bäring på kommunfullmäktiges mål avseende att socialnämnden har en effektiv resursanvändning och hög kvalitet i sina verksamheter.

*Genomförande av internkontroll utifrån angivna kvalitetsmått.*

Metod/mått: Mätning av egenkontroller - procent

Adressering: Socialförvaltningen

	Utfall	Utfall	Mål	Mål	Mål	Mål
År	2022	2023 DÅ	2024	2025	2026	2027
Egenkontroller utförs enligt rutin	25%	46,3%	100%	100%	100%	100%

**Mål och indikator 4:** bäring på kommunfullmäktiges mål avseende att socialnämnden har en effektiv resursanvändning och hög kvalitet i sina verksamheter.

*Upplevelsen av kvalitet från de personer som använder socialnämndens tjänster.*

Metod/mått: Data från nationell brukarundersökning via Kolada – procent

Adressering: Verksamhetsområdet Vård och omsorg och funktionsstöd

	Utfall	Utfall	Mål	Mål	Mål	Mål
År	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Andel personer på särskilt boende som upplever att personalen alltid/oftast tar hänsyn till brukarens önskemål om hur hjälpen ska utföras.	82%	83%	85%	85%	90%	90%
Andel personer på särskilt boende som är ganska/mycket nöjda med sitt boende.	84%	70%	85%	85%	90%	90%
Andel personer på särskilt boende som är nöjd/mycket nöjd med de aktiviteter som erbjuds på sitt boende	46%	62%	65%	70%	70%	70%
Andel personer med hemtjänst som upplever att personalen tar hänsyn till	88%	89%	89%	90%	90%	90%

brukarens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras						
Andel personer med hemtjänst som är ganska/mycket nöjda med hemtjänsten	87%	88%	85%	85%	90%	90%
Andel brukare som trivs på sin dagliga verksamhet utifrån LSS	Ny indikator	Ny indikator	70%	70%	70%	70%
Andel brukare inom daglig verksamhet LSS som får bestämma om saker som är viktiga	Ny indikator	Ny indikator	70%	70%	70%	70%
Andel brukare som känner sig trygg med personalen hemma - gruppbostad	Ny indikator	Ny indikator	70%	70%	70%	70%