Askersunds
KOMMUN

Kvalitets och Patientsäkerhetsberättelse för Askersunds kommun 2024

Agera
för säker vård

Caroline Eklöf
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Martina Wiklund
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Sofie Norén
Utvecklingsledare

Inledning

SOSFS 2011:9 7 kap, PSL 2010:659
Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:
- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts

Vårdgivare ska 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå:
- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

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

Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Innehållsförteckning

Inledning 2

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 4
- Engagerad ledning och tydlig styrning 4
- En god säkerhetskultur 13
- Adekvat kunskap och kompetens 13
- Patienten som medskapare 16

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 17
- Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador 20
- Fokusområde 2 - Tillförlitliga och säkra system och processer 20
- Fokusområde 3 - Säker vård här och nu 26
- Fokusområde 4 - Stärka analys, lärande och utveckling 26
- Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap 37

STRATEGIER OCH MÅL FÖR KOMMANDE ÅR 38

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Den nationella utredningen SOU 2024:72 ”Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård” överlämnades till socialförsäkringsministern i november 2024.

Ett syfte med utredningen är att den medicinska kompetensen behöver stärkas i den kommunala hälso- och sjukvården. Utgångspunkten måste vara ett gemensamt uppdrag och ansvarstagande på högsta ledningsnivåer i både regioner och kommuner. En aspekt som berörs både i tidigare utredningar och i denna utredning är ett behov av stärkt medicinsk kompetens på strategisk ledningsnivå.

Förvaltningsledningen inom Socialförvaltningen i Askersunds kommun har under året satt organisation för ledningsgrupper och mötesstrukturer. I september slutade socialchef och under hösten började en tillförordnad socialchef. Medicinskt ansvariga ingår sedan slutet av 2024 i förstärkt ledningsgrupp tillsammans med övrig stab inom förvaltningen. En förutsättning för att god och säker vård är att ledning i samverkan med medicinskt ansvariga arbetar tillsammans med strategisk planering i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen arbetade under året med att vara uppdelad i två team utifrån hemsjukvård och särskilt boende där sjuksköterska och arbetsterapeut ingick i båda teamen. Efter utvärderingar beslutades att sjuksköterskor och arbetsterapeuter ska ledas med varsin enhetschef för att stärka grundprofessionen och hålla samman grupperna. I ledningsgrupp för hälso- och sjukvårdsenheten ingår verksamhetschef hälso- och sjukvård, verksamhetschef vård och omsorg, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeut, medicinskt ansvariga samt processledare Nära vård.

Under året har ledningsgrupperna inom Vård och omsorg, Funktionsstöd, Individ och familjeomsorg samt hälso- och sjukvård arbetat för att få en stabil ledningsstruktur och kunna arbeta framåt. Inom hemtjänsten har chefs- och ledarskapet utökat. Inom ledningsgrupperna har arbetet syftat till att verka för ett nära ledarskap och tydliggöra ansvaret för uppföljning av insatser, kompetens, patientsäkerhet, teamarbetet. Vilket även kommer fortsätta under 2025 för att ytterligare stärka ledningsgrupperna för att vara engagerade i patientsäkerhet och kunna ge en tydlig styrning.

För att stötta enhetschefer med bemanningsfrågor och får förutsättningar för att leda sin verksamhet har bemanningsplanerares uppdrag stärkts. Det har visat på goda effekter men kommer följas under 2025 för att kunna ge full effekt.

På Smedsgården har gruppledarroller tillsatts för att säkerställa den dagliga planeringen med uppdrag att se till att alla insatser blir utförda och dokumenterade. Detta arbete påbörjades mars-april 2024 på Smedsgården och är fortfarande under implementering, vissa effekter går att se men det går olika snabbt på de olika avdelningarna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet är ett verktyg för att styra, säkra och följa upp kvaliteten i verksamheten.
Under 2024 så har det genomförts en större genomgång av alla rutiner och dokument i ledningssystemet för att säkra upp aktualitet och relevans. Under året har också en överflyttning av alla dokument gjorts från gamla till nya intranätet p.g.a. plattformsbyte. Från intranätet länkas alla dokument till QPR – Ensolution som ger en direktkoppling till webbmodul för användarna. Nyhetsbrev om reviderade, nya eller borttagna rutiner och dokument och annan väsentlig information skickas ut till verksamheterna minst två gånger i månaden.

Övergripande mål och strategier

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

Mål Socialnämnden 2024

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

Genomförande av internkontroll utifrån angivna kvalitetsmått.

Metod/mått: Mätning av egenkontroller - procent

Adressering: Socialförvaltningen

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

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

Upplevelsen av kvalité från de personer som använder socialnämndens tjänster.

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

Adressering: Verksamhetsområdet Vård och omsorg och funktionsstöd

	Utfall	Utfall	Mål	Mål	Mål	Mål
År	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Andel personer på särskilt boende som upplever att personalen alltid/oftast tar hänsyn till brukarens önskemål om hur hjälpen ska utföras.	82%	83%	85%	85%	90%	90%
Andel personer på särskilt boende som är ganska/mycket nöjda med sitt boende.	84%	70%	85%	85%	90%	90%
Andel personer på särskilt boende som är nöjd/mycket nöjd med de aktiviteter som erbjuds på sitt boende	46%	62%	65%	70%	70%	70%
Andel personer med hemtjänst som upplever att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	88%	89%	89%	90%	90%	90%
Andel personer med hemtjänst som är ganska/mycket nöjda med hemtjänsten	87%	88%	85%	85%	90%	90%
Andel brukare som trivs på sin dagliga verksamhet utifrån LSS	Ny indikator	Ny indikator	70%	70%	70%	70%
Andel brukare inom daglig verksamhet LSS som får bestämma om saker som är viktiga	Ny indikator	Ny indikator	70%	70%	70%	70%
Andel brukare som känner sig trygg med personalen hemma - gruppbostad	Ny indikator	Ny indikator	70%	70%	70%	70%

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Kommunen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård inom sitt ansvarsområde och är sjukvårdshuvudman för denna hälso- och sjukvård. Det innebär att kommunen har ett övergripande ansvar för att dess invånare får en god vård.
För den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver i egen regi är kommunen även vårdgivare och måste förhålla sig till de författningar som gäller för alla vårdgivare.

Vårdgivare

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

Vårdgivaren ansvarar för att genom det ledningssystemet säkerställa de grundläggande informationssäkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet för journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska förebygga vårdskador och utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Om en händelse medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Socialnämnden kan delegera visst ansvar enligt ovan i en delegationsordning.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården

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

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR

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

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

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

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

Verksamhetschefer

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

Enhetschefer

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

Hälso- och sjukvårdspersonal

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

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

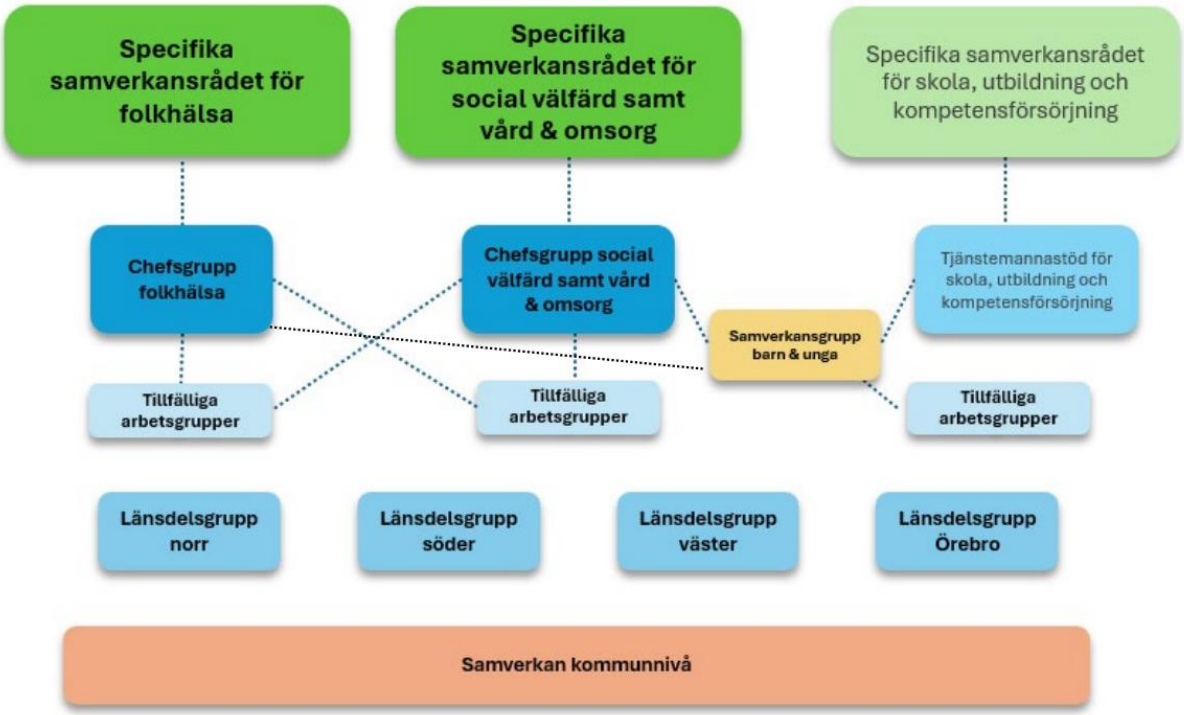
Kommunens metodhandledare (för in- och utskrivningsprocessen på sjukhus) har gemensamma träffar med vårdsamordnaren på vårdcentralen. I länet används informationsöverföringssystemet LifeCare SP för vårdplaneringsprocessen mellan vårdgivarna. Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral har en överenskommelse om samverkan mellan huvudmännen vilken även fungerar som ett måldokument med indikatorer som följs upp enligt årshjul.

Samverkansorganisation mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län
Kommunerna, regionen och det civila samhället arbetar tillsammans för att stärka och förbättra vården, välfärden och folkhälsan. Samverkan sker också kommunerna emellan. Region Örebro län samordnar arbetet i politiker- och tjänstepersonsgrupper samt i nätverk för strategiska chefer via enheten Välfärd och Folkhälsa. Syftet med den regionala samverkan inom området social välfärd samt vård och omsorg är att invånare i behov av insatser från både regionen och kommunen ska få en god vård och omsorg. Detta ska ske i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och samverkan ska säkra att den enskilde inte faller mellan stolarna. Det finns två chefsgrupper som tjänstemannastöd till de specifika samverkansråden.

Specifika samverkansrådens uppdrag:

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

Regional samverkansstruktur för folkhälsa, social välfärd samt vård och omsorg



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

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

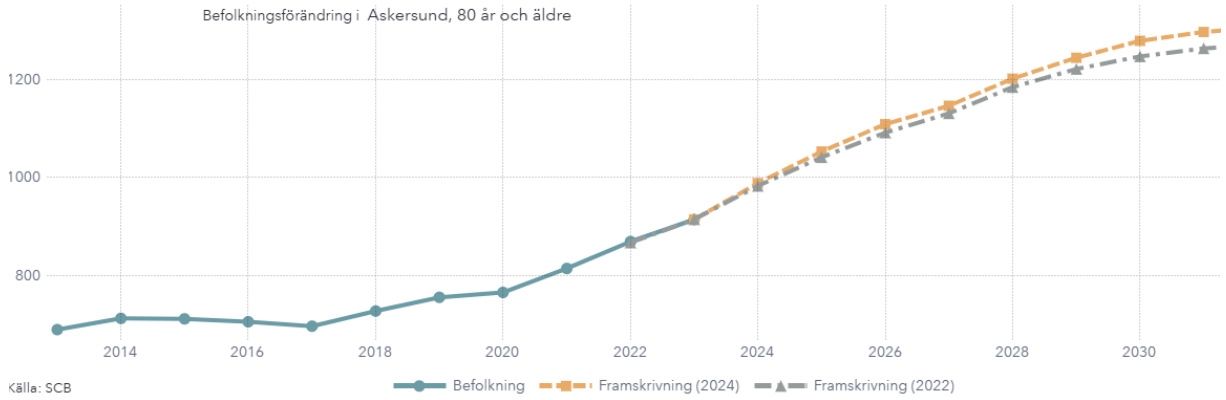
Kunskapsstyrningen är ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Målet är att bidra till en god hälsa i befolkningen genom en god vård som ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Kunskapsstyrningsstrukturen bygger på nationella programområden samt nationella samverkansgrupper; båda med underliggande nationella arbetsgrupper.

Den lokala nivån, det vill säga Region Örebro läns hälso- och sjukvård och tandvård ska tillsammans med länets kommuner ta del av och införa de nationellt framtagna kunskapsstöden i den kliniska vardagen. Uppföljning och analysera av medicinska resultat ska göras och användas som utgångspunkt för utveckling och förbättring av verksamheten. Patient- och närståenderepresentanters erfarenheter och kunskap ska tillvaratas.

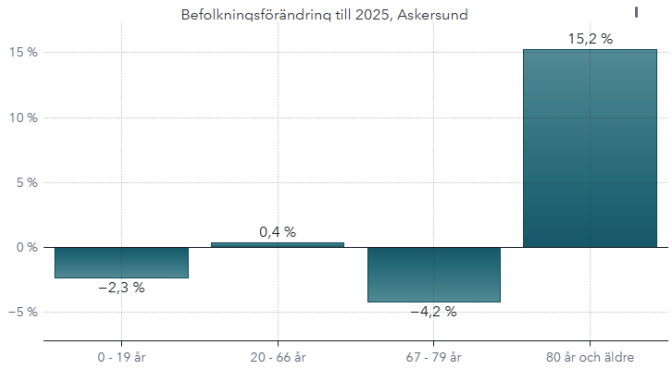
Nära vård

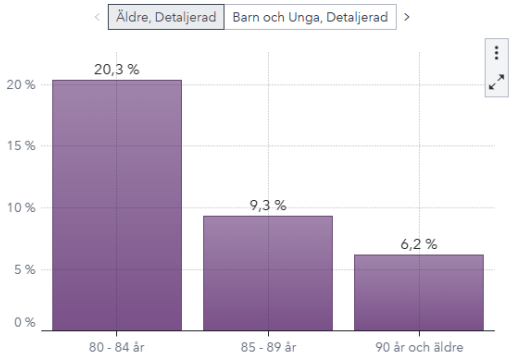
Det har skett stora framsteg inom svensk hälso- och sjukvården de senaste decennierna. Vi lever längre, andelen äldre kommer att öka och fler kan idag leva länge med kroniska sjukdomar. Det är några av faktorerna som förändrar behoven i dagens hälso- och sjukvård. Nationellt står vi inför en förändrad ålderssammansättning i befolkningen. Vi kommer bli färre i arbetsför ålder och betydligt fler 80 år och äldre. Den demografiska förändringen innebär stora utmaningar att finansiera och inte minst bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Befolkningsförändring till i Askersund 80 år och äldre

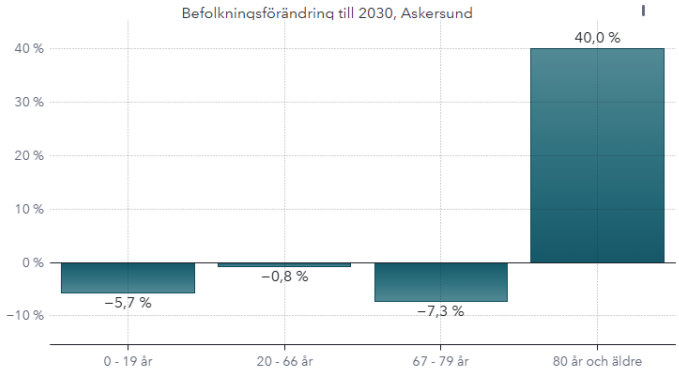


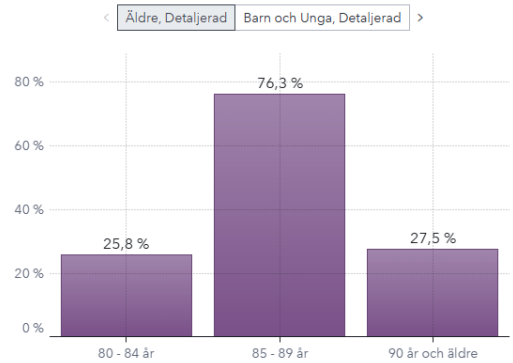
Befolkningsförändring till 2025 i Askersund





Befolkningsförändring till 2030 i Askersund





Askersunds kommun ligger nästan i topp procentuellt sätt när det gäller ökning av personer 80 år och äldre mellan åren 2020 och 2030. Omställningen till Nära vård är en stor nationell utveckling inom välfärden som syftar till att bättre möta de behov av vård och omsorg som finns redan i dag och de utmaningar som samhällsutvecklingen bidrar till. Men det handlar inte bara om vård utan om att hitta nya arbetssätt som förflyttar både vård, hälsa och omsorg närmare invånarna och för att resurserna ska kunna användas bättre och därmed räcka till fler. Nära vård handlar i det stora hela om tillgänglighet, kontinuitet, samordning och proaktivitet. Att arbeta personcentrerat, nyttja digitaliseringens möjligheter och främja god kompetensförsörjning är grundläggande förutsättningar.

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

Bild: Illustration av målbilden för Nära vård i samverkan.

Alla länets kommuner har anställda processledare som arbetar med omställningen till Nära vård på den lokala samverkansnivån. Uppdraget finansieras med statliga stimulansmedel. Processledarna ingår i nätverk i länet och i respektive länsdel, vilka förutom omställningen till en god och nära vård, hanterar frågor som folkhälsa, psykisk hälsa och suicidprevention. Under 2022 tog länets 12 kommuner och Region Örebro län beslut om en gemensam målbild för omställningen till en nära vård. Målbilden är en utgångspunkt för länets fortsatta arbete. En förändring till en mer personcentrerad vård och ett mer personcentrerat förhållningssätt som utgår ifrån varje persons behov, önskemål och förutsättningar. Det är även att få sin vård så nära hemmet som möjligt, från vård på sjukhus till att få vård med hemmet som bas.

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

Färdplan Nära vård

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

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

En lokal färdplan med lokala mål för Askersunds kommun har tagits fram under 2023 som även gäller 2024. Fokus är att chefer, medarbetare och politiker ska ha kännedom och engagemang i omställningen till Nära vård, samt att ett personcentrerat arbetssätt ska implementeras i socialförvaltningens verksamheter. De fokusområden som är framtagna är samverkan gällande kommunal och regional primärvård, samverkan gällande barn och unga, samt samverkan gällande äldre. Styrgruppen för Nära vård består av förvaltningscheferna i Socialförvaltningen, Barn- och utbildningsförvaltningen och Förvaltningen för kultur, evenemang och fritid och verksamhetschef inom regionen i södra länsdelen. För att få ett brett perspektiv med fokus på förebyggande och främjande arbete använder Askersund i dessa sammanhang begreppet Skapa hälsa tillsammans.

En god säkerhetskultur

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §
En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Under slutet av 2024 påbörjades mentorsprojekt på Smedsgården gällande att stärka omvårdnadsarbetet och höja kompetens för omvårdnadspersonal. Legitimerade sjuksköterskor har observerat och handlett omvårdnadspersonal i verksamheten för att stärka deras roll i omvårdnadsarbetet.

Informationssäkerhet

Förvaltningen omfattas av flertalet författningar som ger direktiv om informationssäkerhet t.ex. Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster, Patientdatalag (2008:355) och Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Det finns kommunövergripande styrdokument gällande informationssäkerhet som alla förvaltningar har att förhålla sig till. Inom socialförvaltningen hanteras stora mängder känsliga uppgifter inom olika system som stöd för verksamhetens uppdrag. Hantering av känsliga uppgifter och följsamhet till styrdokument behöver förstärkas inom förvaltningen för att minimera risker att känsliga uppgifter hamnar i orätta händer samt skapa trygghet hos användarna som hanterar känsliga uppgifter. Under året har SKR initierat Handslaget som är ett nationellt arbete med olika inriktningar med stöd för digitalisering där bland annat SDK (säker digital kommunikation) ingår. Det är ett av initiativen som kommunen har beslutat att införa under 2025 för att kunna skicka känsliga uppgifter på ett säkert sätt digitalt. Under våren 2024 gick även alla medarbetare en digital kommungemensam grundkurs i informationssäkerhet som syftar till att ge användarna stöd i deras dagliga arbete och öka medvetenheten om hur känslig information ska hanteras.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Kompetensnivå

Inom vård- och omsorg fanns i november 2024 inom särskilt boende och korttidsenhet 155 månadsanställda och av dem var 113 utbildade undersköterskor, 79 timvikarier varav 26 var utbildade undersköterskor. Inom hemtjänst fanns 135 månadsanställda varav 92 var utbildade undersköterskor, 74 timvikarier varav 34 var utbildade undersköterskor.

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

Femton sjuksköterskor är grundutbildade, åtta är specialistutbildade och två är under pågående utbildning till specialister.

Specialistutbildade sjuksköterskor:

- Fem specialistsjuksköterskor inriktning mot distriktssköterska
- En specialistsjuksköterska inriktning äldre, och palliativ vård
- En specialistsjuksköterska inriktning anestesisjukvård
- En specialistsjuksköterska inriktning demens

Studier som pågår:

- En studerar till specialistsjuksköterska inriktning mot distriktssköterska
- En studerar till specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård

Kompetenstrappa

Arbete har pågått under hösten 2023 med att differentiera och tydliggöra rollerna för vårdbiträde, undersköterska och specialistundersköterska i en kompetenstrappa. Kompetenstrappan är indelad i tre nivåer, ny i rollen, erfaren i rollen och skicklig och mångsidig. Kompetenstrappan är ett stöd i arbetet runt introduktion och bedömning inom yrkesskickligheten inför medarbetar- och lönesamtalen som sker årligen. Delegerade arbetsuppgifter ingår i kompetenstrappan.

Under 2024 har alla chefer informerat om den nya kompetenstrappan på APT samt tagit med det i alla medarbetarsamtal. Implementeringen har gått bra men ett fortsatt arbete behöver ske. Under 2024 har ett stort arbete pågått framför allt i hemtjänsten för att öka antal personal som har kompetens för att kunna få delegeringar. En övningsdocka köptes in till en utbildningslokal (mini Kliniskt Tränings Centrum KTC) som finns på Västergården. Ingen formell uppföljning av implementeringen av kompetenstrappan har genomförts ännu.

Handledare

Handledarutbildning ingår i Vård och omsorgs-college uppdrag som syftar till att ansvara för genomförande av arbetsplatsförlagt lärande (APL). Handledaren ska vara en förbindelselänk mellan utbildningsanordnaren, eleven och den egna arbetsplatsen. Inom våra verksamheter finns flertalet handledare utbildade. I uppdraget ingår även att stödja elever i språk och kulturkompetens.

Utbildningar under året

Kognitiv svikt

Under året har flertalet kompetenshöjningar och satsningar skett inom demensområdet. Demenstemet som innefattar leg sjuksköterska och arbetsterapeut har under åter gått utbildning och blivit certifierade utbildare för BPSD (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) registret. Två arbetsterapeuter samt omvårdnadspersonal inom delar av Smedsgården samt halva personalgruppen inom korttids har genomgått utbildning till BPSD administratörer. En utbildningsplan finns för 2025 för fortsatt implementering inom särskilt boende och korttids. Inom korttidsverksamheten är ungefär hälften av vårdplatserna växelvårdsplatser för personer med kognitiv svikt.

En annan satsning som genomfördes under 2024 var att påbörja Stjärnmärkning av Smedsgården. Stjärnmärkning syftar till att ge omvårdnadspersonal kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. En del av innehållet är exempelvis Demens ABC som erbjuds via Svenskt demenscentrum. Tre omvårdnadspersonal vid Smedsgården har gått utbildning för Stjärninstruktör och utbildar kollegor inom verksamheten.

Underåret har även träffar med demensombud skett regelbundet för att ge stöd ut i verksamheterna och vara den förlängda armen från demenstemet. Träffar med olika tema ex demenssjukdomar och kognitiva hjälpmedel samt syfte att utbyta erfarenheter.

Personcentrering

Ett av målen i den lokala färdplanen för Nära vård är ökad delaktighet och personcentrerat arbetssätt inom socialförvaltningen. Processledaren för Nära vård har besökt samtliga APT inom Vård och omsorg och Funktionsstöd för introduktion och skattning av nuläge när det gäller personcentrerat arbetssätt inför utbildningsinsats. En arbetsgrupp har tagit fram ett arbetsmaterial som underlag till utbildningsinsatsen som av teamledningarna genomförts 2024 i samtliga arbetsgrupper.

Kompetenssatsning Yrkesresan

Yrkesresan är ett strukturerat utbildningskoncept för kompetensutveckling inom socialtjänsten, vilket syftar till att stärka medarbetarnas kompetens och yrkesstolthet. Utbildningen kombinerar digital lärmiljö med lokala eller regionala kurstillfällen och är ett samarbete mellan kommunal, regional och nationell nivå. I Askersunds kommun startade Yrkesresan inom Funktionsstöd i augusti 2024 och riktar sig till alla ordinarie medarbetare.

Kursuppläggen har visat sig vara effektiva och anpassade efter personalens behov, och utbildningen kommer fortsätta vara en central del av kommunens långsiktiga kompetensutveckling

Syfte och mål: Yrkesresan syftar till att höja kvaliteten i mötet mellan medarbetare och invånare, stärka yrkesstolthet och bidra till en jämställd och jämlik socialtjänst. Genom denna satsning får medarbetare inom Funktionsstöd i Askersunds kommun tillgång till kvalitetssäkrad utbildning som stöder deras dagliga arbete och utvecklar deras kompetens, vilket indirekt bidrar till ökad patientsäkerhet.

Genomförande: Utbildningen började med en webbaserad kurs, följd av en andra kurs som startade i december 2024. Den andra kursen inkluderar både digitala och fysiska kurstillfällen, där medarbetare från olika delar av Funktionsstöd deltar i grupper om ca 16 personer. Utbildningen har varit noggrant planerad med hjälp av schemaplanerare för att säkerställa att all personal får möjlighet att delta.

Koppling till anhörigstöd och kommunikationsstöd: Under utbildningen har även ämnen som anhörigstöd, pedagogik och kommunikationsstöd integrerats, särskilt med fokus på AKK (Alternativ och Kompletterande Kommunikation) och bildstöd från Inprint3, vilket förbättrar både personalens och de boendes kommunikation och trygghet.

Hälsan spelar roll

Utbildningen ger kunskap om hälsa, mat och träning samt bygger på diskussioner kring levnadsvanor för att gynna en god och jämlik hälsa. Kursen är särskilt utformad för personer som får stöd enligt LSS, att ge personal material och stöd för att kunna guida och motivera brukarna till hälsosamma val och sundare livsstil. Det är inom LSS-verksamhet som utbildningen genomförts samt även två arbetsterapeuter som deltagit.

MHFA-grund utbildning (Menthal Health First Aid)

Under 2024 har två arbetsterapeuter gått MHFA-grund utbildning (Menthal Health First Aid) med inriktning mot vuxna. Utbildningen innebär att få en grundkunskap om psykiska sjukdomar och kunskap hur man kan hjälpa en person med psykisk ohälsa.

Lyftkörkortsutbildning

Omvårdnadspersonal ska ha lyftkörkortsutbildning för att få förflytta en brukare med personlyft. Lyftkörkortsutbildning har erbjudits vid 15 tillfällen och det har utbildats sammanlagt 83 omvårdnadspersonal under 2024. Lyftkörkortsutbildning erbjuds regelbundet till ny personal och för personal som har gått utbildningen för länge sedan och har behov av att bli uppdaterade. Det är arbetsterapeuterna som utbildar i lyftkörkort.

Medicintekniska produkter – personlyftar

Hjälpmedelstekniker har under året utbildats för att kunna utföra besiktningar av personlyftar samt följa de standarders om gäller för att personlyftar ska vara säkra vid användning.

Utbildning i förflyttningskunskap

Kommunens förflyttningsinstruktörer är utbildade i ergonomi och förflyttningsteknik. De utbildar omvårdnadspersonal i förflyttningskunskap vilket är en teoretisk och praktisk utbildning. Inför sommaren hölls introduktionsutbildning för sommarvikarier där 65 vikarier deltog. 2023 identifierades ett behov av att utbilda ytterligare förflyttningsinstruktörer. Under 2024 har tre nya förflyttningsinstruktörer utbildats så nu finns det totalt fem instruktörer inom kommunen.

Utbildning av hygienombud

Under 2021 genomfördes en satsning för att få till ett mer tydligt och strukturerat uppdrag för hygienombuden i hela länet. Riktlinjen för basal hygien tydliggör hygienombudens och andra professioners roller och ansvar. Hygienombud finns nu i alla verksamheter inom vård och omsorg, funktionsstöd och hälso- och sjukvård och de har ett tydligt uppdrag. Alla hygienombud har en grundutbildning och flertalet har även gått påbyggnadsutbildningen. Utbildningarna fortgår och hålls av länets hygiensjuksköterskor.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §
En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Patienter och anhöriga görs delaktiga i den egna vården genom att synpunkter och klagomål tas tillvara. På övergripande nivå finns Rådet för funktionshinderfrågor och Kommunala pensionärsrådet. Patientmedverkan i verksamhetsnära utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten är något som behöver förbättras i verksamheterna

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

Trygg hemgång är en biståndsbedömd insats som syftar till att ge ett extra stöd och en trygghet vid hemkomst från sjukhus. Under en begränsad tid efter hemkomst från sjukhus ges insatsen med erfarna undersköterskor. Vid behov av insatser från sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut så planeras även detta in inför hemgång.

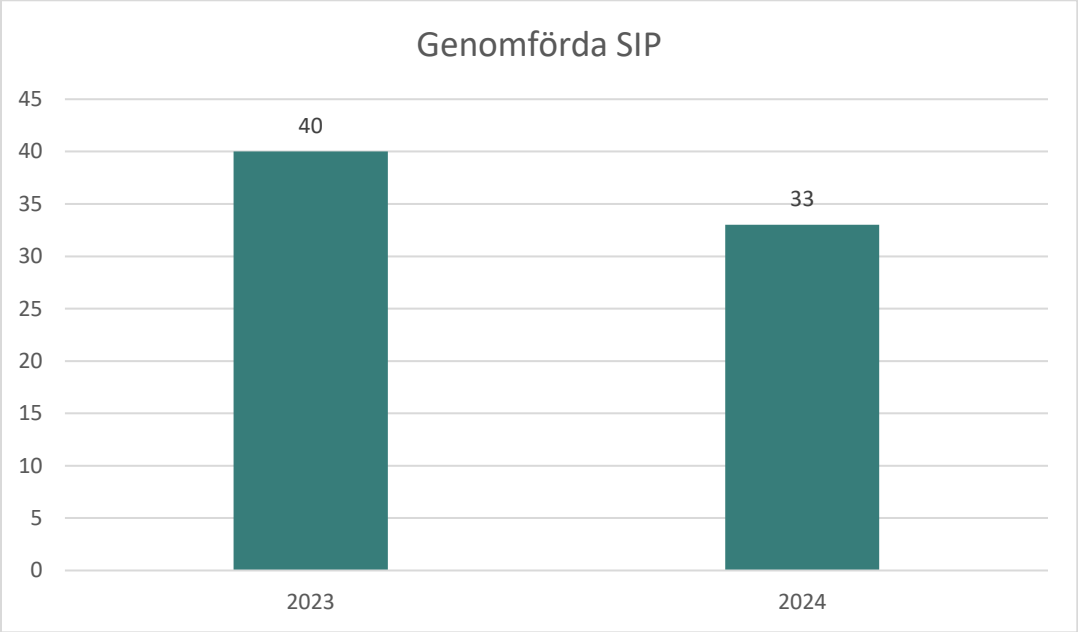
Utbildning i personcentrerad vård har skett under året, se avsnitt under Utbildningar under året.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete genom hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål, egenkontroller och riskanalyser. För att det ska fungera så krävs ett väl fungerande teamarbete.

Sammanhållen vård och sammanhållen individuell plan - SIP
ViSam omfattar stöd för tre samverkansprocesser mellan Region Örebro län och länets kommuner: Bedömning/beslutsstöd, Samordnad individuell planering (SIP) och Säker utskrivning. Det finns två arbetsterapeuter, två sjuksköterskor och en biståndshandläggare som är utbildade metodhandledare. Metodhandledarna ska vara ett stöd för användarna inom den egna organisationen i processerna som beskrivs i ViSam samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Processledare för Nära vård och samordnare på vårdcentralen leder nätverk för metodhandledare för att stödja handledarna i processen för SIP och verka för gemensamt arbetssätt.

Vårdsamordnaren på Askersunds vårdcentral ansvarar för att kalla till SIP vid utskrivning från slutenvården. Antal genomförda SIP har minskat till 33 under 2024.



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

Under 2024 har begränsad journalgranskning genomförts. Under året har palliativ vårdplan inkluderats i ordinarie vårdplan för att det var en utmaning att särskilja problem och åtgärder till olika vårdplaner.

Under 2025 kommer patientjournalen byta verksamhetssystem och under slutet av 2024 och början av 2025 gör legitimerad personal en genomgång av alla patientjournaler för att uppdatera och säkerställa att det är aktuella vårdplaner och information som ska vara underlag att flytta över till det nya systemet. Eftersom nytt system införs under året och det pågår aktivt arbete i verksamheten kommer inte medicinskt ansvariga genomföra någon generell journalgranskning.

Medicintekniska produkter - MTP

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

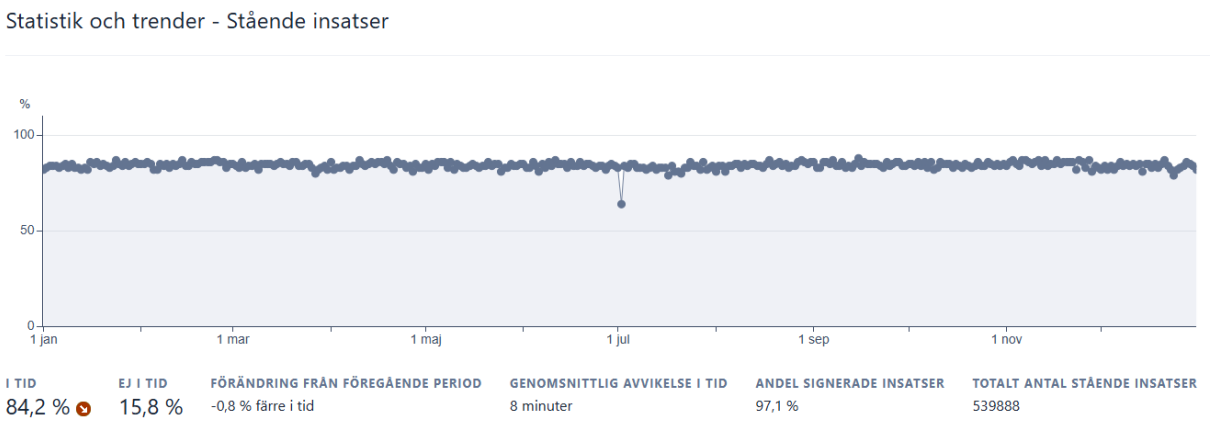
Under 2024 har det gjorts en större länsövergripande inventering i alla kommuner av undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel. Två sjuksköterskor är ansvariga för funktionskontroll och registrering undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel.

Under 2024 har systematisk besiktning av personlyftar som används ute i verksamheterna samt stålyftar och golvlyftar som finns i lager utförts. De taklyftar som finns i lager besiktigas när de ska tas i bruk. Kontroll av omvårdnadshjälpmedel görs av hjälpmedelstekniker. Sängar kontrolleras och servas regelbundet.

Digital signering av läkemedel och andra delegerade uppgifter

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

Överlämning av läkemedel 2024



År 2024 var det totalt 539888 insatser som gällde överlämnande av stående läkemedel, vilket var 37427 färre än året innan. Ytterligare var det 3989 stående insatser gäller narkotikaklassade läkemedel, vilket är i samma nivå som året innan. Utöver detta så kommer också alla vid behovsläkemedel som inte går att redovisa antal för. Av 539888 insatser var 97,1 % signerade av personalen och 84,2 % var signerade inom rätt tidsram. Det innebär att det var 15 656 läkemedelsinsatser som inte var signerade under 2024.

Internkontroll av narkotikaklassade läkemedel

Under 2024 har 121 av 144 (84%) internkontrollrapporter lämnats in till MAS från kontrollansvariga sjuksköterskor. 100 % av internkontrollerna har genomförts på de olika enheterna på SÄBO och akut- och buffertförrådet på korttidsenheten. På hemsjukvårdsområdena och funktionsstöd har 68% av internkontrollerna utförts under året.

Under året har det i internkontrollen rapporterats 41 avvikelser i hanteringen av narkotikaklassade läkemedel. Det kan vara flera avvikelser på samma kontrollrapport gällande samma område/enhet och månad. I vissa läkemedelsförråd är det inga avvikelser på hela året och i andra läkemedelsförråd är det upprepade avvikelser. Avvikelserna har gällt brist/överskott i saldo i narkotikajournal, vid uttag ej

avskrivet läkemedel i narkotikajournal, dokumenterat i fel narkotikajournal, narkotikaklassade läkemedel som inte används och som sparats för länge i läkemedelsförråd och borde ha kasserats, lådor som inte varit korrekt uppmärkta för narkotika klassade läkemedel. 16 av 41 avvikelser är utredda av ansvarig sjuksköterska och resultat återkopplade till MAS.

Internkontroller saknas för det akut och buffertförråd som finns på Smedsgården. Det är ett mindre förråd men internkontroll ska ändå göras för de narkotiska läkemedel som förvaras där.

Det har utöver internkontrollen genomförts en kvalitetsgranskning av alla läkemedelsförråd av MAS tillsammans med extern apotekare inkl. kvalitetsdiskussion om läkemedelshantering.

Förslag till åtgärder:

- Följsamheten att genomföra internkontroll för narkotikaklassade läkemedel behöver förbättras inom hemsjukvård och funktionsstöd. MAS tar upp det med enhetschef för SSK.

- Följsamhet till rutin att förrådsansvarig sjuksköterska alltid ska följa upp internkontrollen på sitt område genom att utreda brister/överskott/anmärkningar och åtgärda orsaker till dessa avvikelser och därefter återkoppla skriftligt till MAS behöver förbättras. Behöver återkommande tas upp i sjuksköterskegruppen av enhetschef för SSK.

- Vid varje uttag och tillförsel av kontrolläkemedel i förråd, ska alltid läkemedlet kontrollräknas innan saldo dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet p.g.a. att det är så många olika sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Detta behöver regelbundet tas upp i sjuksköterskegruppen.

- Internkontrollen för narkotikaklassade och övriga särskilda läkemedel kommer 2025 övergå till egenkontroll. MAS har upprättat ny rutin och rapportblad för detta och informerat alla sjuksköterskor och enhetschef.

Läkemedelsgenomgångar

Alla patienter med kommunal hälso- och sjukvård ska få en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen. Under 2024 genomfördes totalt 435 läkemedelsgångomgångar varav 96 fördjupade och 339 förenklade för patienter listade på Askersund vårdcentral. Det går inte att specificera vilka läkemedelsgenomgångar som gjorts för patienter med kommunal hälso- och sjukvård pga att regionen har bytt verksamhetssystem hösten 2024.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av apotekare ska utföras årligen av området läkemedelshantering såsom följsamhet av föreskrift, riktlinje och rutiner.

En extern kvalitetsgranskning med apotekare genomfördes i november 2024 inom särskilt boende, korttidsenhet, gruppboenden funktionsstöd och hemtjänst/hemsjukvård. En granskning av akut- och buffertförrådet, enheternas och hemsjukvårdens läkemedelsförråd gjordes. Stickprov i patienters läkemedelsskåp och i hemtjänstens skåp i grupplokaler. Därefter genomfördes inom de olika granskningsområdena kvalitetsdiskussioner där enhetschefer, sjuksköterskor, undersköterskor, MAS och extern kvalitetsgranskare deltog.

Den externa kvalitetsgranskaren upprättade protokoll för kvalitetsgranskningen enligt författningar och övriga riktlinjer. Protokollet innehåller förbättringsförslag med förslag på åtgärder utifrån granskningen. Respektive enhetschef och sjuksköterskor ansvarar för att göra åtgärdsplan och att den genomförs och att det återkopplas till MAS.

Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Utredning av händelser – vårdskador och missförhållanden

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

Utredningarna av missförhållanden är bristfälliga och vårdskador utreds men det är ofta en fördröjning mellan tiden för händelsen och när utredningen genomförs. Detta innebär att det gällande missförhållanden kan ha missats att utreda och anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. När det gäller vårdskador så kan utredningen av allvarliga vårdskador bli försenad på grund av att grundutredningen fördröjs, fördröjning i samverkan med annan involverad vårdgivare samt planering och beslut av åtgärder som sker i samverkan med ansvariga chefer.

lex Maria och lex Sarah

Två lex Sarah har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg –IVO. Varav den ena handlade om misstänkta stölder från flera brukare. Den andra var ett allvarligt missförhållande där en brukare blivit misshandlad. Ingen allvarlig vårdskada - lex Maria har anmälts till IVO.

Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal - riskperson till IVO

En vårdgivare ska snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en legitimerad person inom hälso- och sjukvården, som är eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Ingen anmälan av riskperson är gjord under 2024.

Fokusområde 2 - Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Läkemedelsskåp

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

Kvalitetsregister

I kvalitetsregistren ansvarar enhetscheferna med stöd av övriga teamledningen att systematiskt arbeta med förebyggande åtgärder och följa upp risker för att bland annat minska risken för vårdskador. De kvalitetsregister som används inom kommunen är Senior Alert, BPSD-registret, SveDem och Svenska palliativregistret.

SveDem har under året börjat användas i och med att Smedsgården arbetar mot att bli Stjärnmärkt. Eftersom det inte använts under hela året och arbetet är under uppbyggnad så finns inget resultat att redovisa från SveDem. I Senior alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister där alla dödsfall registreras och kvalitetsindikatorer i samband med dödsfall följs. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienter och deras närstående. BPSD-registret är ett arbetssätt vid BPSD-symtom. Av de som lever med kognitiv svikt drabbas 90 % någon gång av BPSD. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med sjukdomen, men ger även stor påverkan för närstående och vårdpersonal. Syftet med BPSD-registret är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta öka livskvalitén.

Senior alert

Totalt riskbedömdes 121 unika personer 2024 vilket är en ökning med 21 i jämförelse med året innan. Det är framför allt Smedsgården och korttids som står för ökningen. Inom funktionsstöd och hemsjukvård har en minsknings skett. Av de riskbedömda under 2024 hade 83% någon form av risk och 81% hade en åtgärdsplan vid risk. Vilket innebär att det är färre patienter med risk och fler av dem som har en risk har fått förebyggande åtgärder insatta. Även om det är en ökning så borde det göras fler riskbedömningar. Det sätts in förebyggande åtgärder för patienterna men det skulle behöva jobbas mer systematiskt med riskanalys, förebyggande åtgärder och uppföljning i Senior alert. I målarbetet för 2025 lyfts det förebyggande arbetet fram som ett fokusområde.

Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa 2024

Sverige / Kommun / Region: Askersunds kommun | År: 2024 | Typ av enhet: Alla | Inkludera privata vårdenheter

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention: Riskbedömningar med risk	Vårdprevention: Bakomliggande orsaker vid risk	Vårdprevention: Åtgärdsplan vid risk	Vårdprevention: Utförda åtgärder vid risk	Utfall: Trycksår	Utfall: BMI<22	Utfall: Fall	Utfall: Munhälsa grad 2
Askersunds kommun	121	83% 108 av 130	69% 75 av 108	81% 87 av 108	72% 23 av 32	12 11 personer	32 personer	4 4 personer	49 personer
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	34	78% 29 av 37	48% 14 av 29	86% 25 av 29	33% 2 av 6	3 3 personer	7 personer	0 0 personer	14 personer
Borgmästargården	18	73% 16 av 22	69% 11 av 16	94% 15 av 16	88% 14 av 16	3 3 personer	6 personer	1 1 personer	5 personer
Gruppboende Askersund	2	100% 2 av 2	100% 2 av 2	100% 2 av 2	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 personer
Smedsgården	54	85% 47 av 55	74% 35 av 47	68% 32 av 47	70% 7 av 10	5 4 personer	18 personer	3 3 personer	29 personer
Syrenen	14	100% 14 av 14	93% 13 av 14	93% 13 av 14	0% 0 av 0	1 1 personer	2 personer	0 0 personer	1 personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Basal utredning av blåsdysfunktion

När det gäller det systematiska arbetssättet med blåsdysfunktion följer det ganska väl mönstret för övriga delar i Senior alert. Antalet gjorda utredningar har ökat sedan förra året. Under 2024 fick 44 unika personer en riskbedömning i Senior alert gällande blåsdysfunktion. Det är en ökning med 15 i jämförelse med 2023. Av de riskbedömda hade 72% risk och 94% av dessa fick en åtgärdsplan.
Borgmästargården och Syrenen är de enheter som har arbetat mest systematiskt med flest utredningar, åtgärder och uppföljningar.

Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall 2024

Sverige / Kommun / Region: Askersunds kommun | Ar: 2024 | Typ av enhet: Alla | Inkludera privata vårdenheter | Exportera till Excel

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention: Riskbedömningar med risk	Vårdprevention: Bakomliggande orsaker vid risk	Vårdprevention: Åtgärdsplan vid risk	Vårdprevention: Utförda åtgärder vid risk	Utfall: Förbättring vid uppföljning	
Askersunds kommun	44	72% 36 av 50	86% 31 av 36	94% 34 av 36	100% 16 av 16	13% 2 av 16	Visa detaljer
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	8	63% 5 av 8	20% 1 av 5	80% 4 av 5	100% 1 av 1	100% 1 av 1	Visa detaljer
Borgmästargården	18	75% 18 av 24	94% 17 av 18	94% 17 av 18	100% 15 av 15	7% 1 av 15	Visa detaljer
Gruppboende Askersund	3	67% 2 av 3	100% 2 av 2	100% 2 av 2	0% 0 av 0	0% 0 av 0	Visa detaljer
Smedsgården	1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	0% 0 av 0	0% 0 av 0	Visa detaljer
Syrenen	14	71% 10 av 14	100% 10 av 10	100% 10 av 10	0% 0 av 0	0% 0 av 0	Visa detaljer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %		

Svenska HALT

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Metoden används för mätningar i hela Europa. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska Halt genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Strama.

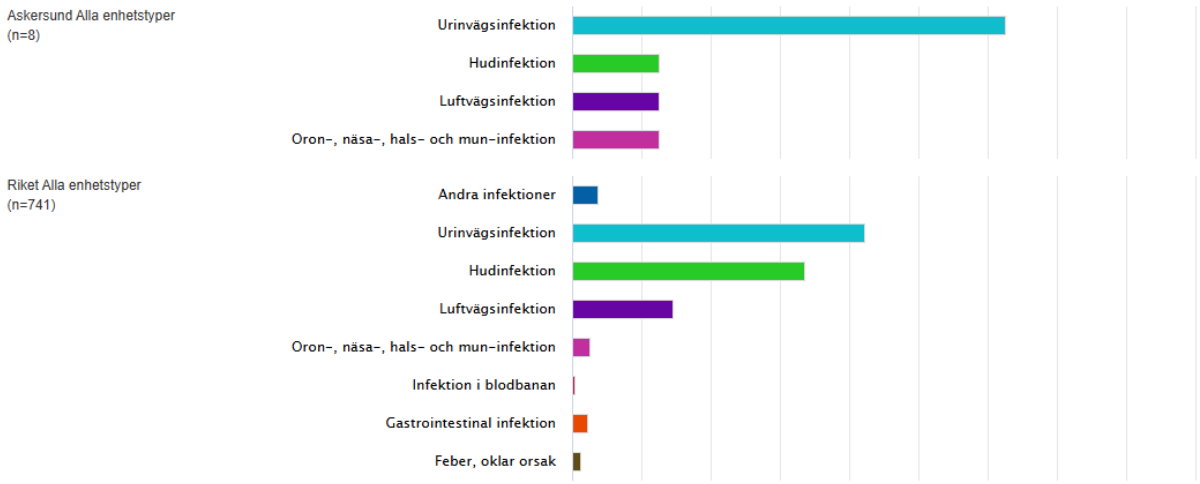
HALT mätningen 2024 genomfördes vecka 46-47 på särskilda boenden i Askersund. Resultatet av mätningen visade att 4 patienter av patienterna (4%) hade bekräftade infektioner, varav 2 st var urinvägsinfektioner och 1 hudinfektion och 1 öron, näsa, hals eller mun infektion. Det var 3% fler patienter som hade någon form av infektion än jämfört med riket (1%).
När det gäller behandling med antibiotika så hade 8 % av patienterna på SÄBO i Askersund en antibiotikabehandling (riket 3%).

Tabellerna nedan visar fördelningen av infektioner och infektionstyp antibiotika är insatt för, vilka riskfaktorer för infektion patienterna hade samt vårdtyngdsindikatorer.

Förklaring till tabellerna: varje mellanstreck i tabellerna är 10%.

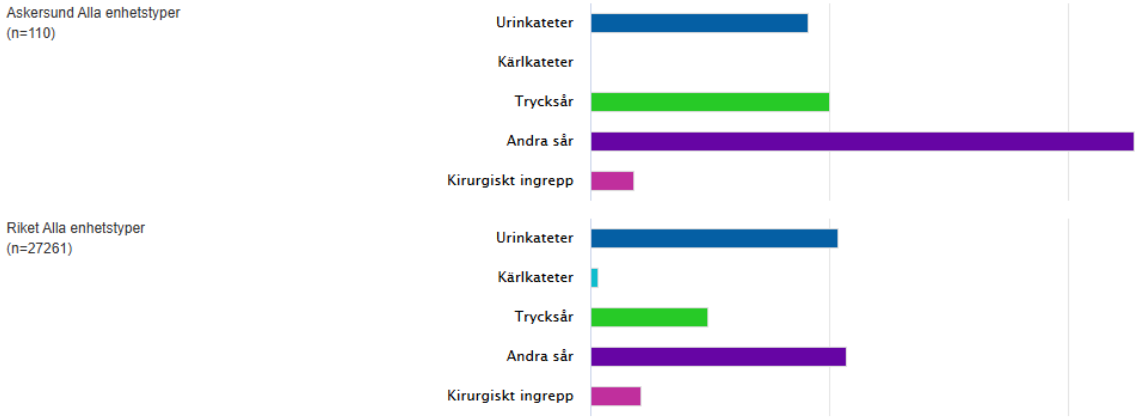
Fördelning av terapeutiska antibiotikabehandlingar (J01 exkl metenamin) per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Askersund. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Fördelning av riskfaktorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Askersund. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla

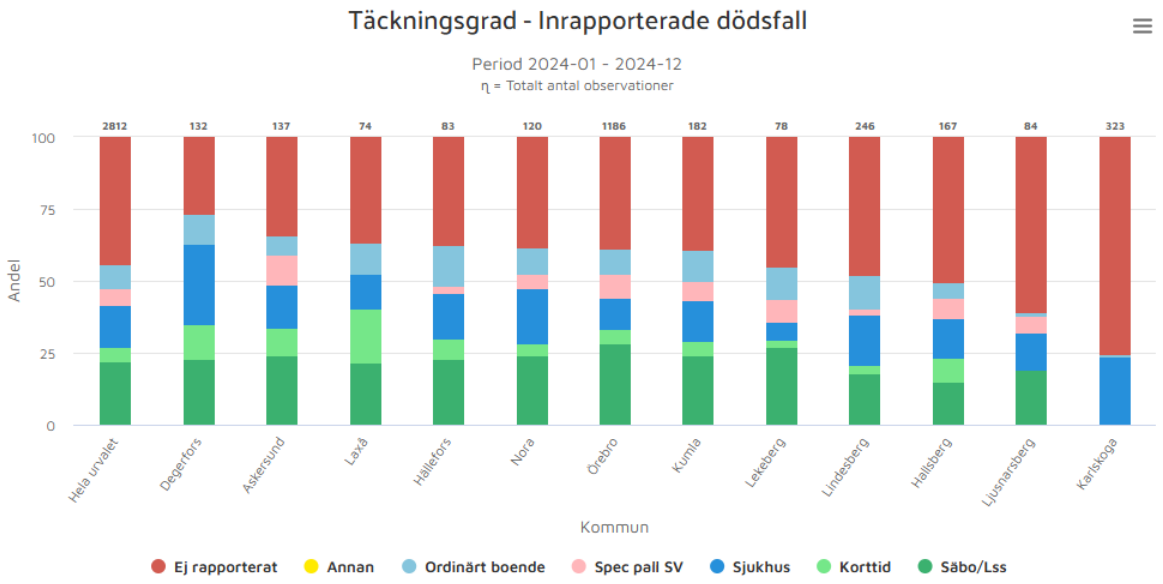


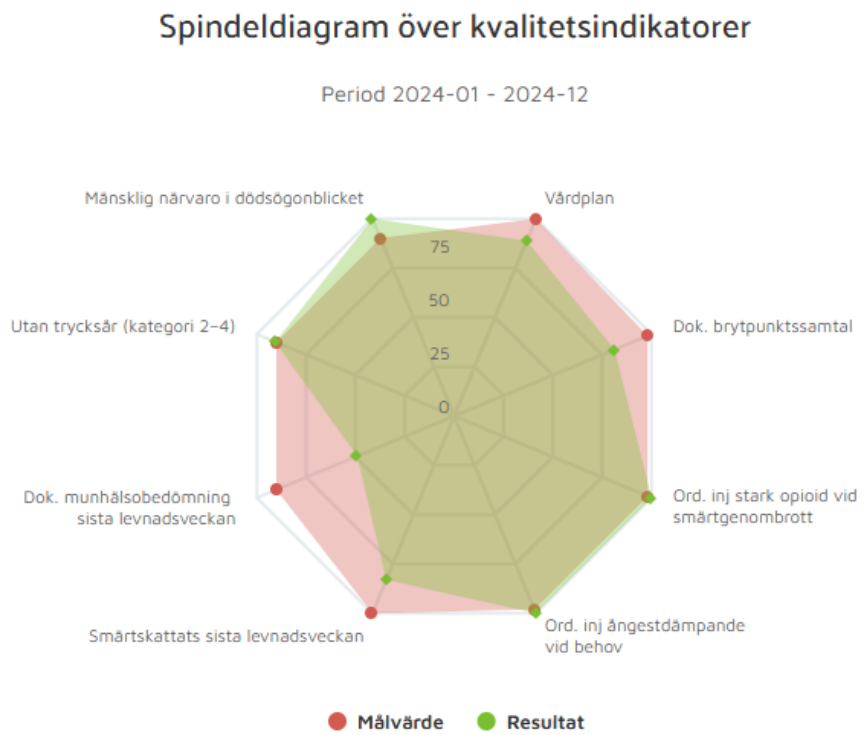
BPSD-registret
År 2024 gjordes 36 registreringar i BPSD-registret vilket är mer än en fördubbling jämfört med 2023. En anledning till att antalet registreringar minskat tidigare år kan vara rörlighet av personal och att certifierade utbildare har slutat i organisationen. Åtgärder för utbildning och kompetens finns mer beskrivet under avsnitt ”Utbildningar under året”. Demensteamets arbete visar på tydliga effekter vilket är en viktigt resurs för att kunna bemöta och vårda personer med kognitiv svikt.

Registreringar i BPSD registret 2019-2024

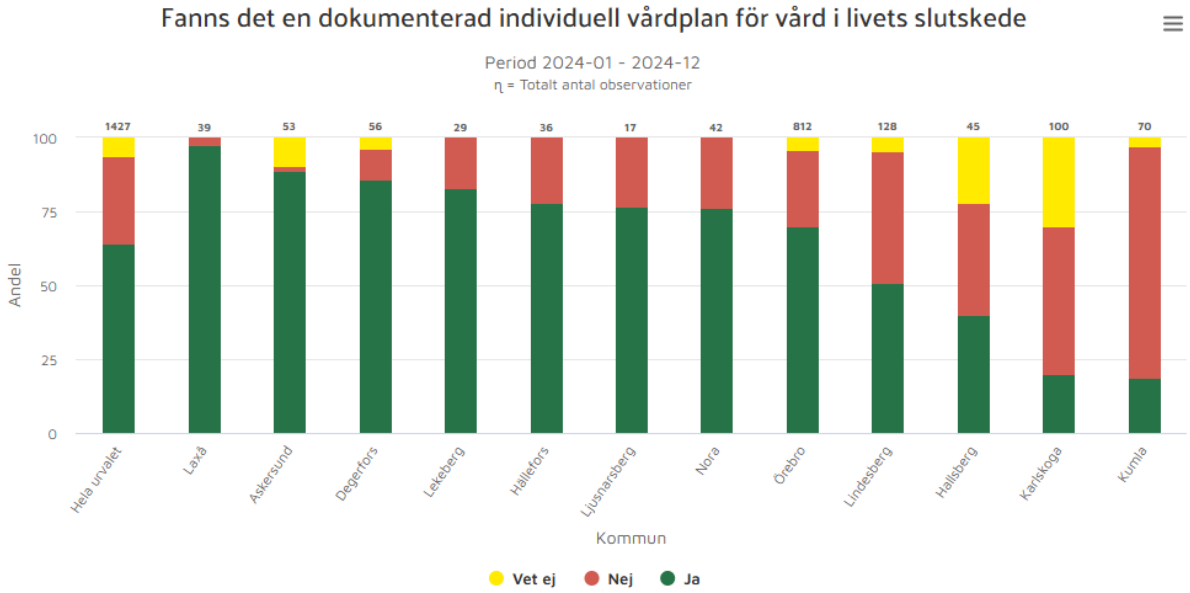
År	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Registreringar	74	40	19	7	14	36

Svenska palliativregistret
Målet är att täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret ska vara minst 70%, Askersund ligger under målvärdet och har 66 % i täckningsgrad det är en förbättring med 11 % sedan 2023. Uppföljning av den palliativa vården är ett förbättringsarbete som behöver prioriteras under 2025.

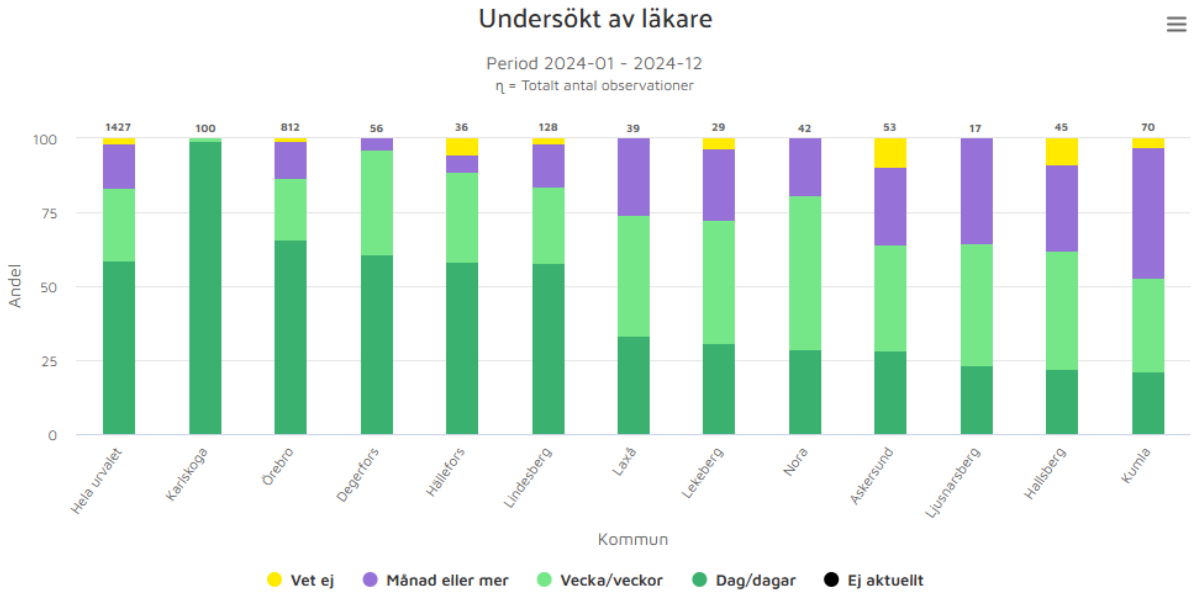




Kvalitetsindikatorerna för munhälsobedömning sista levnadsveckan har minskat betydligt från 63,5 % till 49,1 % (målvärde 90%), smärtskattning sista levnadsveckan har minskat från 86,5% till 83 % (målvärde 100%) mot resultatet 2023. Dokumenterade brytpunktssamtal minskat från 88,5% till 81,1 % (målvärde 98%). Det systematiska förbättringsarbetet med de dessa indikator behöver förbättras för att nå målvärdena och patientsäkra den palliativa vården.



För att säkerställa att patienter i palliativ vård ska ha en individuell vårdplan så genomfördes i april 2023 en utbildning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter i hur en individuell vårdplan hur de upprättas utifrån patientens delaktighet och behov. Efter det utbildningstillfället prioriterades alla patienter som hade pågående palliativ vård att få vårdplaner upprättade. Information om hur brytpunktssamtal ska dokumenteras gavs också till alla sjuksköterskor. Det blev ett mycket bra resultat av utbildningsinsatsen och att 84,6% av patienterna med palliativ vård hade en individuell vårdplan 2023 och det har till 2024 ökat till 88,7 %.



Diagrammet visar hur lång tid innan dödsfallet patienten undersöktes av en läkare senast. För 28 % av patienterna gjordes den senaste läkarundersökningen inom sju dagar innan dödsfallet, för 36 % inom en till fyra veckor innan dödsfallet och för 26 % en månad eller mer innan dödsfallet. Det visar att patienterna med palliativ vård i Askersund har lägre möjlighet att få bli undersökt av läkare sista levnadsveckan än genomsnittet i Örebro län som ligger på 59 %.

Fokusområde 3 - Säker vård här och nu

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

Riskhantering

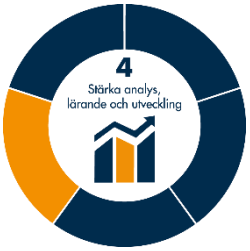
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalys

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

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

Fokusområde 4 - Stärka analys, lärande och utveckling



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

Avvikelser

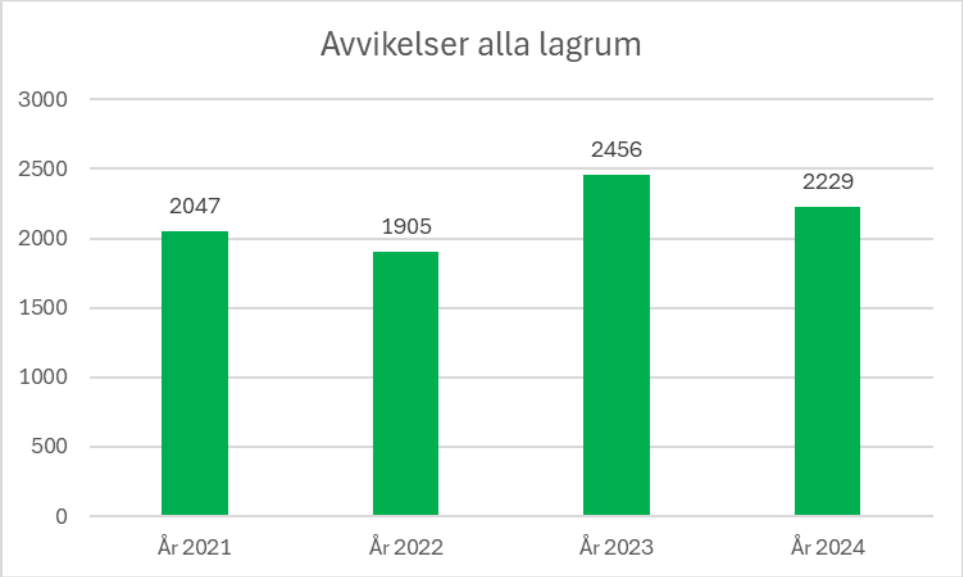
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

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

I juni infördes en ny avvikelsemodul i verksamhetssystemet med syfte att förenkla och förtydliga avvikelseprocessen. Införandeplanen var tidspressad och superuser fick utbildning innan kommunens modul var färdigbyggd vilket gjorde att de inte kunde ge fullt stöd till verksamheterna vid driftstart. Införandet gjordes under sommarperioden då verksamheterna samtidigt introducerar vikarier och ordinarie personal har längre ledigheter vilket gjorde att det efter sommaren och under hösten innebar stora eftersläpningar i det systematiska arbetet med utredningar i verksamhetens teamledningar.

Avvikelser sammanställning

Under 2024 har totalt 2237 avvikelser d.v.s. rapporter om missförhållanden och vårdskador rapporterats i förvaltningen. Det är 219 färre än 2023.



Avvikelser mellan vårdgivare

42 avvikelser har rapporterats till regionen avseende brister i informationsöverföring. Det handlar om brister i kommunikation när patienter skrivs ut från slutenvården.

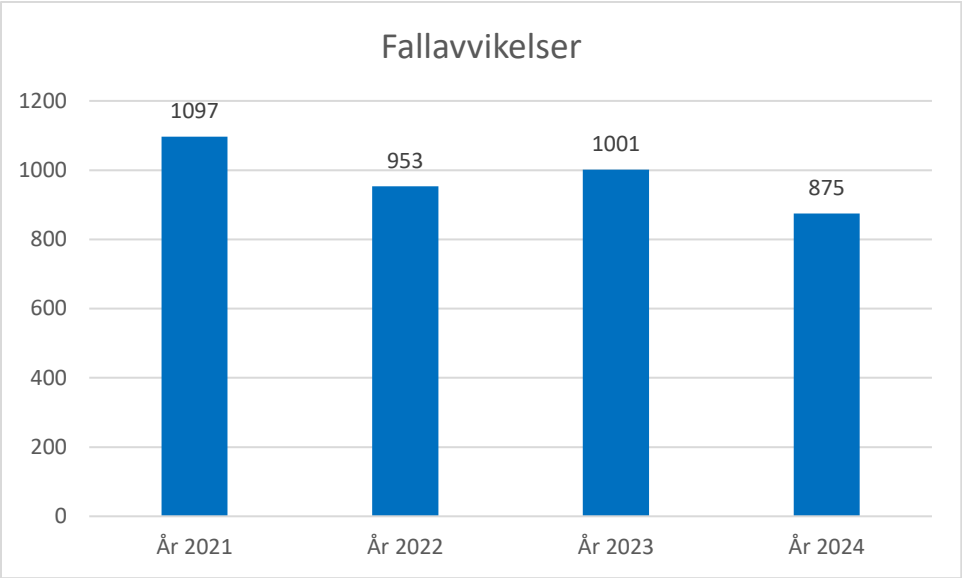
Avvikelser i allmän omvårdnad, service och träning

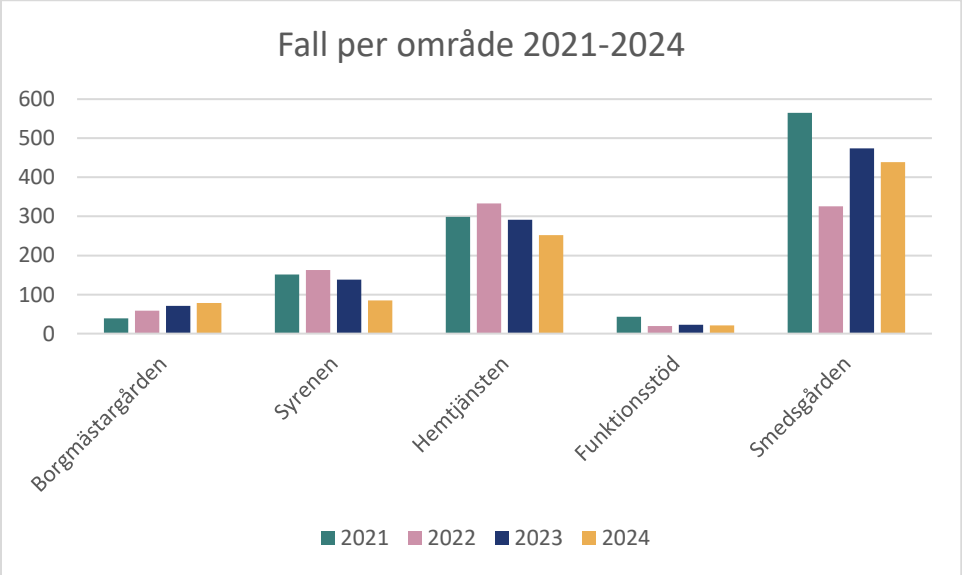
169 avvikelser har rapporterats under 2024, det är en minskning med 167 jämfört med föregående år. Det är en halvering av antal avvikelser från föregående år. I dialog med enhetscheferna så saknas kompetens hos medarbetarna kring vad som är avvikelse gällande SoL. Det finns också felaktigheter i rubriksättning där avvikelser rapporteras under fel lagrum och måste läggas in på nytt vilket inte genomförs. Utbildningsinsatser sker under 2025 för att höja kunskapen kring detta.

Fallavvikelser
Det var 875 avvikelserapporter om fallolyckor rapporterade 2024, en minskning med 126 fall i jämförelse med året innan. På Smedsgården har antal fall minskat med 35, Borgmästargården har ökat med 7, Syrenen minskat med 53, i hemtjänsten minskat med 39, och inom funktionsstöd minskade fallen med 2.

Över tid de senaste tre åren har antalen fall minskat inom hemtjänst, funktionsstöd samt korttidsverksamheten.

En fördjupning i konsekvenser av totala antalet fall går inte att göra då de olika systemen visar olika kategorier som inte är jämförbara. Statistik och analys för 2025 kommer utgå från nya systemet kategorier.





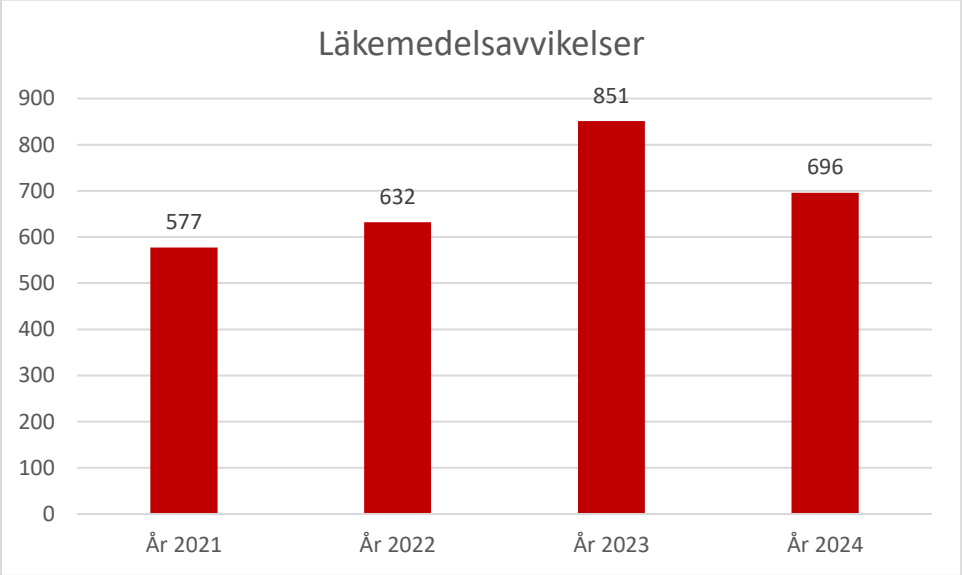
Läkemedelsavvikelser

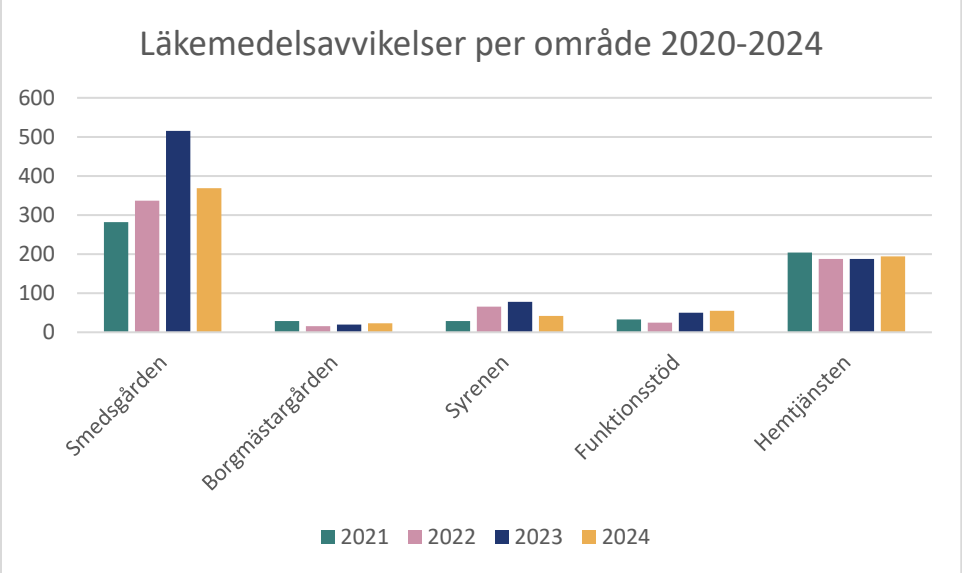
696 avvikelser gällande läkemedelshantering rapporterades 2024. Detta är en minskning med 155 sedan föregående år.

På korttidsenheten har antalet avvikelser gällande läkemedel nästa halverats. Även på Smedsgården har en minskning skett med 146. Övriga verksamheter har ungefär samma antal som föregående år.

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

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





Synpunkter och klagomål

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

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

Inkomna förslag, synpunkter och klagomål

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

Antal inkomna ärenden	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Totalt	33	24	19	25

Tabell: Sammanställning av klagomål och synpunkter år 2021- 2024, redovisning av antal inkomna ärenden.

Kategori	**Antal mottagna ärenden**
Omvårdnad/kvalitet/service	9
Bemötande/tillgänglighet	8
Handläggning	3
Kompetens	3
Stöld *(avser samma ärende)*	3

Tabell: Inkomna klagomål och synpunkter 2024, antal per kategori.

Analys

Inkomna synpunkter och klagomål är något högre än år 2023. Av dessa är 68% hanterade och avslutade, 12% hanteras fortfarande och 20% saknar till viss del åtgärder. Rutinen för hanteringen av inkomna klagomål har arbetats om och i jämförelse med att 21% under 2023 hade dokumenterade åtgärder ser förvaltningen en klar förbättring i detta.

Kommunens kvalitetsmått

Brukarundersökningen syftar till att fånga de boendes upplevelse av vård och omsorg och funktionsstöd, samt att identifiera områden för förbättring inom verksamheterna. Resultaten från dessa undersökningar är viktiga för kommunens arbete med att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet.

Kvalitet och resultat inom SÄBO

Nyckeltal	Område	2022	2023	2024
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	Askersund	84	70	66
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)	Askersund	43	45	22
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	Askersund	46	56	41
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - alltid eller oftast bra bemötande, andel (%)	Askersund	87	90	86
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%)	Askersund	70	69	74
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - mycket eller ganska trygga, andel (%)	Askersund	90	93	75

Brukarundersökningen visade på både positiva och förbättringsbehov inom olika aspekter av SÄBO-verksamheten. Den sammanlagda bedömningen från de boende reflekterade en blandad bild av kvaliteten på de tjänster som erbjuds, vilket ger en värdefull information för det fortsatta kvalitetsarbetet.

- **Positiva resultat:**
  - Största delen brukarna upplever god trygghet och bra bemötande från personalen. Detta indikerar att personalens kompetens inom bemötande och social omsorg är tillfredsställande.
  - Matens kvalitet bedöms positivt av många brukare, vilket tyder på att kost och måltidsupplevelse är prioriterade områden.
- **Utmaningar:**
  - Det framkommer även att fler aktiviteter och sociala insatser efterfrågas för att stödja brukarnas psykiska och fysiska välmående. Detta indikerar att den sociala delen av omsorgen kan förbättras.

Personalens Kompetens och Bemötande: Personalens kompetens och förmåga att skapa en trygg miljö för brukarna är avgörande för både kvalitet och patientsäkerhet. Brukarundersökningen visar att majoriteten av brukarna upplever ett bra bemötande från personalen och känner sig trygga i sitt boende. Detta är ett positivt resultat som tyder på att de boende känner sig väl omhändertagna och respekterade.

Fokusområden:

- För att bibehålla och förstärka detta resultat bör kommunen fortsätta satsa på kompetensutveckling för personalen, särskilt inom områden som kommunikation, bemötande och etiska dilemman.
- Vid behov kan även utbildning inom stresshantering och psykosocialt stöd införas för att ytterligare stärka personalens förmåga att hantera de boendes behov.

Aktiviteter och Social Delaktighet: Enligt resultaten från undersökningen uttrycker flera brukare en önskan om fler aktiviteter och större möjlighet till socialt engagemang eller social samvaro. Detta pekar på att det finns behov av att förbättra de sociala och kulturella inslagen inom SÄBO-verksamheten för att stödja de boendes fysiska och psykiska hälsa.

Fokusområden:

- De särskilda boendena bör överväga att öka antalet och variationen på aktiviteter som erbjuds, och anpassa dessa efter de boendes individuella önskemål och behov.
- Samarbete med externa aktörer och volontärer kan också vara ett sätt att utöka de sociala inslagen och öka delaktigheten.

Brukarundersökningen för SÄBO i Askersunds kommun 2024 ger en tydlig bild av de områden där kommunen gör framsteg, samt de delar som behöver förbättras för att säkerställa en högre kvalitet och patientsäkerhet för de äldre. Genom att adressera de identifierade utmaningarna, särskilt möjligheten till aktiviteter, samt fortsätta att utveckla personalens kompetens och bemötande, kan kommunen förbättra både kvaliteten på vården och brukarnas upplevelse av trygghet och välbefinnande.

Kvalitet och resultat inom hemtjänst

Nyckeltal	Område	2022	2023	2024
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	Askersund	87	88	88
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - alltid eller oftast bra bemötande, andel (%)	Askersund	96	97	96
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	Askersund	90	95	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	Askersund	88	89	83
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - mycket eller ganska trygga, andel (%)	Askersund	90	95	89

Brukarundersökningen visar ett positivt helhetsresultat för hemtjänsten i Askersunds kommun. Detta tyder på att de med insatsen hemtjänst i kommunen överlag är nöjda med de tjänster som erbjuds och att deras behov tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Högre betyg i helhetsbedömningen indikerar att hemtjänsten inte bara lever upp till basala krav, utan också överträffar förväntningarna i flera avseenden. För att bibehålla och vidareutveckla denna positiva trend är det viktigt att säkerställa kontinuitet i utförandet, genom att både personal och rutiner underhålls med kompetens och förbättringar, samt att det fortsatta arbetet med att anpassa vården efter individens specifika behov prioriteras. Fokus bör ligga på att stärka personcentrerad vård, där brukaren känner sig hörd och delaktig i de beslut som tas om deras omsorg.

Fokusområden:

- Fortsatt uppföljning och utvärdering av brukarens individuella behov för att förbättra anpassningen av utförandet.
- Regelbunden information om vart brukaren kan vända sig med synpunkter och eventuella klagomål.

Bemötande: En av de mest framstående delarna i undersökningen är att de brukare i Askersunds kommun upplever ett mycket gott bemötande från hemtjänstpersonalen. Det visar att personalen inte bara är kompetent i sina arbetsuppgifter, utan även visar empati och respekt för brukarens behov och önskemål. Ett bra bemötande är en viktig faktor för brukarens upplevelse av trygghet och välbefinnande. Personalens förmåga att skapa en positiv och stödjande relation med brukarna är en grundläggande byggsten i att upprätthålla hög kvalitet inom omsorgen.

Fokusområden:

- Fortsatt dialog och fortbildning för personal inom kommunikation och bemötande, med fokus på empati och personcentrerad vård.
- Regelbundna enkäter eller uppföljningar för att identifiera om några förändringar kan göras för att ytterligare stärka bemötandet.

Förtroende: Förtroendet för hemtjänstpersonalen är högt, vilket är en nyckelfaktor för en välfungerande vård och omsorg. Hög förtroende innebär att brukarna känner sig trygga i personalens förmåga att ge den hjälp och omsorg de behöver. Detta är avgörande för att skapa ett positivt arbetsklimat, där de som tar emot stöd känner att deras välmående sätts i första rummet. En trygg relation till personalen underlättar även för personalen att kunna identifiera förändringar i de boendes tillstånd och snabbt agera på dessa.

Fokusområden:

- Regelbundna personalmöten och workshops för att säkerställa att alla medarbetare är på samma har kunskap och kompetens gällande bemötande och professionellt ansvar.
- Uppföljning av förtroendet genom kontinuerliga enkäter eller intervjuer för att identifiera om några förändringar har inträffat och om förtroendet kan stärkas ytterligare.

Hänsyn till åsikter: Undersökningen visar att brukarna känner att deras åsikter och önskemål beaktas inom hemtjänsten. Detta innebär att kommunen arbetar aktivt med att involvera brukare i beslut som rör deras dagliga liv och omsorg. Att ge brukaren möjlighet att uttrycka sina åsikter om den vård de får är en central del av personcentrerad omsorg. När brukarna känner sig lyssnade på, ökar det deras känsla av delaktighet och inflytande över sin egen situation.

Fokusområden:

- Vidareutveckla kanaler för att samla in och behandla brukarens åsikter, både genom enkäter och individuella samtal.
- Se över rutiner för hur brukarens synpunkter kan leda till konkreta förändringar i deras omsorg, för att säkerställa att deras röster hörs och respekteras.
- Uppmuntra personalen att aktivt lyssna och be om feedback vid vårdtillfällen för att få en bättre förståelse för brukarens individuella önskemål.

Trygghetsperspektiv: Trygghet är en grundläggande faktor för brukare inom hemtjänsten, och undersökningen visar att brukarna upplever hög trygghet i samband med hemtjänstens insatser. Detta är ett tecken på att personalen arbetar på ett sätt som gör att de boende känner sig säkra och omhändertagna. Trygghet är nära kopplat till både bemötande och förtroende och är en indikator på en välfungerande verksamhet där brukarna känner sig skyddade både fysiskt och emotionellt.

Fokusområden:

- Fortsatt satsning på att säkerställa att alla medarbetare är utbildade i säkerhetsfrågor och kan agera i akuta situationer om de skulle uppstå.
- Stärka rutiner för att förebygga och hantera eventuella risker för de boende, såsom fallrisker eller missförstånd om behov.
- Använda teknologi och innovation för att öka tryggheten, till exempel genom användning av trygghetslarm och digitala plattformar för snabb kommunikation.

Kvalitet och resultat inom funktionsstöd

Nyckeltal	Område	2024
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, lägeskommun, andel (%)	Askersund	88
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren får den hjälp hen vill ha, lägeskommun, andel (%)	Askersund	65
Brukarbedömning boende LSS totalt - Personalen bryr sig om brukaren, lägeskommun, andel (%)	Askersund	71
Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, lägeskommun, andel (%)	Askersund	80
Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, lägeskommun, andel (%)	Askersund	95
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, lägeskommun, andel (%)	Askersund	58
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, lägeskommun, andel (%)	Askersund	69
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, lägeskommun, andel (%)	Askersund	55

Under 2024 genomfördes en första brukarundersökning inom Funktionsstöd i Askersunds kommun för att mäta kvaliteten på de tjänster som erbjuds brukarna. Resultaten ger oss viktig information om hur brukarna upplever den dagliga verksamheten, sitt boendestöd och sin gruppbostad, bemötande från personalen, och deras delaktighet i beslut som rör deras vardag. Dessa resultat ger oss också en möjlighet att identifiera områden som behöver förbättras för att säkerställa en fortsatt hög kvalitet och trygghet inom funktionsstöd. En jämförelse med andra kommuners resultat har också genomförts, vilket ger en inblick i var vi står i relation till andra kommuner och hur vi kan utveckla våra prioriteringar.

Trivsel: En majoritet av brukarna uppger att de trivs på sin dagliga verksamhet. Detta är ett positivt resultat och indikerar att den meningsfulla och anpassade verksamhet som erbjuds inom Funktionsstöd fungerar väl för många brukare. Vi ser dock en något lägre trivselgrad i Askersund jämfört nationellt där dessa siffror tenderar att vara högre.

Fokusområden:

- **Stärka brukarnas delaktighet i planeringen**: Genom att skapa fler möjligheter för brukarna att vara delaktiga i planeringen av sina aktiviteter kan vi öka trivseln och se till att verksamheten känns mer relevant för varje individ. Detta kan göras genom individuella samtal eller workshops där brukarna själva får möjlighet att påverka innehållet i sina dagar.

Hjälp enligt önskemål: En viss andel brukare uppger att de får den hjälp de önskar, detta resultat är något lägre i Askersund jämfört med flera andra kommuner, där brukarna rapporterar att de oftare får den hjälp de behöver. Detta pekar på att det finns vissa områden där personalen kan förbättra sitt arbetssätt för att bättre tillgodose brukarnas behov.

Fokusområden:

- **Förstärkta individuella genomförandeplaner:** För att säkerställa att alla brukare får den hjälp de önskar behöver vi arbeta mer med att personcentrera genomförandeplanerna. Detta innebär en mer detaljerad bedömning av varje brukares behov och regelbundna uppföljningar för att se om dessa behov förändras över tid.
- **Tydligare kommunikationskanaler**: För att brukarna ska känna sig tryggare i att de får den hjälp de vill ha behöver vi förbättra kommunikationsvägarna mellan brukare och personal. Regelbundna samtal och en öppen dialog om önskemål och behov kan bidra till att inga brukare känner att deras behov förbises.

Personalens omsorg om brukaren: Brukare uppger att de känner att personalen bryr sig om deras välbefinnande, vilket är ett viktigt tecken på att personalen arbetar med empati och engagemang. Dock är denna bedömning lägre i Askersund än i många andra kommuner, vilket innebär att det finns utrymme för förbättring när det gäller personalens bemötande.

Fokusområden:

- **Utbildning i AKK**: För att säkerställa att personalen verkligen förstår och tar till sig varje individs behov är det viktigt att vidareutveckla utbildningen kring kommunikation, genom att utbilda personalen i AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) så kan detta bidra till att kommunikationen mellan personal och brukare förbättras.
- **Stöd och handledning för personalen**: För att öka personalens förmåga att ge ett varmt och omtänksamt bemötande kan handledning och gruppdiskussioner kring bemötande vara ett viktigt stöd. APT möten ska vara ett forum för att diskutera utmaningar och erfarenheter kan bidra till att skapa en tryggare och mer empatisk arbetsmiljö.

Brukarens inflytande och delaktighet: Brukarna i Askersund upplever att de får ett visst inflytande över beslut som påverkar deras liv, men jämfört med andra kommuner visar undersökningen att Askersund har ett lägre resultat i detta avseende. Detta innebär att det finns möjlighet att ytterligare stärka brukarens delaktighet och självbestämmande.

Fokusområden:

- **Mer strukturerad involvering i beslut**: Genom att utveckla brukarråden så ökar möjligheten för brukaren att aktivt får vara med och bestämma om de beslut som rör deras liv.
- **Utbildning för personalen i delaktighet**: Genom att utbilda personalen i vikten av delaktighet och hur detta kan genomföras på bästa sätt, kan vi säkerställa att varje brukare får den möjlighet att påverka sin vardag som de önskar.

Trygghet med personalen: Enligt undersökningen känner brukarna i Askersund sig generellt sett trygga med den personal som bistår dem, men jämfört med andra kommuner är denna känsla av trygghet något lägre. Trygghet är en central del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, och vi måste fortsätta arbeta för att förbättra den upplevelsen.

Fokusområden:

- **Öka säkerheten och kompetensen hos personalen**: Vi bör fortsätta investera i utbildning som säkerställer att personalen har den kunskap och de färdigheter som krävs för att hantera olika situationer på ett tryggt och säkert sätt. Detta kan innefatta utbildning inom både akutvård och säkerhetsrutiner.
- **Tydliga rutiner och uppföljning**: För att öka tryggheten kan det vara viktigt att införa fler och mer strukturerade uppföljningar av personalens insatser. Regelbundna samtal med brukare kan ge en ökad trygghet om de känner att deras välmående aktivt följs upp.

Verksamhetens betydelse för brukaren: Brukarna upplever att verksamheten är viktig för dem, vilket är ett tecken på att de anser att Funktionsstöd spelar en central roll i deras liv. Jämfört med andra kommuner ligger Askersund i linje med eller något under genomsnittet i hur viktig verksamheten upplevs, vilket innebär att det finns potential att stärka känslan av meningsfullhet i verksamheten.

Fokusområden:

- **Utveckla fler aktiviteter med meningsfullt innehåll**: För att stärka känslan av att verksamheten är viktig bör vi utveckla fler aktiviteter som är anpassade till varje individs intressen och livsstil. Genom att arbeta mer med meningsfulla aktiviteter kan vi bidra till att skapa en mer engagerande vardag för brukarna.
- **Stärka brukarnas sociala nätverk**: Genom att uppmuntra och stödja brukarnas deltagande i sociala aktiviteter både inom och utanför verksamheten kan vi stärka deras känsla av delaktighet och värde i samhället.

Individ och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen (IFO) i Askersunds kommun ansvarar för att ge stöd och skydd till invånare i behov av sociala insatser. Nedan tar fokus på handläggningstider, ekonomiskt bistånd, insatser för barn och unga samt missbruksvård. Ingen brukarundersökning eller medborgarundersökning har genomförts inom området, samtliga data är hämtad från Kolada.

Handläggningstider

Handläggningstider är en central indikator för rättssäkerhet och effektivitet inom IFO.

Indikator	2023	2024
Utredningstid barnavårdsärenden (genomsnitt, dagar)	48	42
Försörjningsstöd, beslutstid (genomsnitt, dagar)	9	7
Missbruksvård, beslutstid (genomsnitt, dagar)	14	12

Analys:

- **Barnärenden:** Minskningen av utredningstid beror på ett aktivt arbete inom utredningsgruppen för att säkerställa att barnavårdsutredningar genomförs skyndsamt utan att ta mer tid än nödvändigt. Särskilt fokus har lagts på att snabbt ta fram en utredningsplan som strukturerar och styr arbetet.
- **Försörjningsstöd och missbruksvård:** En genomlysning av arbetssätt och metoder har genomförts i samverkan med arbetsgruppen, vilket har stärkt rättssäkerheten och effektiviserat handläggningsprocessen. En tydligare struktur för samråd och verksamhetsutveckling har inrättats, vilket har lett till snabbare handläggning och en närmare koppling till arbetsledning.

Utfall av insatser
Här jämförs några nyckelindikatorer från Kolada som berör barn och unga, försörjningsstöd och missbruksvård.

Indikator	2023	2024
Andel barn (0–17 år) med placering i heldygnsvård (%)	0,8 %	0,7 %
Andel unga (18–24 år) med ekonomiskt bistånd (%)	3,2 %	2,9 %
Andel vuxna (25–64 år) med långvarigt ekonomiskt bistånd (%)	1,8 %	1,6 %
Andel beviljade vårdinsatser vid missbruk (%)	78 %	81 %

Analys:

- **Barn och unga:** Minskningen av barn i heldygnsvård tyder på en ökad satsning på tidiga insatser och familjestöd. Genom ett stärkt förebyggande arbete och bättre samverkan mellan socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård har fler familjer fått stöd innan en placering blivit nödvändig.
- **Unga med ekonomiskt bistånd:** Minskningen beror på förändrade arbetssätt och metoder för målgruppen. Handläggare arbetar mer aktivt och träffar alltid den sökande vid en ansökan, vilket möjliggör en snabbare och mer individanpassad insats. Samverkan med Arbetsmarknadsenheten (AME) har också stärkts, vilket underlättar snabbare tillgång till sysselsättning och minskar behovet av ekonomiskt bistånd.
- **Långvarigt ekonomiskt bistånd:** Minskningen av vuxna med långvarigt försörjningsstöd kan kopplas till riktade insatser för att stärka individens väg till egen försörjning genom arbetsmarknadsåtgärder och rehabiliteringsinsatser.
- **Missbruksvård:** Andelen beviljade vårdinsatser vid missbruk har ökat, vilket tyder på förbättrad tillgänglighet och en mer träffsäker bedömning av hjälpbehov. En stärkt samverkan med hälso- och sjukvården har också bidragit till att fler individer får rätt insatser i ett tidigare skede.

Påverkan av den nya socialtjänstlagen 2025
Den nya socialtjänstlagen, som planeras träda i kraft 2025, innebär flera förändringar som påverkar IFO i Askersunds kommun. De viktigaste förändringarna och deras potentiella påverkan:

Förebyggande arbete blir lagstadgat:
- Lagen ställer krav på att kommunerna ska arbeta mer systematiskt med förebyggande insatser.
- Askersund har redan stärkt sitt förebyggande arbete genom fler fältassistenter och ökad samverkan med skolan, vilket kan underlätta implementeringen.

Ökat fokus på barnets bästa:
- Barnets bästa ska få en ännu starkare ställning i utredningar och beslut.
- Kommunen behöver säkerställa att socialsekreterare har rätt kompetens och att barnrättsperspektivet tydliggörs i handläggningen.

Bistånd ska ersättas med mer generellt stöd:
- Insatser inom försörjningsstöd kan bli mer generella och mindre behovsprövade.
- Detta kan kräva omställning av resurser och arbetssätt inom ekonomiskt bistånd.

Sammanfattning och framåtblick:
- 2024 har visat förbättringar i handläggningstider och minskad andel individer i behov av försörjningsstöd.
- Missbruksvården har blivit mer tillgänglig, och insatser för barn och unga har förstärkts.
- Den nya socialtjänstlagen kräver anpassningar, särskilt inom förebyggande arbete och barnrättsperspektivet.

För att möta de framtida kraven behöver kommunen:

1. Fortsätta effektivisera handläggningen genom digitala verktyg.
2. Satsa ytterligare på tidiga insatser för barn och unga.
3. Förbereda sig för lagändringar genom kompetensutveckling och översyn av rutiner.

Askersunds kommun står väl rustad för framtiden, men fortsatt utveckling krävs för att säkerställa hög kvalitet och rättssäkerhet i socialtjänsten.

Ny socialtjänstlag förväntas träda i kraft under juli 2025. Under 2024 påbörjas det förberedande arbetet inför implementeringen av den nya lagstiftningen, som bland annat innebär ett större fokus på förebyggande och uppsökande arbete från socialtjänstens sida. Omställningen kommer att vara långsiktig över flera års tid.

Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Kontinuitetsplaner är ett pågående arbete inom hela förvaltningen, En kontinuitetsplan fokuserar på att identifiera vad som behövs för att kunna fortsätta bedriva verksamhet med så lite störning som möjligt.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024
Handlingsplanen har tagits fram av Socialstyrelsen för att kraftsamla på flera nivåer. Det är utformad för att kunna stödja kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan ta fram principer, prioriteringar och målsättningar för ökad patientsäkerhet.

Fyra grundläggande förutsättningar behövs för att minska vårdskadorna:

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

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

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

Nationell handlingsplan 2020-2024 – Socialstyrelsen
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf

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

STRATEGIER OCH MÅL FÖR KOMMANDE ÅR

Fortsatt strategiskt arbete med patientsäkerhet kommande år

Socialstyrelsen tar fram en uppdaterad version av Nationella handlingsplan för patientsäkerhet, Agera för säker vård som kommer presenteras under våren 2025. Utifrån den kommer en lokal handlingsplan behöva tas fram.

För att ta fram en handlingsplan behöver en nulägesanalys genomföras av patientsäkerhetskultur i verksamheterna.

Kommunfullmäktiges strategiska mål

- Askersunds kommun ska 2030 vara bland de 25 % av landets kommuner där invånarna värderar vår samlade vård- och omsorgsverksamhet högst.

Socialnämndens mål

Målområde 1: En av Sveriges bästa välfärdskommuner

Askersunds kommun har satt ett ambitiöst mål – att bli en av Sveriges bästa välfärdskommuner. Detta innebär att kommunen ska leverera högkvalitativa tjänster till våra invånare och samtidigt använda resurserna på ett ansvarsfullt sätt. Målet grundar sig i en ambition om att invånarna ska känna sig nöjda och trygga med kommunens insatser inom centrala välfärdsområden som skola, vård och omsorg samt underhåll av den offentliga miljön. För att nå detta mål har vi valt att fokusera på invånarnas upplevelser och nöjdhet, som kommer att vara avgörande för att mäta framgången.

Effektivitet i välfärden innebär här inte bara att leverera bra tjänster, utan också att göra det på ett sätt som är ekonomiskt hållbart och attraktivt för kommunens medarbetare. Kommunen ser ett direkt samband mellan nöjda invånare och en välfungerande organisation som kan anpassa sig till förändrade behov och förutsättningar. Detta kräver en kombination av stark ledning, engagemang från personalen och en nära dialog med invånarna för att kontinuerligt följa upp hur deras behov och förväntningar utvecklas. Samtidigt som kommunen fokuserar på att leverera välfärd av hög kvalitet, har vi också en tydlig ambition att upprätthålla och förbättra den offentliga miljön.

	Nämndmål	Målprecisering	Tidplan/uppföljning
1	Upplevelsen av kvalitet inom socialnämndens områden ska öka	Andelen personer som är nöjda/mycket nöjda med insatser från socialnämndens verksamhetsområden ska öka. Källa: Data från nationell brukarundersökning Kolada	Uppföljning årligen
2	Upplevelsen av delaktighet och självbestämmande ska öka	Andelen upprättade genomförandeplaner, procent. Andel där det framgår om brukaren eller dess företrädare varit delaktiga vid upprättandet och har en namngiven kontaktperson som är känd. Källa: Lifecare	Uppföljning halvår Stickprov 15% av antalet upprättade planer, halvår

3	Verksamheten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet vid hemgång från slutenvården	Antal verkställda beslut om trygg hemgång Andelen nöjda/mycket nöjda med insatsen trygg hemgång Antal återinläggningar till slutenvården inom 14 dagar Källa: enkät, Lifecare	Uppföljning av antal, halvår
4	Alla som kan ska vara i arbete eller utbildning	Antal individer som är under 25 år och som erhållit försörjningsstöd ska minska Källa: Lifecare	Uppföljning av antal, halvår
5	Digitalt först	Vid planerade insatser ska välfärdsteknik övervägas i första hand. Nya omsorgsinsatser ska införas för att hjälpa äldre personer och andra med funktionsnedsättning att leva självständigt, bo kvar hemma samt känna sig trygga och delaktiga i samhället. Källa: Lifecare	Uppföljning halvår
6	Det är enkelt för medborgaren att ansöka om insatser	Antal beslut genom förenklad biståndshandläggning ska öka Källa: data från verksamhetssystem	Uppföljning halvår
7	Det är enkelt att komma i kontakt med individ och familjeomsorg	Antalet e-tjänster som lanserats på kommunens hemsida som gör det möjligt att komma i kontakt med IFO snabbt och enkelt oavsett tid på dygnet. Källa: lanserade e-tjänster IFO	Uppföljning halvår
8	Verksamheterna arbetar förebyggande och systematiskt med patientsäkert	Andelen enskilda som får förebyggande insatser ska öka Källa: Senior alert Andelen enskilda som har en registrering med bemötande plan ska öka. Källa: BPSD registret	Uppföljning halvår