

Socialnämndens sammanträde

Tid: Torsdag den 23 mars 2023, kl. 08.45

Plats: Tillassalen, Knivsta kommunhus.

Ordförande: Oscar Hahne (KD)

Sekreterare: Stella Vallgård

Handlingar finns tillgängliga i kommunhuset samt på kommunens hemsida www.knivsta.se

Förhinder

Ledamot som inte kan delta vid sammanträdet kan mejla till stella.vallgarda@knivsta.se

Verksamhetsbesök

Efter sammanträdet är nämnden bjudna på verksamhetsbesök hos LSS stöd och sysselsättning. Samling kl 13.00 på Ängbyvägen 8.

Föredragningslista

Dnr

1. **Upprop**
2. **Justering**
3. **Godkännande av dagordning**
4. **Informationsärenden**
 - a. Verksamhetsinformation från Jörgen Jamting, enhetschef LSS stöd och sysselsättning
 - b. SSPF samverkan
 - c. Kvotflyktingar
 - d. Aktuellt från förvaltningen
 1. IVOs beslut om kritik av sjukvården på Estrids gård
 2. IVOs beslut att lämna ärendet barn och unga
 3. Avslutat projekt – förtätning av Estrid och Vilhelms gård

Beslutsärenden

5. **Redovisning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal 4 2022** SN-2023/45
6. **Patientsäkerhetsberättelse 2022** SN-2023/73

7. **Beslut om upphandling av driften av Lyckåsen och Dadelvägen, bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS** SN-2023/74
8. **Öppna sammanträden för socialnämnden**
9. **Ekonomisk uppföljning per sista februari för Socialnämnden 2023**
10. **Övriga anmälningsärenden**
Beslut från IVO
11. **Anmälan av delegationsbeslut**
 - Utdrag från Viva 2022-11-01 – 2023-02-28
 - Delegationsbeslut, tillfälligt förordnande som vikarierande socialchef 2023-03-03 samt påföljande helg



Handläggare
Lottie Tahmasebi

Tjänsteskrivelse
2023-01-30

Diarienummer
SN-2023/45

Socialnämnden

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal 4 2022

Förslag till beslut

1. Socialnämnden godkänner rapporten över ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL), samt gynnande beslut enligt 9 § Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som under 2022-års andra rapporteringsperiod, inte verkställts inom tre månader från beslut eller där avbrott i verkställighet pågått mer än tre månader, i enlighet med nämndens rapporteringsskyldighet enligt 16 kap 6 f-h §§ SoL samt 28 h § LSS.
2. Socialnämnden överlämnar redovisningen till kommunfullmäktige samt till kommunrevisorer.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnden ska redovisa till kommunfullmäktige samt till kommunrevisionen sammanställning på beslut som rapporterats som ej verkställda till inspektionen för vård och omsorg.

Under fjärde kvartalet 2022 har totalt tre beslut rapporterats som ej verkställda inom tre månader. Samtliga beslut gäller LSS, funktionshinderomsorg men avser tre olika typer av insatser, kontaktperson, ledsagare och korttidstillsyn till skolungdom över 12 år. Besluten gäller tre pojkar, varav samtliga är under arton år. I det första ärendet skedde en fördröjning på grund av att beställningen innehöll felaktiga kontaktuppgifter. Vårdnadshavare tackade därefter nej till den första kontaktpersonen, en ny kontaktperson utsågs och insatsen verkställdes 221021. I det andra ärendet avvaktade vårdnadshavare verkställighet efter att den första utsedda ledsagaren tackade nej till uppdraget innan verkställighet. Insatsen har avslutats 221010 efter att familjen meddelat att de inte längre önskar insatsen. I det tredje ärendet skedde en fördröjning på grund av svårighet att finna utförare för korttidstillsyn till skolungdom över 12 år. Den enskilde erbjöds insatsen ledsagare i väntan på verkställighet. Den enskilde hann inte ta ställning till insatsen ledsagare eftersom utförare av korttidstillsyn hittades. Insatsen verkställdes 221121 av kommunal skola.

Bakgrund

Enligt Socialtjänstlagen (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska Socialnämnden kvartalsvis rapportera de gynnande beslut om bistånd som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och överlämna sammanställning till kommunfullmäktige samt till kommunrevisionen. Rapporten ska innehålla tidpunkten för beslutet, vilken typ av bistånd beslutet gäller, skälen för dröjsmålet, samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Det skall också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

I dokument "Redovisning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal fyra 2022" redovisas kvartal fyra och en sammanställning av de fyra senaste kvartalen.



Ekonomisk konsekvensanalys

Det beslut som föreslagits bedöms inte leda till några ekonomiska konsekvenser utöver befintlig budgetram.

Barnkonsekvensanalys

Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Underlag för beslut

Tjänsteutlåtande 2023-01-30

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal fyra 2022

Beslutet ska skickas till

Kommunfullmäktige

Revisorer

Enhetschefer inom Vård- och omsorgskontoret

Områdeschef myndighet

Områdeschef utförare

Socialchef

Catrin Josephson

Socialchef



Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Ja

Nej

Enligt FN är alla under 18 år
att betrakta som barn

Förklara oavsett svar.

Beslutet handlar om rapportering av beslut som inte verkställts.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja

Nej

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/ flerårigt styrdokument

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal fyra 2022

Bakgrund

Socialnämnden är skyldig att rapportera till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och kommunens revisorer¹ om beviljat bistånd enligt 4 kapitlet 1 § Socialtjänstlagen (SoL) och insatser enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) inte har verkställts tre månader efter beslut, liksom om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Socialnämnden ska fortsätta att rapportera ett ej verkställt beslut tills beslutet är verkställt eller avslutat av annan anledning. Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid kan myndigheten ansöka om utdömmande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten. Enligt SoL samt LSS ska socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige.²

Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal fyra 2022

Under fjärde kvartalet 2022 har totalt tre beslut rapporterats som ej verkställda inom tre månader. Samtliga beslut gäller LSS, funktionshinderomsorg men avser tre olika typer av insatser; kontaktperson, ledsagare samt korttidstillsyn. Besluten gäller tre pojkar, varav samtliga är under arton år. I det första ärendet skedde en fördröjning på grund av att beställningen innehöll felaktiga kontaktuppgifter. Vårdnadshavare tackade därefter nej till den första kontaktpersonen, en ny kontaktperson utsågs och insatsen verkställdes 221021. I det andra ärendet avvaktade vårdnadshavare verkställighet efter att den första utsedda ledsagaren tackade nej till uppdraget innan verkställighet. Insatsen har avslutats 221010 efter att familjen meddelat att de inte längre önskar insatsen. I det tredje ärendet skedde en fördröjning på grund av svårighet att finna utförare för korttidstillsyn till skolungdom över 12 år. Den enskilde erbjöds insatsen ledsagare i väntan på verkställighet. Den enskilde hann inte ta ställning till insatsen ledsagare eftersom utförare av korttidstillsyn hittades. Insatsen verkställdes 221121 av kommunal skola. Sammanfattningsvis utifrån det fjärde kvartalet avseende ej verkställda gynnande beslut är två beslut verkställda och ett avslutat.

¹ 16 kap 6f § SoL, 28 f § LSS

² 16 kap 6 h § SoL, 28 h § LSS

Tabell: Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut, kvartal fyra 2022

Beslut	Typ	Skäl	Vidtagna åtgärder, i väntan på, övrigt	Man	Kvinna	Datum för avbrott	Verkställt	Avslutas av annat skäl	Tid från beslut/ avbrott
220519	LSS FUNK 9.3	Rekryterad ledsagare tackar nej till uppdrag. Vårdnadshavare avvaktar om de vill ha en ny ledsagare.	Nej	X			Nej	Ja, den enskilde önskar ej längre insats.	145
220620	LSS FUNK 9.4	Brister i administration vilket fördröjde VST. Vårdnadshavare tackade dessutom nej till det första förslaget om kp. Ny kp rekryterad.	Ja, ny kp rekryterad	X			Ja, 221021		123
220815	LSS FUNK 9.7	I ärendet skedde en fördröjning på grund av svårighet att finna utförare för. Utförare hittad.	Den enskilde erbjöds insatsen ledsagare i väntan på verkställighet	X			Ja, 221121		98

ÄO=äldreomsorg, FUNK= funktionshinderomsorg, htj=hemtjänst, dagv=dagvård, avl=avlösning i hemmet, säbo=särskilt boende, vxv=växelvård, öv=öppenvård, bos=boendestöd, fb=familjebehandling, ass=assistent, kp=kontaktperson, kf=kontaktfamilj VST=verkställighet, Resursbrist för att matchande uppdragstagare ej funnits.

Tabell: Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut under fyra kvartal

	Kvartal 1 2022	Kvartal 2 2022	Kvartal 3 2022	Kvartal 4 2022
Gällde ej verkställt*	2	2	2	3
Gällde avbrott*	4	1	0	0
Ännu ej verkställda**	1	0	2	0
Avbrott**	2	0	0	0
Avslutade***	0	2	0	1
Nu verkställda	3	1	0	2
Totalt antal rapporterade beslut	6	3	2	3
Män	4	2	2	3
Kvinnor	2	1	0	0
Barn	5	2	2	3
Beslut SoL ÄO	0	0	0	0

Beslut SoL FUNK	0	0	0	
Beslut LSS FUNK	5	3	2	3
Beslut SoL IFO	1	0	0	

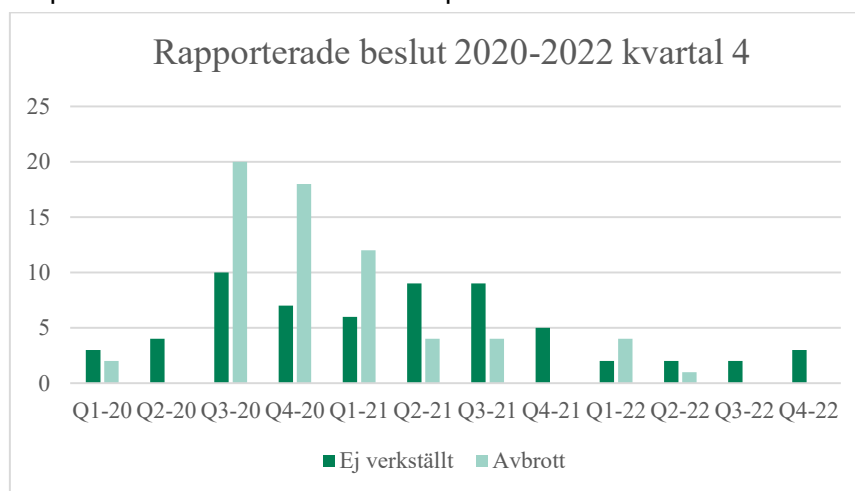
*Samma person kan ha flera beslut som rapporteras. Samma beslut kan ha flera rapporter.

** Gällde ej verkställt beslut, respektive avbrott vid första rapporteringen

*** Vid rapportering aktuellt kvartal är beslutet fortfarande ej i verkställighet

**** Avslutade utan att verkställa

Tabell: Rapporterade beslut, ej verkställda inom tre månader efter beslut respektive efter avbrott från innan pandemin bröt ut



Ur ett treårsperspektiv är nivåerna för ej verkställda beslut på samma nivå som innan pandemin. Under pandemin 2020-2021 skedde en ökning av antalet ej verkställda beslut. Under aktuell period, kvartal fyra 2022, är antalet ej verkställda beslut nere på den lägsta nivån Knivsta kommun har rapporterat in sedan 2020.

Lottie Tahmasebi

Socialt ansvarig samordnare



Handläggare
Linda Byberg-Eriksson

Tjänsteskrivelse
2023-02-23

Diarienummer
SN-2023/73

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden antar patientsäkerhetsberättelsen för 2022.

Sammanfattning av ärendet

Patientsäkerhetsberättelsen omfattar verksamheter i egen regi, Attendo hemtjänst och S:t Maria gruppbostad och beskriver det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2022. Berättelsen redovisar registrerade avvikelser och inkomna klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården med vidtagna åtgärder. Vidare redovisas resultat och analys av utförda egenkontroller inom hälso- och sjukvårdsområdet. Mål satta för 2022 och framåt utvärderas och kommande mål och strategier för 2023 redovisas.

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivare årligen dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelsen är också en del av det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som vårdgivaren är skyldig att inrätta (SOSFS 2011:9).

Ekonomisk konsekvensanalys

Förslag till beslut innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Barnkonsekvensanalys

Förslag till beslut innebär inga konsekvenser för barn.

Underlag för beslut

Tjänsteutlåtande 2023-02-23

Patientsäkerhetsberättelse för 2022



Beslutet ska skickas till

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL)

Områdeschef utförare

Enhetschef Hemtjänst egen regi

Enhetschef Estrids gård

Verksamhetschef Attendo hemtjänst

Föreståndare S:t Maria gruppbostad

Chef Kvalitet och utveckling

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Catrin Josephson

Socialchef/ Verksamhetschef enligt HSL

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Ja

Nej

Enligt FN är alla under 18 år
att betrakta som barn

Förklara oavsett svar.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja

Nej

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/ flerårigt styrdokument

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.



Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden år 2022



Diarienummer: SN-2023/73

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver det systematiska förbättringsarbetet inom egen regi av hemsjukvård och rehabilitering, hemtjänst, särskilt boende, serviceboende, personlig assistans samt Attendo hemtjänst och S:t Maria gruppboende. Utförare på särskilt boende och gruppboendestäder i avtal med kommunen redovisar sina egna patientsäkerhetsberättelser.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Har vården varit säker?	15
Covid-19	15
Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	16
Säker vård här och nu	17
Är vården säker idag?	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25
BILAGA 1	28
RESULTAT OCH ANALYS	28
Kvalitetsregister - Senior alert - PPM trycksår	28
Kvalitetsregister – Palliativa registret	29
Basal hygien och klädregler	30
Infektionsregistreringar	32
Hygienrond	33
Följsamhet till ordinationer	34
Läkemedelshantering	36

Läkemedelskontroll	36
Journalgranskning	36
BILAGA 2	38
MÅLUPPFYLLELSE 2022	38
Personcentrerad vård.....	38
Riskmoment förflyttning med personlyft.....	38
Basal hygien och klädregler.....	38
Läkemedelshantering	38
Tekniska hjälpmedel.....	38
Effektiv och nära vård	38
Analysverktyg för patientsäkerhet.....	38

SAMMANFATTNING

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minimera risken för att personer drabbas av en vårdskada. Det finns flera faktorer som bidrar till en hög patientsäkerhet, bland annat en engagerad ledning och tydlig styrning, patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet, adekvat kunskap och kompetens och en god säkerhetskultur. Samtliga faktorer är viktiga i det preventiva arbetet med att förebygga vårdskador. Under året har det varit stort fokus på att säkerställa relevanta och övergripande arbetsprocesser inför publicering och implementering av ledningssystemet samt arbetet med utskrivningsprocessen och införandet ett nytt kommunikationsverktyg mellan länets kommuner och regionen.

Strategier för ökad patientsäkerhet under året har varit att förbättra teamsamverkan, öka lärande genom kompetenslabb, öka de individuella riskbedömningarna, att samtliga medarbetare ska erhålla lyftlicens, ökad följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler (BHK), implementering av nytt arbetssätt utifrån medical device regulation (MDR) förordning för medicintekniska produkter, länsgemensamt utvecklingsarbete för en effektiv och nära vård samt arbeta för framtagande av en handlingsplan för patientsäkerhet. Vid utvärdering av målen framkommer att målen avseende spårbarhet av hjälpmedel och effektiv och nära vård har uppnåtts. Därtill har målet med att samtliga medarbetare ska erhålla lyftlicens nästan nått upp till måluppfyllelse där exempelvis 90 % av medarbetarna på Estrids gård har det.

Trots att fullständig måluppfyllelse inte uppnåtts, så har förbättringar inom flera områden kunnat ses. 100 % följsamhet till BHK kunde ses vid tre mätningar på Estrids gård och vid två mätningar inom hemsjukvård och rehabilitering. Estrids gård har också fullständig följsamhet till infektionsregistreringar och har ökat det förebyggande och systematiska arbetet med kvalitetsregister som stöd. Personlig assistans har ökat sin totala följsamhet till utförda insatser med 22 % jämfört med föregående år.

Totalt antal registrerade avvikelser ökade med cirka 8 % jämfört med 2021. Den största ökningen är antalet fallincidenter som ökat med närmare 23 % jämfört med året innan. Förbättringar kan framförallt ses gällande uteblivna läkemedelsdoser. Statistik från det digitala signeringssystemet visar att faktiska uteblivna doser endast står för ungefär 1,2 %. Totalt har fem klagomål och tre mindre synpunkter på hälso- och sjukvården inkommit där analyser visar att det finns brister i kommunikationen mellan vårdgivare och viss kompetensbrist. Utöver detta inkom 11 avvikelser från regionen som framförallt handlat om uteblivna bedömningar och rapporteringar om försämrat allmäntillstånd. Av samtliga rapporterade avvikelser har en bedömts som allvarlig vårdskada och resulterat i en anmälning enligt lex Maria till Inspektion för vård- och omsorg (IVO).

En blick framåt

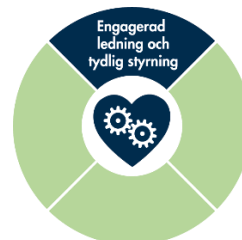
En av de största utmaningarna framöver är att få till en optimal teamsamverkan mellan enheterna för att på ett bättre sätt kunna arbeta förebyggande inom framförallt hemsjukvård och rehabilitering och hemtjänsten. Dokumentationen behöver säkerställas så att den sker på ett enhetligt och säkert sätt men även följsamheten till ordinerade rehabiliteringsinsatser samt avvikelshantering behöver förbättras. Vad gäller avvikelshantering behöver ett arbete utföras så att systemet bättre stödjer processen, men även medvetandegöra vilka avvikelser som ska rapporteras samt stärka rapporteringen vid enheter med mycket små volymer av inrapporterade avvikelser.

För att långsiktigt öka patientsäkerheten inom Vård- och omsorgskontoret behöver arbetet med att ta fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet påbörjas. Det innebär att en nulägesanalys av Vård- och omsorgskontorets patientsäkerhetsarbete behöver utföras för att kunna identifiera förbättringsområden och därmed kunna prioritera insatser för att möta de utmaningar som finns. Utifrån ovanstående kan en grund för handlingsplanen skapas.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgskontorets mål och strategier för att främja patientsäkerhetsarbetet samt stärka verksamheternas kvalitet inom vård och omsorgskontoret under år 2022 har varit följande:

Mål 1: Brukaren ska få bästa möjliga utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov.

Strategier

- Teamsamverkan - ökat nyttjande av alla kompetenser.
- Individuella riskbedömningar fall, undernäring, munhälsa, trycksår.
- Utveckla det fallförebyggande arbetet - skapa rutiner och processer för teamets samarbete. Vad ska göras och av vem. Tydliggöra i verksamheterna det fallpreventiva arbetet.
- Kompetenslabb – ökat lärande genom scenario övningar

Mål 2: Alla medarbetare ska gå utbildningen för lyftlicens, klara den och därmed erhålla licensen.

Strategier

- Ökat lärande i det svenska språket genom någon form av modell i verksamheterna för ändamålet.
- Fortsatta utbildningsinsatser i hantering av lyft.

Mål 3: 100 % följsamhet till rutiner och regler (enligt läns gemensam riktlinje).

Strategier

- Egenkontroller fortsätter månatligen eller oftare vid bestämmelse om det.
- Handlingsplan/åtgärder skapas enhetsvis i ledningssystemet och följs upp.
- Basal hygien fast punkt på APT.
- Praktisk handledning i vardagen

Mål 4: Att minska uteblivna doser till högst 10 % av avvikelshantering.

Strategi

- Använda systemet för digital signering på korrekt sätt

Mål 5: Spårbarhet för alla hjälpmedel.

Strategi

- Implementering av nytt arbetssätt utifrån MDR, (Medical Device Regulations, förordning för medicintekniska produkter).

Mål 6: En effektiv och nära vård tillsammans med regionen.

Strategi

- Bevakning och deltagande i länsgemensamt utvecklingsarbete.

Mål 7: Utvecklat patientsäkerhetsarbete kopplat till den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

Strategier

- Använda verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommunerna¹
- Använda verktyget Säkerhetskulturtrappan från A till E²

Resultat och analys för ovanstående mål och egenkontroller redovisas i bilaga 1 och 2.

Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Nämnden delegerar därefter uppdraget att arbeta med dessa frågor till Vård- och omsorgskontoret.

Socialchef är ytterst ansvarig inom Vård- och omsorgskontoret och har det övergripande ansvaret att leda, planera, samordna och utveckla organisationen. Ansvaret omfattar bland annat säkerställande om att:

- vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för Vård- och omsorgskontorets fastställda rutiner
- resursanvändning och bemanning möjliggör att uppnå en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra/ utveckla organisationen med stöd av ledningssystemet

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård (VC HSL) är ansvarig inom Vård- och omsorgskontoret samt utförare enligt LOV. Uppdraget regleras i 4 kap. 1-5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och innebär i huvudsak att;

- ha det övergripande ansvaret för att verksamheter inom egen regi samt utförare enligt LOV har en god patientsäkerhet, vilket innebär att se till att det finns en ändamålsenlig organisation som skapar förutsättningar att klara uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter så att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
- säkerställa och följa upp att Vård- och omsorgskontoret har tydliga mål med patientsäkerhetsarbetet.
- det finns tillräcklig bemanning, kompetens, lokaler och utrustning som krävs för att bedriva en god och säker vård.
- rapportera till den politiska organisationen när så krävs, och vid behov säkerställa att underlag inför politiska beslut tas fram så att patientsäkerheten kan upprätthållas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för nedanstående inom respektive ansvarsområde;

¹ skr.se/Hälsa, sjukvård/Patientsäkerhet/Systematiskt patientsäkerhetsarbete

² skr.se/Hälsa, sjukvård/Patientsäkerhet/Patientsäkerhetskultur

1. patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
2. patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - a) läkemedelshantering (MAS)
 - b) rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det (MAS)

MAR ansvarar även för att det finns ändamålsenliga och väl fungerade riktlinjer/ rutiner för:

- a) användning och hantering av medicintekniska produkter
- b) det kommunala rehabiliteringsuppdraget på primärvårdsnivå

Vidare ansvarar MAS, tillsammans med MAR, för att lagar och författningar inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är kända och efterlevs inom Vård- och omsorgskontorets enheter i egen regi samt utförare enligt LOV. I uppdraget ingår också att utarbeta övergripande riktlinjer/ handlingsplaner/ rutiner inom andra områden inom ramen för hälso- och sjukvårdsområdet samt samverka i länsövergripande forum och med andra vårdgivare.

Områdeschef utförare i egen regi ansvarar för att;

- ta ett helhetsansvar genom att leda och samordna utförare i egen regi där hälso- och sjukvård bedrivs
- hålla ihop och genomföra riskanalyser som berör flera enheter samt inför större förändringar, exempelvis organisatoriska förändringar
- vid behov formulera övergripande mål för enheterna och ansvara för att dessa följs upp och uppnås
- enhetschefer har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs

Enhetschef ansvarar för att;

- ta ett helhetsansvar för god vård och omsorg på enheten, vilket innebär att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och skapar förutsättningar för sin enhet att klara uppdraget att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- säkerställa att enhetens personal arbetar i enlighet med processerna och riktlinjer/ rutiner/ instruktioner som ingår i ledningssystemet.
- medarbetarna har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter med hänsyn till de krav som ställs på enheten, samt att en strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerheten.
- skapa förutsättningar för en personcentrerad vård
- ny personal får den introduktion som krävs för att kunna utföra uppdragen

Legitimerad personal ansvarar för att;

- aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där vården, så långt det är möjligt, utformas i samråd med patienten för att främja självbestämmande och delaktighet
- föra patientjournal för att säkra god vård- och omsorg

- genomföra patientsäkra delegeringar utifrån gällande rutin och befintligt delegeringsmaterial till omsorgspersonal

Vidare avses omsorgspersonal som hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder en legitimerad personal och genom delegering utför ordinerade arbetsuppgifter.

Stödfunktioner

Ledningen samverkar med externa stödfunktioner såsom exempelvis vårdhygien, smittskydd, strama, hjälpmedel i Uppsala län (HUL), palliativa konsultteamet (PKT), patientnämnden med flera.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns följande samarbetsforum för att främja patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer:

- VC HSL, MAS och MAR har gemensamt forum för övergripande strategiska ledningsfrågor för patientsäkerheten.
- VC HSL, MAS, MAR, områdeschef och enhetschefer för hälso- och sjukvård i egen regi har gemensamt forum för strategiska frågor på verksamhetsnivå.
- MAS och MAR har motsvarande forum i relevanta delar med externa LOV-utförare och extern utförare för gruppbooster inom LSS där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret.
- MAS och MAR samverkar månatligen med legitimerad personal utifrån arbete med processer och rutiner samt behov av informationsöverföring kring lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer i samverkan med regionen med mera.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Det är av stor vikt att vårdens olika delar samspelar och fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som också kan leda till ineffektiv vård och i slutändan vårdskada för patienten. För att säkerställa att patienters vård och behandling sker på ett optimalt och säkert sätt behöver det därför finnas riktlinjer för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan vårdgivare. I Uppsala län finns riktlinjer som styr samverkan mellan länets samtliga kommuner och region Uppsala. Dessa styrdokument går att hitta i kvalitetshandboken, vård i samverkan (VIS). Bland annat finns det VIS – dokument som beskriver hur samverkan ska ske vid vårdövergångar.

Lokal samverkan

- Lokal tjänsteledning närvård - Vård och omsorg, skola, primärvård, habilitering och psykiatri
Samverkansmöten mellan rehab och specialistansluten palliativ vård samt habiliteringens verksamhet.
- Stöd till daglig verksamhet vad gäller läkemedel och hjälpmedels hantering
- Lokal samverkan mellan HSL och BHL-enheten i utskrivningsprocessen

Länsövergripande forum

- HSVO Uppsala län – socialchefer (socialchef Knivsta tillika verksamhetschef enligt HSL) och regionen GAP UL – Gemensamma analyser och samverkansprocesser vid utskrivning från slutenvården och utveckling av manual för Cosmic Link, kommunikationsverktyget
- Lokalredaktörer - referensgrupp VIS- dokument
- Skapande av VIS dokument - särskilda arbetsgrupper utifrån kompetensområde

- Patientsäkerhetsgruppen
- Effektiv och nära vård, inklusive projektgrupper
- Hjälpmedel Uppsala Län (HUL)
- Nära vård och hälsa, vårdhygien, smittskydd och kommunernas MAS:ar
- Inkontinensråd
- MAS/ MAR nätverket
- Nätverk hjälpmedelsansvariga (HAL)
- Lokalt programområde rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
- Läkemedelskommittén

Samverkan vid utbildningsinsatser

- Hygienombudsutbildningar
- Mätutbildningar för basala hygienrutiner och klädregler
- Palliativa ombudsutbildningar
- Förskrivarutbildningar för hjälpmedelshantering
- Inkontinens och förskrivning av produkter
- GAP UL utbildningsinsatser, utskrivningsprocessen

Informationssäkerhet

Under året har en översyn av arbetet med riskbedömning genomförts. Specifika uppföljningar har även gjorts exempelvis avseende behörigheter till patient/brukaradministrativa system, gällande dataintränsärenden och otillräcklig behörighetsstyrning i system. Utvärdering, uppdateringar och införande av olika skyddsåtgärder avseende skydd mot obehörig åtkomst görs löpande i samverkan med berörda intressenter (IT centrum i Tierp och driftpartner Advania)

Den granskning som sker av personalens åtkomst till patientuppgifter sker manuellt med regelbundenhet. Aktiviteten utgår från stickprov och riktade kontroller som rapporteras enligt gällande rutin. Flera enheter arbetar aktivt med riktade insatser och kunskapsnivån har höjts, men det finns fortfarande utrymme för förbättring inom området.

Det finns förbättringsområden vad gäller loggkontroller i digitalt signeringsystem samt kommunikationsverktyget (Cosmic link) mellan region och kommun samt regionens journal (Cosmic). Loggkontroller har efterfrågats enligt rutin till region Uppsala utan framgång.

Löpande stickprovskontroller har utförts av MAS i patientjournaler under 2022 där dokumentationen har granskats för att kontrollera att den följer journalrutin och föreskrifts krav men även för att kunna identifiera förbättringsområden. Därtill har IVO:s tillsyn av särskilt boende för äldre också omfattat granskning av ett urval journaler på berörd enhet. Resultatet redovisas i bilaga 1.

En god säkerhetskultur

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



Ledningen har ett viktigt ansvar att skapa förutsättningar för en god och säker vård av hög kvalitet genom att främja en god säkerhetskultur på enheterna, där alla medarbetare har en viktig roll oavsett profession. Samtliga enheter prioriterar och hanterar patientsäkerhetsfrågor på alla nivåer inom sina respektive enheterna. Det görs bland annat genom att möjliggöra en god arbetsmiljö som främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och det pågår ett ständigt arbete för att få ett öppet arbetsklimat där medarbetarna tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om patientsäkerhet. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering lyfter att det är få avvikelser som enbart hanteras inom enheten och att avvikelser där det kräver samverkan med andra enheter har en stor utvecklingspotential. Estrids gård, hemtjänsten i egen regi samt hemsjukvård och rehabilitering har regelbundna avvikelseråd på sina respektive enheter med syftet att uppmärksamma händelser och risker för att förhindra vårdskada eller att reducera risken att en samma typ av händelse inträffar igen.

Enheterna arbetar för att team möten med patientfokus sker med regelbundenhet, vilket syftar till att identifiera risker och avvikelser, sätta in relevanta åtgärder samt uppföljningar. Där finns även tillfälle för legitimerad personal att fånga upp eventuella behov hos omsorgspersonal. Legitimerad personal deltar vid behov på APT för att instruera eller undervisa omsorgspersonal. Det har varit en särskilt stor utmaning inom enheten för hemsjukvård och rehabilitering samt för hemtjänsten att få till mötesstrukturen, men det har även varit svårt att genomföra bra team möten på grund av att hemtjänsten haft svårigheter med att deltagande personal som haft patientkännedom. Under perioder har mötenas regelbundenhet påverkats av hög sjukfrånvaro.

Det pågår också ett kontinuerligt arbete med att uppmuntra samtliga medarbetare att skriva avvikelser i större omfattning när en negativ händelse upptäcks. Där ingår även att beskriva syftet som framförallt handlar om att säkerställa att ett systematiskt och förebyggande arbete genomförs för att förhindra vårdskador. Det innebär att systematiskt identifiera, rapportera, åtgärda, återföra och utvärdera avvikelserna såväl som risker samt återföra resultatet till medarbetare för att förbättra och utveckla kvaliteten i vården.

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.



På Estrids gård och inom hemtjänsten i egen regi anställs endast undersköterskor på tillsvidare tjänster. En sjuksköterska tjänstgör på varje våningsplan på Estrids gård vilket gör att varje sjuksköterska har patientansvar för 18 individer. En biträdande chef som är sjuksköterska tjänstgör dagtid. Inom enheten för hemsjukvård och rehabilitering har sjuksköterskor ett större antal individer de har patientansvar för, vilket är relaterat till en generellt lägre vårdtyngd i ordinärt boende samt inom LSS. För att avlasta sjuksköterskorna inom ordinärt boende samt LSS finns en undersköterska med ett samordningsansvar som framförallt utför viss administration.

Bemannning av legitimerad personal säkerställs genom användning av timvikarier vid kortare och oplanerad frånvaro och bemanningsföretag vid längre frånvaro av ordinarie personal. Inom hemtjänst används planeringsverktyg för att säkerställa personal med adekvat kompetens och delegering för insatserna hos respektive patient. För schemaplanering av hemtjänsten används digital planering där bemanningskrav framgår. Behovet av personal varierar utifrån insatser som ska utföras. Vikariebokningen sker också i samma system.

Det finns 17 hygienombud och 9 palliativa ombud fördelade på de olika enheterna. Utöver det finns rehab-ombud på Estrids gård och hörselombud på Estrids gård och inom hemtjänsten i egen regi. Ombuden har gått särskilda ombudsutbildningar och har regelbundna ombudsträffar inom sitt område och ska vara drivande och aktivt arbeta med frågorna på den egna enheten. Det ingår även att vara vägledande och handleda samt sprida information till övriga medarbetare. Enhetschefer informerar och går igenom rutiner och processer med medarbetarna på APT och medarbetarna får även ta del av det skriftliga materialet. Vid behov kan arbetsgruppen även jobba med materialet i grupp och diskutera hur det påverkar det dagliga arbetet. Vid uppmärksammat behov kan APT användas för kompetensutveckling, exempelvis för utbildningsinsatser.

Legitimerad personal har återupptagit regelbundna professionsträffar. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering deltar också aktivt i tvärprofessionella projekt med exempelvis kompetenslabb och biståndshandläggare. Ett projekt för patienters träning med digitalt stöd slutfördes och implementerades i ordinarie verksamhet under 2022. Legitimerad personal har även deltagit i en forskningsstudie om sår, deltagit i flera webinarier och kortare utbildningar inom olika områden. Personalen uppmuntras att fortbilda sig och att själva vara aktiva i sin fortbildning utifrån vilket behovs som uppstår. Det har under 2022 funnits både tid och ett ekonomiskt utrymme för detta.

För att upprätthålla adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete utbildar Vård- och omsorgskontoret personal fortlöpande. Utöver ovanstående aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet har regelbunden kompetensutveckling och utbildningar fortsatt som tidigare år, exempelvis hygienombudsutbildning för både nya ombud men även för redan befintliga som behövt aktualisera kunskapen och mätutbildning för att kunna utföra observationer av BHK. Webbutbildning i basala hygienrutiner genomförs fortlöpande för samtliga medarbetare, inklusive vikarier, vid nyanställningar och upprätthålls därefter genom regelbunden repetition. Under hösten 2022 utfördes en särskild utbildningsinsats avseende BHK inom hemtjänsten egen regi på grund av låg följsamhet till dessa. Webbutbildningen jobba säkert med läkemedel utförs av all personal inför mottagande av en delegering och som komplement har sjuksköterskorna återupptagit delegeringsutbildningar under året. Nyanställda

arbetsterapeuter eller sjukgymnast/fysioterapeut har obligatorisk introduktion av hjälpmedelsansvarig (HAL) gällande hjälpmedelshandling i kommunen. Arbetsterapeuter och sjukgymnast/ fysioterapeuter går även förskrivartutbildningar för förskrivning av individuella hjälpmedel. Vid utbildningen säkerställs kunskap gällande förskrivning av hjälpmedel samt hjälpmedlets funktion. För att stödja medarbetarna vid förskrivning av hjälpmedel har HAL tagit fram kriterier för förskrivning av olika hjälpmedelskategorier. Vidare erbjuder arbetsterapeut och sjukgymnast/ fysioterapeut regelbundna förflyttningsutbildningar och lyftlicensutbildningar. Avseende lyftlicensutbildningarna erbjuds dessa till all nyanställd personal oavsett utförare samt med regelbundenhet till övriga medarbetare. Lyftlicensutbildningarna har återupptagits under året och är nu ett implementerat arbetssätt. Demens ABC genomförs på demensavdelning och inom hemtjänst i egen regi. Nyanställd personal vid enheten för hemsjukvård och rehabilitering genomgår SIP-utbildning.

Patienten som medskapare

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.



Enheterna möjliggör att patienter och deras närstående involveras och görs delaktiga i både den egna vård och behandlingen men även i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär exempelvis att patienten och/ eller närstående, utifrån patientens vilja och egen förmåga, deltar i vårdplanering, medicinsk vårdplanering, läkemedelsgenomgångar, brytpunktssamtal, i upprättande av riskbedömningar (enligt senior alert) och åtgärder, upprättande av genomförandeplan, samordnad individuell vårdplanering (SIP), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering. Samtliga beslut som tas vid ovanstående tillfällen görs utifrån patientens önskemål och kommuniceras till berörd personal så att det ska vara väl kända och följas på enheten. I ordinärt boende erbjuds patienter så långt det är möjligt att själva önska när på dagen hembesök lämpligast görs. På Estrids gård hålls regelbundna anhörigmöten där närstående både kan få information om och från enheten men även möjlighet att påverka genom dialog. Ett personcentrerat arbetssätt ska tillämpas där patientens kunskaper och engagemang ska tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att göra patienten delaktig i sin egen vård.

Enheterna välkomnar och tar till vara på synpunkter och klagomål som inkommer till dem och enhetschef på respektive enhet ansvarar för utredning och återkoppling till synpunktslämnare. Synpunkter och klagomål används också som underlag för utveckling och kontinuerligt förbättringsarbete på respektive enhet. Under 2022 har enheten för hemsjukvård och rehabilitering arbetat mer aktivt med synpunktshandlingarna för att göra medarbetare mer medvetna vad som klassas som en synpunkt samt hur processen kring det ser ut. Vid samtliga enheter informeras patienter och närstående, om hinder för detta inte föreligger, om patienten drabbas av en vårdskada. Ytterligare diskussioner i verksamheterna tillsammans med patienter behövs för att tydliggöra hur den enskilde faktiskt kan göras mer delaktig i sin egen vård och behandling.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

De egenkontroller som varit aktuella under året beskrivs i ”Tabell: Översikt egenkontroll”. Där framgår frekvens och omfattning av egenkontrollerna samt hur informationen avseende dem inhämtas. Till varje egenkontroll kopplas resultat och analys samt eventuella åtgärder vilka beskrivs i bilaga 1 samt under respektive fokusområde:

- öka kunskap om inträffade vårdskador
- tillförlitliga och säkra system och processer
- säker vård här och nu
- stärka analys, lärande och utveckling
- öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell: Översikt egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Kontinuerligt under året.	Via verksamhetssystemets avvikelsemodul.
Läkemedelskontroll	Kontroll av narkotika minst 1 gång/månad Temperaturkontroller Extern kvalitetsgranskning en gång per år	Kontroll i digitalt signeringssystem. Åtgärdsplan från extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
Riskbedömningar gällande trycksår, fall och undernäring	Löpande under året	Kvalitetsregister, Senior Alert
Punktprevalensmätning (PPM) trycksår	En gång per år	Protokoll sammanställt av Senior Alert
Dödsfallsenkäter	Löpande under året	Palliativregistret
BHK-mätningar	Minst en gång i månaden	Sveriges kommuners och regioners (SKR) PPM-databas för BHK-mätningar
PPM BHK-mätningar	En gång per år	SKR:s PPM-databas för BHK-mätningar samt SKR:s sammanställda rapport
Hygienrond	En gång per år på särskilt boende, vart fjärde år utförs en tillsammans med vårdhygien	Protokoll
Infektionsregistreringar	Särskilt boende för äldre rapporterar månadsvis till MAS. MAS skickar sammanställning kvartalsvis till Vårdhygien.	Kontinuerliga månadsvisa sammanställningar samt årssammanställning från Vårdhygien
Loggkontroller	Fyra gånger per år enligt rutin	Samtliga digitala system som behandlar patientuppgifter
Internrevision i HSA	Två gånger per år	Protokoll
Journalgranskning	Stickprov utförs av MAS och MAR löpande under året	Hälso- och sjukvårdsjournalen

Tekniska hjälpmedel	Elrullstolar, stå- träningshjälpmedel och personlyftar följs upp en gång per år, lyftselar var 6 månad. Lyftar besiktas årligen.	Hälso- och sjukvårdsjournal samt hjälpmedelssystem
---------------------	--	--

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Har vården varit säker?

Covid-19

Pandemin har periodvis fortsatt att påverkat våra enheter genom att det har krävts personalresurser för att kunna arbeta med smittförebyggande åtgärder på respektive enhet. Det som krävt mest personalresurser är när utbrott av covid-19 skett på en enhet vilket exempelvis innebär att patienter med misstänkt eller konstaterad smitta vårdas i avskildhet av en avgränsad personalstyrka, så kallad kohortvård. Resurser har även tagits från enhetschefer som haft ansvaret att genomföra smittspårningar när de haft en personal eller patient, på sin enhet med ett positivt provsvar. Utöver detta har arbetet med att fortsätta erbjuda och vaccinera patienter, utifrån gällande rekommendationer, fortsatt under året.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

Avvikelse som initialt bedöms som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt har en allvarlighetsgrad 3-4 skickas till MAS eller MAR för bedömning och eventuell fördjupad utredning. Utöver detta utförs stickprov av MAS och MAR bland inkomna avvikelser som studerar händelsebeskrivningar och fångar upp eventuella ytterligare allvarliga händelser. De allra flesta avvikelserna som skickas till MAS är däremot inte av allvarlig karaktär utan beror snarare på bristande följsamhet till rutinen, för att inhämta synpunkter på om befintlig utredning är tillräcklig att de har skickats för kännedom eller/ för granskning.

Av samtliga inrapporterade avvikelser har 10 stycken bedömts vara av allvarligare karaktär. Efter utredning och analys har en av dessa resulterat i en anmälan till IVO enligt lex Maria. Anmälan gjordes efter att en patient ramlat framstupa på golvet och där den kliniska bedömningen av sjuksköterska uteblev och otydliga instruktioner gavs till omsorgspersonal. Först dagen efter informerades ansvarig läkare varpå en akutremiss till röntgen skrevs. Där konstaterades att patienten hade ett brott på armen och en blödning mellan hjärnan och skallbenet (subduralhematom). I samband med anmälan förankrades händelsen i berörda organisationer för ett gemensamt lärande. Flera åtgärder vidtogs, bland annat skapades en ny rutin avseende vägledning för akut bedömning av sjuksköterska vid fall, vilket också implementerades i berörda verksamheter.

Riskområden som identifierats utifrån inträffade händelser under året är bland annat avseende dokumentation, vårdrelaterade infektioner, läkemedelshandling, framförallt dubbel dos eller förväxling av

läkemedel och/ eller person, bristande kommunikation/ eller i överrapporteringar inom och mellan professioner, uteblivna bedömningar vid förändrat hälsotillstånd, användande av hjälpmedel samt vid vårdens övergångar, exempelvis vid utskrivning från sjukhus.

Vår bedömning är att vårdskada eller risk för vårdskada i huvudsak upptäcks inom rimlig tid. Det finns också en tydlig riktlinje för avvikelser i samverkan med regionen, vilket gör att det till exempel inom läkaråtagandet för särskilt boende och korttidsplatser uppmärksammas risker och formaliseras avvikelser som diskuteras, utreds, åtgärdas och återkopplas. Det finns fortsatt behov av att ytterligare skapa rutiner för samarbetet mellan regional och kommunal primärvård vid hantering av avvikelser i samverkan samt att identifiera risker för vårdskador.

Under hösten 2022 har det identifierats brister i avvikelseprocessen där framförallt rutinen och systemet inte är helt kompatibla med varandra. Det pågår därför ett arbete med att se över hela avvikelseprocessen med tillhörande rutin samt avvikelsemodulen, där målet är att möjliggöra följsamhet till rutinen och om möjligt förenkla processen. Det handlar även om att se över arbetssätt för att få en säker och effektiv avvikelshantering, exempelvis genom att hela teamet involveras i avvikelsearbetet. Arbetet kommer fortgå under 2023.

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.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Under 2022 har MAS och MAR fortsatt att arbeta med att säkerställa relevanta och övergripande arbetsprocesser inför publicering och implementeringen av ledningssystemet. Personal har varit med i framtagande av processer när behovet för detta har funnits och då arbetsgången behövt säkerställas. Gällande riktlinjer, rutiner och övriga stöddokument kopplades till de olika processerna. En pilot av ledningssystemet genomfördes på enheten för hemsjukvård och rehabilitering samt på Estrids gård. På grund av omsättning av personal inom kvalitets- och utvecklingsavdelningen under 2022 så avstannade dock arbetet med ledningssystemet under andra halvan av året, vilket gjorde att implementeringen haltat och ett omtag krävs därför under kommande år.

Arbetet med utskrivningsprocessen har varit påtaglig under 2022 i och med att ett nytt kommunikationsverktyg mellan kommunen och regionen infördes. Implementeringen av kommunikationsverktyget och tillhörande manual var omfattande och det krävs ett fortsatt arbete i verksamheterna som bedriver hälso- och sjukvård för att säkerställa att processer, riktlinjer och rutiner används och får fullständig följsamhet.

Generellt finns det ett behov av att fortsätta stärka följsamheten till olika arbetsprocesserna, exempelvis gällande individuella riskbedömningar och förebyggande arbete.

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.



Är vården säker idag?

För att kunna uppnå en god patientsäkerhet behöver patientsäkerhetsarbetet vara en självklar del inom samtliga enheter och på samtliga nivåer. Det innebär bland annat att riskförebyggande arbete är en självklar och integrerad del i allt som utförs på enheterna. Inom enheterna finns det en god kontroll på kända risker som kan komma att uppstå och det bedrivs ett aktivt och kontinuerligt arbete med dessa.

Enheterna har haft en god försörjning av det material som krävs för vården av patienterna. Även tillgången till skyddsutrustning relaterat till covid-19 har varit bra under året. Hjälpmedel finns i tillräcklig utsträckning men med en viss fördröjning av leveranser på grund av förseningar i leveranskedjan på grund av pandemin.

Omsättningen av framförallt sjuksköterskor påverkar patientsäkerhetsarbetet negativt. Drabbade enheter har därför arbetat med att hitta så långsiktiga lösningar som möjligt för att få en kontinuitet i arbetsgrupperna och möjliggöra en fortsatt god kvalitet av vården. Däremot har det framkommit att teamsamverkan inte fungerar optimalt och behöver fortsätta att utvecklas inom och mellan enheterna och professionerna. Pandemin har också visat prov på att hela organisationen har en förmåga att snabbt ställa om utifrån nya förutsättningar och kan agera bättre på störningar i närtid.

Riskhantering

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.

I samband med verksamhetsförändringar eller andra händelser av större betydelse ska en riskanalys utföras av ansvariga chefer, många gånger både områdeschef och enhetschef. Under 2022 har bland annat övergripande riskanalyser följts upp och utvärderats inför bytet av digitalt kommunikationssystem med regionen i början på året. Därtill har riskanalys utförts inför beslutet att upphandla ny jourverksamhet för sjuksköterskor, flytten av Estrids gårds verksamhet under ombyggnaden av boendet, samt inför införandet av tillitsreformen. Däremot utfördes ingen optimal riskanalys inför införandet av det nya arbetssättet med tidsangivna HSL-beställningar, inom projektet för tillitsreformen. Detta har inneburit att undvikbara risker övergick till faktiska brister vid implementeringen.

Vid hälso- och sjukvårdsärenden utförs en riskanalys innan omfattande eller komplexa hemsjukvårdsinsatser ska utföras i patientens bostad och om det medicinska ansvaret är delat med annan vårdgivare. När det finns behov av utbildning av personal för att utföra komplexa och/ eller komplicerade insatser ska det behovet tillgodoses innan övertagandet. Regionen ansvarar då för eventuella utbildningsinsatser.

De kända generella riskerna för vårdskador i samband med vård och omsorgsarbete har hanterats genom att försöka bygga fungerande processer och rutiner med syfte att den enskilde patienten inte ska riskera att

drabbas av vårdskada. Under kommande år behöver dock arbetet med riskbedömningar i anslutning till processerna i ledningssystemet utvecklas.

Stärka analys, lärande och utveckling

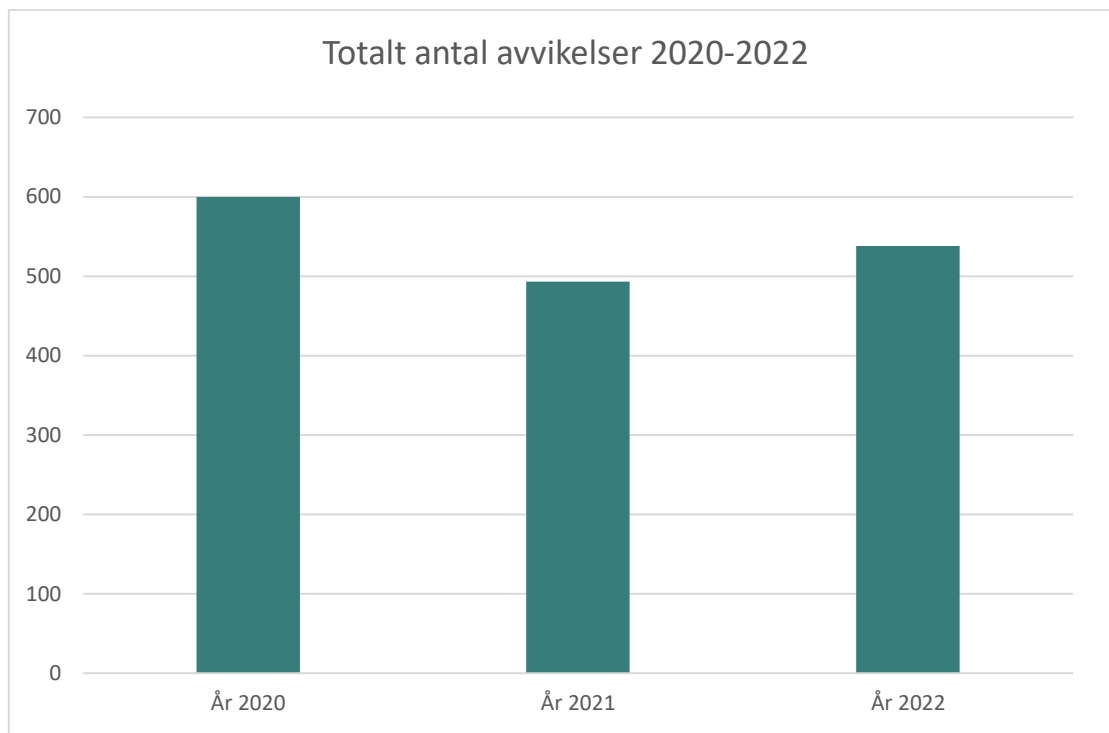
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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



Avvikelser

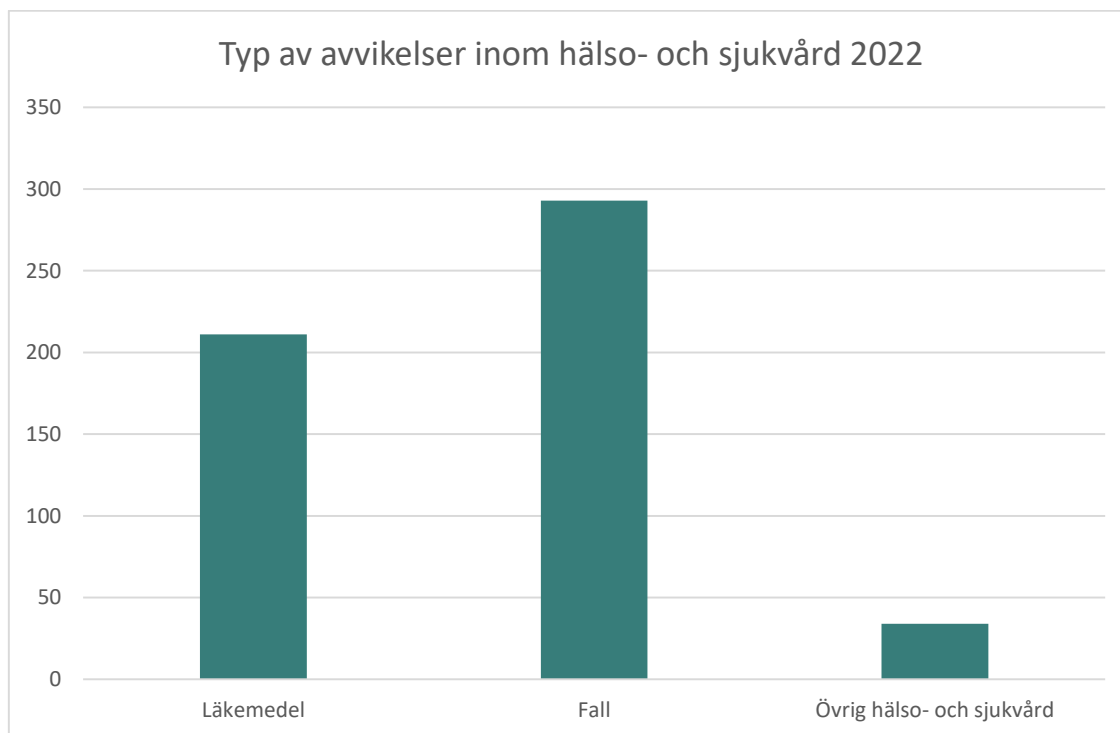
Ett kontinuerligt arbete med avvikelser, det vill säga negativa eller oförväntade händelser, utförs som ett steg i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samtliga medarbetare inom vård- och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I Knivsta kommun registreras dessa i verksamhetssystemets avvikelsemodul och beroende på allvarlighetsgraden i avvikelsen hanteras den av olika ansvariga. Om avvikelsen är av mindre allvarlig karaktär hanteras den av enhetschef på respektive enhet och om den varit av allvarligare karaktär har MAS eller MAR kopplats in beroende på avvikelsens område. Majoriteten av avvikelserna är av mindre allvarlig karaktär vilket innebär att enhetschef ansvarar för att dessa utreds, följs upp och återkopplas på respektive enhet. Allvarliga avvikelser rapporteras till MAS eller MAR som bedömer om en vårdskada inträffat eller om det funnits risk för vårdskada som kräver en fördjupad utredning enligt lex Maria. Hur avvikelseprocessen ska gå till finns beskrivet i ledningssystemet och i gällande rutin för avvikelser.

Inom Vård- och omsorgskontoret finns det en god rapporteringskultur av avvikelser. Det finns dock några enheter som behöver stärka sin rapportering av inträffade avvikelser. S:t Maria, personlig assistans, Tegelparken och Attendos hemtjänst har mycket små volymer av inrapporterade avvikelser. Under 2022 har avvikelserapporteringen ökat med cirka 8 %. Det är däremot sannolikt att det finns en omfattande underrapportering, dels inom ovan nämnda enheter med mycket små volymer av avvikelser men även utifrån inhämtade rapporter från bland annat kvalitetsregister och kommunens digitala signeringssystem indikerar på att det förekommer betydligt flera avvikelser än vad som rapporteras in som en avvikelse. Orsakerna som nämns är framförallt att det saknas tid och möjlighet att skriva avvikelser i önskad omfattning, att avvikelseprocessen och ansvarsförhållandena behöver tydliggöras och förenklas för att öka rapporteringarna men även underlätta utredning och uppföljning samt fortlöpande utbildning för att synliggöra vad som är en avvikelse och inte.



Tabellen beskriver samtliga inrapporterade avvikelser enligt HSL oavsett kategori.

Läkemedel och fallincidenter stod för cirka 94 % av alla HSL-avvikelser under 2022. Antalet rapporterade fallincidenter har ökat med närmare 23 % i kommunen jämfört med 2021. Ökningen beror sannolikt på att medarbetarna har uppmärksammats på hur och när en fallavvikelse ska rapporteras i nytt avvikelssystem och i den nya mallen.



Tabellen beskriver vilken typ av avvikelse inom HSL som rapporterats.

Inom området för läkemedelsavvikelser så är de två största typerna utebliven dos samt att narkotika saknas vid kontroll. Av inrapporterade avvikelser avseende utebliven dos utgör dessa 52,7 % av alla avvikelser inom området för läkemedel och 16,95 % av samtliga avvikelser enligt HSL. Det går att jämföra med 2021 års resultat där utebliven dos utgjorde 55 % av alla läkemedelsavvikelser och 23 % av alla avvikelser enligt HSL. Statistik från det digitala signeringssystemet tyder däremot på att enheterna har en låg andel uteblivna doser även om det utgör en större del av rapporterade avvikelser. Andelen signerade/utförda läkemedelsinsatser under 2022 uppgår till 95 % varav 79 % av dessa gavs inom rätt tidsangivelse. Av de 5 % som är osignerade så går det enbart att utläsa att ungefär 1,2 % av dessa är definitiva uteblivna doser, vilket är en låg siffra.

När det kommer till att narkotika saknas vid kontroll har det framförallt varit förekommande på Estrids gård. De allra flesta avvikelserna inom det området beror dock på att det digitala systemet inte hanterats på ett korrekt sätt. Uttag av narkotika är utfört och en administrering till patient är utförd, vilket har spårats genom journalanteckningar, men däremot har ingen notering om uttag utförts i systemet vilket gör att det ser ut som att det saknas vid nästa utdelningstillfälle. För att få bukt med detta har en utbildningsinsats utförts för samtliga medarbetare på enheten. Narkotikasvinn har dock identifierats i slutet av 2022 både i Estrids gårds och hemsjukvårdens läkemedelsförråd. Åtgärdsplaner upprättades i samband med detta där flertalet åtgärder vidtogs och därefter har kontinuerliga uppföljningar utförts.

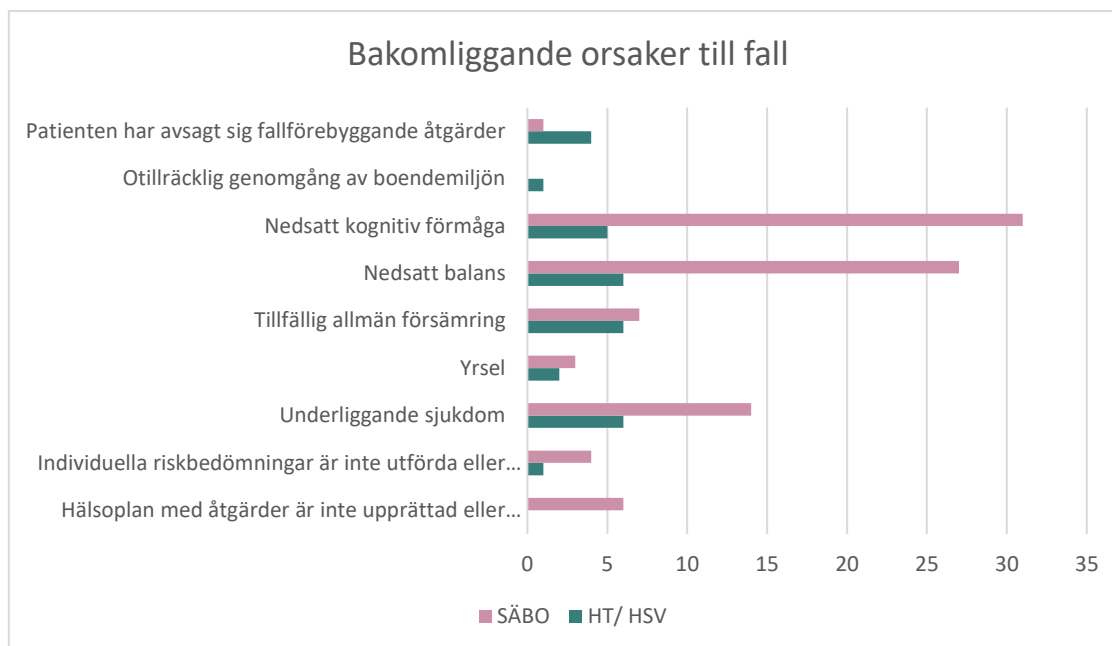


Tabellen beskriver de olika läkemedelsavvikelserna som rapporterats in under 2022.

I 70 % av alla fallavvikelser finns en utredning där bakomliggande orsakerna till fall har kartlagts, där framförallt nedsatt kognitiv förmåga, nedsatt balans och underliggande sjukdomar är de vanligaste orsakerna. Det är särskilt utmärkande på det särskilda boendets demensenhet där personer med en demenssjukdom har en nedsatt kognitiv förmåga³, vilket gör det fallförebyggande arbetet särskilt utmanande inom enheten. Inom hemtjänsten finns det inga bakomliggande orsaker som är särskilt utmärkande utan de är snarare relativt jämt fördelade. Samtliga enheter behöver fortsätta att arbeta för att

³ Förmåga att ta emot, lagra, bearbeta eller plocka fram information.

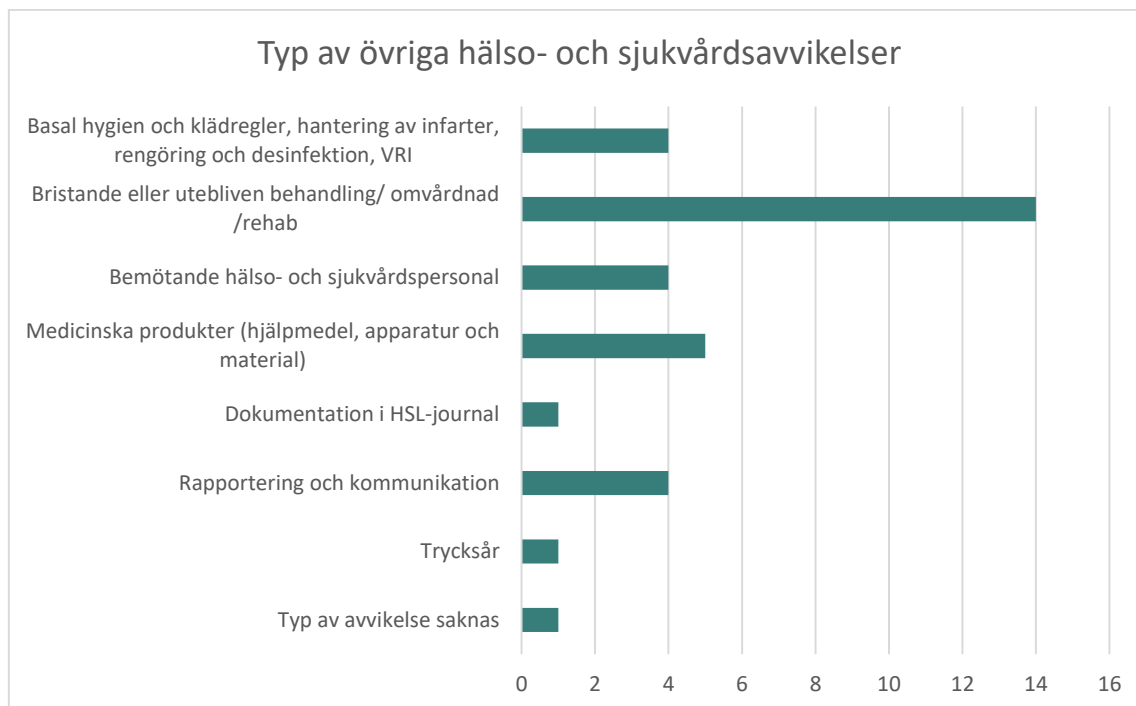
bakomliggande och direkta orsaker kartläggs vid samtliga fallincidenter för att på ett bättre sätt kunna sätta in relevanta fallförebyggande åtgärder.



Tabellen visar de mest förekommande bakomliggande orsakerna vid fall på särskilt boende (SÄBO) och hemtjänsten/hemsjukvården (HT/HSV).

Inom kategorin övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser är bristande eller utebliven behandling/ omvårdnad/ rehab den avvikelsetyp som är vanligast. I jämförelse med 2021 är det dock en marginell minskning (2st färre avvikelser 2022 än 2021). Det finns däremot anledning att tro att det finns en underrapportering inom denna kategori. Hemtjänsten i egen regi har en låg följsamhet till ordinationer inom sjukgymnastik/ fysioterapi där endast 56 % av de totala antalet insatser är signerade, vilket kan jämföras med 76 % på särskilt boende och 83 % inom Attendos hemtjänst. Om vi tittar närmare på ordinerade träningsinsatser så fanns det totalt 4613 stycken ordinerade under 2022, varav 2573 insatser blev utförda, 681 insatser avböjdes av patient alternativt kunde inte utföras av olika anledningar och minst 351 insatser blev inte utförda. Det innebär att minst 7,6 % av samtliga ordinerade träningsinsatser inte utfördes under 2022.

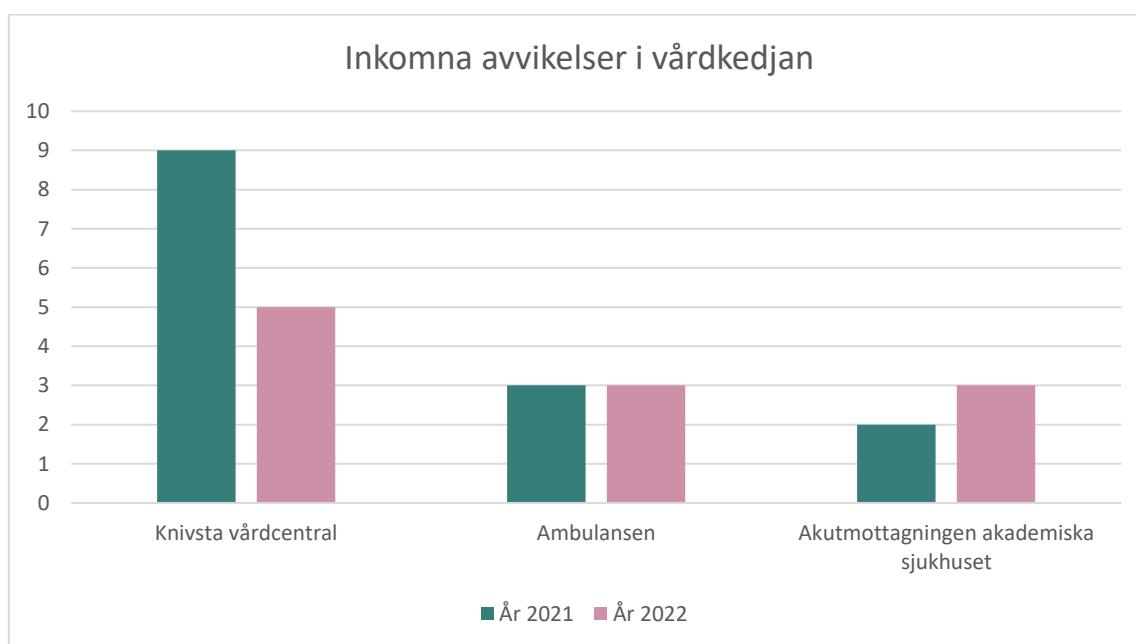
Det finns även anledning att tro att det är flera andra områden inom övrig HSL-avvikelser där det finns ett mörkertal. Exempelvis enligt IVO:s nationella pågående tillsyn av särskilt boende för äldre så poängterades bland annat brister i dokumentationen och avsaknad av hälsoplaner ut. Basala hygienrutiner och klädregler samt vårdrelaterade infektioner är också områden där det finns en underrapportering av avvikelser, där det utifrån andra mätningar/ registreringar går att se att följsamheten inte varit fullständig och där patienter exempelvis erhållit en vårdrelaterad infektion, vilket kan handla om spridning av smittsam sjukdom eller exempelvis urinvägsinfektion på grund av brister i omvårdnaden. Det finns ett behov av förbättringar och ett synliggörande avseende vad som ska rapporteras som avvikelser.



Tabellen visar vilka typer av övriga hälso- och sjukvårdsavvikelser som har rapporterats in under 2022.

Avvikelser i vårdkedjan

Antalet inkomna avvikelser i vårdkedjan minskade under 2022 jämfört med 2021. Den största minskningen kan ses från Knivsta vårdcentral. Avvikelserna har framförallt handlat om uteblivna bedömningar och rapporteringar om försämrat allmäntillstånd. Men det finns även avvikelser avseende dubbel provtagning, utebliven ID-märkning inför att patient skickades med ambulans till akutmottagningen. Samtliga inkommande avvikelser har utretts, åtgärder har vidtagits och det har rapporterats tillbaka till rapporterande verksamhet i enlighet med rutin.



Tabellen beskriver antalet inkomna avvikelser i vårdkedjan samt från vilka verksamheter år 2021-2022.

Vård- och omsorgskontoret har också identifierat och skickat 15 avvikelser i vårdkedjan till andra vårdgivare som framförallt handlat om brister i information/ kommunikation i samband med utskrivningsprocessen.

Klagomål och synpunkter

Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas direkt till berörd enhet eller via kommunens hemsida. Inkomna klagomål och synpunkter utreds på enhetsnivå och kommuniceras sedan på ledningsmöten och APT. Om ärendet berör patientsäkerhetsområdet så tar ansvarig chef kontakt med MAS och/ eller MAR alternativt berörd områdeschef för rådgörande. Där avgörs också vem eller vilka som ansvarar för utredning av händelsen samt återkopplar till anmälaren.

Överlag har få klagomål och synpunkter inkommit under året. Inom enheten för hemsjukvård och rehabilitering har totalt tre klagomål inkommit via mail eller kommunens hemsida samt tre mindre synpunkter har mottagits via telefon. Klagomålen har handlat om bristande vårdinsatser gällande sårvård och läkemedelshantering, vilka har utretts av enhetschef och därefter återkopplats till inlämnande person både muntligt och skriftligt. Synpunkterna har kunnat avhandlas direkt och rapporterade personer har därför inte valt att gå vidare med formella klagomål.

Analysen av klagomålen visar att det finns brister i kommunikationen mellan vårdgivare, framförallt i de ärenden där region och kommun har delat ansvar. Även viss kompetensbrist hos medarbetarna avseende sårvård har identifierats, vilket resulterade i att hela sjuksköterskegruppen fick kompetenshöjning i form av en halvdags utbildning i sårvård. Kommunikationsbristen har föranlett en ny dialog med vårdcentralen avseende vikten av fysiska ronder mellan kommunens sjuksköterskor och ansvarig läkare. Denna dialog och utveckling av samarbete behöver fortgå även under 2023.

På Estrids gård har det inkommit två klagomål. Det ena handlade om närstående som var missnöjd med vård i livets slut och då framförallt gällande otillräcklig symtomlindring och brister i bemötande från sjuksköterska. Enhetschef utredde klagomålet tillsammans med berörd sjuksköterska och läkare samt återkopplade till närstående. Det andra hade anmälts som ett klagomål på hälso- och sjukvården till IVO och handlade framförallt om fördröjd vård- och behandling av urinvägsinfektion som snabbt utvecklades till sepsis. IVO ansåg att verksamheten inte hade fått tagit del av klagomålet i sin helhet och avslutade därför det med hänvisning till vårdgivarens skyldighet att ta emot och besvara klagomål från patienter och närstående. MAS bedömning vid utredning var att berörda medarbetare har vidtagit relevanta åtgärder utan dröjsmål och utifrån patientens allmäntillstånd. Verksamheten har, med stöd av MAS, hanterat ärendet och återkopplat till anmälaren.

Patientnämnden har inte erhållit några klagomål/ synpunkter från patienter eller närstående i Knivsta kommun under 2022.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

Bedömningen är att vi kan arbeta mer patientsäkert i framtiden genom kompetensutveckling. Den största enskilda åtgärden är att fortsätta utveckla och arbeta med kompetenslabb inom Vård- och omsorgskontoret. Kompetenslabb ska utifrån analys av faktiska händelser och registrerade avvikelser samt synpunkter och klagomål, innehålla scenarios ur vardagen som omsorgspersonal samt legitimerad personal kan öva på. Dessa scenarios ska inte enbart fokusera på det tekniska handhavandet utan även kommunikation, samarbete och följsamhet till rutiner samt etik och bemötande. Under 2022 var kompetenslabb under uppbyggnad och tanken är att det ska fortsätta utvecklas och börja användas i större skala under kommande år.

Hälso- och sjukvårdsledningen har under 2022 beslutat om att en handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram för Vård- och omsorgskontoret. Syftet är att på ett strukturerat sätt kartlägga vilka förbättringsområden som finns inom våra verksamheter för att kunna prioritera bland dessa på bästa sätt och därefter upprätta en handlingsplan för patientsäkerhet. Vid framtagandet kommer den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 ”Agera för god och säker vård” vara utgångspunkten för kommande arbete.

Omsättningen av legitimerad personal, framförallt på Estrids gård, har tidigare försvårat utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 har det dock stabiliserat sig och individuella riskbedömningar och infektionsregistreringar har exempelvis återupptagits.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL-ledningen) har beslutat om följande mål och strategier för 2023.

Mål 1: Utarbeta en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, där det långsiktiga målet är en ökad patientsäkerhet.

Strategier:

- Genomföra en övergripande nulägesanalys genom SKR:s analysverktyg för patientsäkerhet. Ansvar: MAS håller ihop arbetet.
- Utifrån nulägesanalysen identifiera förbättringsområden och därefter prioritera dessa. Säkerställ patientens delaktighet inom samtliga områden. Ansvar: HSL-ledningen.
- Utifrån identifierade förbättringsområden upprätta en förvaltningsövergripande handlingsplan för patientsäkerhet. Ansvar: MAS, MAR och VC HSL
- Använda verktyget Säkerhetskulturtrappan från A till E. Ansvar: Enhetschefer

Mål 2: 100 % följsamheten till BHK på kommunens samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Strategier

- Att registrera BHK en gång per månad i SKR:s PPM-databas. Ansvar: Enhetschef
- Att återkoppla och lyfta resultaten på APT på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden. Ansvar: Enhetschef
- Att på en övergripande nivå regelbundet följa resultatet i samtliga verksamheter och rapportera detta till HSL-ledningen. Ansvar: MAS
- Hygienombudsträff tillsammans med samtliga hygienombud och representant från vårdhygien. Ansvar: MAS tillsammans med vårdhygien.

Mål 3: Att arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 75 % av patienterna ska erhålla en riskbedömning inom varje område, eventuell åtgärdsplan samt uppföljningar minst 2 gånger per år.

Strategier

- Säkerställa legitimerad personals kunskap i arbetet med senior alert. Ansvar: Enhetschef
- Att genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert minst två gånger per år. Ansvar: Legitimerad personal.
- Att skapa förutsättningar för att åtgärder och uppföljningar ska kunna utföras i ett multiprofessionellt team genom att se över mötesstrukturen. Att det förebyggande arbetet sker i team där omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut är avgörande för att höja kvaliteten på vården och det förebyggande arbetet. Ansvar: Områdeschef för utförare, enhetschefer och legitimerad personal med stöd av MAS och MAR.
- Skapa handlingsplan för fall och det fallförebyggande arbetet. Ansvar: MAR.

Mål 4: Att öka antalet registreringar i Palliativregistret till 80 % och att arbeta med att förbättra resultatet angående smärtskattning och munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka samt erbjuda och genomföra efterlevandesamtal till anhöriga. Målet är att närma oss Socialstyrelsens mål där 100 % ska ha erhållit smärtskattning och 90 % munhälsobedömningar under personens sista levnadsvecka. Målet för utförda efterlevandesamtal är 90 %.

Strategier

- Registrera dödsfallsenkäter vid samtliga dödsfall som inträffar inom vård- och omsorgsboenden, på korttidsboende, LSS-boende och personer som har hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvar: Sjuksköterska
- Stödja ökad registrering i kvalitetsregistret. Ansvar: MAS
- Att utföra smärtskattning, munhälsobedömningar och efterlevandesamtal för att höja kvaliteten på vården i livets slutskede. Ansvar: Sjuksköterska.
- Lägesrapport och genomgång av resultaten på respektive enhet för att identifiera förbättringsområden och tidigt kunna sätta in åtgärder. Ansvar: Enhetschef

Mål 5: Säkerställa och förbättra avvikelshantering och medvetandegöra vilka avvikelser som ska rapporteras. Målet är även att stärka rapporteringen vid S:t Maria, personlig assistans, Tegelparken och Attendos hemtjänst, som har mycket små volymer av inrapporterade avvikelser.

Strategier

- Översyn av avvikelsemodulen och om förbättringar kan utföras för att underlätta hanteringen av avvikelserna. Ansvar: MAS och SAS håller ihop arbetet.
- Revidera nuvarande avvikelserutin och säkerställa att systemet stödjer processen samt implementera detta. Ansvar: MAS och SAS håller ihop arbetet.
- Samverka med berörda chefer för enheterna som behöver stärka sin rapportering och tillsammans säkerställa kompetens inom avvikelseområdet samt följsamhet till rutin. Ansvar: Enhetschefer med stöd av MAS.
- Att minska uteblivna läkemedelsdoser till högst 10 % av all avvikelshantering. Ansvar: Enhetschefer med stöd av MAS.
- Att systemet för digital signering används på ett korrekt sätt. Ansvar: Enhetschefer tillsammans med administratörer i det digitala signeringsverktyget.

Mål 6: Skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete på och mellan enheterna.

Strategi:

- Skapa en fungerande mötesstruktur. Ansvar: Områdeschef tillsammans med berörda enhetschefer
- Skapa förutsättningar för resurseffektiva team möten genom att personal med rätt kompetens och patientkännedom deltar. Ansvar: Områdeschef tillsammans med berörda chefer
- Skapa en fungerande rutin för ärendeplanering. Ansvar: Enhetschefer
- Skapa en agenda med fasta punkter så att samtliga professioner är delaktiga på mötena. Ansvar: Enhetschefer med stöd av MAS och MAR.

Mål 7: 100 % följsamhet till journalrutin för att säkerställa att dokumentationen sker på ett säkert och enhetligt sätt. Säkerställa spårbarheten så att det blir lättare att hitta planerade och utförda insatser.

Strategi:

- Upprätta journalgranskningsmall som kan användas vid granskning av journal. Ansvar: MAS och MAR
- Genomföra journalgranskningar tillsammans med legitimerad personal. Ansvar: MAS och MAR, enhetschefer samt legitimerad personal.
- Arbeta med att utveckla journalsystemet för att göra det enklare och mer användarvänligt för legitimerad personal. Ansvar: MAS tillsammans med utsedd dokumentations grupp innehållande legitimerad personal, berörda chefer, systemansvarig och MAR.

Mål 8: Bättre följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser

Strategi:

- I samarbete med chefer stärka kunskapen gällande ordinerade rehabinsatser genom utbildningsinsatser. Ansvar: MAR
- Genom HSL ledning förtydliga och förankra behovet. Ansvar: MAR
- Se över behov av att förtydliga rehab-ordinationer i hemtjänstens planeringssystem. Ansvar: MAR håller ihop arbetet
- Följa upp följsamheten via digitalt signeringssystem. Ansvar: Enhetschefer på respektive enhet samt MAR

BILAGA 1.

RESULTAT OCH ANALYS

Kvalitetsregister - Senior alert - PPM trycksår

Senior alert är ett kvalitetsregister med fokus på det preventiva, förebyggande arbetet utifrån framförallt fyra riskområden; trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Syftet är att strukturerat identifiera risker hos personer över 65 år, se bakomliggande faktorer, utforma förebyggande åtgärder och regelbunden uppföljning av resultatet.

PPM trycksår innebär att kvalitetsregistret Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer på samtliga enhetstyper och omfattar information från riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår vid ett förutbestämt datum.

Mål: Att brukaren ska få bästa möjliga utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov

Egenkontroll: Kontinuerligt arbete i senior alert och PPM-trycksår.

Resultat: I årets PPM trycksår fanns data från 28 personer och av dessa hade 39,29 % risk för trycksår och en av personerna på särskilt boende hade ett pågående trycksår. I 64,28 % av fallen saknades en aktuell riskbedömning.

Se tabell för utfall av vårdprevention. Målet är inte uppnått.

Sverige / Kommun / Region		År		Typ av enhet		Exportera till Excel				
Knivsta kommun		2022		Alla						
Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde
Knivsta kommun	59	98%	92%	91%	18%	8	21	2	16	
Estrids gård	28	100%	97%	94%	64%	0	11	0	0	
Hemsjukvård	5	80%	50%	50%	0%	0	1	1	1	
Vårdaga Vilhelms Gård Ambea	26	100%	93%	93%	3%	8	9	1	15	
Målvården		75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %					
		25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %					
		0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %					

Tabellen visar vårdprevention beräknat på antal registreringar i Senior alert 2022

Analys av resultat: Resultatet av årets PPM trycksår beror sannolikt på bristerna i det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärdsplaner.

Totalt är cirka 19 % av de personer som är boende på Estrids gård eller inskrivna inom hemsjukvården registrerade i senior alert och har erhållit en riskbedömning. Det största bortfallet ses bland patienter i ordinärt boende som är anslutna till hemsjukvården där endast fem unika personer registrerats under 2022. Täckningsgraden på Estrids gård är betydligt högre på 62,22 %. På Estrids gård har 94 % av de identifierade riskerna en åtgärdsplan. Däremot har ingen patient erhållit en riskbedömning av munhälsan.

Patienter på korttidsavdelningen samt boende på LSS-gruppboendestäder har inte erhållit riskbedömningar under 2022.

För att samtliga patienter ska få bästa möjliga utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov krävs att samtliga erhåller en riskbedömning. Där är målet inte uppnått, men i jämförelse med 2021 där inga registreringar gjordes varken på Estrids gård eller inom hemsjukvården så är det en markant ökning. Orsaken till att riskbedömningar inte utförts i önskad omfattning beror framförallt på hög omsättning av sjuksköterskor på Estrids gård och bemanningsproblematik med instabilitet i gruppen inom

hemsjukvården, samt svårigheter att få till det multiprofessionella teamet inom hemsjukvården och hemtjänsten.

Åtgärd: De främsta åtgärderna har varit utbildning och översyn av mötesstruktur för att möjliggöra det multiprofessionella teamarbetet kring patienten. Hemsjukvården utformade en gedigen ärendepianering, skapade rutin samt erbjöd utbildning både via enheten men även via MAS utifrån hemtjänsternas behov.

Uppföljning av åtgärd: Antalet registreringar, åtgärder och uppföljningar redovisas och diskuteras på HSL-ledningsmöten. Trots vidtagna åtgärder från hemsjukvården har det framkommit att både hemtjänsten inom egen regi samt Attendo varken hade erforderlig kompetens eller tid för att inhämta information eller möjlighet att delta med medarbetare med patientkännedom på träffarna där orsaker och åtgärder skulle tas upp. Åtgärderna på berörda enheter har delvis haft effekt i och med att registreringarna ändå ökat, men ett fortsatt arbete behöver fortgå under 2023.

Kvalitetsregister – Palliativa registret

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registret består av ett trettiotal frågor om personens symtom och vård under den sista veckan i livet men även frågor om närstående erhållit brytpunktsamtal och efterlevandesamtal. Samtliga frågor återspeglar viktiga områden inom palliativ vård och resultatet används genom att bristerna identifieras och de områden som behöver förbättras synliggörs.

Mål: Uppnå en hög täckningsgrad samt socialstyrelsens målvärde vid samtliga kvalitetsindikatorer

Egenkontroll: Resultat från palliativregistret

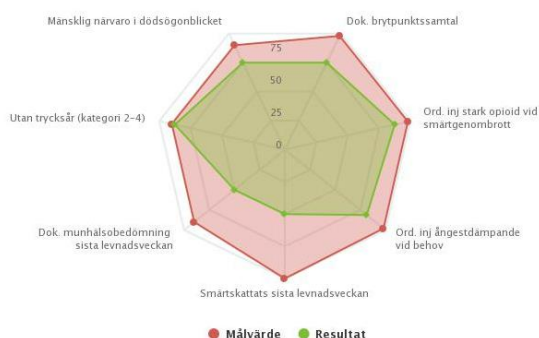
Resultat: Se nedanstående tabeller och spindeldiagram. Målet är inte uppfyllt.

Täckningsgrad och inrapporterade dödsfall i palliativregistret											
	Ej inrapporterat	Annan	Hem, utan stöd	Hem, med stöd	HSV	Spec pall HSV	Spec pall SV	Sjukhus	Korttid	SÄBO/LSS	Totalt antal dödsfall
Knivsta 2022	46,55 %	0 %	0 %	0 %	0,86 %	2,59 %	6,03 %	12,93 %	3,45 %	27,59 %	116 st
Uppsala län 2022	46,95 %	0,23 %	0,26 %	0,45 %	1,58 %	2,96 %	10,10 %	14,44 %	2,57 %	20,48 %	3110 st

Tabellen visar täckningsgraden i procent och fördelat på respektive verksamhetsområde.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 – 2022-12

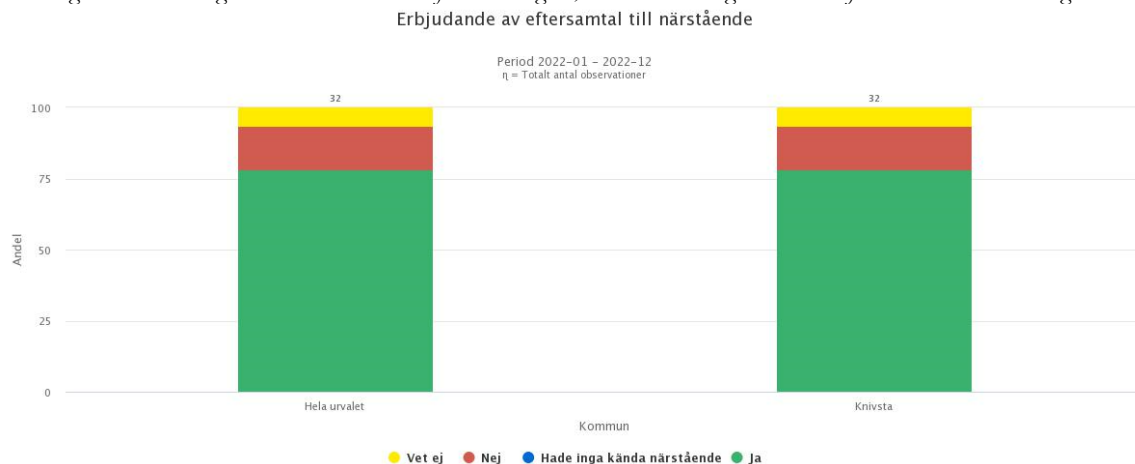


Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 – 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktsamtal	98,0	75,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	87,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	81,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	50,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	50,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	87,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	75,0

I spindeldiagrammen ovan redovisas Socialstyrelsens definierade sex nationella kvalitetsindikatorerna för vård i livets slutskede samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Resultaten är för Estrids gård, korttidsavdelningen samt hemsjukvård och rehabilitering.



Tabellen visar andelen erbjudande av efterlevandesamtal till närstående vid Estrids gård, inklusive korttids, och enheten för hemsjukvård och rehabilitering under 2022.

Analys av resultat: Den totala täckningsgraden för inrapporterade dödsfall i palliativregistret är 53,45% vilket är strax över Uppsala läns totala täckningsgrad på 53,05 %. Jämfört med 2021 kan förbättring ses då täckningsgraden för Knivsta kommun har ökat med 15,8 % 2022, vilket skulle kunna bero på att det bedrivs ett aktivt arbete med att utbilda palliativa ombud samt öka kunskapen om registret och hur resultatet kan användas i förbättringsarbete.

De områden vid vård i livets slutskede som Knivsta är bäst på är att se till att det finns ordinationer på symtomlindrande läkemedel, framförallt mot smärta, samt att förebygga så att patienter inte avlider med trycksår. Generellt ligger vi lägre än genomsnittet i Uppsala län vid sex av sju kvalitetsindikatorer. Prioriterade områden att förbättra resultaten inom är dels att det finns ordinationer på symtomlindrande läkemedel, både mot smärta och ångest, samt att öka andelen som smärtskattas enligt ett validerat smärtskattningsinstrument och erhåller en munhälsobedömning under den sista levnadsveckan. Eftersom samtliga inrapporterade dödsfall varit väntade skulle resultaten kunna tyda på en bristande planering, framförallt gällande att erhålla nödvändiga ordinationer för symtomlindring. Däremot när det kommer till erbjudande av efterlevande samtal till närstående så ligger Knivsta över snittet i länet och erbjuder det i relativt stor utsträckning.

Åtgärd: Regelbundna uppföljningar av resultaten på respektive enhet, lämpliga åtgärder sätts in beroende på resultat.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har delvis fått resultat. För att öka täckningsgraden i länet kommer ett gemensamt arbete utföras tillsammans med regionen och länets samtliga kommuner under 2023. Regelbundna uppföljningar på HSL-ledningen.

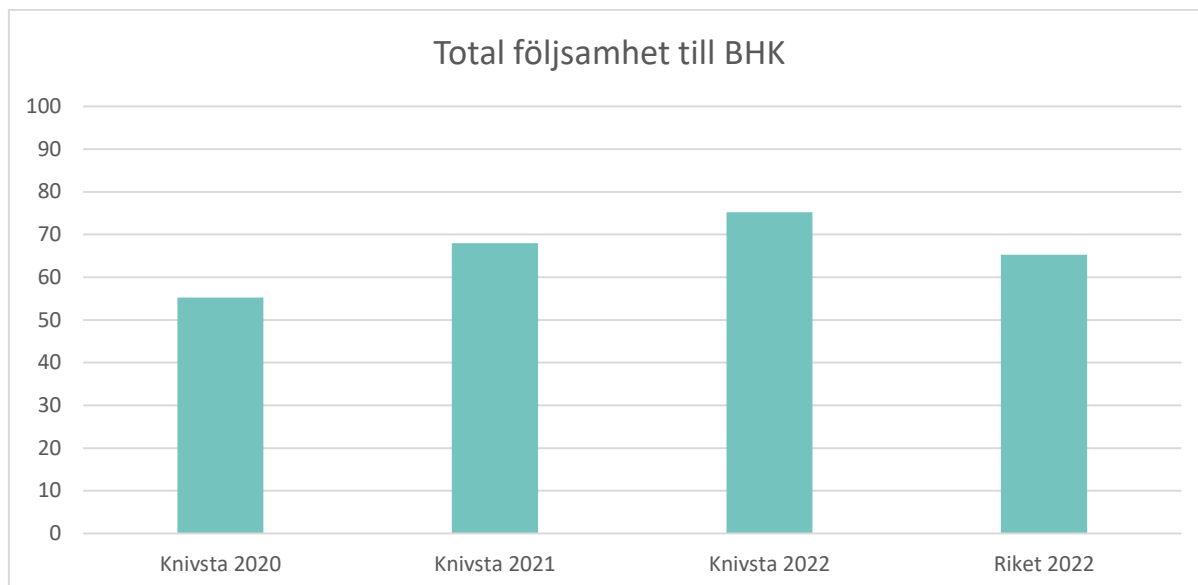
Basal hygien och klädregler

Mål: 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

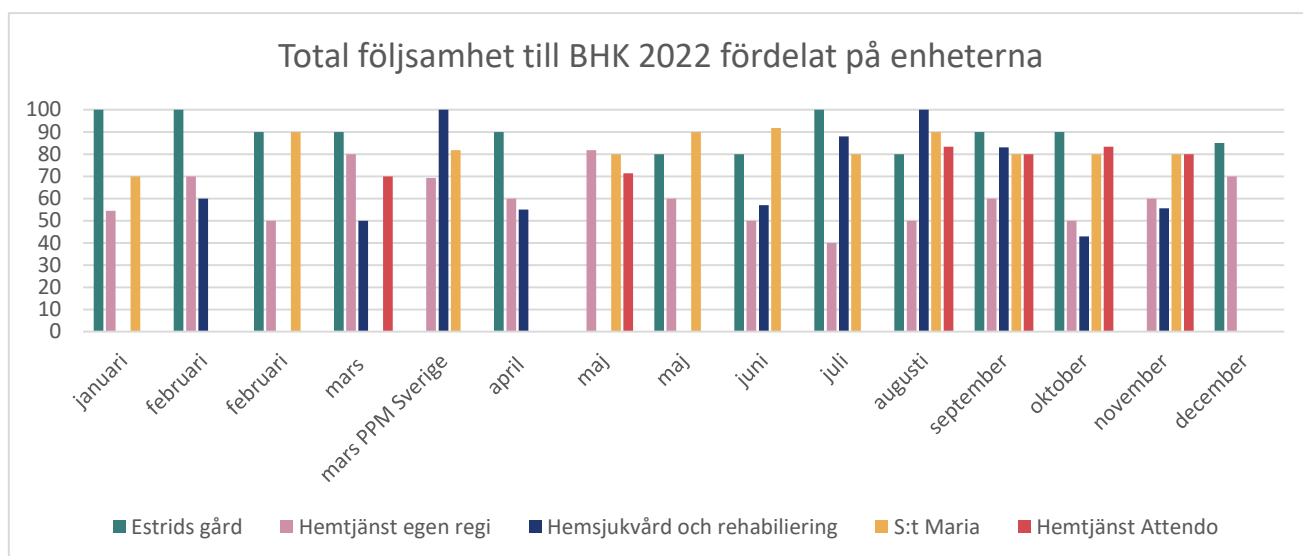
Egenkontroll: Observationsmätningar på Estrids gård och hemtjänsten egen regi. Självskattning inom hemsjukvård och rehabilitering samt S:t Maria. Utförs minst en gång i månaden.

Nationell punktprevalensmätning 1 gång per år.

Resultat: se nedanstående tabeller.



Ovanstående tabell beskriver den totala följsamheten till BHK i procent hos Estrids gård, S:t Maria, hemtjänsten egen regi samt Attendo och hemsjukvård och rehabilitering. Knivsta 2020-2022 är ett medelvärde av följsamheten under åren medan resultatet från riket är utifrån PPM-mätningen VT 2022.



Tabellen ovan beskriver den totala följsamheten till BHK under 2022 fördelat på respektive enhet. Vid de mätningar som noteras två gånger har mätningar utförts med varannan vecka intervall.

Analys av resultat: I den nationella punktprevalensmätningen under våren 2022 var den totala följsamheten till BHK i Knivsta kommun 72,2%, vilket är över rikets totala följsamhet på 65,3% men även en förbättring från 2021 då siffran var 67,4%. Nationellt har resultatet sjunkit medan Knivsta istället har ökat sin följsamhet från tidigare mätning. Följsamheten varierar dock mellan enheterna vilket påverkar resultatet för den totala följsamheten. Estrids gård ligger i överkant med en total följsamhet mellan 80-100%. Under tre månader (januari, februari och juli) lyckades Estrids gård ha 100 % följsamhet, vilket är ett väldigt bra resultat. Hemtjänsten i egen regi är den enhet som utfört mätningar vid varje mättilfälle, däremot har resultatet varierat stort under året, toppen var de första två veckorna i maj på 81,8% men därefter och fram till november sjönk följsamheten till mellan 40-60%. Framförallt brister det i hygienstegen med desinfektion av händerna före och efter patientnära arbete. Målet är inte uppfyllt.

Åtgärd: Handlingsplaner görs vid negativa trendbrott i följsamheten. Samtlig omsorgspersonal har genomgått Socialstyrelsens e-utbildning i basal hygien. MAS har också haft utbildning och dialog med medarbetare på enheter med sämre följsamhet.

Uppföljning av åtgärd: Följsamheten och vidtagna åtgärder följs upp av MAS, på enhetsnivå och på HSL-ledningsmöten. MAS sammanställer den totala följsamheten och redovisar resultatet på HSL-ledningsmöten och utifrån det förs en dialog om eventuella åtgärder. På enhetsnivå redovisas resultatet på APT där positivt utfall samt förbättringsområden tas upp med arbetsgruppen och tillsammans diskuterar fram åtgärder som kan leda till en högre följsamhet och som leder till beslut om åtgärder.

Infektionsregistreringar

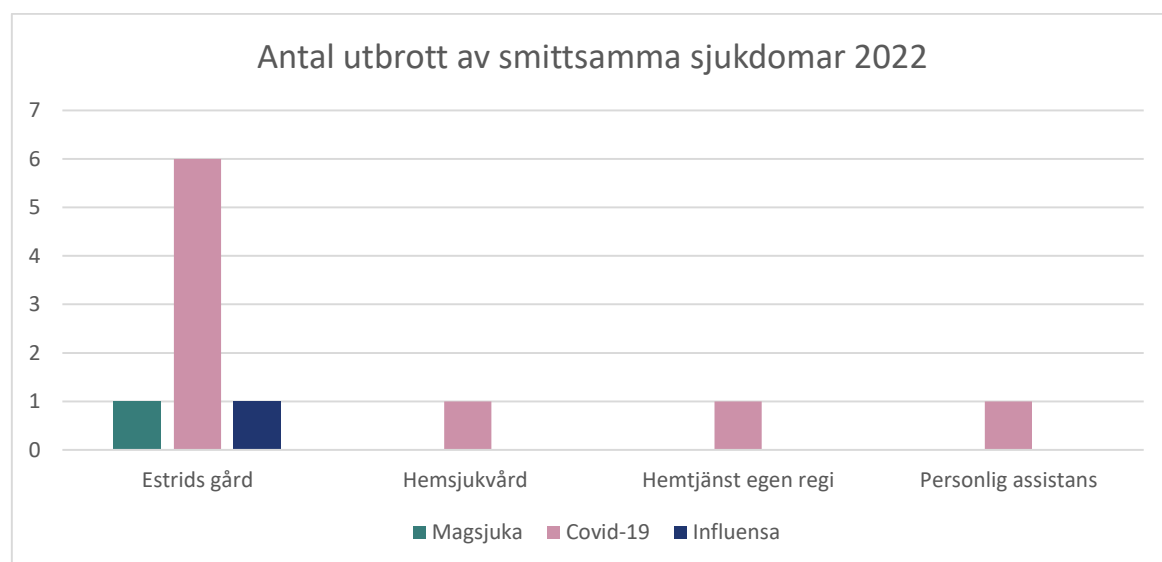
Infektionsregistreringar ska utföras på samtliga särskilda boenden för äldre i Uppsala läns kommuner, där syftet är att resultatet ska vara ett underlag för riktat förbättringsarbete och exempelvis för prioritering av områden, eller som hjälp vid utvärderingen för att se om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt.

Infektionsregistreringen omfattar förekomsten av virusorsakade infektioner (influenza och magsjuka), antibiotikaordinerade urinvägsinfektioner, sårinfektioner och pneumonier, clostridioides difficile, urinkateter (KAD) och bärare av multiresistenta bakterier.

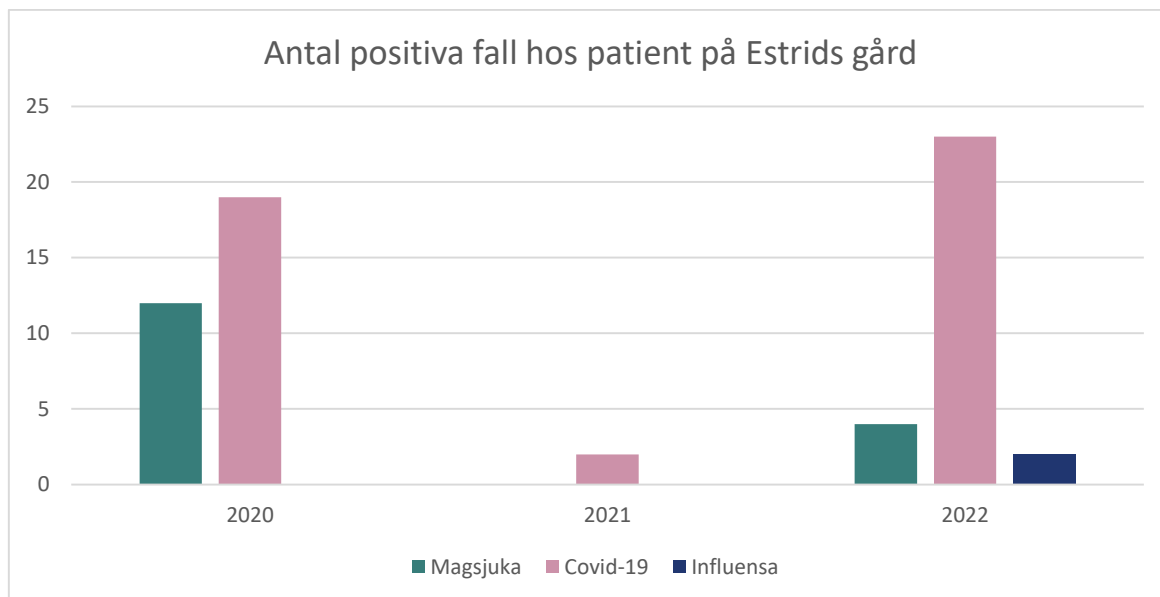
Mål: Förbättrad omfattning av infektionsregistrering på särskilt boende för äldre från 2021 års resultat

Egenkontroll: Månadsvisa infektionsregistreringar på särskilt avsedd blankett

Resultat: Under 2022 har Estrids gård haft full följsamhet till rutin och både registrerat, analyserat och skickat månadsvisa sammanställningar till MAS. Den vanligaste anledningen indikationen för antibiotikabehandling är mot urinvägsinfektioner hos patienter utan kateter. Nedan redovisas antal utbrott av smittsamma sjukdomar samt antalet positiva fall hos patienter på Estrids gård.



Tabellen visar antalet utbrott av smittsamma sjukdomar fördelat på enheterna 2022.



Tabellen beskriver antalet positiva fall av magsjuka, covid-19 och influensa hos patient på Estrids gård under 2020-2022.

Analys av resultat: Resultatet att urinvägsinfektioner utan kateter är en av de dominerade orsakerna till antibiotikabehandling inom särskilt boende för äldre i Knivsta kommun väcker funderingar avseende om antibiotikabehandlingen varit rationell och följt de nationella rekommendationerna. Det väcker även frågan om infektionerna varit vårdrelaterad och hade kunnat förebyggas, exempelvis genom god hygien. Orsakerna behöver därför undersökas och åtgärder vidtas därefter.

Estrids gård är den enhet som haft flest utbrott av smittsamma sjukdomar under året. Mycket beror på att det varit svårt att vårda personer med demenssjukdom avskilt vilket gjort att smittan spridits. Däremot har åtgärder vidtagits snabbt och okontrollerade smittspridningar har kunnat undvikas. Smittspridningen har istället isolerats till avdelningen och de personer som exponerats innan symptom uppvisats.

Åtgärd: Utbildning och daglig handledning från sjuksköterska till omsorgspersonal. Enhetschef och vårdhygien samarbetar i händelse av utbrott. Vårdhygien går igenom en checklista med föreslagna åtgärder för att stämma av att verksamheten vidtagit samtliga lämpliga åtgärder vid varje enskilt utbrott. MAS och områdeschef för utförare informeras.

Efter varje utbrott av smittsam sjukdom ska en händelseanalys med tillhörande åtgärdsplan fyllas i syfte att kartlägga om ytterligare åtgärder skulle kunna vidtas för att reducera risken att nya utbrott och framförallt större smittspridningar sker på enheterna.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning på enhetens sjuksköterskemöte. MAS tar del av enhetens händelseanalys och åtgärdsplan och följer även upp den tillsammans med berörd enhetschef. Vid betydande avvikelser informeras HSL-ledningen. Vårdhygien gör en årlig sammanställning i form av en rapport där resultatet analyseras och delges MAS som sprider vidare till HSL-ledningen och verksamheten.

Hygienrund

Mål: Att förebygga vårdrelaterade infektioner genom strukturerad genomgång av enheten.

Egenkontroll: Årlig hygienrund utifrån en checklista för vårdhygienisk egenkontroll. Vart fjärde år deltar vårdhygien från region Uppsala på hygienrund.

Resultat: Enhetschef och hygienombud har genomfört hygienrund i enlighet med rutin. Den enda avvikelser som uppmärksammades var bristen på diskdesinfektor. Målet är uppfyllt.

Analys av resultat: -

Åtgärd: Det finns en planering för att installera diskdesinfektor. Vid återflytten till Estrids gård i början på 2023 så kommer det att finnas tre stycken installerade.

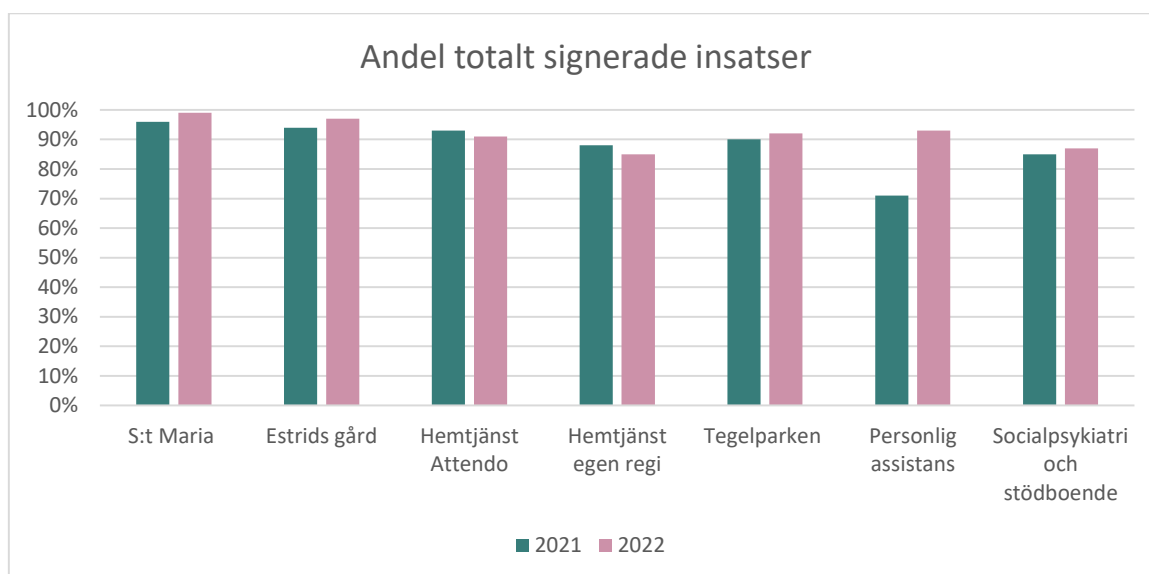
Uppföljning av åtgärd: Uppföljning kommer utföras vid 2023 års hygienrund.

Följsamhet till ordinationer

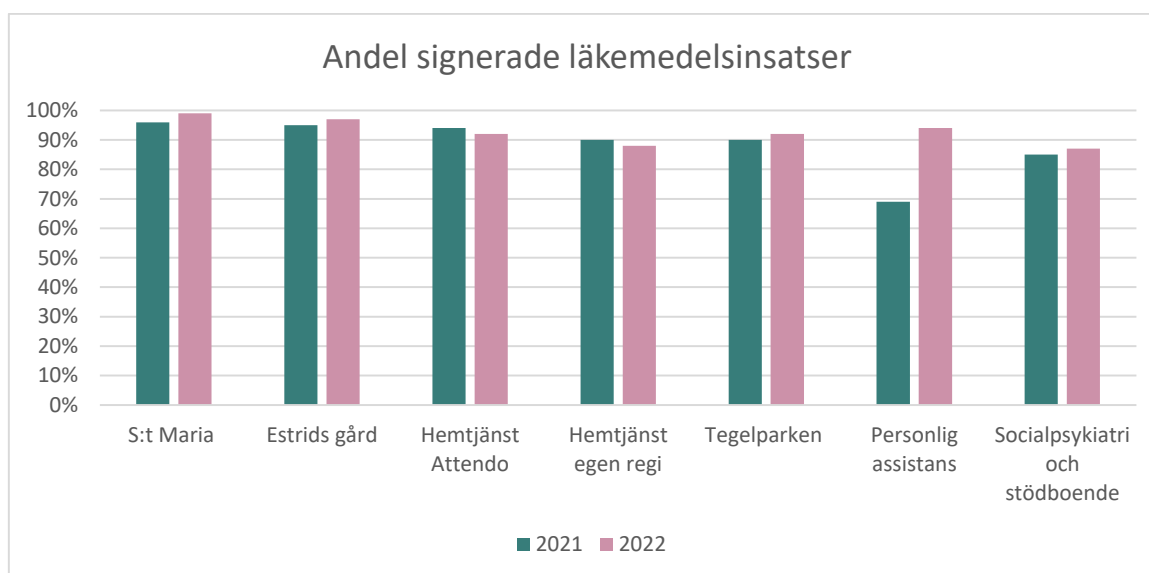
Mål: 100 % följsamhet till ordinationer

Egenkontroll: Följs upp via digitalt signeringsystem

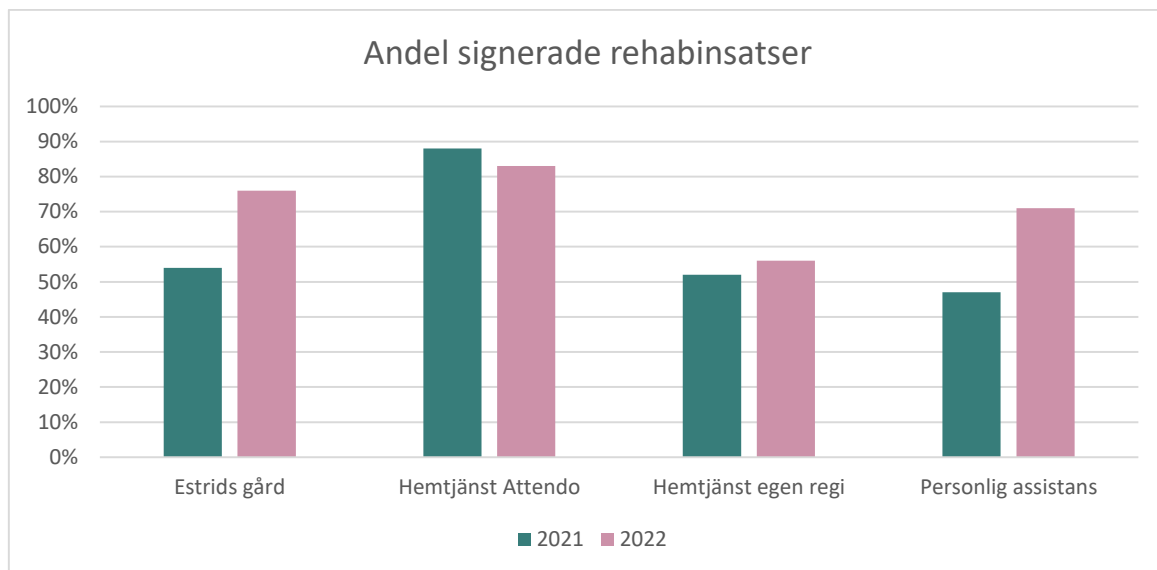
Resultat: Se tabellerna nedan



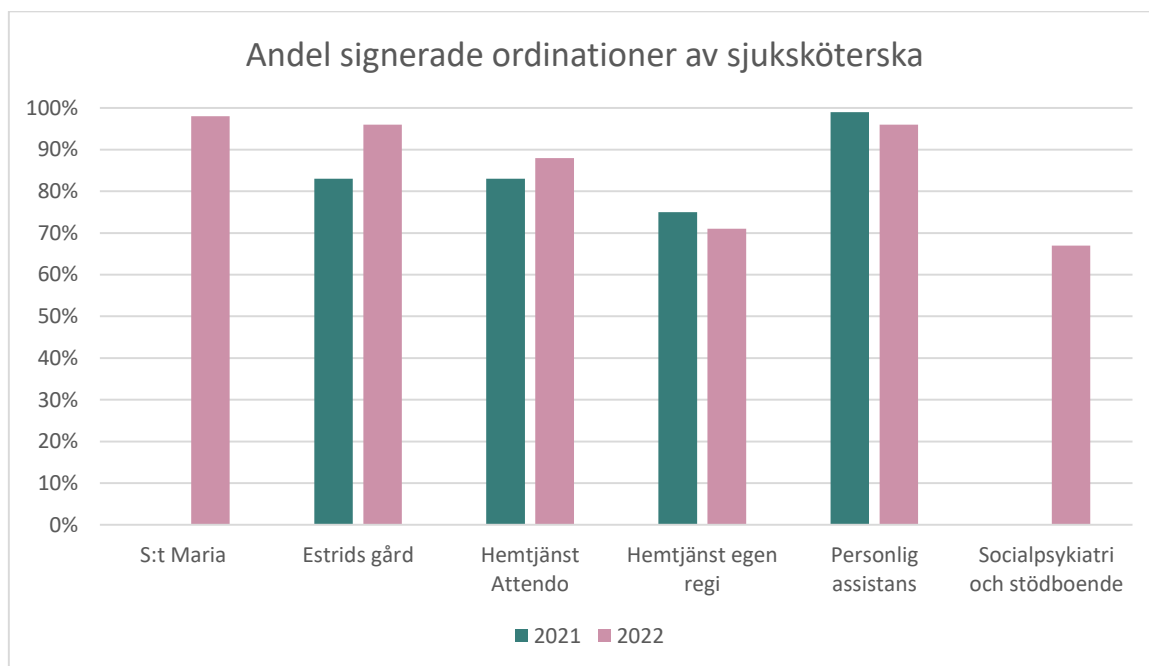
Tabellen beskriver andel totalt signerade insatser i procent, oberoende av vilken typ, fördelat på de olika enheterna under 2021-2022



Tabellen beskriver andel signerade läkemedelsinsatser i procent fördelat på de olika enheterna under 2021-2022



Tabellen beskriver andel signerade rehabinsatser i procent fördelat på de olika enheterna under 2021-2022



Tabellen beskriver andel signerade ordinationer av sjuksköterska i procent fördelat på de olika enheterna under 2021-2022. S:t Maria och socialpsykiatri och stödboende har inte haft några ordinerade insatser av sjuksköterska under 2021.

Analys av resultat: Andelen totalt signerade insatser skiljer sig inte markant mellan åren förutom inom personlig assistans som ökat sin totala följsamhet med 22 %. När det kommer till andelen signerade läkemedelsinsatser så har S:t Maria (99 %) och Estrids gård (97 %) högst följsamhet, medan socialpsykiatri och stödboende (87 %) samt hemtjänst egen regi (88 %) har lägst följsamhet. Personlig assistans har gjort den största ökningen och förbättrat sin följsamhet inom läkemedelsinsatser med 25 %. Generellt är det en hög följsamhet till läkemedelsinsatser medan det är lägre följsamhet till rehab- och omvårdnads insatser. Följsamheten till ordinerade rehabinsatser skiljer sig åt mellan enheterna. Attendos hemtjänst har en relativt hög följsamhet (83 %) trots att den sjunkit något sedan 2021 medan hemtjänst i egen regi har en lägre följsamhet på 56 %. Både Estrids gård och personlig assistans har ökat sin följsamhet med 22 % respektive 24 %. Andelen signerade ordinationer av sjuksköterska är något högre än vid rehabinsatser. S:t

Maria har en följsamhet på 98 % när det kommer till signerade ordinationer av sjuksköterska medan socialpsykiatri och stödboende samt hemtjänst i egen regi har en lägre följsamhet på 67 % respektive 71 %. Estrids gård har ökat sin följsamhet med 13 %.

Att insatsen inte är signerad kan bero på flera saker och behöver inte betyda att det är faktiska uteblivna insatser, resultatet behöver därför analyseras på enhetsnivå. Det är däremot tydligt att extra insatser behövs för att öka följsamheten till ordinationer från rehabpersonal.

Åtgärd: Kontinuerliga instruktions och utbildningsinsatser för att säkerställa korrekt hantering i systemet samt regelbunden uppföljning av följsamheten på respektive enhet.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärderna har delvis fått resultat, resultaten varierar mellan enheterna. Under 2023 planeras regelbundna uppföljningar på HSL-ledningen, men ytterligare åtgärder kommer behöva utföras för att öka följsamheten ytterligare.

Läkemedelshantering

Mål: Att minska uteblivna doser till högst 10 % av avvikelshantering.

Egenkontroll: Kontroll i digitalt signeringssystem och analys av läkemedelsavvikelser.

Resultat: Utebliven dos stod för 16,95 % av all avvikelshantering enligt HSL. 2021 stod utebliven dos för 23 % av all avvikelshantering enligt HSL, vilket innebär en minskning med drygt 6 % det senaste året. Däremot finns det fortsatt förbättringsbehov för att nå målet om att utebliven dos ska utgöra 10 % av all avvikelshantering. Om vi däremot frångår registrerade avvikelser så är dos i förhållande till samtliga läkemedelsadministreringar som utförs låg, endast är cirka 1,2 %. Målet är inte uppnått.

Analys av resultat: Brister i följsamhet till rutin och hur det digitala signeringssystemet ska användas. Utebliven dos utgör även en större del av samtliga avvikelser enligt HSL eftersom det brister i rapporteringen av andra typer av HSL-avvikelser där kunskapen om vad som är en avvikelse eller inte är lägre, exempelvis avvikelser inom hygien eller dokumentation. Hade volymen av inrapporterade avvikelser varit större och även inom andra HSL-områden hade sannolikt resultatet också sett annorlunda ut.

Åtgärd: Kontinuerliga informations och utbildningsinsatser.

Uppföljning av åtgärd: Regelbunden uppföljning av resultatet både på enheterna och i HSL-ledningen.

Läkemedelskontroll

Mål: Säkerställa en trygg och säker läkemedelshantering utifrån gällande rutin och föreskrifts krav.

Egenkontroll: Årliga externa kvalitetsgranskningar

Resultat: Externa kvalitetsgranskningar på berörda enheter är utförda under 2022.

Analys av resultat: Åtgärdsrapporterna från de externa kvalitetsgranskningarna tyder på att läkemedelshantering är säker, men att det finns åtgärder som kan vidtas för att göra det ännu bättre. Det största arbetet som behöver utföras är att revidera den övergripande rutinen och att samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård har lokala enhetsrutiner om läkemedelshantering upprättade.

Åtgärd: Arbeta utifrån åtgärdsplanerna har påbörjats under 2022 men kommer fortsätta under våren 2023.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljningar utförts av MAS samt vid årlig extern kvalitetsgranskning.

Journalgranskning

Mål: Ändamålsenlig dokumentation utifrån journalrutin och lag/föreskrifts krav

Egenkontroll: Löpande stickprover av MAS och MAR

Resultat: Målet är inte uppfyllt. Det finns brister i dokumentationen och då framförallt att journalen inte skrivs i tillräcklig omfattning samt att det helt eller delvis saknas hälsoplaner och status. Det saknas också till viss del en enhetlig dokumentation.

Analys av resultat: Resultatet kan delvis förklaras med att det är ett nytt verksamhetssystem sedan 2021, vilket var en stor omställning för legitimerad personal eftersom de skulle lära sig att dokumentera både utifrån ICF och KVA, vilket de inte gjort tidigare. Implementeringen av en större förändring tar tid innan det sätter sig ordentligt i verksamheterna. Omsättning av personal försvårar även kontinuiteten och en strukturerad dokumentation. Det har inte varit tydligt för verksamheterna hur de ska arbeta med hälsoplaner och statusfunktionerna. Hälsoplanerna har inte heller varit optimalt utformade och svårarbetade för slutanvändaren. Att det saknas en samsyn avseende var användaren ska dokumentera olika uppgifter gör också att det blir svårt att hitta uppgifter i patientjournalen, vilket i sin tur tenderar att bli tidskrävande.

Åtgärd: Bristerna identifierades i slutet på året och därför har framförallt en handlingsplan för hur en säker och ändamålsenlig dokumentation ska ske framöver påbörjats. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering har också påbörjat ett arbete med att säkerställa en enhetlig dokumentation genom att arbeta med vad som ska dokumenteras var samt upprättande av status och hälsoplaner.

Uppföljning av åtgärd: Vidtagna åtgärder samt planeringen framåt tas upp på HSL-ledningen. Under 2023 behöver ett arbete utföras för att säkerställa bättre följsamhet till både rutin och lag/ föreskrifts krav.

BILAGA 2.

MÅLUPPFYLLELSE 2022

Personcentrerad vård

Mål: Brukaren ska få bästa möjliga utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov.

Resultat: Målet är inte uppfyllt relaterat till bristande teamsamarbete och omsättning av sjuksköterskor. Individuella riskbedömningar avseende fall, undernäring, munhälsa och trycksår har ökat sedan föregående år men behöver öka ytterligare för att anses vara i önskad omfattning. Arbetet med kompetenslabb avstannade också under året på grund av personalomsättning.

Riskmoment förflyttning med personlyft

Mål: Alla medarbetare ska gå utbildningen för lyftlicens, klara den och därmed erhålla licensen.

Resultat: Målet är delvis uppnått. Lyftlicensutbildningen är nu en implementerad del i verksamheten och de flesta av tillsvidare anställd personal har genomgått utbildningen. På Estrids gård och hemtjänsten egen regi har 90 % respektive 65 % av medarbetarna gått lyftlicensutbildningen under 2022. Tillräckliga språkkunskaper som krävs för att ta till sig utbildningen har vidareutvecklats genom verksamheternas språkombud.

Basal hygien och klädregler

Mål: 100 % följsamhet till rutiner och regler (enligt läns gemensam riktlinje).

Resultat: Målet är inte uppfyllt, se bilaga 1.

Läkemedelshantering

Mål: Att minska uteblivna doser till högst 10 % av avvikelshantering.

Resultat: Målet är inte uppfyllt, se bilaga 1.

Tekniska hjälpmedel

Mål: Spårbarhet för alla hjälpmedel.

Resultat: Målet är uppfyllt. Hantering och spårbarhet av hjälpmedel är säkerställd i samarbete med HUL. Riktlinjen för medicintekniska produkter är reviderad.

Effektiv och nära vård

Mål: En effektiv och nära vård tillsammans med regionen.

Resultat: Målet är uppfyllt. MAS och MAR har bevakat området genom deltagande i projektgrupp vård i hemmet och palliativ arbetsgrupp samt andra utbildningstillfällen erbjudna i länet via FoU eller via SKR.

Analysverktyg för patientsäkerhet

Mål: Utvecklat patientsäkerhetsarbete kopplat till den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

Resultat: Målet är inte uppnått. Arbetet kommer påbörjas i mars 2023.



Handläggare
Fredrik Olsson

Tjänsteskrivelse
2023-02-23

Diarienummer
SN-2023/74

Socialnämnden

Beslut om upphandling av driften av Lyckåsen och Dadelvägen, bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att upphandla driften av gruppbestäderna Lyckåsen och Dadelvägen på nytt.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnden beslutade 2007 att upphandla driften av gruppbestäderna Lyckåsen och Dadelvägen, totalt 12 bostäder. Nytida AB har drivit verksamheterna sedan 2019. Uppdraget omfattar tillsyn och omvårdnad dygnet runt för 12 personer. Det nu gällande avtalet med Nytida AB löper ut 31 mars 2024 utan ytterligare möjlighet till förlängning av avtalet, varför socialnämnden behöver fatta beslut om förnyad upphandling.

Bakgrund

Driften av gruppbestäderna Lyckåsen och Dadelvägen har sedan 2007 upphandlats och har sedan 1 april 2019 drivits av Nytida AB. Det nu gällande avtalet med utföraren löper ut 31 mars 2024 utan ytterligare möjlighet till förlängning av avtalet, varför socialnämnden behöver fatta beslut om förnyad upphandling.

Verksamheterna bedrivs enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och består av två gruppbestäder med 6 lägenheter vardera, för personer som har behov av tillsyn och omvårdnad, där det är nödvändigt att personal finns till hands hela tiden. Gruppbestaden består av ett mindre antal lägenheter som är samlade kring gemensamma utrymmen. En fast personalgrupp ska täcka de boendes hela stödbehov inklusive fritidsintressen och kulturella intressen.

Vård- och omsorgskontoret bedömer att driften av verksamheterna och avtalsrelationen under avtalsperioden har fungerat väl, varför vård- och omsorgskontoret föreslår socialnämnden att upphandla driften på nytt.

Arbetet med att utforma upphandling och kommunikationsplan är planerad att genomföras av beställande funktion hos vård- och omsorgskontoret, sakkunniga inom funktionshinderområdet och representant från kommunledningens upphandlingsavdelning.

Dialog mellan socialnämnd och vård- och omsorgskontoret om beställares krav på tjänsten, utformning av annonserat förfrågningsunderlag och utvärderingskriterier kommer att ske inför annonsering.



Ekonomisk konsekvensanalys

Driften är sedan tidigare i privat regi, varför en förnyad upphandling inte bedöms påverka socialnämndens budget.

Barnkonsekvensanalys

Gjord enligt checklista.

Underlag för beslut

Tjänsteutlåtande 2023-02-23

Beslutet ska skickas till

Akten

Nytida AB

Catrin Josephson

socialchef



Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Ja

Nej

Enligt FN är alla under 18 år
att betrakta som barn

Förklara oavsett svar.

Beslutet avser drift av verksamhet för personer över myndighetsålder.

Om, ja fortsätt med frågorna.

2. Hur har barns bästa beaktats?

Ej aktuellt.

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

Ej aktuellt.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja

Nej

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/ flerårigt styrdokument

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.



Handläggare
Stella Vallgård

Tjänsteskrivelse

Diarienummer
SN-2023/35

Socialnämnden

Öppna sammanträden för socialnämnden mandatperioden 2022-2026

Förslag till beslut

1. Socialnämndens sammanträden ska vara offentliga under mandatperioden 2023-2026.
2. Socialnämndens sammanträden är inte offentliga i de ärenden som avser myndighetsutövning eller i de ärenden där uppgifter omfattas av sekretess.

Sammanfattning av ärendet

Enligt § 25 i Reglemente för kommunstyrelse och nämnder i Knivsta kommun, antaget av kommunfullmäktige 1 juni 2022, får nämnden besluta om offentliga sammanträden. Beslutet kan när som helst ändras av nämnden.

Ekonomisk konsekvensanalys

Beslutet påverkar inte budget.

Underlag för beslut

Tjänsteskrivelse 2023-01-20

Beslutet ska skickas till

Akten

Catrin Josephson,
Socialchef



Handläggare
Ekaterina Widén
Förvaltningsekonom

Tjänsteskrivelse
2023-03-09

Diarienummer
SN-2023/9

Socialnämnden

Ekonomisk uppföljning per sista februari 2023

Förslag till beslut

1. Socialnämnden tar emot den ekonomiska uppföljningen per sista februari 2023.
2. Beslutet anmäls till kommunstyrelsen för kännedom.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens prognos per sista februari visar på ett överskott på 1 miljon kronor. Överskottet beror främst på ökade prognostiserade intäkter jämfört med budget.

Bakgrund

I den av kommunfullmäktige beslutade Mål och budget 2023 fastställdes uppföljningsplanen för 2023. I uppföljningsplanen uppdras socialnämnden att motta ekonomisk uppföljning fyra gånger under 2023 med start per februari och med sista månad augusti. Uppföljningstillfällena innefattar även ett delårsbokslut per sista augusti.

Ekonomisk konsekvensanalys

För en fördjupad ekonomisk analys, se bilagan till tjänsteskrivelsen.

Barnkonsekvensanalys

Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Underlag för beslut

Tjänsteutlåtande 2023-03-0

Ekonomisk uppföljning för socialnämnden, februari 2023

Beslutet ska skickas till

Kommunstyrelsen
Akten

Catrin Josephson
Socialchef



Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Ja

Nej

Enligt FN är alla under 18 år
att betrakta som barn

Förklara oavsett svar.

Alla kommunens invånare påverkas av kommunens ekonomi, men den ekonomiska uppföljningen är en prognos för den ekonomiska ställningen vid årets slut. När en verksamhet inte förväntas ha en ekonomi i balans ska verksamheten enligt kommunens rutiner ta fram en handlingsplan för budget i balans, vilken kan innehålla aktiviteter som leder till kostnadsminskningar som berör barn. Så är dock inte fallet i denna uppföljning.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja

Nej

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Ekonomisk uppföljning för Socialnämnden

*Antagen av Socialnämnden
Avser februari månad 2023*

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Drift	4
2.1 Prognos helår och budgetavvikelse (tkr)	4
3 Investeringar	6

1 Inledning

I av den Kommunfullmäktige beslutade Mål och budget 2023 uppdras nämnderna att motta ekonomisk uppföljning tre till fyra gånger under verksamhetsåret. Uppföljningen ska rapporteras till nämnderna första gången per februari och sista gången i samband med delårsbokslutet. Utöver detta kan en behovsprövad prognos presenteras på nämndnivå enbart om nämnden uppvisar underskott i tidigare uppföljningar eller om något annat väsentligt har skett. Beslutet om att motta den ekonomiska uppföljningen ska anmälas till kommunstyrelsen.

2 Drift

Prognosen för Socialnämnden per den sista februari indikerar ett överskott för året på 1 miljon kronor. Nedan beskrivs verksamheter som avviker mer än marginellt gentemot budget.

LOV - hemtjänst och delegerad HSL uppvisar en positiv prognos med 1,1 miljoner kronor vilket beror på justering av försiktigt budgeterade intäkter från brukare, avsaknad av ökande volymer inom beviljad hemtjänst, samt beviljade återsökta medel från Migrationsverket vilket vid budgetering bedömdes som osäkra.

Insatser LSS i boende med särskild service visat på ett prognostiserat överskott på 0,8 miljoner kronor vilket bland annat beror på lägre behov av köpta platser än budgeterat.

Ifo vård och stöd institution/annat boende prognostiserar ett underskott på -1,6 miljoner kronor, utifrån högre volymer inom barn och unga samt inom vuxen missbruk jämfört mot budget.

Verksamheten ekonomiskt bistånd prognostiserar ett överskott på 0,3 miljoner kronor vilket beror på tillfälligt lägre personalkostnader.

Flyktingmottagande prognostiserar ett överskott på 0,5 miljoner kronor vilket beror på något högre intäkter för ensamkommande, samt ett högre utfall på beviljade återsökta medel än den uppskattade nivån i budgeten.

Även verksamheten Arbetsmarknadsåtgärder redovisar ett prognostiserat överskott på 0,1 miljoner kronor vilket beror på tillfälligt lägre personalkostnader än budgeterat.

Till följd av minskade statsbidraget äldreomsorgssatsningen 2023 har Socialnämnden betalat tillbaka 1,1 miljon i kommunbidrag till finansförvaltningen.

Gällande bokslutsreglering på verksamheten Insatser LSS i ordinärt boende prognostiseras det en återbetalning till finansförvaltningen på 1,7 miljoner kronor, då antal individer som nämnden betalar för prognostiseras landa på 17 och inte 22 som det står i mål och budget 2023.

Osäkerhetsfaktorer:

Det finns just nu flera yrkeskategorier där förvaltningen tvingas köpa extern bemanning (sjuksköterskor och socionomer). Prognosen är lagd utifrån en uppskattning av hur snabbt rekryteringarna kan lyckas. Här finns alltså ett visst mått av osäkerhet åt båda håll.

Vid varje prognos görs en uppskattning av hur många tillkommande externa köp av vård och behandling som kommer att behövas under resten av året. Ju tidigare på året ju osäkrare prognos, eftersom många av de ansökningar eller orosanmälningar som senare leder till insatser ännu inte inkommit. Nuvarande prognos är lagd utifrån en rimlighetsbedömning, men utvecklingen inom den köpta vården kan inom samtliga verksamhetsområden senare under året leda till en såväl förbättrad som försämrad prognos.

2.1 Prognos helår och budgetavvikelse (tkr)

Nämndens verksamheter	Nettokostnad 2022	Budget 2023	Tillägg och avdrag 2023	Prognostiserad nettokostnad 2023	Prognostiserad budgetavvikelse 2023
Nämnd- och styrelseverksamhet	1 332	1 427		1 427	0

Vård och omsorg enligt SoL och HSL					
-Förebyggande verksamhet SoL	3 604	3 512		3 512	0
-LOV - hemtjänst och delegerad HSL	34 263	35 335		34 233	1 102
-Vård & omsorg i ordinärt boende övrigt	23 959	25 821		26 131	-311
-Vård & omsorg i särskilt/ annat boende	90 570	99 507	-1 098	98 407	2
Vård och omsorg enligt lss och SFB					
-Insatser LSS i ordinärt boende	34 421	43 486	-1 687	41 759	40
-Insatser LSS i boende med särskild service	47 614	51 986		51 203	783
Färdtjänst och riksfärdtjänst	4 477	4 940		5 001	-61
Individ och familjeomsorg					
-lfo öppenvård och stöd	25 812	29 351		29 264	86
-lfo vård och stöd institution/annat boende	37 574	33 952		35 595	-1 643
-lfo, ekonomisk bistånd	7 180	9 070		8 733	338
Flyktingmottagande	-453	0		-519	519
Arbetsmarknadsåtgärder	5 307	5 664		5 520	144
Summa socialnämnd	315 659	344 051	-2 785	340 266	1 000

3 Investeringar

I dagsläget finns det inga inplanerade investeringar för 2023. Satsningar i form av digital utveckling och övriga projekt kräver oftast ingen investering. Dessa satsningar görs för övrigt oftast med externa statliga medel, vilket alltid nyttjas i första hand när det är möjligt.

Prognos helår och avvikelse investeringar (tkr)

Investeringsprojekt	KF-investeringsram 2023	Tillägg investeringsram 2023	Utgift investering 2023	Prognos utgift investering 2023	Prognos avvikelse investering 2023
Inventarier	100		0	0	100
Innovation/ digitalisering	1000		0	0	1000
Summa	1100		0	0	1100

Knivsta kommun
Socialnämnden
741 75 Knivsta

Ärendet

Föreläggande mot Knivsta kommun enligt 13 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL

Beslut efter återrapporering och efterföljande granskning

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att de åtgärder som vidtagits av Socialnämnden i Knivsta kommun (härefter nämnden) uppfyller kraven i IVO:s föreläggande från den 26 april 2022. I beslutet förelade IVO kommunen att vidta åtgärder så att utredningar rörande om nämnden behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd bedrivs så att

- utredningstiden inte överstiger fyra månader såvida inte beslut om förlängd utredningstid fattats.
- utredningsåtgärder vidtas aktivt och kontinuerligt (skyndsamt).

IVO vill påtala nämndens ansvar enligt 5 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, att se till att vidtagna åtgärder får avsedd effekt.

I nämndens yttrande som inkom till IVO den 20 oktober 2022 uppger kommunen att IVO:s krav i förelägandet är uppfyllda. Den senaste utredningen som översteg fyra månader avslutades i juli månad 2022. Ett riktmärke om max 100 dagar för utredningstid finns och i juni 2022 låg utredningstiden för flertalet utredningar på under 80 dagar. Ansvarig chef bedömer också efter fortlöpande stickprov, genomgång av utredningar och uppföljande dialog med handläggare att utredningsåtgärder vidtas skyndsamt.

I yttrandet redogör nämnden vidare för de åtgärder som kommunen vidtagit. Bl.a. har delegation avseende beslut om förlängd utredningstid flyttats från tjänstemannanivå till socialnämndens individutskott. Man har även genomfört förändringar av organisationen som syftar till ett närmre ledarskap för ansvarig enhetschef. Kommunen har vidare tagit fram en systematiserad rutin för hur fortlöpande egenkontroller inom enheterna för barn och unga ska ske. Enhetschef är ansvarig för kontrollerna, vilka månatligen rapporteras till

områdeschef och vidare till socialchef. Resultaten av egenkontrollerna ska nyttjas till metod- och kvalitetsutveckling av verksamheternas arbete och i förekommande fall leda till förändrat arbetssätt direkt i enskilt individärende. Resultatet kommer även att redovisas regelbundet på arbetsplatsträffar.

Vidare har kommunen arbetat med introduktionen av nya medarbetare. Dessa ges en mentor och en egen introduktionsplan. Under introduktionsperioden ges en personlig genomgång av ärenden som den nyanställde kommer att arbeta med. Enhetschef ansvarar för att den nyanställde får tillgång till, och förståelse för, gällande lokala styrdokument och rutiner, viktiga handböcker och verktyg i arbetet. Som en punktåtgärd genomför nämnden också ett antal utbildningar för samtliga socialsekreterare vid enheterna för barn och unga. Det finns även en plan över hur fortbildning kommer ske framöver. Nämnden har genomlyst samtliga rutiner för aktuella enheter för att se om de är ändamålsenliga och aktuella.

En plan för hur förvaltningen ska redovisa till nämnden framöver har också tagits fram. Två gånger per år kommer en sammanställning av genomförda egenkontroller lämnas till nämnden. Vid varje sammanträde år 2022, samt vartannat sammanträde år 2023, kommer nämnden även att få en muntlig rapport om nuläget inom enheterna för barn och unga, med fokus på de delar där IVO framfört kritik.

IVO har efter nämndens redovisning genomfört en kompletterande granskning gällande nämndens utredningar avseende barn och därvid begärt in ytterligare uppgifter och handlingar.

Av nämndens inlämnade lista avseende utredningar gällande barn som var pågående den 31 oktober 2022, och över alla utredningar gällande barn som inletts mellan 26 april 2022 och 31 oktober 2022 framgår att ingen av dessa 129 stycken utredningar pågått längre än fyra månader. IVO har vidare granskat sju av dessa utredningar. Samtliga av dessa har avslutats inom fyra månader. IVO gör vidare bedömningen att samtliga utredningar utom en har genomförts skyndsamt. I en utredning förekommer perioder då inga utredningsåtgärder vidtagits alls. Efter ett handläggabyte går det ca en månad utan att utredningsåtgärder vidtas. Sedan dröjer ytterligare ca en månad utan att någon åtgärd vidtas i utredningen. Nämnden har yttrat sig över handläggningen av ärendet och uppgett att glappen skett under sommaren då flera handläggare haft semester och även byte av handläggare har skett, vilket inte kunnat undvikas av kommunen. Kommunen uppger att de ändå ser att utredningen skett skyndsamt utifrån kommunens förutsättningar och är skäligt utifrån klientperspektivet. IVO vill utifrån detta understryka att semestertider inte utgör ett skäl för att inte följa gällande krav på skyndsamhet i handläggningen.

Vidare har IVO i granskningarna av utredningarna uppmärksammat vissa brister då det saknats dokumentation i journal. Nämnden uppger i sitt yttrande till IVO att det stämmer att det i någon utredning saknats journalanteckningar. T.ex. har samtal med vårdnadshavare dokumenterats i beslutsunderlag. Detta är enligt nämnden ett misstag av

handläggaren och har i efterhand rättats till. Nämnden uppger också att det finns vissa behov av förstärkt kontroll kring journalföringen. Med anledning av detta uppmanar IVO nämnden att fortsätta sitt arbete kring dessa delar. Av 11 kap. 5 § SoL framgår bl.a. att handläggning av ärenden som rör enskilda ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Av 4 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS framgår att journalanteckningar och andra handlingar som upprättas och som hör till den enskildes personakt ska vara väl strukturerade och tydligt utformade. Begrepp som används i dokumentationen ska så långt som möjligt vara entydiga. Av de upprättade handlingarna ska det framgå vad som är faktiska omständigheter och händelser av betydelse och vad som är bedömningar. En dokumenterad händelse av betydelse ska även innehålla uppgifter om när händelsen har inträffat. Av varje upprättad handling ska det framgå varifrån uppgifterna kommer, vem (namn, befattning eller titel) som har upprättat den och när det gjordes (år, månad, dag).

Underlag

- Beslut om föreläggande fattat den 26 april 2022 dnr 3.7.1-16863/2022
- Återrapportering från nämnden inkommen till IVO den 20 oktober 2022
- Nämndens förteckning över alla utredningar gällande barn som var pågående den 31 oktober 2022 och alla utredningar gällande barn som inletts mellan den 26 april 2022 och den 31 oktober 2022.
- Socialdokumentation avseende sju av nämndens utredningar avseende barn.
- Yttrande från nämnden som inkommit till IVO den 18 januari 2023.

Beslut i detta ärende har fattats av avdelningschefen Peder Carlsson. Enhetschefen Thomas Persson samt inspektörerna Magnus Lagerqvist och Katarina Bone har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Madelene Spinord Semenets har varit föredragande.