Mötesbok: Äldrenämnden (2024-02-22)

Äldrenämnden

Datum: 2024-02-22

Plats: Esplanaden, Länken, Stadshuset

Kommentar:

Dagordning

Tid: Torsdagen den 22 februari kl. 08.30

Plats: Esplanaden, Länken

Upprop

Beslut om justeringstid

Dagordning

15/24 Godkännande av dagordning 3

Sekretessärenden

16/24 Redovisning av domar 4

Allmänna ärenden

17/24 Tillsyn särskilt boende för äldre3.5.1-04312/2023 - Yttrande till äldrenämnden 5
18/24 Statistikrapporter ej verkställda beslut SoL äldrenämnden 2023-12-31 18
19/24 Information uppföljning hemtjänst 22
20/24 Dataskyddsberättelse för äldrenämnden 2023 23
21/24 Patientsäkerhetsberättelse för äldrenämnden 2023 41
22/24 Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2023 93
23/24 Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden 120
24/24 Övriga frågor 122
25/24 Månadens goda exempel 123
26/24 Årsbokslut och internkontrollrapport 2023 124

Denna behandling '15/24 Godkännande av dagordning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '16/24 Redovisning av domar' har inget tjänsteutlåtande.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-01
Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2023/00068

Tillsyn särskilt boende för äldre 3.5.1-04312/2023

Förslag till beslut
Äldrenämnden godkänner förvaltningens förslag till yttrande som underlag för återrapportering till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Ärendebeskrivning
IVO har under våren 2023 genomfört en tillsyn av medicinsk vård och behandling för personer som bor på särskilt boende i Umeå kommun.
I juni 2023 har äldreomsorgsförvaltningen redovisat åtgärder till IVO enligt anvisning.
Nu hanteras IVO:s slutliga beslut som inkom i september.
Det ska besvaras av äldrenämnden senast 15 mars 2024.

I yttrandet redovisas åtgärder och effekter utifrån IVO:s angivna områden.

Beslutsunderlag
Yttrande 2024-02-01

Beredningsansvariga
Anna Bergström, Kvalitetschef
Charlotta Lindqvist Barsk, Verksamhetschef Vård- och omsorgsboende
Björn Hammar, Verksamhetschef Hälso- och sjukvård
Kerstin Rahkola, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Ann-Gerd Töyrä, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet ska skickas till
Anna Bergström

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Anna Bergström
Kvalitetschef

UMEÅ KOMMUN

Yttrande Sida 1 av 12

2024-02-01 Dnr: ÄN-2023/00068

Inspektionen för vård och omsorg

Yttrande angående - Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som drivs av Äldrenämnden i Umeå kommun 3.5.1-04312/2023

Bakgrund

Inspektionen får vård och omsorg (IVO) genomförde i mars 2023 en tillsyn av medicinsk vård och behandling för personer som bor på särskilt boende i Umeå kommun. Därefter, i juni 2023 har äldreomsorgsförvaltningen redovisat åtgärder enligt IVOs anvisning (ÄN-2023/00068-8). IVOs slutliga beslut inkom 4 sep 2023 och ska besvaras av Äldrenämnden senast 15 mars 2024.

I kommunens förra svar redovisades en rad åtgärder i syfte att möta IVOs kritik och förbättra den medicinska vård och behandling som ges personer som bor i särskilt boende. Flertalet av åtgärderna är långsiktiga och effekter av dem kan inte mätas på kort sikt. I de fall det är för tidigt att se effekter har en uppskattad effekt redovisats. Där det är möjligt att mäta implementering, det vill säga, hur väl åtgärderna är implementerade, har detta redovisats.

Svaret är disponerat på samma sätt som IVO redovisat sin kritik, det vill säga en redovisning av åtgärder där IVO anser att Umeå kommun inte har en tillräcklig redovisning i det förra svaret, samt redovisning av effekter. För att undvika att samma område förekommer på två ställen, både i redovisning av åtgärder samt redovisning av effekter, har dessa områden slagits ihop.

Umeå Kommun

Postadress 901 84 Umeå
Besöksadress Skolgatan 31A
Tel växel 090-16 10 00 (växel)

Ledning och stab ÄN

Anna Bergström

anna.bergstrom@umea.se

Redovisning av åtgärder och effekter

IVO bedömer att kommunens förra redovisning inte är tillräcklig inom följande områden:

- Dokumentation av läkemedelsgenomgång
- Tillgång till information vid vård i livets slutskede
- Genomförande/dokumentation av brytpunktssamtal
- Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

Nedan följer en redovisning av åtgärder per område samt effekterna av insatta åtgärder

Dokumentation av läkemedelsgenomgång

IVO:s kritik riktas mot att dokumentation på särskilt boende inte följer gällande regelverk samt att flera patienter saknar vårdplan

Enligt riktlinje ska alla patienter i Umeå kommuns äldreomsorg ha tre obligatoriska vårdplaner; Administration av läkemedel, Läkemedel vid behov samt HS- iakttagelser. Det sistnämnda är ett sätt att i journalsystemet dokumentera iakttagelser som omvårdnadspersonal gör och behöver kommunicera i skrift till hälso- och sjukvårdspersonal

En vårdplan skapas när ett behov identifierats och det planeras för återkommande insatser. Det innebär att de flesta patienter har fler än ovanstående beskrivna vårdplaner.

Läkemedelsgenomgångar ska dokumenteras i journalsystemet under märkordet ”Läkemedel”. Rutinen för läkemedelshantering har reviderats för att få till en enhetlig dokumentation gällande läkemedelsgenomgång. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har i dialog informerat och uppdaterat ansvariga enhetschefer kring dessa förtydliganden i rutinen för läkemedelshantering. Det har även kommunicerats på Umeå kommuns intranät via ”MAS-nyheter”, som är en egen kanal där Medicinskt ansvariga sjuksköterskor sprider information till verksamheterna.

Effekter

I rutinen för läkemedelshantering finns en beskrivning av hur dokumentation av läkemedelsgenomgång ska gå till. En övergripande kartläggning med frågor till verksamheten har genomförts. Vid kartläggningen framkom att läkemedelsgenomgångar har genomförts en gång per år samt att läkemedelsgenomgångar inte dokumenteras på ett enhetligt ställe i journalen.

Vid årsskiftet 2023/2024 har en journalgranskning av 20 journaler genomförts. Journalgranskningen visar att 14 av 20 (70%) patienter har en dokumenterad läkemedelsgenomgång eller planerad läkemedelsgenomgång. Uppföljningen visar att

dokumentation av läkemedelsgenomgångar är ett fortsatt utvecklingsområde. Trots att merparten av alla patienter har en dokumenterad läkemedelsgenomgång, visar uppföljningen att dessa inte dokumenteras på ett enhetligt sätt. Den reviderade rutinen har bara gällt från och med mitten av hösten, och bedömningen är att den kommer att ha genomslag i verksamheten. En ytterligare uppföljning genom chefer ska ske på samma sätt som tidigare i år, under mars 2024 för att se om det skett en förbättring.

Förnyad journalgranskning kommer att genomföras under hösten 2024.

Tillgång till information vid vård i livets slutskede

IVO bedömer att den personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte alltid har tillgång till information om hur vården ska genomföras.

I det länsövergripande avtalet ”Ramavtal om läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västerbotten” står att läsa att läkarens åtagande är ”Ställningstagande till behandlingsbegränsningar och palliativ vård. Insatser så som informerande samtal, brytpunktsamtal samt efterlevandesamtal ska tydliggöras i patientens vårdplan och i patientjournalen”.

Basutbildningen till omvårdnadspersonal innehåller ett avsnitt om palliativ vård. På varje enhet i Umeå kommuns vård- och omsorgsboenden finns en pärm med rutiner, riktlinjer och informationsmaterial kring palliativ vård som de ska ha kunskap i. Denna information finns lättillgänglig för all personal som arbetar på enheten. Personal får även i samband med den palliativa sena fasen, en ”Folder” utlämnad av sjuksköterska. Den innehåller en checklista på vilka uppgifter som ska utföras i den fasen; smärtskattningsskala att fylla i, lägesändringsschema samt kompendiet ROAG för att kunna upptäcka ohälsa i munnen.

Under 2023 har all omvårdnadspersonal utöver ovanstående erbjudits en digital föreläsning/utbildning i palliativ vård. Den personal som har längre erfarenhet har erbjudits och fått tillgång till en fördjupad föreläsning.

Det finns palliativa ombud (sjuksköterskor) på alla boenden. Ombuden har ansvar över att de andra sjuksköterskorna på boendet får tillgång till nya råd och rön som tillgängliggörs av palliativ sjuksköterska. Den palliativa sjuksköterskan samordnar de palliativa ombuden två gånger per år för att gå igenom ny information som behöver spridas eller annat viktigt som rör den palliativa vården. Varje termin åker den palliativa sjuksköterskan ut på respektive boende för att fånga upp frågor som rör den palliativa vården och planerar därefter förbättringsområden. Ett förbättringsområde som identifierats 2023 är kunskap om smärta vid livets slut.

Alla sjuksköterskor har i samband med anställning fått en introduktionsföreläsning på tre timmar av specialistsjuksköterska i palliativ vård. Alla sjuksköterskor har erbjudits utbildning på en halvdag som hållits av specialistläkare i palliativ vård.

En utbildning till sjuksköterskor i smärtpumpar och handhavande är initierad under 2023 och kommer att fortsätta under 2024. Syftet med pumpar är att patienter med svår eller komplicerad smärta ska få tillgång till optimal lindring. Under året har alla sjuksköterskor i kvälls- och nattpatrullen fått genomgång och utbildning av pumpen. Genomgång planeras under våren 2024 för samtliga sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården.

Effekter

Vid årsskiftet 2023/2024 genomfördes en journalgranskning av 20 journaler med frågeställningen om/hur omsorgspersonal får information angående palliativ vård. Journalgranskningen visar att i samtliga 20 journaler (100%) var de palliativa vårdplanerna fördelade till omsorgspersonal. Omsorgspersonalen får via dessa vårdplaner tillgång till patientens behov och planerade åtgärder gällande palliativ vård.

Uppföljning av smärtskattning sker via Palliativa registret. Registret visar att smärtskattning med validerat instrument är den parameter som har förbättrats mest under året, från 80.8% till 83.6 %. Fortsatt uppföljning via Palliativa registret kommer att ske månatligen under 2024.

Genomförande/dokumentation av brytpunktssamtal

IVO kan av den kommunala hälso-och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal genomförts när vården övergår i livets slutskede.

När brytpunktssamtal genomförts ska det dokumenteras i palliativ vårdplan i journal-systemet. Läkaren ansvarar för att dokumentera i regionens journal. Efter att patient registrerats i Palliativa registret kontrolleras att brytpunktssamtal dokumenterats på rätt sätt. Rutinerna har förtydligats och kommunicerats ut i verksamheterna.

Vid ett nystartat forum för samverkan mellan äldreomsorgen och hälsocentralerna (läs mer under Läkartillgång/Läkarmedverkan) hölls en genomgång av den gemensamma vårdkedjan. Dialog fördes om vårdgivarnas beroende av varandra, och vilka effekter som uppstår om läkare inte utför brytpunktsamtal eller samtal vid allvarlig sjukdom, eller inte tar beslut kring vårdnivå eller HLR. Samma avsnitt planeras tillsammans med regionen ingå som vidareutbildning (VUB) för läkare.

Inom ramen för kunskapsstyrning finns en lokal arbetsgrupp i palliativ vård (LAG), bestående av läkare, specialistsjuksköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och verksamhetschefer. Under 2023 har en GAP-analys genomförts, för att kartlägga hur den palliativa vården ser ut idag och hur den bör se ut framöver. Arbetet med att förbättra den palliativa vården kommer att fortsätta i länet utifrån det nya vårdförloppet i palliativ vård,

ett vårdförlopp som är framtaget av en Nationell grupp i Palliativ vård, NAG. Syftet är att alla ska få samma vård oavsett vart en bor, ålder, sjukdomsdiagnos mm.

Effekter

Vid årsskiftet 2023/2024 har en journalgranskning av 20 journaler genomförts. Journalgranskningen visar att det i samtliga 20 journaler (100%) finns brytpunktssamtal dokumenterat, oftast samma dag som vårdplanen skapats.

Årsuppföljning via Palliativa registret visar att brytpunktssamtal finns dokumenterade i 84 % av relevanta journaler, det är ett oförändrat resultat från 2022. Uppföljning kommer att fortsätta via Palliativa registret varje månad samt genom journalgranskning av palliativa vårdplaner en gång per år.

Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

I den nationella vårdplanen för palliativ vård framgår att läkare ska göra bedömning när döden är nära och palliativa läkemedel kan vara aktuella att administrera. Förnyad kontakt med läkare ska tas om palliativa läkemedel inte administreras direkt vid ordinationstillfället. Det förekommer att palliativa läkemedel ordineras vid behov i förtid, innan behovet av dessa finns. I samband med journalgranskning upptäcktes att detta kunde ske upp till ett år innan behovet av läkemedlen fanns. Information och påminnelse har under hösten gått ut till verksamheterna om gällande rutin vid hantering av palliativa läkemedel.

Alla sjuksköterskor har dessutom erbjudits utbildning under 2023 av specialistläkare i palliativ vård. I dessa föreläsningar finns numera ett avsnitt om att sjuksköterska alltid måste kontakta läkare innan behandling med de palliativa injektionerna påbörjas. Det har även erbjudits utbildning i smärtskattning. Alla nyanställda sjuksköterskor har i samband med anställning fått en introduktionsföreläsning på tre timmar av specialistsjuksköterska i palliativ vård.

Effekter

Som nämndes tidigare visar uppföljning i Palliativa registret att smärtskattning med validerat instrument har förbättrats, från 80.8 % till 83.6 %. Uppföljning är planerad via registret månatligen under 2024.

Vid årsskiftet 2023/2024 har en journalgranskning av 20 journaler genomförts i syfte att se om det finns dokumentation på att läkare kontaktats innan palliativ läkemedelsbehandling påbörjas. Journalgranskningen visar att det i 17 av 20 av journaler (85%) finns dokumenterat. I övrig tre journaler saknas dokumentation om att förnyad kontakt tagits med läkare. Kontakt kan ha tagits utan att det dokumenterats. Information om resultat av journalgranskningarna har presenterats i verksamheterna. I kommande journalgranskning ska granskning av vårdplaner gällande palliativ vård ingå.

Redovisning av effekter

IVO begär dessutom att Äldrenämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende

- Vård och omsorgspersonalens kompetens
- Vård-och omsorgspersonalens brister i svenska språket
- Läkartillgång/läkarmedverkan
- Dokumentation
- Kontinuitet
- Delegering

Vård- och omsorgspersonalens kompetens

Bristen på utbildade sjuksköterskor samt vård- och omsorgsutbildad personal kommer enligt nationella och lokala analyser att öka fram till 2035. Överlag är det, och kommer fortsatt vara svårt att rekrytera personal med rätt kompetens inom flera av förvaltningens yrkesområden. Äldrenämndens kompetensförsörjningsplan (2023–2025) utgör en grund för arbetet med verksamhetens behov av personal och kompetens. För att tackla kompetensförsörjningsutmaningen behövs ett parallellt arbete med att ställa om, arbeta mer förebyggande, vara en attraktiv arbetsgivare så att medarbetare trivs och vill stanna kvar likväl som att locka potentiella medarbetare. Utbildningsplanen ligger till grund för kompetensutveckling av medarbetare och fastställs inför varje nytt år av Äldrenämnden.

Äldrenämnden har under året genomfört nedanstående åtgärder i syfte att vård- och omsorgspersonalen ska ha tillräcklig och relevant kompetens för sina arbetsuppgifter.

<u>Undersköterskeutbildning</u>
Undersköterskeutbildning via Äldreomsorgslyftet pågår för 129 personer. Vid årsskiftet 2023/2024 har 30 medarbetare slutfört utbildningen till undersköterska. Resterande kommer att slutföra sina studier under 2024/2025. Andelen utbildade undersköterskor inom äldreomsorgen i Umeå är i december 2023, 45 %. Äldrenämnden ser positivt på beskedet att Äldreomsorgslyftet kommer att fortsätta fram till 2026, det borgar för kontinuitet i intaget av nya utbildningsplatser.

Sedan den 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel. Det innebär att det numera behövs ett bevis från Socialstyrelsen för att få använda titeln undersköterska. Under hösten framkom att Umeå kommun har haft högre krav än Socialstyrelsen gällande undersköterskетiteln. För att få den skyddade yrkestiteln ska personen enligt Socialstyrelsens krav ha:

- en utbildning med inriktning mot vård och omsorg på gymnasiet/Komvux eller ha tillägnat sig motsvarande kompetens på annat sätt.
- godkända betyg i vissa ämnen eller kurser.

Skillnaden i bedömningen är att Umeå kommun haft krav på svenska och samhällskunskap vilket Socialstyrelsen bedömt annorlunda. De befintliga medarbetarna har tio år på sig att ansöka om sin skyddade yrkestitel, prognosen är att fler kan titulera sig som undersköterska utifrån ny tolkning.

Arbetsplatsnära utbildning

Arbetsplatsnära utbildning till omvårdnadspersonal hålls av sjuksköterskor och innehåller information om vitalparametrar, basala hygienrutiner, nutrition, munhälsa, fallprevention, trycksår m.m. Som komplement till utbildningen ger sjuksköterskor daglig handledning till omsorgspersonalen och genomför korta utbildningar. Effekten som ses är att enhetschefer samt hälso- och sjukvårdspersonal upplever att dialogen kring och förmågan att uppfatta förändrat tillstånd har förbättrats. Effekt går även att utläsa genom mätningar i basala hygienrutiner samt nutrition och undernäring. Även uppföljning i Palliativa registret har genomförts.

Vid jämförelse av resultaten från punktprevalensmätningen för basala hygienrutiner och klädregler, för samtliga vård- och omsorgsboenden hade resultatet försämrats från 54% följsamhet till hygienrutiner och 86% till klädregler 2022, till 43% följsamhet till hygienrutiner och 84% till klädregler 2023. Vid ett av boenden som deltagit i utbildningen framkommer att resultatet ökat från 33% till 54% följsamhet till hygienrutiner. Avsikten är att sprida denna utbildning och arbetssätt till fler boenden. Resultatet kommer att följas upp via punktprevalensmätning.

Dietisterna gör årligen uppföljning av dygnsfasta för att kunna påverka hur måltider serveras över dygnet och ge stöd och vägledning för att minska risken för undernäring. Dygnsfastan bör enligt nationella riktlinjer inte överstiga 11 timmar. En arbetsgrupp är bildad och leder arbetet med implementering av nutritionsnivåer på vård- och omsorgsboenden. Att jobba utifrån modellen innebär förutom kortare nattfasta hos brukare, en ökad tydlighet för omvårdnadspersonal gällande nutritionsomhändertagande. De tre första boenden började införa modellen i slutet av 2020. Medelvärdet för dessa boenden mättes under 2021 till 12,4 timmar. Samma boenden följdes upp 2023 och medelvärdet var då 11,6 timmar. Målet är att samtliga boenden ska arbeta med nutrition genom detta standardiserade arbetssätt. Under 2023 har elva boenden inom äldreomsorgen börjat arbeta efter modellen. Fler boende ska implementera modellen under våren 2024, och uppföljning kommer ske årligen.

Siffror från det palliativa registret visar att frånvaro av trycksår sista veckan i livet var 91,4 % 2022 och 91,8 % 2023 vilket visar på en förbättring.

Förlängd introduktion

Inför sommaren 2023 förlängdes introduktionen för samtliga personer som skulle jobba inom äldreomsorgen under sommaren, från tre dagar till tio dagar. Det finns en tydligare modell för vilka utbildningar som ska genomföras och även mer avsatt tid för praktiskt lärande tillsammans med erfaren personal. Syftet är att det ska förbättra förutsättningarna för nyanställda, öka kvalitet i vård - och omsorgsinsatserna för de boende samt minska arbetsbelastningen för övriga kollegor. Utvärderingen av årets sommar via enkäter och samtal visar att de flesta medarbetare och chefer är väldigt nöjda, och att medarbetarna känner sig tryggare. Uppföljning visar även på färre personalärenden och färre avvikelser. Uppföljning med fackliga företrädare visar samma effekter. De positiva effekterna stannar förhoppningsvis kvar inom organisationen då tidigare års uppföljning visar att flertalet av de som jobbar inom äldreomsorgen under sommaren vill stanna kvar i organisationen.

Utbildning i palliativ vård

Det har initierats en utbildning i palliativ vård på vård- och omsorgsboende, både en introduktion och en fördjupningsdel som erbjudits medarbetare utifrån erfarenhetsgrad. Parallellt med utbildningen har arbetsflöden för vård i livets slut implementerats under året på alla vård och omsorgsboenden. Den förväntade effekten är att fler medarbetare, i och med högre kunskap, kan följa de riktlinjer och rutiner som finns, samt kan känna sig trygga att ge en god vård i livets slut. Ny statistik från Palliativa registret visar att den palliativa vården utifrån kvalitetsindikatorerna generellt ser något bättre ut i jämförelse med föregående år. Som tidigare nämnts har smärtskattning med validerat instrument förbättrats mest, trycksåren har minskat och mänsklig närvaro vid dödstillfället har förbättrats från 91,1 till 93,4 %.

RESIMA-utbildning

Utbildning i RESIMA (resurser i mötet med aggressivitet) erbjuds medarbetare inom äldreomsorgsförvaltningen, utbildningen varvar teoretisk kunskap om bland annat aggressivitet, lågaffektivt bemötande och lugnande strategier med fysiska metoder lämpliga för att på ett skonsamt sätt undvika eller ta sig ur situationer som kan uppstå i mötet med personer med utåtagerande beteende. Utbildningen leds av interna instruktörer med fokus på äldreomsorgens verksamhet. Tre personer i Demensteamet har utbildats för att vara instruktörer.

Under 2022 var det 143 medarbetare som tog del av hela utbildningen. Under 2023 har totalt 178 personer utbildats. Sedan starten har totalt ca 460 personer utbildats.

I uppföljningsenkäten till de som deltagit framkommer att 84% känner sig tryggare vid hot och våld-situationer. Resultatet visar också att 33% av deltagarna har använt ”komma-loss-tekniker” i någon situation och därmed haft nytta av utbildningen i praktiska situationer, vilket också lett till säkerhet för brukaren.

Stjärnmärkning

Stjärnmärkning är en utbildningsmodell som tagits fram av Svenskt Demenscentrum och syftar till att medarbetarna ska höja kompetensen kring demens och har en tydlig inriktning på personcentrerad vård. Genom att stjärnmärka verksamheter är avsikten att höja kvaliteten i verksamheten samtidigt som detta bidrar till kompetensutveckling och kan vara en attraktiv inriktning för potentiella medarbetare. 2023 påbörjades utbildning av stjärninstruktörer som ansvarar för delar av arbetet på den egna enheten. När minst 80% av personalen har genomfört samtliga fyra utbildningssteg och arbetar utifrån modellen tilldelas diplomet ”Stjärnmärkt”. Stjärnmärkningen omprövas sedan varje år. Äldrenämnden har beslutat att införa stjärnmärkning i verksamheterna. De första stjärnmärkta enheterna förväntas under 2025 när hela diplomeringsprocessen är genomförd.

Differentiering av arbetsuppgifter

Äldreomsorgen har under de senaste åren infört serviceresurs som en ny satsning. Intentionen är att nyttja kompetensen rätt genom att frigöra tid för undersköterskor och vårdbiträden att jobba med vård- och omsorgsnära arbete samt att skapa möjlighet att anställa serviceresurser som kan utföra städ, tvätt och andra serviceinsatser. Det finns i dagsläget serviceresurser vid sju verksamheter. Detta har resulterat i bättre följsamhet till rutiner, färre klagomål från hyresgäster, ökad andel aktiviteter för hyresgäster och en jämnare arbetsbelastning för personal.

Vård-och omsorgspersonalens brister i svenska språket

Under året har Äldrenämnden genomfört följande åtgärder för att medarbetarna ska behärska svenska språket i tillräcklig omfattning för att känna sig trygg i att utföra sina arbetsuppgifter.

Språkombud

I vård- och omsorgsboende har ett sjuttiotal språkombud utbildats sedan 2018 och i december 2023 finns 27 aktiva språkombud. Inför examinationen i språkombudsutbildningen så gör de blivande språkombuden en handlingsplan tillsammans med överordnad chef. Handlingsplanen ska innehålla mål och åtgärder för att stimulera språk och kommunikation på arbetsplatsen. Effekten av språkombud är svår att mäta i kvantitativa mått. De kvalitativa fördelar som ses är att språkombudet stöttar och tryggar språkpraktikanter att utöva språket och träna på att utöka sitt ordförråd.

Språkkurs Lingio

Den digitala språkkursen Lingio innehåller språkövningar som utgår från vardagliga situationer på arbetsplatsen. Utifrån sin förmåga i svenska språket så har medarbetare kunnat ta del av både yrkessvenska och grundläggande svenska. Effekten har mätts genom antalet medarbetare som genomfört kursen. För 2022 var det 38 medarbetare i vård- och omsorgsboende som har tagit del av språkkursen Lingio och tolv av dem har slutfört

utbildningen. För 2023 är det dryga 30 st som har påbörjat sin utbildning och under 2024 fortsätter satsningen.

Vårdsvenska

Kursen Vårdsvenska syftar till att förstärka deltagarnas förmåga till yrkesanpassad muntlig och skriftlig kommunikation inom området vård och omsorg. Målet är ett ökat ordförråd i vårdsvenska och bättre förmåga att kommunicera med kollegor, brukare och anhöriga. Ytterligare ett mål är att öka sin förmåga att dokumentera samt förmåga att ta emot och förstå instruktioner. Effekten av utbildningen i vårdsvenska mäts för varje kursdeltagare utifrån ett nivåbedömningstest. Syftet med detta är att inledningsvis kartlägga deltagarnas språkliga behov, vilket utgör en viktig grund i utbildningens genomförande, och sedan testa deltagarnas nivå vid slutet av kursen. Under de tre år som utbildningen har genomförts har testresultaten visat en tydlig positiv utveckling i deltagarnas språkförmåga. Sammantaget har svaren i utvärderingarna visat en mycket positiv bild av kursen och hur den bidrar till deltagarnas språkliga utveckling.

Läkartillgång/läkarmedverkan

Det finns ett ramavtal mellan Region Västerbotten och länets femton kommuner. Ramavtalet är ett länsövergripande avtal för läkarmedverkan som reglerar omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Utöver detta avtal finns lokala rutiner mellan respektive hälsocentral och kommunen. I dessa rutiner regleras kontaktvägar, rondtider mm mellan respektive hälsocentral och kommunens hälso- och sjukvård. Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. Kommunen kan erbjuda goda samverkansmöjligheter, men tillgången på läkare har kommunen liten rådighet över.

Under november 2023 har ett forum för samverkan mellan kommunens hälso- och sjukvård och hälsocentralerna i Umeå startat upp. Vid samverkansforumet följs avtalet upp och dialog förs om gemensam utveckling av läkarmedverkan, och kommunen har möjlighet att lyfta utvecklingsområden direkt till ansvarig hälsocentral. Kommunen har initierat en särskild dialog med en hälsocentral för att diskutera avvikelser i februari 2024.

Regeringen har tillsatt en utredning som ska lämna förslag som stärker kommunernas möjlighet att säkra tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Utredaren ska också analysera effektiviteten i nuvarande system samt, vid behov, föreslå åtgärder i det. Äldrenämnden ser fram emot utredningen som ska redovisas i sin helhet i november 2024.

Dokumentation och kontinuitet

IVO anser att dokumentation inte sker enligt gällande regelverk och att det saknas kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.

Ett dokumentationsforum har inrättats där fokus ligger på lärande kring upprättandet av vårdplaner. Den förväntade effekten är att antalet vårdplaner ska öka och kvaliteten förbättras. Dokumentation i vårdplaner följs upp genom journalgranskning där fokus är att se vilka vårdplaner som har upprättats och hur dessa formulerats. Journalgranskning av 20 journaler på särskilt boende, visar att det finns upprättade vårdplaner i samtliga journaler (100%).

De granskade journalerna är till stor del korrekta utifrån gällande rutiner. Språket är lättförståeligt och vårdplanerna är objektivt beskrivna. Det är till stor del möjligt att följa processen – dvs. bedömning/problembild, mål, åtgärder, uppföljning och resultat. Vårdplanerna är fördelade till omsorgspersonal när detta ska göras. Som en del i lärande sker återkoppling av journalgranskningen i verksamheterna

Vad gäller social dokumentation erbjuder dokumentationshandledare utbildning i dokumentation med fokus på social journal, genomförandeplan samt dokumentation i vårdplan när ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser har genomförts. Effekten mäts genom stickprovsgranskning varje tertial. Resultatet av stickprovsgranskningen under 2023 visar att förväntad effekt inte uppnåtts och därför genomförs för närvarande en pilot på ett vård- och omsorgsboende där endast utbildade dokumentationsombud dokumenterar i genomförandeplan. Parallellt pågår utbildningsinsatser med fokus på hur insatser ska beskrivas på ett personcentrerat sätt i genomförandeplanen.

Samtliga boenden har ett dokumentationsombud per 10–12 medarbetare dagtid (totalt 99st) och merparten av boendena har även dokumentationsombud natt (totalt 23st). Dokumentationsombudens uppdrag är att vara ett närstöd på arbetsplatsen och stötta chefer och kollegor vid dokumentation i social journal, genomförandeplan och vårdplan.

Umeå kommun påbörjande införandet av en långtidspool för sjuksköterskor 2022. Det har tagit tid att bemanna upp denna pool, i januari 2024 består den av tio sjuksköterskor. Dessa täcker upp på kommunens vård- och omsorgsboenden vid längre frånvarotillfällen såsom sjukskrivning och föräldraledighet. Vid en utvärdering av långtidspoolen vid årsskiftet 2023/2024 konstaterades att nyttjandegraden har varit 100%, dvs alla tio sjuksköterskor har varit bokade på all tillgänglig tid.

Syftet med personalpool är att minska behovet av tillfälliga vikarier och på så sätt förbättra kontinuiteten.

I Umeå pågår ett flertal samverkans- och utvecklingsprojekt inom ramen för nära vård där förebyggande, personcentrering och kontinuitet är i fokus. Det är för tidigt att se effekter för patienter och brukare eftersom flertalet av dessa arbeten är i sin linda, men aktuell forskning stödjer inriktningen om en nära vård som en förutsättning för kontinuitet.

Delegering

IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt.

För att erhålla läkemedelsdelegering genomgår alla en webb-utbildning, en praktisk genomgång samt ett skriftligt prov. I gällande riktlinje för delegering framgår att delegering ska följas upp via stickprov (t.ex. genom att gå bredvid när personalen administrerar läkemedel). Uppföljning sker även genom analys av uppkomna läkemedelsavvikelser enligt separat rutin.

Uppkomna avvikelser lyfts i samband med lärande träffar där enhetschefer för omsorgspersonal och sjuksköterska deltar. Här identifieras bakomliggande orsaker och åtgärder på övergripande nivå. Vid kontroll av läkemedelsavvikelser som rapporterats har en mycket begränsad andel bedömts vara av hög allvarlighetsgrad (1%), ingen av dessa har bedömts av MAS utgöra allvarlig risk eller inträffad vårdskada.

I samband med tertialuppföljning sker uppföljning av delegeringsprocessen av delegeringssamordnare och MAS. Bland annat har utbildningsmaterialet setts över vad gäller innehåll och språk. Rutinen gällande delegering har reviderats avseende vilka åtgärder som ska vidtas innan en medarbetare anmäls till delegeringsutbildning i syfte att säkerställa att personalen är redo för utbildningen.

Uppföljning visar att färre omsorgspersonal blir delegerade efter att utbildningen och kunskapstestet för läkemedelsdelegering har reviderats. I grunden bidrar detta till högre kunskapsnivå och bättre patientsäkerhet.

Sammanfattande slutord

Äldrenämnden har fastställt två övergripande mål för äldreomsorgen; Självständighet i hemmet och Trygg och säker vård och omsorg. Kommande år sker en stark demografisk utveckling i Umeå inom åldersgruppen 80 år och äldre. Detta tillsammans med prognoser över att tillgång till personal minskar kraftigt fram till 2035, gör att utmaningarna är stora. Äldrenämndens strategier för att kraftsamla kring dessa utmaningar är Förebygga, Digitalisera, Samarbeta/samverka och Kompetensutveckla. Flera insatser och arbeten som har koppling till tillsynen beskrivs i yttrandet, och många fler finns att läsa om i Äldrenämndens verksamhetsplan.

Äldrenämnden ser tillsyn och granskningar som en viktig del av utvecklingen av verksamheten och delar IVOs bild av att systematiskt kvalitetsarbete är en väsentlig grund i att kunna planera, leda och utvärdera verksamheten. Förbättringsområden är identifierade, åtgärder insatta och effekter följs upp. Samtidigt kvarstår arbete för att fortsatt utveckla den vård och omsorg som Äldrenämnden ansvarar för.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-14
Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2023/00034

Statistikrapporter ej verkställda beslut SoL äldrenämnden för kvartal 4 2023

Förslag till beslut
Äldrenämnden godkänner statistikrapporten över ej verkställda beslut enligt SoL.

Äldrenämnden överlämnar statistikrapporten till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Ärendebeskrivning
Från och med 2006-07-01 gäller, enligt 16 kap 6h § Socialtjänstlagen (SoL), följande beträffande ej verkställda gynnande beslut:

> ”Socialnämnden skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.
>
> Nämnden skall till fullmäktige även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.
>
> Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per kvartal.”

Beslutsunderlag
Statistikrapport SoL 2023-12-31

Beredningsansvariga
Emil Fridolfsdahl, nämndsekreterare

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2023/00034

Beslutet ska skickas till
Kommunfullmäktige
Kommunrevisionen

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Emil Fridolfsdahl
Nämndsekreterare

Ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen inom äldrenämndens ansvarsområde 2023-12-31

Ledsagning

Beslut		Kön	
Beslut som ej verkställts:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	7 mån, 19 dgr	x	
Avbrott i verkställighet och där biståndet inte åter verkställts inom 3 månader:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	4 mån, 9 dgr	x	
Beslut: 2			

Särskilt boende

Beslut		Kön	
Beslut som ej verkställts:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	4 mån, 20 dgr	x	
	4 mån, 14 dgr	x	
Beslut som verkställts senare än tre månader:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	8 mån, 8 dgr	x	
	7 mån, 17 dgr		x
	7 mån, 11 dgr	x	
Beslut som avslutats utan verkställighet:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	7 mån, 14 dgr	x	
Beslut: 6			

Medboende

Beslut		Kön	
Beslut som verkställts senare än tre månader:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	8 mån, 22 dgr	x	
Beslut: 1			

Korttidsboende

Beslut		Kön	
Beslut som avslutats utan verkställighet:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	6 mån, 13 dgr		x
Beslut: 1			

Hemtjänst

Beslut		Kön	
Beslut som verkställts senare än tre månader:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	5 mån, 1 dgr		x
Beslut: 1			

Dagverksamhet

Beslut		Kön	
Beslut som avslutats utan verkställighet:	**Väntetid**	Kvinna	Man
	4 mån, 4 dgr	x	
Beslut: 1			

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2024/00071

Information uppföljning hemtjänst

Förslag till beslut
Äldrenämnden godkänner informationen

Ärendebeskrivning
Utifrån redovisning av fördelningen av antal timmar mellan externa och interna utförare av hemtjänst i januari ger förvaltningen svar på frågor avseende kostnader, uppföljning av hemtjänst, avvikelser samt åtgärder kopplade till avvikelser mot avtal

Beredningsansvariga
Susanna Stenlund, verksamhetschef utredning äldre
Carina Nylander, ekonomichef
Anna Bergström, kvalitetschef

Beslutet ska skickas till

Anna Bergström

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Anna Karlander
Kanslichef

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-05
Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2024/00025

Dataskyddsberättelse äldrenämnden 2023

Förslag till beslut
Äldrenämnden godkänner dataskyddsberättelsen för 2023 inklusive prioriterade områden för 2024.

Ärendebeskrivning
Dataskyddsberättelsen för 2023 återger nämndens arbete med dataskydd bl. a. arbetet med de prioriterade områdena för året, konsekvensbedömningar, personuppgiftsincidenter.

Dataskyddsberättelsen omfattar även prioriterade områden för nämnden 2024:

- Införande nytt process- och planeringsverktyg (POP)
- Säker kommunikation (mejl och digital signering)
- Inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgiftsbehandlingar utanför avsedda IT-system/digitala tjänster

Beslutsunderlag
Dataskyddsberättelse för äldrenämnden 1 januari – 31 december 2023.

Beredningsansvariga
Anna Bergström, kvalitetschef
Kerstin Bergsten, personuppgiftskoordinator

Beslutet ska skickas till
Kerstin Bergsten

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Kerstin Bergsten
Personuppgiftskoordinator

UMEÅ KOMMUN

Dataskyddsberättelse äldrenämnden 1 januari – 31 december 2023

Dokumentnamn: Dataskyddsberättelse äldrenämnden 2023	**Datum:** 2024-02-22
Dokumentansvarig: Personuppgiftskoordinator	**Version:** 1.0
Godkänd av: Äldrenämnden	

Innehåll

Inledning ... 3
Dataskyddsförordningen, GDPR ... 3
Dataskyddsombud ... 4
Kommungemensamt nätverk för personuppgiftskoordinatorer ... 5
Prioriterade områden 2023 ... 5
Inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgiftsbehandlingar utanför avsedda IT-system/digitala tjänster ... 6
Införande av nytt process- och planeringsverktyg ... 6
Säker e-post ... 7
Konsekvensbedömningar ... 8
Dataskyddsombudet begär uppgifter ... 9
Behandling av känsliga personuppgifter i SharePoint Online, Microsoft molntjänst ... 10
Personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) ... 11
Umeå kommun med äldrenämnden som personuppgiftsbiträde till de s.k. LOV-utförarna av hemtjänst ... 11
Personuppgiftsincidenter ... 11
Den registrerades begäran om rättigheter ... 14
Prioriterade områden för 2024 ... 15
Bilaga 1 ... 17

Inledning

Äldrenämnden (ÄN) har den 2021-04-29 beslutat[1] att det årligen upprättas en dataskyddsberättelse för nämndens ansvarsområde.

Dataskyddsberättelsen omfattar delar av det dataskyddsarbete som genomförts inom äldrenämndens verksamhetsområden 1 januari – 31 december 2023 samt en redovisning av rapporterade personuppgiftsincidenter under året.

Dataskyddsberättelsen syftar till att ge en överskådlig bild och är skriven för en bred målgrupp. Den redovisas i äldrenämnden i februari 2024 och är efter godkännande tillgänglig för spridning inom och utom organisationen (allmän handling).

Äldrenämnden följer även en del av dataskyddsarbetet i den årliga Internkontrollplanen som ett särskilt riskområde.

Dataskyddsförordningen, GDPR

Dataskyddsförordningen[2], eller GDPR som den också kallas efter det engelska namnet The General Data Protection Regulation, innehåller regler om hur den personuppgiftsansvarige får behandla personuppgifter. Till dataskyddsförordningen finns kompletterande svensk lagstiftning; lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218) med tillhörande förordning SFS 2018:19.

Syftet med dataskyddslagstiftningen är att skydda fysiska personers grundläggande friheter och rättigheter vid behandling av personuppgifter och att harmonisera skyddet inom EU. Förklaringar till typiska begrepp i GDPR finns i bilaga 1.

[1] Dnr: ÄN-2021/00077, § 45

[2] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Dataskyddsombud

Äldrenämnden som myndighet och offentligt organ ska utse ett dataskyddsombud[3]. Dataskyddsombudets övergripande och viktigaste uppgift är att övervaka att nämnden följer dataskyddsförordningen[4]. Det innebär bland annat att

- samla in information om hur organisationen behandlar personuppgifter
- kontrollera att organisationen följer bestämmelser och interna styrdokument
- informera och ge råd inom organisationen.

Dataskyddsombudet ska också

- ge råd om konsekvensbedömningar
- vara kontaktperson åt IMY
- vara kontaktperson för de registrerade och personalen inom nämnden
- samarbeta med IMY, till exempel vid inspektioner

Dataskyddsombudet har inget eget ansvar för att organisationen följer dataskyddsförordningen. Det ansvaret ligger alltid hos den personuppgiftsansvariga (nämnden). Dataskyddsombudet ska kunna arbeta självständigt och oberoende, utan att bli påverkad av andra inom organisationen. Det är därför viktigt att dataskyddsombudet inte har andra arbetsuppgifter som kan krocka med rollen som dataskyddsombud. Det är till exempel inte lämpligt att dataskyddsombudet sitter i organisationens ledning eller är med och fattar strategiska beslut om kärnverksamheten som omfattar personuppgiftsbehandling. Dataskyddsombudets ställning framgår av artikel 38 dataskyddsförordningen.

[3] Artikel 37, dataskyddsförordningen samt ÄN-2018/00094
[4] Artikel 39, dataskyddsförordningen

Kommungemensamt nätverk för personuppgiftskoordinatorer

Personuppgiftskoordinator är en funktion som inrättades i Umeå kommuns respektive nämnder i samband med att GDPR trädde i kraft, det är ingen funktion som krävs enligt GDPR. Samtliga nämnder i Umeå kommun har en eller flera personer som har funktion av personuppgiftskoordinator. Personuppgiftskoordinator hos äldrenämnden ger råd, svarar på frågor och är ett stöd för medarbetare och chefer i arbetet med att följa dataskyddsförordningen (GDPR) t. ex är behjälplig i samband med genomförandet av konsekvensbedömningar, registreringar av personuppgiftsbehandlingar, personuppgiftsincidenter, ger utbildning och information om GDPR.

Sedan GDPR trädde i kraft i maj 2018 finns en nätverksgrupp för personuppgiftskoordinatorerna i kommunen. Sammankallande är dataskyddsombudet och kommunens informationssäkerhetssamordnare. Dataskyddsombudet tillsammans med informationssäkerhetssamordnaren delger information inom området, ger råd, vägledning och utbildning i det som såväl nämnderna som de själva uppfattar finns behov av hos nämnderna. Dataskyddsombudet kan även ge uppdrag/uppgifter till personuppgiftskoordinatorerna att ta med sig till sina respektive nämnder och verksamheter som dataskyddsombudet vill få återkoppling på.

Prioriterade områden 2023

I samband med att dataskyddsberättelse för år 2022 beslutade äldrenämnden om följande prioriterade områden för år 2023

- Inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgiftsbehandlingar utanför avsedda IT-system/digitala tjänster
- Införande av nytt process- och planeringsverktyg (POP)
- Säker e-post

Nedan följer redogörelse för hur det gått med arbetet i de prioriterade områdena.

Inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgiftsbehandlingar utanför avsedda IT-system/digitala tjänster

Enligt dataskyddsförordningen ska personuppgiftsansvarig föra register över samtliga personuppgiftsbehandlingar. Registreringarna ska vara skriftliga, tillgängliga i elektroniskt format och hållas uppdaterade. På begäran ska registret göras tillgängligt för Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).[5]

Sedan ett par år finns en upprättad rutin till stöd för arbetet med registreringen. Rutinen är finns tillgänglig i rutinbiblioteket och heter Registrering av personuppgiftsbehandling RegIT enligt GDPR.

Umeå kommun har RegIT som kommungemensam digitala plats för registreringen. Detta såväl för IT-system/tjänster som för det som hos Umeå kommun benämns som ”utanför system” d v s personuppgiftsbehandlingar som hålls på annan än avsedd plats (t. ex Word- eller Excell fil på SharePoint-platser, G: mappar).

Inför att dataskyddsförordningen trädde i kraft år 2018 genomförde verksamheterna kartläggningar över de personuppgiftsbehandlingar man då hade ”utanför system” och registrerade dem i RegIT. Sedan hösten 2020 och de två efterföljande åren har arbete pågått hos verksamheterna med att följa upp de registreringar som gjordes inför 2018. Detta för att justera och/eller upprätta nya registreringar där det skett förändringar samt för att uppmärksamma behov av, planera för och genomföra konsekvensbedömningar där så krävs enligt dataskyddsförordningen.

Arbetet med inventering, registrering och uppföljning i RegIT kvarstår i ett par verksamhetsområden och kommer därför behöva fortgå under år 2024, med målsättning att det också ska vara genomfört under 2024.

Införande av nytt process- och planeringsverktyg

Idag används Treserva för handläggning och dokumentation i samband med utredningar, beslut och genomförande av bistånd/insatser enligt bl. a socialtjänstlag och LSS. Under 2022 var upphandling av ett nytt process- och planeringsverktyg genomfört.

[5] Artikel 30 GDPR

Under 2023 har införandeprojektet för nytt processtöd (Viva) och planeringsverktyg (Intraphone) pågått. Arbetet har fokuserat på förberedande insatser inom ett stort antal delprojekt inför den.

Ett stort antal av delprojekten omfattar frågor relaterade till informationssäkerhet. En av dessa är autentisering där det under 2023 pågått ett arbete för att kunna tillhandahålla en autentiseringslösning enligt LOA-3[6]. Arbetet har resulterat i ett beslut om att denna lösning primärt skall utgöras av Mobilt Siths eID och sekundärt genom frivillig användning av mobilt BankID. Arbetet har även omfattat framtagande av rutiner vid driftsstopp för den primära lösningen. Framtagna autentiseringsrutiner gäller för kommande processtöd, planeringsverktyg och samtliga befintliga system inom området välfärdsteknik.

Utöver autentisering har stor fokus legat på arbete med organisationsöversyn kopplat till behörighetsstyrning.

Driftsättningen hos individ- och familjenämnden är planerad till februari 2024 och dess verksamhet individ och familjeomsorg (ifo). I oktober 2024 planeras driftsättning för resterande verksamheter hos individ- och familjenämnden. Driftsättning hos äldrenämnden planeras till oktober 2024 med utredning och bistånd först ut och därefter verkställighet/utförarna.

Säker e-post

Under 2023 har två upphandlingar inom projektet ”Säker kommunikation” genomförts. En fristående *underskriftstjänst* som uppfyller DiGGs (Myndigheten för digital förvaltning) standarder och ramverk för e-underskrifter samt en lösning för *Säkra meddelanden*. Båda dessa lösningar kan hantera känslig och sekretessbelagd information och kommer kunna användas internt såväl som externt i kontakter med andra förvaltningar, myndigheter och privatpersoner.

På grund av innehållet som lösningarna kommer hantera är autentiseringsnivån beslutad till e-legitimation (t. ex BankID, Freja eID, SITHS). Lösningarna kommer installeras och driftas i Umeå kommuns datahallar och automatiska gallringsregler kommer tillämpas för att säkerställa att ingen känslig information lagras längre än nödvändigt i lösningarna. All information från avslutade ärenden ska lagras i avsett verksamhetssystem. Aktivitet i lösningarna kommer loggas och servrarna som används har också ordentliga skyddsåtgärder som exempelvis intrångslarm, back-up, aktivitetsloggning och åtkomst endast från priviligierade nätverk.

[6] Level of Assurance. LoA3 = minst tvåfaktorsautentisering

Lösningarna innebär vinster både för Umeå kommun i stort såväl som för enskilda verksamheter. Minskad pappersförbrukning och minskade transporter ger miljövinster och lösningarna är också en bit på väg mot Umeå kommuns mål om ”Digitalt först”. För privatpersoner ökar Umeå kommuns tillgänglighet och den digitala servicen främjas.

För verksamheterna kommer dessa lösningar innebära stora fördelar i form av frigjord arbetstid, minskad pappershantering och underlätta kontakten mot både externa samarbetsparter och mot privatpersoner. Lösningen för säkra meddelanden innehåller också möjligheten att, via option, avropa Ineras lösning för Säker Digital Kommunikation (SDK). En lösning som syftar till att underlätta delning av känslig information mellan myndighetsaktörer.

Införandet för båda (underskrifttjänst och säkra meddelanden) lösningarna är planerat att ske under 2024, det kommer ske i pilotform där störst behov prioriteras utifrån ett antal parametrar.

Konsekvensbedömningar

När en verksamhet planerar att inleda en behandling av personuppgifter som kan leda till hög risk för de registrerade (brukare/klienter/patienter, medarbetare et c.) ska en konsekvensbedömning avseende dataskydd genomföras[7]. I korthet handlar det om att vara förutseende, förebygga risker och därmed skydda människors fri- och rättigheter.

En konsekvensbedömning kan behöva göras

- innan personuppgiftsbehandlingen påbörjas
- om risken med en pågående behandling ändras
- för pågående behandlingar om det inte har gjort det tidigare

Konsekvensbedömningen är en process för att

- ta reda på vilka risker som finns med att behandla personuppgifter
- ta fram rutiner och åtgärder för att bemöta dessa risker

[7] Artikel 35.1 anger att om en typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige före behandlingen utföra en bedömning av den planerade behandlingens konsekvenser för skyddet av personuppgifter. Därutöver har IMY, enligt artikel 35.4, upprättat en förteckning över när en konsekvensbedömning behöver genomföras, se IMY hemsida Förteckning över när en konsekvensbedömning ska göras | IMY

- visa att man uppfyller dataskyddsförordningens krav

Under året har fem (5) konsekvensbedömningar upprättats (diarieförda i P360). Det handlar om personuppgiftsbehandlingar som är nödvändiga för att verksamheterna ska kunna planera och utföra beviljad insats, kunna debitera brukare den avgifts som följer av utförd insats och för signering i samband med hälso- och sjukvårdsinsatser. Två av konsekvensbedömningarna gäller behandling av personuppgifter på lokal server hos Umeå kommun, ytterligare två gäller pappershandlingar som hanteras/lagras utanför Treserva under en viss period. En konsekvensbedömning gäller behandling av personuppgifter på en verksamhets SharePoint-platser, Microsoft molntjänst. Behandlingen på SharePoint-platsen sker enligt beslut fattat av äldrenämnden[8].

Dataskyddsombudet begär uppgifter

Dataskyddsombudet har i slutet av året begärt uppgifter gällande konsekvensbedömningar. Uppgifterna är lämnade enligt nedan.

Äldrenämnden har under ett par år haft som prioriterade aktivitet: *Inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgiftsbehandlingar utanför avsedda IT-system/digitala tjänster*, vilket medför att nämnden också kan identifiera och genomföra konsekvensbedömningar där sådan krävs. I samband med inventeringen har verksamheterna fått information om vad som ska göras, verksamheterna har även stöd i upprättade rutiner som gäller registerförteckning samt konsekvensbedömning.

Till och med den 2023-11-20, när svar till dataskyddsombudet lämnades, har nämnden 26 identifierade högriskbehandlingar utanför avsedda IT-system/tjänster samt 22 högriskbehandlingar som gäller IT-system/tjänster. Sedan år 2018 är totalt 21 konsekvensbedömningar genomförda. Dataskyddsombudet ville avslutningsvis veta hur många konsekvensbedömningar som är genomförda under år 2022 vilket är 11 konsekvensbedömningar.

[8] ÄN-2021/00053

Behandling av känsliga personuppgifter i SharePoint Online, Microsoft molntjänst

Äldrenämnden har den 2021-02-25 beslutat[9] att ”känslig information som lagras i SharePoint 2010 (lokal drift), i väntan på förtydliganden gällande juridiska förutsättningar, flyttas för lagring i Microsofts molntjänster enligt tekniska nämndens rekommendation.”

Flytten genomfördes under 2022.

Verksamheterna har under 2023 hanterat denna lagring i enlighet med respektive konsekvensbedömning och internt dataskyddsarbete.

Viva, som är det kommande processtödet som införs under 2024, har i förhållande till nuvarande verksamhetssystem (Treserva) bättre möjlighet till lagring av dokument och bilagor och i kombination med nyttjandet av planeringsverktyget (Intraphone) kommer verksamheterna att få ett bättre digitalt stöd gällande dokumentation, kommunikation, planering och uppföljning. Den tidigare bedömningen om att lagringen i Microsofts molntjänst till stor del kan upphöra i samband med införandet av nytt processtöd och planeringsverktyg kvarstår.

Aktiviteter för att verkställa nedstängningen av lagringsytor i Microsofts molntjänster planeras under 2024 utifrån införandeplan gällande Viva och Intraphone, samt vid behov komplettering med annat systemstöd om så bedöms nödvändigt.

Konsekvensbedömning, enligt dataskyddsförordningen, för processtödet Viva pågår och är i dess slutfas. Konsekvensbedömning gällande planeringsverktyget Intraphone planeras inledas inom kort.

KLASSA[10] för processtödet Viva är genomförd, för planeringsverktyget Intraphone planeras KLASSA påbörjas inom kort.

Konsekvensbedömningarna och de genomförda KLASSA kommer utgöra underlag för kommande beslut under 2024.

[9] Dnr: ÄN-2021/00053 § 19
[10] För att förenkla kommuners och regioners genomförande av informationsklassningen har SKR tagit fram verktyget Klassa 4.0, informationsklassning. Informationsklassning är en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder för att skydda information.

Personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal)

Enligt artikel 28 dataskyddsförordningen ska ett personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) tecknas om personuppgiftsansvarig anlitar ett personuppgiftbiträde. Typiska biträdessituationer är till exempel när en leverantör behandlar information i sina enheter/servrar/system/tjänster för den personuppgiftsansvariges räkning. Det finns en rutin upprättad för detta scenario, rutinen finns tillgänglig i rutinbiblioteket ”Personuppgiftsbiträdesavtal PUB-avtal enligt GDPR hos socialtjänsten”.

Under året har det upprättats ett (1) PUB-avtal och det med Cambio Viva.

Umeå kommun med äldrenämnden som personuppgiftsbiträde till de s.k. LOV-utförarna av hemtjänst

En LOV-utförare av hemtjänst är personuppgiftsansvariga för de personuppgiftsbehandlingar denna har i sin verksamhet (17 § förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten). Detta motsvarar det personuppgiftsansvar som äldrenämnden har för de personuppgiftsbehandlingar som nämnden har i sina verksamheter.

I de fall LOV-utföraren önskar ha Umeå kommun med äldrenämnden till hjälp för att kunna behandla sina personuppgifter, ska LOV-utföraren teckna ett personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) med Umeå kommun, äldrenämnden. Nämnden åtar sig då uppdrag och ansvar som personuppgiftsbiträde till aktuell LOV-utförare.

I äldrenämnden har det under 2023 funnits nio (9) pågående PUB-avtal med LOV-utförare av hemtjänst som utför tillsyn hos brukaren i form av videosamtal vilka innebär att nämnden åtagit sig att vara personuppgiftsbiträde till respektive aktuell LOV-utförare. Dessa avtal tecknades under 2022.

Under 2023 har inga PUB-avtal tecknats där nämnden är personuppgiftsbiträde.

Personuppgiftsincidenter

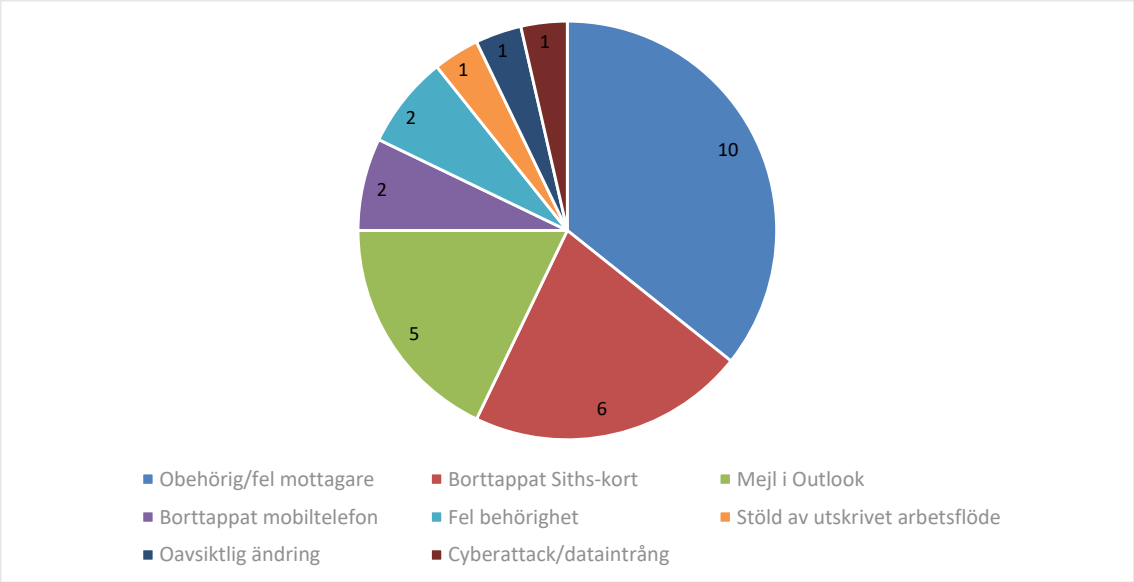
En personuppgiftsincident är en händelse som leder till att personuppgifter oavsiktligt eller olagligt förstörs, förloras eller ändras eller att någon obehörig delges/ges tillgång till personuppgifter. Det spelar ingen roll om incidenten har skett oavsiktligt eller med avsikt, i båda fallen är det en

personuppgiftsincident. Den som uppmärksammar att en personuppgiftsincident inträffat ska rapportera det enligt rutin ”Personuppgiftsincident”, rutinen finns tillgänglig i rutinbiblioteket.

Under föregående år, **2022,** har det rapporterats om 18 personuppgiftsincidenter. Åtta (8) av incidenterna bedöms vara av sådan art att anmälan om dem lämnats till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). IMY har i samtliga ärenden meddelat beslut att avsluta ärendet, men att IMY vid ett eventuellt framtida klagomåls- eller tillsynsärende kan komma att beakta aktuell anmälan.

Under år **2023** har 28 personuppgiftsincidenter rapporterats. Fem (5) av incidenterna har bedömts vara av sådan art att anmälan om dem har lämnats in till IMY. Anmälan görs då bedömningen är att det inte är osannolikt att den registrerade riskerar att förlora sina fri- och rättigheter. De personuppgiftsincidenter som anmäls till IMY anmäls även till det efterföljande nämndssammanträdet. IMY har i samtliga anmälda ärenden meddelat beslutat att de för närvarande inte vidtar åtgärder med anledning av anmälningarna, men att de vid ett eventuellt framtida klagomåls- eller tillsynsärende kan komma att beakta aktuell anmälan.

De inträffade personuppgiftsincidenterna 2023 enligt nedan (nästa sida):



- Personuppgifter sänds/lämnas till obehörig/fel mottagare. Två (2) av incidenterna anmälda till IMY
- Borttappat Siths-kort[11]
- Brukares personuppgifter (känslig och/eller sekretess) sänds via mejl i Outlook (till rätt/behörig mottagare)
- Borttappad mobiltelefon
- Fel tilldelad behörighet medför risk att obehörig kan ta del av personuppgifter. Anmäld till IMY

[11] Personlig elektronisk legitimation för behörighet till digitala system/tjänster

- Stöld av utskrivet arbetsflöde (omfattar tio brukare). Anmäld till IMY
- Oavsiktlig ändring, person markerad som felaktigt avliden,
- Cyberattack/dataintrång hos personuppgiftsbiträdet av trygghetslarm. Anmäld till IMY

Den registrerades begäran om rättigheter

Den som är registrerad (den vars personuppgifter behandlas t. ex brukare/klient/patient, medarbetare) har ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningen. Som personuppgiftsansvarig ska nämnden ha rutiner på plats för att hantera begäranden om att utöva dessa rättigheter när någon begär det, sådan rutin finns upprättad i rutinbiblioteket ”Rätten till tillgång, rättelse, radering, begränsning, dataportabilitet och invändning enligt dataskyddsförordningen (GDPR)”.

På Umeå kommuns hemsida finns information om de behandlingar nämnden ansvarar för och information om hur den registrerade går till väga då denne vill nyttja sina rättigheter[12].

De rättigheter som den registrerade kan begära är rätten till

- tillgång (registerutdrag),
- rättelse,
- radering,
- begränsning,
- dataportabilitet och
- invändning

Vad rättigheterna innebär finns att läsa om på Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) hemsida, De registrerades rättigheter | IMY

[12] Sökväg: Ta dig till umea.se och skriv GDPR i sökrutan, i den vänstra spalten väljer du ”Behandling äldreomsorg” eller följ länken Behandling, äldreomsorg - Umeå kommun (umea.se)

Från och med den 25 maj 2018, när dataskyddsförordningen trädde i kraft, har följande begäran handlagts

År	Tillgång (registerutdrag)	Rättelse	Radering (”rätten att bli bortglömd”)	Begränsning av behandling	Dataportabilitet	Invändningar
2020	I					
2021			I			
2022	I I I		I			
2023	I					

Samtliga begäran om *tillgång* har tillgodosetts enligt aktuell begäran. Den ena begäran om *radering* har avslagits med motivering att då personuppgiftsbehandlingen sker för att utföra uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning föreligger ej rätt till radering, vilket framgår av artikel 17.3b dataskyddsförordningen. Avslaget har inte överklagats. Den andra begäran om *radering* har tillgodosetts enligt begäran (då personuppgiftsbehandlingen ej skett som en nödvändig uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning).

Prioriterade områden för 2024

Mot bakgrund av det som framkommer av berättelsen föreslås följande områden som prioriterade för att ytterligare förbättra behandlingen/hanteringen av personuppgifter hos nämnden som personuppgiftsansvarig

Prioriterade områden att arbeta med under år 2024:

- Införande nytt process- och planeringsverktyg (POP)
- Säker kommunikation (mejl och digital signering)
- Inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgiftsbehandlingar utanför avsedda IT-system/digitala tjänster

Målsättningen med områdena är att få en säkrare behandling av personuppgifter med nytt process- och planeringsverktyg, bl. a. då personuppgifter som idag behandlas på SharePoint-platser i större utsträckning kan föras till och behandlas i avsedd tjänst för handläggning och dokumentation.

En ny tjänst att använda för mejl, såväl internt som med extern avsändare/mottagare, medför att personuppgifter som är känsliga och omfattas av sekretess inte sänds via öppet nät. Säker digital kommunikation i samband med att handlingar ska undertecknas/signeras bör öka effektiviteten samtidigt som säkerheten höjs.

Att färdigställa arbetet med inventering, registrering och uppföljning i RegIT av personuppgifter som behandlas utanför avsedda IT-system/digitala tjänster medför en ökad kännedom om vilka och var personuppgifter behandlas samt vilka som av nödvändighet måste finnas kvar. I förlängningen medför den kännedomen möjlighet att säkra upp behandlingarna genom att konsekvensbedöma (riskbedöma) dem och/eller föra dem till avsett IT-system/digital tjänst t. ex det nya process- och planeringsverktyget.

Bilaga 1

Typiska begrepp i GDPR

Personuppgifter[13]är alla uppgifter som direkt eller indirekt kan leda till att identifiera en fysisk person, t. ex namn, personnummer, e-postadress, bostadsadress, telefonnummer, användarnamn eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet.

Känsliga personuppgifter[14] är personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning.

Personuppgiftsbehandling[15] är allt man kan göra med personuppgifter, t. ex samla in dem, skriva ner dem, läsa dem, justera dem, radera dem, lämna ut dem.

Personuppgiftsansvarig[16] är den som bestämmer för vilka ändamål som personuppgifterna ska behandlas och hur behandlingen ska gå till. Nämnden är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som samlas in och behandlas i nämndens verksamheter.

Personuppgiftsbiträde[17] är den som behandlar personuppgifter för den personuppgiftsansvariges räkning. Det kan vara en leverantör av ett IT-system eller tjänst för personaladministration, digitala journaler eller personakter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst eller tjänster och plattformar inom välfärdsteknologi.

[13] Artikel 4.1
[14] Artikel 9
[15] Artikel 4.2
[16] Artikel 4.7
[17] Artikel 4.8

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-09
Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2024/00028

Patientsäkerhetsberättelse äldrenämnden 2023

Förslag till beslut
Äldrenämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2023 och fastställer de prioriterade områdena för 2024.

Ärendebeskrivning
Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse vilket framgår av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Patientsäkerhetsberättelsen bör ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Berättelsen ska innehålla uppgifter om hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen 2023 är en sammanställning av patientsäkerhetsarbetet inom nämndens hälso- och sjukvårdsansvar.

Förslag till prioriterade områden 2024
1. Patienter och närståendes delaktighet i vården
2. Hälsofrämjande och förebyggande arbete
3. Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal

Beslutsunderlag
Patientsäkerhetsberättelse 2023

Beredningsansvariga
Kerstin Rahkola, medicinskt ansvarig sjuksköterska
AnnGerd Töyrä, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Sandra Scherman, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00028

Beslutet ska skickas till
MAS och MAR
Anna Bergström

Förnamn, Efternamn	Kerstin Rahkola
Befattning	Medicinskt ansvarig sjuksköterska

UMEÅ KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för äldrenämnden
År 2023

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse för äldrenämnden, år 2023		
Dokumentansvarig: Kerstin Rahkola MAS, AnnGerd Töyrä MAS, Sandra Scherman MAR		**Dokumentdatum:** 2024-02-09
Godkänd av: Äldrenämnden	**Version:** [1.0]	**Reviderad:** [20XX-XX-XX]

INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av äldrenämndens systematiska patientsäkerhetsarbete för 2023 och är ett lagkrav enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar. Äldrenämndens patientsäkerhetsberättelse innehåller resultat från uppföljningar och egenkontroller och bygger på föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Patientsäkerhetsberättelsen behandlas och antas av äldrenämnden i Umeå kommun. Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet delas av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) tillsammans med verksamhetschefer för hälso- och sjukvård.

Arbetet med hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhet spänner på ett övergripande sätt över äldrenämndens och individ- och familjenämndens verksamhet.

Innehåll

INLEDNING 2

SAMMANFATTNING 5
Prioriterade områden 2023 6

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 7
Engagerad ledning och tydlig styrning 7
Organisation och ansvar 7
Verksamhetschefer för hälso- och sjukvård 7
MAS, Medicinskt ansvarig sjuksköterska och MAR, Medicinsk ansvarig för rehabilitering 7
Medicinsk ledning 8
Medarbetare 8
Privata utförare med hälso- och sjukvård 8
Samverkan för att förebygga vårdskador 8
Samverkansråd patientsäkerhet 8
Länsgemensamma överenskommelser 8
Vårdhygien 9
Hjälpmedelsråd 9
MAS/MAR Nätverk 9
Kunskapsstyrning 9
Äldre och läkemedel 10
En god säkerhetskultur 10
Adekvat kunskap och kompetens 12
Patienten som medskapare 13

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 14
Öka kunskap om inträffade vårdskador 15
Utredning av händelser – vårdskador 15
Anmälan om negativ händelse och tillbud med medicinteknisk produkt 16
Tillförlitliga och säkra system och processer 16
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) 16
Demenssjukdom 18
Vård i livets slut 19
Dokumentation 20
Läkemedelshantering 22
Ordination/instruktion av omvårdnadsinsatser 29
Rehabilitering och hjälpmedel 30

Tidmätning arbetsterapeut och fysioterapeut 35
Arbetsterapeut Utredning äldre 38
Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning 38
Välfärdsteknik 39
Säker vård här och nu 40
Riskhantering 40
Vårdprevention 40
Fallskador 41
Nutrition 43
Dysfagi 44
Stärka analys, lärande och utveckling 44
Avvikelser 44
Klagomål och synpunkter 48
Öka riskmedvetenhet och beredskap 49
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 49
Utmaningar i verksamheten 49
Prioriterade mål 2024 50

SAMMANFATTNING

Hälso-och sjukvårdsverksamhetens utmaningar har präglats av bemanningssvårigheter och bristande kompetens hos omsorgspersonal. Inom hemtjänsten är 43% av omsorgspersonalen utbildade undersköterskor och inom vård- och omsorgsboende är 45% av omsorgspersonalen undersköterskor. Bristen på omsorgspersonalens kompetens har bland annat medfört bristande följsamhet till ordinerade insatser från hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller rehabilitering, omvårdnad och medicinska insatser. Detta kan bland annat bero på svårigheten att se nyttan av att utföra vissa insatser och brister i att uppmärksamma patientens/brukarens behov. Med anledning av detta har kontinuerliga gemensamma samverkansmöten införts med verksamhetschefer för socialtjänsten och hälso- och sjukvård samt MAS, MAR och SAS.

Under 2023 har väntetiderna till arbetsterapeut i ordinärt boende fortsatt varit väldigt långa. Detta har uppmärksammats som en patientsäkerhetsrisk som kommer att vara prioriterad att arbeta med även 2024.

Patienter som skrivits ut från sjukhus till kommunens boenden har allt större vårdbehov och snabba utskrivningsprocesser har lett till att en trygg och säker hemgång inte kunnat säkerställas. Brister i samverkan och förslag till förbättrat samarbete mellan kommun och Region Västerbotten har diskuterats i olika samverkansforum under året.

De prioriterade områdena för året har varit dokumentation, läkemedelshantering, delegeringsprocessen och brister i följsamhet till ordinationer och instruktion från hälso- och sjukvårdspersonal. Inom rehabiliteringsområdet har förbättringsarbeten skett inom flera områden, bland annat har arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltagit i kompetensutvecklingsinsats gällande riskbedömningar och dokumentation i patientjournal. Syftet har varit att öka riskmedvetenhet i samband med rehabiliteringsåtgärder samt att öka kvalitén i dokumentationen. Verksamheten har också gjort en kartläggning gällande rehabilitering i ordinärt boende. Kartläggningen kommer ligga till underlag för fortsatt förbättringsarbete. I vård-och omsorgsboende har ett nytt arbetssätt tagits fram kring periodiska inspektioner av lyftselar, vilket innebär att arbetsterapeuter regelbundet kommer inspektera de lyftselar som finns i verksamheten. Detta förväntas öka kvalitén på lyftselarna och därmed också öka patientsäkerheten kring förflyttning med lyft. Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser har genomförts och arbetet med att öka följsamheten kommer att fortsätta även under 2024.

Inom sjuksköterskans ansvarsområde har förbättringsarbete skett inom de prioriterade områden bland annat har sjuksköterskor deltagit i dokumentationsforum med utbildning och dialog gällande dokumentation för att öka enhetlig dokumentation. Fortlöpande arbete med kvalitetssäkring av läkemedelshantering och delegering sker. På vård- och omsorgsboende har kartläggning av följsamhet till ordinerade insatser skett, förbättringsarbete har påbörjats

och kommer att fortsätta kommande år. Under året har sårvårdsteamet erbjudit utbildningsinsatser till både omsorgspersonal och sjuksköterskor för att öka kompetens gällande sår. Sårvårdsteamet finns även tillgänglig för rådgivning och har ett nära samarbete med specialistsjukvården, vilket har varit framgångsrikt för att korta ner handläggningstiden innan patienten får komma till specialistsjukvården vid svårläkta sår. Under året har även ett arbete skett med införande av nutritionsnivåer. Inom äldreomsorgen har elva boenden påbörjat arbetssättet med individuella nutritionsplaner efter modellen ”Nutritionsnivåer”. Målet är att samtliga boenden ska arbeta med nutrition genom detta standardiserade arbetssätt.

Sammanställning av patientsäkerhetsarbetet har gjorts genom bland annat tertialuppföljningar med verksamhetschefer, enhetschefer, enkät till hälso- och sjukvårdspersonal, sammanställning av avvikelser och resultat från kvalitetsregister. Prioriterade områden har tagits fram av medicinsk ledning. Prioriterade områden för 2024 är patienters och närståendes delaktighet i vården, hälsofrämjande och förebyggande arbete och följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal**.**

Prioriterade områden 2023

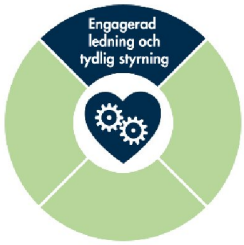
Dokumentation Säkerställa en enhetlig och strukturerad journalföring som innehåller uppgifter som behövs för en god och säker vård.	
Åtgärder	Uppföljning
• Kvalitetssäkra arbetssätt och rutiner i samband med införandet av POP • Förbättringsarbete för ökad följsamhet till dokumentationsrutin • Dokumentationsforum för sjuksköterskor.	• Journalgranskning • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef

Läkemedelshantering och delegering Säker läkemedelshantering och delegeringsprocess.	
Åtgärder	Uppföljning
• Översyn av rutiner för läkemedelshantering och implementering. • Översyn av delegeringsprocessen.	• Avvikelser • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef

Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal Ökad andel utförda ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal till omsorgspersonal.	
Åtgärder	Uppföljning
• Samverkan med verksamhetschefer • Kartläggning av följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal. • Upprättande och förtydligande av rutiner. • Information och implementering av rutiner.	• PPM mätning • Avvikelser • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



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

Organisation och ansvar

Äldrenämnden är vårdgivare inom Umeå kommuns socialtjänst. Vårdgivaren är enligt patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Nämnden har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren är skyldig att ha ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschefer för hälso- och sjukvård

Verksamhetschef har det samlade ledningsansvaret och representerar vårdgivaren. Ledningsansvaret kan inte överlåtas till annan befattningshavare. Det samlade ledningsansvaret är undantaget de uppgifter som MAS/MAR ansvarar för.

MAS, Medicinskt ansvarig sjuksköterska och MAR, Medicinsk ansvarig för rehabilitering

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). För verksamheter som omfattar rehabilitering kan det finnas en fysioterapeut eller arbetsterapeut som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). MAR finns i Umeå Kommun sedan 2019.

MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs i enlighet med lagstiftning
- anmälan görs till kommunal nämnd och IVO om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

Medicinsk ledning

Verksamhetschefer som har ansvar över hälso- och sjukvård i sin verksamhet inom äldrenämnden respektive individ- och familjenämnden bildar tillsammans med MAS och MAR en medicinsk ledning. Den medicinska ledningen ska enligt uppdraget arbeta på ett övergripande och sammanhållet sätt så att förutsättningar för en behovsbaserad och personcentrerad hälso- och sjukvård kan bedrivas på ett resurseffektivt sätt.

Medarbetare

Medarbetarna ansvarar för att rapportera händelser, tillbud och risker samt delta aktivt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Privata utförare med hälso- och sjukvård

Från 2023-06-01 har tidigare avtal med äldreboendet Bäckbacka gällande insatser från kommunal hälso-och sjukvård upphört.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansråd patientsäkerhet

Samverkansråd Patientsäkerhet arbetar med ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att förebygga kvalitetsbrister. I patientsäkerhetsrådet ingår representanter från Region Västerbotten, läkare, verksamhetsutvecklare och MAS från kommuner i länet. Samarbetet utformas som en sammanhållen process i hela länet mellan det olika huvudmännen. Under 2023 har ett arbete påbörjats med att upprätta en länsövergripande rutin mellan Region och kommun för patienter med trakeostomi som vårdas utanför sjukhuset. Hantering av gemensamma avvikelser och hur informationsöverföring mellan huvudmännen säkras är andra frågor som funnits på agendan under året.

Länsgemensamma överenskommelser

Under 2023 har ett arbete påbörjats kring att göra en översyn av länsöverenskommelsen kring egenvård, utifrån den nya lagen om egenvård som trädde i kraft den 1 januari 2023. Under året har en behovsinventering genomförts och under 2024 kommer överenskommelsen att färdigställas.

Vårdhygien

Umeå kommun har avtal med vårdhygien som bidrar med vårdhygienisk expertis såväl i det förebyggande arbetet som vid särskilda situationer, exempelvis utbrott av smitta. Under året har vårdhygien erbjudit regelbundna kommunala nätverksträffar, vårdhygieniskt forum med olika teman för sjuksköterskor samt årlig MAS träff. Vårdhygien har även hållit i utbildning om basala hygienrutiner, multiresistenta bakterier och smittspridning på de vård- och omsorgsboende där multiresistensbakterie förekommit. På ett av dessa boenden har omfattande smittutredning skett på grund av smittspridning samt genomgång av vårdhygienisk egenkontroll och hjälpt enhetschef att ta fram åtgärdsplan. Under året har vårdhygien även uppdaterat flertalet riktlinjer som gäller för kommuner. Utöver detta har fortlöpande vårdhygienisk rådgivning skett till enhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal.

Hjälpmedelsråd

Hjälpmedelsrådet i Västerbotten ska verka för en samordnad, kvalitetssäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsprocess utifrån patienternas behov. Hjälpmedelsrådet har under året haft regelbundna möten och Umeå kommun har representerats av MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering). Samverkan utgår från ”Länsgemensam hjälpmedelsstrategi i Västerbotten”, som gäller from 2023-04-01 tom 2025-03-31, då uppföljning ska ske. Under året har hjälpmedelsrådet bland annat arbetat med att kartlägga hur många arbetsterapeut -och fysioterapeutresurser som finns i primärvården i länet, i både region och kommun. Syftet har varit att få en övergripande bild av hur förutsättningarna ser ut i länet kring hjälpmedelsförskrivning. Andra frågor som hanterats i hjälpmedelsrådet är beslut som rör hjälpmedelssortiment och förskrivningskriterier.

MAS/MAR Nätverk

MAS och MAR i Umeå Kommun ingår i nätverk med övriga MAS/MAR i länet. I nätverket diskuteras bland annat gemensamma frågor kring systematiskt patientsäkerhetsarbete och strategiska frågor som rör den kommunala hälso-och sjukvården. Några frågor som har lyfts under året är den nya lagen om egenvård och de lokala handlingsplanerna för patientsäkerhet.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrningen är ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård med syftet att utveckla en mer kunskapsbaserad, säker, personcentrerad, jämlik, tillgänglig och effektiv vård. Umeå Kommun är delaktig i kunskapsstyrningen genom deltagande i lokala programområden samt i lokala arbetsgrupper, bland annat i LPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, LAG om utskrivning från sjukhus efter stroke, LAG om generisk modell för rehabilitering.

Äldre och läkemedel

Med stigande ålder sker förändringar i kroppen som kan påverka effekten av läkemedel. Äldre människor har ofta många olika läkemedel, vilket ytterligare ökar risken för biverkningar och interaktioner. Läkemedelscentrum har en expertgrupp läkemedel och äldre som årligen ser över terapirekommendationer för äldre. I arbetsgruppen deltar MAS från Umeå kommun. Årligen genomförs även revidering av generella behandlingsanvisningar (GBA), i detta arbete är alla MAS i Västerbotten involverade.

En god säkerhetskultur

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

Under 2023 har arbetet med den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet fortgått. Handlingsplanen har utformats utifrån ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso-och sjukvården 2020–2024”. Visionen med den nationella handlingsplanen är: “God och säker vård – överallt och alltid”. Det övergripande målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Utgångspunkten för arbetet med den lokala handlingsplanen har varit de grundläggande förutsättningarna för säker vård, som beskrivs av Socialstyrelsen:

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

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanen.
Fokusområdena är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Arbetet med den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet sker fortlöpande och är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ett sätt att skapa ett systematiskt arbete och en god säkerhetskultur i verksamheterna. Utifrån handlingsplan har ett årshjul tagits fram. Handlingsplanen och årshjul följs regelbundet upp av den Medicinska ledningsgruppen bestående av verksamhetschefer HSL, MAS och MAR.

Enkät har skickats ut gällande hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av patientsäkerhet. Arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas svarsfrekvens var 85% och sjuksköterskornas svarsfrekvens var 39%.

I enkät om patientsäkerhet 2023 anger 74 % av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna att de får information om de misstag som görs på arbetsplatsen, medan 26% svarar att det stämmer ganska dåligt. På frågan om man på arbetsplatsen diskuterar hur man ska undvika att fel inträffar igen svarar 87% att det stämmer ganska eller mycket bra. Majoriteten, 81%, av medarbetarna svarar att man på arbetsplatsen arbetar aktivt med att förbättra patientsäkerheten. Vad gäller patientsäkerhetsnivån anser 54% att den är acceptabel, 25% att den är mycket bra eller utmärkt och 25% att den är mindre bra eller dålig. Det som påverkar patientsäkerhetsnivån negativt är att det är långa väntetider till arbetsterapeut, att det svårt att hinna med uppföljningar, att det brister i följsamhet till ordinationer av rehabiliteringsinsatser samt att hjälpmedel inte hanteras på ett säkert sätt i verksamheterna.

Av sjuksköterskorna som besvarat enkäten anger övervägande, 78%, att de får information om de misstag som görs på arbetsplatsen och att man på arbetsplatsen diskuterar hur man ska undvika att fel inträffar igen. En stor andel, 76% av sjuksköterskorna anser att patientsäkerhetsnivån är bra eller mycket bra. I kommentarer framkommer att det som påverkar patientsäkerhetsnivån negativt är att man upplever att det inte finns tillräckligt med tid för patienterna, att utföra alla åtgärder och uppföljningar. Sjuksköterskorna uppger även att kompetensbrist hos omsorgspersonal och brister i följsamhet till delegerade och fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter påverkar patientsäkerheten negativt. En stor del, 72%, anger att de har kunskap om hur klagomål och synpunkter från patienter och närstående ska tas om hand på arbetsplatsen.

Patientsäkerhetsdialog med MAS, biträdande verksamhetschef, enhetschef och avvikelsehanterare har hållits där fokus varit att få till en bra struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom dialog och revidering av arbetsgång för hantering av avvikelser, upprättande av uppdragsbeskrivning för avvikelsehanterare och dialog om patientsäkerhetskultur enligt SKR patientsäkerhetskulturtrappan. Identifierade utvecklingsområden är att avdramatisera avvikelserapportering genom att öka förståelse för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att utveckla avvikelsehanterarens funktion, regelbundna brukarträffar, samverkansforum med hemtjänst och biståndshandläggare. Avvikelsehanterare har under året hållit i utbildningsinsatser till sjuksköterskor i syfte att stärka lärande kring avvikelsehantering och rapportering. MAS och avvikelsehanterare har möten regelbundet för dialog om avvikelsehantering samt kompetensutveckling. Jobba lika grupp har tillsatts som arbetar med att ta fram förslag och implementera förbättringar i verksamheten för att få till gemensamt arbetssätt för alla vård- och omsorgsboenden och därmed öka patientsäkerheten.

Vid allvarliga händelser inom kommunal hälso- och sjukvård presenteras utredningen av MAS vid arbetsplatsträffar i syfte att stärka lärande i verksamheten. Lärande forum planeras för sjuksköterskor under våren 2024 för dialog och reflektion om återkommande och/eller allvarliga händelser för att stärka lärande. Under 2024 kommer arbete att fortsätta för att stärka patientsäkerhetskulturen i verksamheterna, detta kommer att ske bland annat genom fortsatta utbildningstillfällen för sjuksköterskor, patientsäkerhetsdialoger och lärande forum.

Patientsäkerhetsdialog har genomförts med MAR, verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetarrepresentanter inom rehabiliteringsområdet, där utgångspunkten har varit den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Syfte har varit att främja personcentrerad och patientsäker rehabilitering genom ett proaktivt patientsäkerhetsarbete. Målet har varit att verksamheterna genom gemensamma patientsäkerhetsdialoger ska kunna identifiera såväl brister, risker och framgångsfaktorer och därigenom kunna initiera verksamhetsförbättringar. Målet har också varit att öka medvetandet om betydelsen av systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskultur, det vill säga attityder och förhållningssätt till patientsäkerhetsarbete på alla nivåer. Genom patientsäkerhetsdialog har också kunskapsutbyte mellan ledningen och medarbetare samt lärande mellan verksamheterna möjliggjorts.

Alla arbetsterapeuter, fysioterapeuter och enhetschefer har bjudits in till lärande forum med MAR. Fokus har varit att förmedla kunskap om aktuella händelser/åtgärder samt att skapa möjlighet till lärande, dialog och reflektion. Detta planeras även 2024 som ett led i att skapa en god säkerhetskultur i verksamheterna.

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.

Kompetensteam inom sårvård och diabetes finns, sedan drygt ett år tillbaka, med syfte att bidra med kompetensutveckling i verksamheterna samt ta fram och implementera rutiner i verksamheten. När det gäller sårvård har kommunal hälso- och sjukvård tillsammans med Region Västerbotten ett pågående arbete sedan några år tillbaka kring svårläkta sår, där bl.a. vårdprogram tagits fram. Implementering av detta har varit en del av sårvårdskompetensteamets uppdrag. Under året har sårvårdsteamet erbjudit utbildningsinsatser till både omsorgspersonal och sjuksköterskor för att öka kompetens gällande sår. Sårvårdsteamet finns även tillgänglig för rådgivning både på distans och besök i verksamheten i samband med svårare såromläggningar. Det finns ett nära samarbete med specialistsjukvården, vilket har varit framgångsrikt för att korta ner handläggningstiden innan patienten får komma till specialistsjukvården vid svårläkta sår. Kompetensteam för diabetes har under våren arbetat med att ta fram utbildningsmaterial med inriktning mot

äldre med diabetes. Inom hemtjänsten har kompetensgruppen träffat några hemtjänstgrupper för utbildning om insulin och blodsockerkontroller. Kompetensgruppen har under hösten inte varit aktiv. Fortsatta utbildningar gällande diabetes kommer att ske när behov finns.

Inom vård- och omsorgsboende har identifierats att förskrivning av inkontinenshjälpmedel är bristfällig. En arbetsgrupp med sjuksköterskor är tillsatt som arbetar med att ta fram rutin och implementering av individuell inkontinensförskrivning på alla boenden. Liknande arbete har genomförts inom hemsjukvården föregående år. Det har identifierats att rutinen för nyanställda och inskolning bör förbättras. Arbete kring detta har påbörjats och planen är att detta ska bli klart inför sommaren 2024.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter i verksamheten har under året haft tillgång till kompetensutveckling via Hjälpmedel Västerbotten, gällande produkter/sortiment, basutbildningar och kollegiala utbyten. För arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom vård- och omsorgsboende planeras ett arbete med att identifiera behov av kompetensutveckling samt att ta fram en kompetensutvecklingsplan. Även inom hemsjukvården ser man behov av en kompetensutvecklingsplan/utbildningsplan för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Hälso- och sjukvården ser behov av kontinuerlig fortbildning eftersom behovet av kommunal hälso- och sjukvård ökar och insatserna ändrar karaktär på grund av fler svårt sjuka patienter.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet.

Inom äldreomsorgen ska hälso- och sjukvårdspersonal arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, vilket innebär att man utgår ifrån den unika personens förmågor, behov och förutsättningar i alla delar av vården och att man tar tillvara patienter och närståendes erfarenheter och kunskaper. Samordnad individuell plan ska genomföras vid behov, där patient och närstående ska ges möjlighet till delaktighet. Det finns behov av utvecklingsarbete i verksamheterna för att säkerställa att detta utförs i högre grad.

Samverkan sker med patientföreningar och anhörigföreningar, bland annat inom arbetet med omställning till “Nära Vård” för att möjliggöra delaktighet.

I enkät om patientsäkerhet 2023 ställdes fråga om patienter och närstående ges möjlighet till delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. 60 % av arbetsterapeuter och fysioterapeuter svarar att det stämmer bra eller mycket bra. Ungefär hälften av sjuksköterskorna, 47%, anser

att patienter och närstående ges möjlighet till delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Det finns generellt ett utvecklingsarbete att göra i verksamheterna för att förbättra patienter och närståendes möjlighet till delaktighet och medskapande i vården och i utveckling av patientsäkerhetsarbetet. Under kommande år kommer patient och närståendes delaktighet i vården att vara ett prioriterat område.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.
Egenkontroller på övergripande nivå presenteras i tabellen nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser hälso- och sjukvård • Antal/område • Orsak • Allvarlighetsgrad	1 gång per år	IT systemet Treserva för avvikelsehantering
Avvikelser hjälpmedel	3 gånger per år	Hjälpmedel Västerbotten
Lex Maria • Antal/område	1 gång per år	IT systemet Public 360
Klagomålsprocessen • Antal/område	1 gång per år	IT systemet Public 360 Treserva
Patientsäkerhetsenkät	1 gång per år	Enkät till hälso- och sjukvårdspersonal
Uppföljning av prioriterade områden	3 gånger per år	Tertialuppföljning, EC och VC
Vårdpreventivt arbetssätt, riskbedömningar och förebyggande åtgärder • Fall • Trycksår • Munhälsa • Nutrition	1 gång per år	Senior Alert kvalitetsregister Måltidsmätning
Palliativvård	1 gång per år	Svenska palliativa registret
BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	1 gång per år	Svenska registret för BPSD
Journalgranskning av dokumentation	1 gång per år	Protokoll
Nationell punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	1 gång per år	PPM – databasen
Självskattning basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Protokoll framtagen av vårdhygien
Kvalitetsgranskning läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll

Uppföljning av följsamhet till ordinerade rehab och omvårdnadsinsatser	1 gång per år	PPM mätning
Tidmätning av direkt patientkontakt för arbetsterapeut och fysioterapeut	1 gång per år	Självskattning utifrån protokoll

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Utredning av händelser – vårdskador

Vårdskador identifieras via;

- Rapporterade avvikelser
- Inkomna klagomål och synpunkter.

Det är händelsens allvarlighetsgrad som avgör handläggning och utredning. Inom äldreomsorgen har tre anmälan enligt lex Maria gjorts under 2023.
Orsakerna till lex Maria anmälan är:

- Läkemedelshantering
- Incident med hjälpmedel
- Försenad rehabiliteringsinsats

IVO har bedömt att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har eller hade kunnat medföra allvarliga vårdskador och att åtgärder har vidtagits för att undvika att liknande händelser inträffar igen. Som del i lärande har information har skett i verksamheterna. Uppföljning av vidtagna åtgärder genomförs ca 6 månader efter anmälan.

Förutom ovanstående utredningar har ytterligare 12 internutredningar av vårdskador gjorts som inte föranlett anmälan enligt lex Maria.
Orsaker till utredningar är:

- Trycksår
- Läkemedelshantering
- Fall
- Viktnedgång
- Bristande kontrakturprofylax

Anmälan om negativ händelse och tillbud med medicinteknisk produkt

Anmälan till läkemedelsverket ska göras vid funktionsfel och försämring av en produkts egenskaper eller prestanda samt vid felaktigheter och brister i märkningen eller bruksanvisningen som kan leda till eller har lett till en patients, en användares eller någon annan persons död, eller en allvarlig försämring av en patients, en användares eller någon annan persons hälsotillstånd. Inom äldreomsorgen har det gjorts en anmälan till Läkemedelsverket under 2023. Den negativa händelsen involverade en snabbkopplingsadapter på en lyftvåg. Ärendet har utretts hos Läkemedelsverket och de har därefter avskrivit ärendet utan vidare åtgärd.

Under året har två negativa händelser och tillbud anmälts till leverantören gällande läkemedelsgivare. Händelserna beror till stor del på handhavande fel i samband med att läkemedelsgivaren laddats med läkemedel, vilket föranlett att patienten inte har fått läkemedel någon/några dagar och inget larm har utgått. Efter dessa händelser har leverantören gjort en uppdatering av medicingivaren för att förebygga liknande händelser.

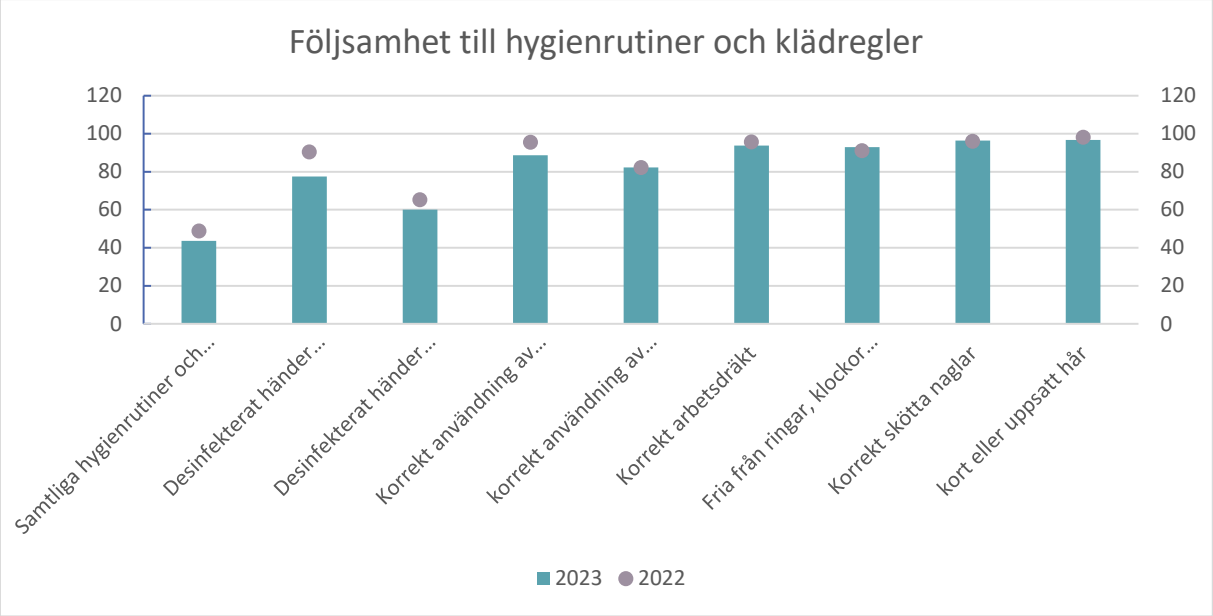
Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

För att förebygga smittspridning är det viktigt att basala hygienrutiner följs av personal inom hälso- och sjukvård och omsorg. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg ska föreskriften tillämpas i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Basal hygien omfattar handhygien och användning av arbetskläder samt användning av skyddsutrustning. Basala hygienrutiner ska tillämpas i alla situationer där det finns risk för smittöverföring. Mätningar av basala hygienrutiner och klädregler har genomförts. Målet är 100 procent följsamhet samt att öka antalet verksamheter som deltar i mätningarna.

Under våren har vård- och omsorgsboenden deltagit i nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Mätningen har genomförts på vård- och omsorgsboenden genom observationer av följsamheten hos hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. Mätningen visade att följsamheten till samtliga hygienrutiner och klädregler på vård- och omsorgsboende var 43,7% vilket visar ett sämre resultat jämfört med föregående år (48,9%, 2022).



Diagrammet visar resultat från punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till hygienrutiner och klädregler under 2022 och 2023.

Över lag visar mätningarna ett sämre resultat jämfört med föregående år. Orsaken till detta kan bero på att mätningar genomförts på fler boenden än föregående år, vilket kan påverka resultatet. Under 2022 genomfördes PPM mätning i 5 verksamheter och under 2023 genomfördes den i 17 verksamheter. Det innebär att det är 12 verksamheter som inte haft ett tidigare resultat och därmed inte haft möjlighet att vidta riktade förbättringsåtgärder. Resultaten av mätningarna har presenterats på verksamhetsnivå, dvs varje verksamhet har fått ta del av sina resultat. Enhetscheferna kommer att följa upp planerade och vidtagna förbättringsåtgärder för PPM inom ramen för verksamhetsuppföljningen.
Ett antal generella förbättringsåtgärder har vidtagits, flertalet goda exempel har presenterats, där enhetschefer presenterar för varandra om hur de får framgång i att jobba vidare med detta. Där har hygienombud och stöd från vårdhygien tagits upp. Utbildning om basal hygien ingår i introduktionen och rutinen tas upp 2 gånger per år som en del av årshjulet.

Inom hemsjukvården har självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförts i ett team. Mätningen visar att korrekt följsamhet till både basala hygienrutiner och klädregler är 65%. Brister i klädregler ses i att kortärmade arbetskläder inte använts i vårdnära arbete, klocka används och långt hår inte är uppsatt. Brister i följsamhet till basala hygienrutiner ses när det gäller att nagellack eller lösnaglar används, handsprit före och efter inte alltid sker samt att förkläde/skyddsrock inte alltid använts i vårdnära arbete. Riktade åtgärder utifrån resultatet har vidtagits. Inom kommunal hälso- och sjukvård kommer uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler att återinföras i alla verksamheter enligt självskattning.

Demenssjukdom

Varje år uppskattas 20 000 – 25 000 personer insjukna i någon form av kognitiv sjukdom. Alzheimers sjukdom är vanligast och står för 60 – 70 % av samtliga fall. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, exempelvis aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar drabbar ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom och orsakar ett stort lidande för personen med demenssjukdom men även för närstående.

Demensteamet i vård- och omsorgsboende

Demensteamet gör observationer i omvårdnadssituationer när omsorgspersonalen har svårt att utföra de insatser som den boende har behov av. Utifrån kartläggningen vid observation och av beteendemässiga symtom så tas en bemötandeplan fram och personalen får handledning. Behovet av stöd för personalen i vård- och omsorgsboende har ökat då allt fler som flyttar in har en komplex symtombild och att andelen utbildad omsorgspersonal är låg. Under året har observationer ökat medan antalet handledningstillfällen minskat. Detta beror på svårigheten att boka tid för grupphandledning, då sjukfrånvaron i många vård- och omsorgsboenden varit hög under hösten.
Demensteamet framhåller att framgångsfaktorer i deras arbete är när samarbetet med enhetschef och omsorgspersonal fungerat bra och att personalen med stöd av sin chef haft följsamhet till bemötandeplan och åtgärder. En annan viktig faktor är att möjliggöra för de flesta i personalgruppen att delta vid handledning för att kunna vara delaktig i processen med att ta fram åtgärder. Även samarbete mellan de olika professionerna i teamet är viktig.

Demensteamet i ordinärt boende

Under 2023 har 152 personer med demensdiagnos initierats hos demensteamet. En stor del, 81%, av ärendena har kunnat avslutas och av dessa personer med demenssjukdom bor 54% kvar hemma med stöd av hemtjänst eller anhörig när kontakten avslutas. Under 2023 har allt fler ärenden initierats av din kommunala hemtjänst, vilket är positivt då det är hemtjänstpersonalen som möter personer med demenssjukdom i deras hem som har stort behov av stöd. Demensteamet har även genomfört utbildningsinsatser om BPSD med såväl din kommunala hemtjänst och privata hemtjänstutförare. Din kommunala hemtjänst har nu BPSD-administratörer i alla hemtjänstgrupper. Det innebär att BPSD-administratörerna tillsammans med hemsjukvården kan göra BPSD-kartläggningar och planera för åtgärder som syftar till att personen med demenssjukdom ska få minskade beteendemässiga och psykiska symtom och ett ökat välbefinnande.

Kvalitetsregister för BPSD

Personer med demenssjukdom som har Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, registreras i kvalitetsregistret BPSD. Verksamheten arbetar enligt processen med syftet att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär samt öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. I äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden har 490 BPSD-

registreringar på totalt 348 personer gjorts under 2023. I ordinärt boende inklusive Umeå norra korttids har 77 registrerar på total 55 personer gjort under 2023. Det är en ökning jämfört med föregående år. Ökningen av antalet registreringar i BPSD-registret speglar de riktade insatser som demensteamet gör för att stötta BPDS-administratörer vid BPSD-kartläggningar. Syftet är att BPSD-administratörerna ska bli trygga och kunna göra dem självständigt men med stöd av hälso- och sjukvårdspersonal i vård- och omsorgsboende respektive hemtjänsten framgent. Andelen personer med Alzheimer som får symtomlindrande demensläkemedel har ökat från 55% 2022 till 64% 2023, vilket är positivt. En annan positiv utveckling utifrån kvalitetsindikatorerna är att teamarbetet kring personer med BPSD-symtom har ökat från 90% 2022 till 97% 2023.

Vård i livets slut

Under året har det i Svenska Palliativregistret registrerats 318 dödsfall på vård- och omsorgsboenden i Umeå kommun. Av dessa är det 124 män och 194 kvinnor som har registrerats som avlidna. Utifrån kvalitetsindikatorerna är palliativa vården i stort sett oförändrad jämfört med föregående år, se tabell nedan. Fördelningen mellan antal dödsfall utifrån kön är också i stort sett detsamma. Smärtskattning med validerat instrument är den parameter som har förbättrats mest. En försämring har skett vad gäller munhälsobedömning.

Under det gångna året har verksamhetsutvecklare tillsammans med Regional arbetsgrupp i palliativ vård (RAG) haft återkommande träffar. I arbetsgruppen ingår läkare, chefer, specialistsjuksköterska och MAS. Huvudsakliga syftet med arbetsgruppen är arbetet med implementering av ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförloppet i palliativ vård”. Ett arbete som ännu inte är klart, men som kommer att innebära tydligare rutiner och förhållningssätt för dem med palliativa vårdbehov.

Vårdförloppet innehåller delar som tydliggör vikten av information till närstående och patienten samt ställningstagande kring vårdnivå samt beslut kring HLR (hjärt-och lungräddning). Vårdförloppet lyfter ”Samtal vid allvarlig sjukdom” ett samtal där patienten får möjlighet att uppge sina önskemål på den sista tiden i livet och samtidigt få svar på prognos och möjlighet till behandling. Foldern ”Vad händer sen” finns idag även på fler språk än svenska.

Två Smärtpumpar har inhandlats till hemsjukvården. Sjuksköterskor kommer att få utbildning i denna för att lättare kunna administrera och för en mer optimal symtomlindring i livets slut. Under det gångna året har specialistläkare i palliativ medicin erbjudit två tillfällen för föreläsning i palliativ vård. Föreläsning för sjuksköterskor kommer även erbjudas under 2024.

Kvalitetsindikatorer	målvärde	2021	2022	2023	K 194	M 124
Brytpunktssamtal	98	86,6	84,3	84	84,5	83,1
Inj. Opioid v smärta	98	97,1	96,4	95,9	96,9	94.4
Ord. Inj. ångestdämpande	98	96,5	95,9	95,9	97,4	93,5
Smärtskattning	100	76,4	80,8	83,6	85,6	80,6
Munhälsobedömning	90	67,1	65,4	61,9	66,5	54,8
Utan trycksår	90	88,8	91,4	91,8	92,8	90,3
Mänsklig närvaro	90	95,8	91,1	93,4	93,3	93,5

De registrerade dödfallen i hemsjukvård har minskat. Under 2023 har 5 dödsfall registrerats. Under detta år har de palliativa parametrarna förbättrats förutom smärtskattning. Det är få dödsfall och därför går det inte att dra några slutsatser av detta.

Dokumentation

För att säkerställa att patienter får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som görs avseende patientens vård och behandling. Även planering, genomförande och utvärdering av patientens vård ska finnas dokumenterad i patientjournalen. Umeå kommuns socialtjänst använder processtödet Treserva för hantering och dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser i samtliga verksamhetsområden. Rutiner finns för bland annat ansvar, tilldelning av behörighet och utbildning.

Under 2023 har journalgranskning av sjuksköterskornas dokumentation inom vård- och omsorgsboende och hemsjukvård gjorts med syfte att identifiera eventuella brister. Arbetet har skett av avvikelsehanterare i nära samarbete med MAS. Totalt har 60 journaler granskats inom hemsjukvården, korttidsboende och vård-och omsorgsboende. Journalgranskningen visar övervägande god följsamhet till rutiner gällande dokumentation. Vårdplaner finns i alla journaler och upprättade enligt rutin. Vissa brister har identifierats främst gällande uppföljning av vårdplaner. Som del i lärande har återkoppling av journalgranskningen skett i verksamheterna. Rutiner gällande dokumentation har reviderats och implementerats. Under 2023 har MAS bjudit in sjuksköterskor inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen till dokumentationsforum. Den förväntade effekten är att kvaliteten på dokumentationen kommer att förbättras på sikt. Dokumentationsforum följs upp genom journalgranskning.

I enkäten framkommer att de flesta, 97%, av sjuksköterskor anser att dokumentation sker i tillräcklig utsträckning utifrån deras dokumentationsskyldighet. Sjuksköterskorna anser dock att journalsystemet inte möjliggör en tillfredställande dokumentation, dels anses det att befintliga sökord i systemet inte är anpassad till dokumentation av hälso- och sjukvård. Vid arbete jourtid har identifierats att dokumentationen ibland är bristfällig när vårdplaner inte alltid är uppdaterade, vilket försvårar möjlighet att följa vårdförloppet.

Journalgranskning av arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas dokumentation har skett under året. Granskning är genomförd av verksamhetsutvecklare i nära samarbete med MAR. Totalt har 47 journaler granskats inom hemsjukvården och vård-och omsorgsboende. Journalgranskningarna visar att det till mycket stor del finns upprättade vårdplaner och tydliga problemområden/risker som är kopplade till vårdplanerna. Det finns också till stor del målformuleringar och relevanta åtgärder som är kopplade till de satta målen. Det framkommer till mycket stor del vem som ska utföra åtgärderna, när och hur åtgärderna ska utföras samt om åtgärderna haft avsedd effekt. Däremot framgår det inte i lika hög grad när åtgärderna ska följas upp. Det framkommer till viss del att patienten varit delaktig i upprättande av mål och åtgärder. Vad gäller insatser som ska utföras av omsorgspersonal, så visar journalgranskningen att det i alla dessa ärenden finns instruktioner fördelade till omsorgspersonal. Granskningen visar också att inaktuella vårdplaner i mycket hög grad avslutats när de inte längre är aktuella. Språket i journalerna är överlag av god kvalité och lättförståeligt. Sammanfattningsvis visar granskningen att journalerna i mycket hög grad innehåller de uppgifter som är relevanta för patienternas rehabilitering samt att journalerna i sin helhet är av mycket god kvalité.

En generell brist vad gällde arbetsterapeuter och fysioterapeuters dokumentation under 2022 var bristfällig dokumentation kring riskbedömningar i samband med rehabiliteringsinsatser och förskrivning av hjälpmedel. Under 2023 har därför gemensamma workshops med alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom funktionshinderomsorgen och äldreomsorgen genomförts, tillsammans med MAR, enhetschefer och verksamhetschef. Syfte var att öka kunskapen om hur riskbedömningar ska göras, hur riskbedömningar ska dokumenteras i patientjournalen samt att öka riskmedvetenheten. Workshoptillfällena gav även möjlighet till reflektion och diskussion om risker och riskhantering kopplat till rehabiliteringsområdet.

I enkät om patientsäkerhet 2023 svarar 100% av arbetsterapeuter och fysioterapeuter att de dokumenterar tillräckligt utifrån sin dokumentationsskyldighet. På frågan om man dokumenterar på ett enhetligt sätt svarar 68% att det stämmer ganska bra och 32% att det stämmer ganska dåligt. De flesta, 72%, svarar att man anser att det finns tydliga dokumentationsrutiner. När det gäller dokumentation kommer fortsatt arbete att göras under 2024 för att öka både kvalité och enhetlighet i samband med införandet av ett nytt journalsystem.

Det finns utmaningar i att dokumentation inte kan ske i journalsystemet vid tjänsteköp av hemtjänsten för personer som inte har några övriga hemtjänstinsatser. Det finns även utmaningar när det gäller dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av privata hemtjänstutförare eftersom det inte finns gemensamt dokumentationssystem för dessa hemtjänstutförare och hemsjukvården.

Läkemedelshantering

För att säkerställa en säker läkemedelshantering finns en lagstadgad skyldighet att skapa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheterna.

Kvalitetsgranskning av läkemedel

Som egenkontroll ska verksamheter som hanterar läkemedel säkerställa att hanteringen genomgår en extern kvalitetsgranskning minst en gång per år. Kvalitetsgranskning genomförs i alla verksamheter genom inspektion av läkemedelsförråd, genomgång av lokala rutiner och uppföljning av följsamhet till denna. Under våren 2023 har granskning av läkemedelshanteringen skett i samtliga verksamheter, delar av granskningen har skett av extern farmaceut och resterande av MAS. Läkemedelsgranskningen visar övervägande god följsamhet till författning gällande läkemedelshantering och läkemedelshanteringsrutiner, men det finns vissa förbättringsområden. Brister har identifierats gällande administrering av läkemedel i sond, rutin har tagits fram och implementerats i verksamheterna. Återkoppling från granskningen med handlingsplan har delgetts läkemedelsansvarig och enhetschef i form av föreslagna åtgärder, kommentarer och förtydligande utifrån gällande lagar, författningar och rutiner. Uppföljning av handlingsplaner har skett genom möte med MAS och enhetschefer. Kommande kvalitetsgranskningar planeras till våren 2024.

Läkemedelsgenomgång

Personer som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång av läkare vid start av hemsjukvård eller vid inflyttande i särskilt boende samt minst en gång per år därefter. Journalgranskning har genomförts som visar att dokumentation av läkemedelsgenomgångar inte sker i tillräcklig utsträckning, endast drygt hälften (55%) av granskade journaler har dokumenterad läkemedelsgenomgång. Under året har rutin förtydligats gällande dokumentation av läkemedelsgenomgång för att säkerställa enhetlig dokumentation och underlätta uppföljning. Följsamhet till rutin gällande dokumentation av läkemedelsgenomgångar kommer att följas upp genom journalgranskningar.

Delegering av läkemedelshantering

Kommunal hälso- och sjukvård är uppbyggd med förutsättning att sjuksköterskornas administrering av läkemedel ska delegeras till omsorgspersonal. Enligt föreskrifter om läkemedelshantering får delegering endast ske när det är förenligt med en god och säker vård av patienten.

Äldreomsorgens vård- och omsorgsboende inkl. Solbacken (intraprenad), Bäckbacka och korttidsboende har 1085 boendeplatser (1002 boendeplatser och 83 korttidsplatser) där övervägande har behov av hjälp med iordningsställande och administrering av sina läkemedel. Antalet sjuksköterskor anställda inom vård- och omsorgsboende inkl. korttidsboende och långtidspool är 103 sjuksköterskor samt 20 sjuksköterskor som arbetar

kväll och natt (december 2023). Den kommunala hemsjukvården har 1 110 patienter, där de flesta har behov av hjälp med sina iordningsställande och administrering av läkemedel. Antalet anställda inom hemsjukvården är 59 sjuksköterskor och 12 undersköterskor (december 2023).

I genomsnitt överlämnas minst 792 050 läkemedelsdoser på vård- och omsorgsboende (2 ggr/dag för varje patient) årligen. Inom hemsjukvården är det dock svårare att göra en beräkning eftersom alla som har insatser från hemsjukvården inte nödvändigtvis är i behov av hjälp med läkemedelshantering.

I enkäten framkommer att 65% av sjuksköterskorna anser att delegeringsförfarandet alltid eller oftast är patientsäker medan 32%, anser att delegeringsförfarandet sällan eller aldrig är patientsäker. Enligt sjuksköterskor finns en patientsäkerhetsrisk att det finns förväntan att all ny rekryterad omsorgspersonal, oavsett språknivå, kompetens eller erfarenhet, ska få delegering för administration av läkemedel i direkt anslutning till anställning. Sjuksköterskor anser att det finns behov av att omsorgspersonal arbetat ett tag innan man får delegering. Det framkommer även att sjuksköterskor anser att omsorgspersonal behöver mer omfattande praktisk utbildning inför delegering.

Med anledning av att omsorgspersonalens erfarenhet och kompetens upplevs vara lägre än tidigare samt att bristande språkförståelse förekommer blir det allt svårare att ge delegering till all omsorgspersonal. Fler utbildningstillfällen inför delegering har erbjudits under året trots detta har det inte varit tillräckligt p.g.a. att många inte klarar utbildningen vid första tillfället och behöver genomgå upprepade utbildningstillfällen. Under sommaren har det varit särskilt utmanande med delegering av läkemedelshantering eftersom en del vikarier endast arbetat delar av sommaren, vilket inneburit att utbildningstillfällen varit tvungen att genomföras under stora delar av sommaren. I vissa fall har sjuksköterskor varit tvungen att utföra medicingivning då det saknats personal med delegering för detta, vilket skapat mer arbete för dem. Även omsorgspersonal med delegering för läkemedelshantering har fått mer arbete eftersom de har fått utföra medicingivning till väldigt många personer, när all omsorgspersonal inte har delegering. Detta har resulterat i att omsorgspersonal med delegering för läkemedelshantering vill avsäga sig sin delegering.

Under året har ett fortlöpande arbete skett vad gäller delegeringsprocessen, bland annat har demenscentrums utbildning tagits bort för att förenkla processen inför delegering. Utbildning inför delegering innehåller Umeå kommuns webbaserad utbildning, skriftligt utbildningsmaterial och kunskapstest. Efter genomgången webbaserad utbildning sker uppföljning mellan sjuksköterska och omsorgspersonal där sjuksköterskan gör en individuell bedömning om lämplighet för delegering. Under året har utbildningsinnehållet setts över gällande innehåll och språk. Trots vidtagna åtgärder har allt fler omsorgspersonal svårt att klara av kunskapstest inför delegering. Det har efterfrågats muntliga delegeringstillfällen,

vilket det i dagsläget inte finns möjlighet till. För att säkra upp en god delegeringsprocess sker fortlöpande samverkan med enhetschef för omsorgspersonal.

Under slutet av 2023 har det påbörjats ett arbete med att kvalitetssäkra delegering inom hemsjukvården genom att implementera Umeå kommuns webbaserade kunskapstestet inom ett team inom hemsjukvården, fortsatt arbete kommer att ske så snart tillgång till tillräckligt antal läsplattor finns.

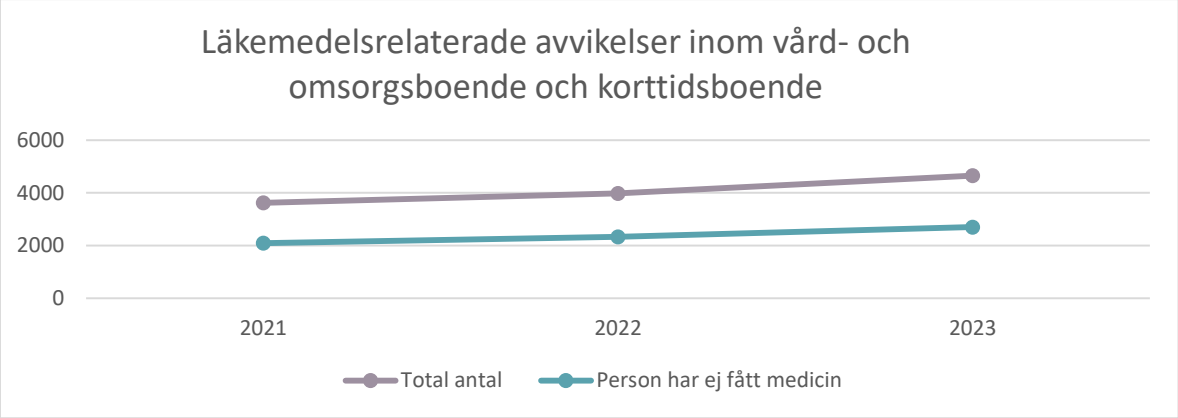
Uppföljning av läkemedelsdelegering

Den som delegerat en arbetsuppgift ska, enligt föreskrift om delegering, göra uppföljningar med syfte att säkra att detta är förenligt med en god och säker vård. Uppföljning ska ske årligen i samband med förnyelse och däremellan genom stickprov. Uppföljning av läkemedelshantering sker även genom analys av läkemedelsavvikelser. Drygt hälften, 51%, av sjuksköterskorna anser att delegeringarna följs upp mycket bra eller acceptabelt, medan resterande av sjuksköterskorna anser att delegeringarna följs upp mindre bra eller dåligt. Enligt sjuksköterskor är tidsbrist bakomliggande orsak till att uppföljning inte genomförs i tillräcklig utsträckning.

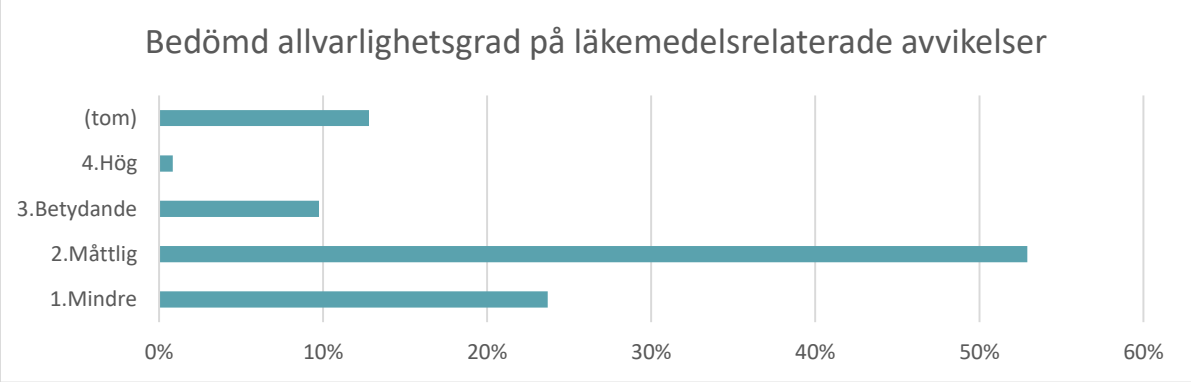
Sjuksköterskor inom hemsjukvården anser att de har svårt att följa upp delegeringar eftersom delegeringar sker till omsorgspersonal oberoende av områdesindelning, vilket innebär att sjuksköterskor delegerar till personal utanför eget ansvarsområde. Kartläggning av delegeringsprocessen inom hemsjukvården har fortsatt under 2023 i syfte att säkra upp delegeringsförfarandet och möjliggöra uppföljning av delegering. Att privata hemtjänstföretag inte har gemensamt system för delegering och registrering av läkemedelsavvikelser utgör ytterligare en utmaning för att få överblick över delegeringar. Under 2024 planeras ett nytt arbetssätt där sjuksköterskor endast utfärdar delegering inom sitt geografiska ansvarsområde. Detta ökar möjlighet till uppföljning sina utfärdade delegeringar. Utvärdering av delegeringsprocessen sker genom återkommande möten med delegeringssamordnare och MAS, vid årlig enkät till sjuksköterskor samt i samband med kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Läkemedelsavvikelser

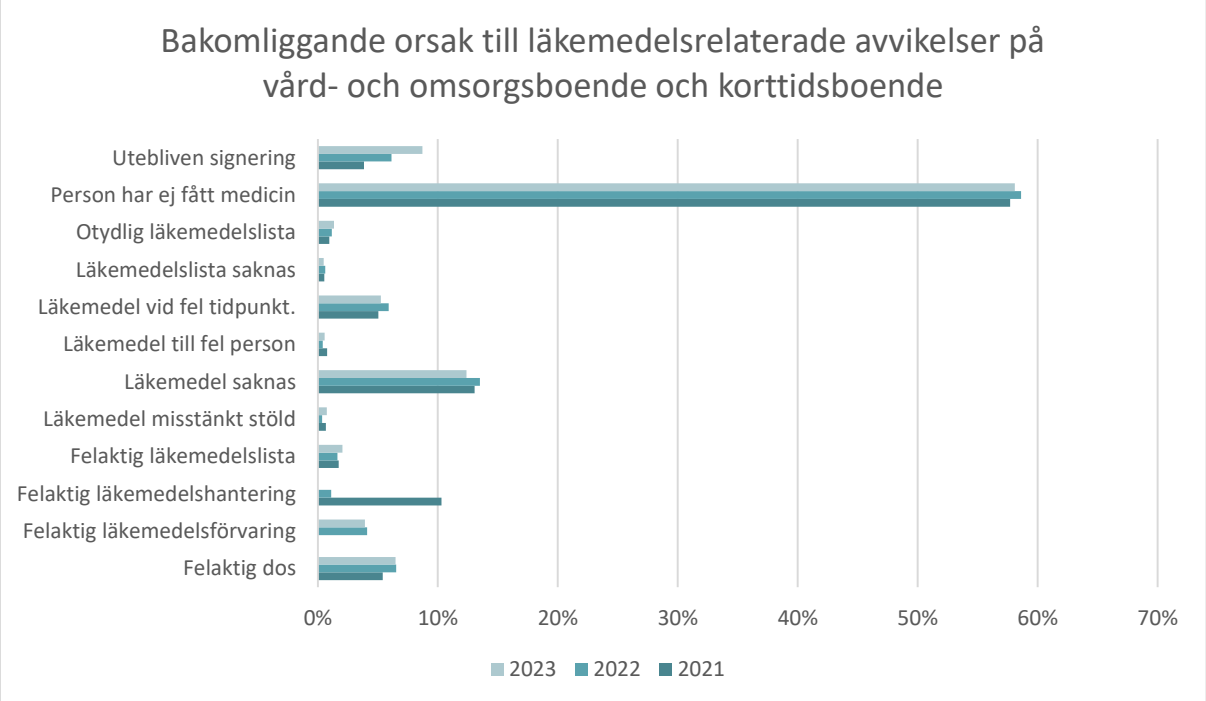
Läkemedelsavvikelser och bakomliggande orsaker till detta följs upp årligen genom analys av avvikelsestatistik med syfte att identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder för att förebygga liknande händelser igen. Läkemedelsrelaterade avvikelser är vanligaste avvikelser i äldreomsorgen. Målet är att antalet allvarliga avvikelser ska minska.



Diagrammet visar jämförelse av antalet läkemedelsrelaterade avvikelser samt vanligaste bakomliggande orsak till avvikelser mellan åren 2021 – 2023 för personer boende på vård- och omsorgsboende och korttidsboende.



Diagrammet visar allvarlighetsgrad på läkemedelsavvikelser under 2023 inom vård- och omsorgsboende och Korttidsboende.

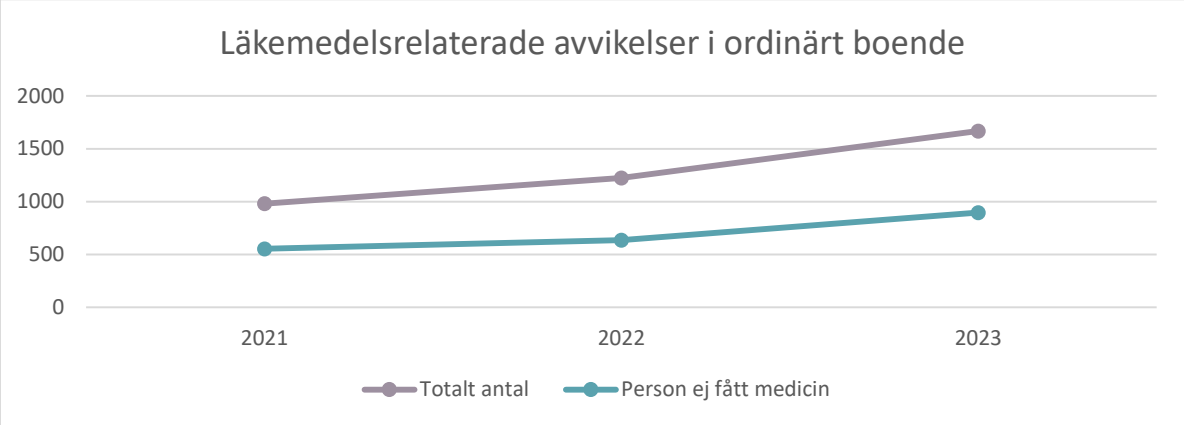


Diagrammet visar jämförelse av läkemedelsrelaterade avvikelser (totala mängden och bakomliggande orsaken) mellan åren 2021 – 2023 inom vård- och omsorgsboende och korttidsboende.

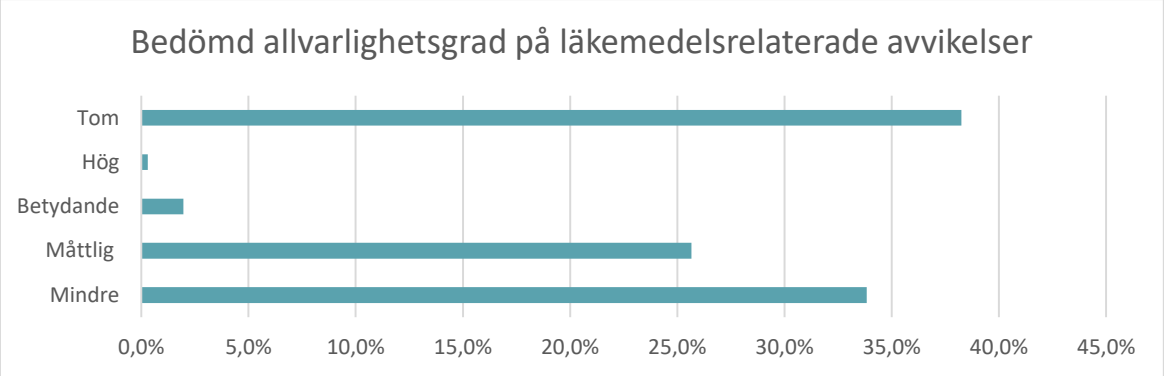
Resultatet visar att antalet läkemedelsavvikelser har ökat med 17%, från 3985 avvikelser år 2022 till 4655 avvikelser år 2023. Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelser är att patienten inte fått sitt läkemedel. Antalet läkemedelstillfällen är stort, och uppgår till ca 790 000 tillfällen, utifrån detta är andel uteblivna doser begränsad, endast 0,6%.
Orsaken till ökat antal avvikelser kan bero på hög arbetsbelastning för dem med delegering eftersom antalet omsorgspersonal som inte har delegering ökat. Orsaken kan även vara att patienter som bor på vård- och omsorgsboenden är svårt sjuka och har behov av läkemedel vid fler tillfällen.

Bedömning av allvarlighetsgrad görs i samband med analys av avvikelser i verksamheterna. Tabellen visar att 596 (13%) av avvikelserna, benämns tom i tabellen, inte är bedömda vad gäller allvarlighetsgrad. En liten del (1%) har bedömts vara hög allvarlighetsgrad. Dessa avvikelser innefattar bl.a. att patienten inte fått sitt läkemedel, felaktig dos, utebliven signering. Flertalet av dessa avvikelser har av MAS inte bedömts som risk för eller inträffad allvarliga vårdskada och har därför inte föranlett fördjupad intern utredning eller anmälan enligt lex Maria.

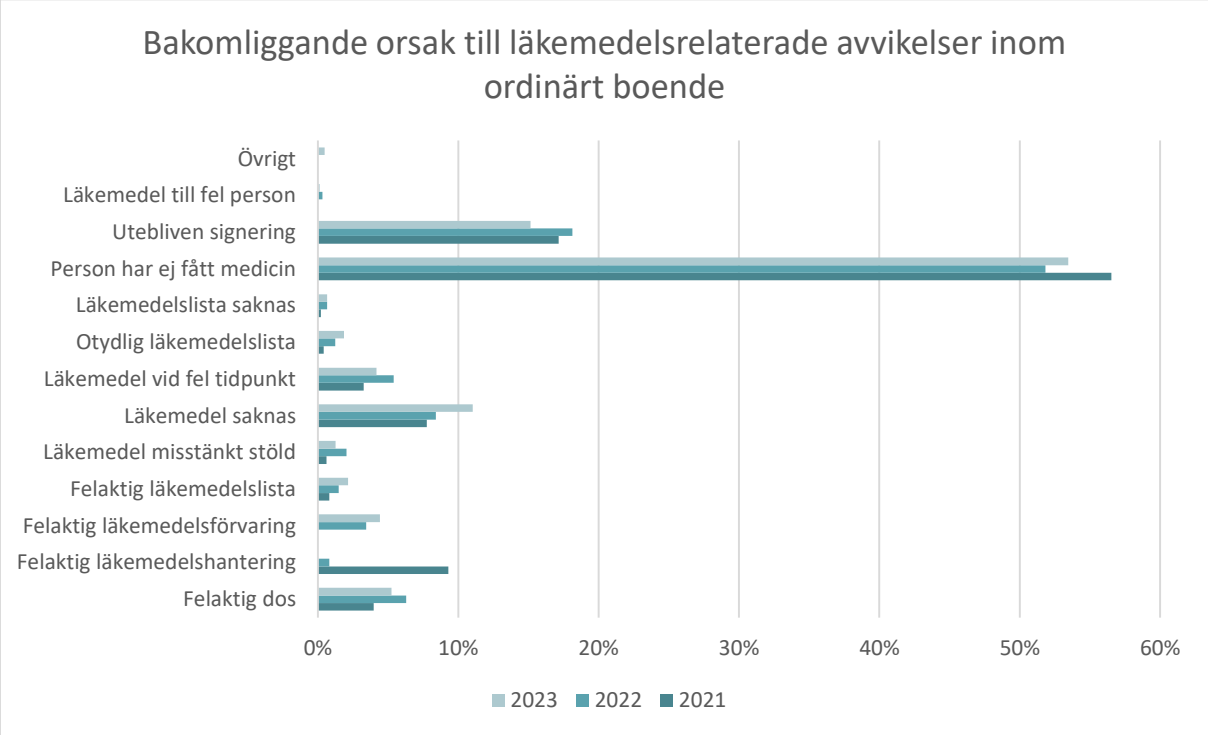
För att förebygga läkemedelsavvikelser förs dialog om läkemedelsavvikelser på teamträffar med omsorgspersonal, i möten med enhetschef för omsorgspersonal samt i forum för sjuksköterskor.



Diagrammet visar jämförelse av antalet läkemedelsrelaterade avvikelser mellan åren 2021 – 2023 för personer boende i ordinärt boende och som har hjälp med läkemedelshantering från kommunal hemtjänst, personlig assistans och/eller hemsjukvård.



Diagrammet visar allvarlighetsgrad på läkemedelsavvikelser för personer som bor i ordinärt boende och har hjälp av läkemedelshantering kommunal hemtjänst, personlig assistans och/eller hemsjukvård.



Diagrammet visar jämförelse av läkemedelsrelaterade avvikelser (totala mängden och bakomliggande orsaken) mellan åren 2021 – 2023 inom ordinärt boende, där personer har hjälp med läkemedelshantering från kommunal hemtjänst, personlig assistans och/eller hemsjukvård.

Antal läkemedelsrelaterade avvikelser inom ordinärt boende har ökat med 37% från 1225 avvikelser 2022 till 1676 avvikelser 2023, orsaken till detta kan delvis bero på ökat antal patienter inom hemsjukvården. Under 2023 har antalet patienter ökat med drygt 7%, från 1033 till 1110 patienter (december 2023). Andra orsaker till ökat antal avvikelser kan bero på hög arbetsbelastning för dem med delegering eftersom antalet omsorgspersonal som inte har delegering har ökat. Orsaken kan även vara att patienter som bor i hemmet är svårt sjuka och har ökat behov av läkemedel vid fler tillfällen.

Vanligast förekommande bakomliggande orsak till avvikelser är att personen inte fått sina läkemedel, vilken utgör 53% av alla läkemedelsavvikelser. Bedömning av allvarlighet görs i samband med analys av avvikelser i verksamheterna. Diagrammet visar att 641 (38%)

avvikelser, benämns tom i tabellen, inte är bedömda gällande allvarlighetsgrad. Orsaken till att stort antal avvikelser inte har bedömts beror troligen på att arbetssättet med hantering av avvikelser mellan hemtjänst och hemsjukvård inte är fullt implementerat. Kontinuerliga uppföljningar sker i möte med enhetschef för hemtjänst, avvikelsehanterare och MAS.

En liten del (0,3%) av avvikelser har bedömts vara hög allvarlighetsgrad. Dessa avvikelser innefattar bl.a. att läkemedel saknas och misstänkt läkemedelsstöld. Endast en av avvikelserna har bedömts som risk för eller inträffad allvarliga vårdskada av MAS och har föranlett anmälan enligt lex Maria. För att förebygga läkemedelsavvikelser har hemsjukvården regelbundna brukarträffar samt samverkansforum med hemtjänst.

Under senaste åren har rutin implementerats gällande hantering av läkemedelsavvikelser inom privata hemtjänstföretag, för att hemsjukvårdens sjuksköterskor ska kunna ta del av brister i läkemedelshantering som delegerats till hemtjänstpersonal. De privata hemtjänstföretagen har inte möjlighet att registrera avvikelser i samma system som hemsjukvården, därför behövs särskild hantering för dessa avvikelser. Eftersom avvikelse måste skickas via post blir det en viss fördröjning innan avvikelserapporterna är hemsjukvården tillhanda. Sammanställning av avvikelser presenteras nedan. Det är inte möjligt att göra jämförelse av antal avvikelser mellan företagen och/eller kommun eftersom antalet personer som behöver hjälp med läkemedelshanteringen av hemsjukvården skiljer sig åt. Även inom privat hemtjänst är utebliven dos vanligaste bakomliggande orsak till läkemedelsavvikelse.

Avvikelseorsak	**2022 (jan-okt)**	**2023 (jan-nov)**
Felaktig dos	5	28
Felaktig läkemedelsförvaring	30	43
Ingen avvikelse	30	0
Läkemedel misstänkt stöld	4	0
Läkemedel saknas	5	21
Läkemedel vid fel tidpunkt	20	26
Person har ej fått medicin	226	437
Utebliven signering	67	170
Läkemedel till fel person	0	2
Totalsumma	**387**	**727**

Tabellen presenterar antalet läkemedelsavvikelser samt avvikelseorsak under perioden januari – oktober 2022 och januari – november 2023, för personer som har hjälp med läkemedelshanteringen av hemsjukvård och privata hemtjänstföretag.

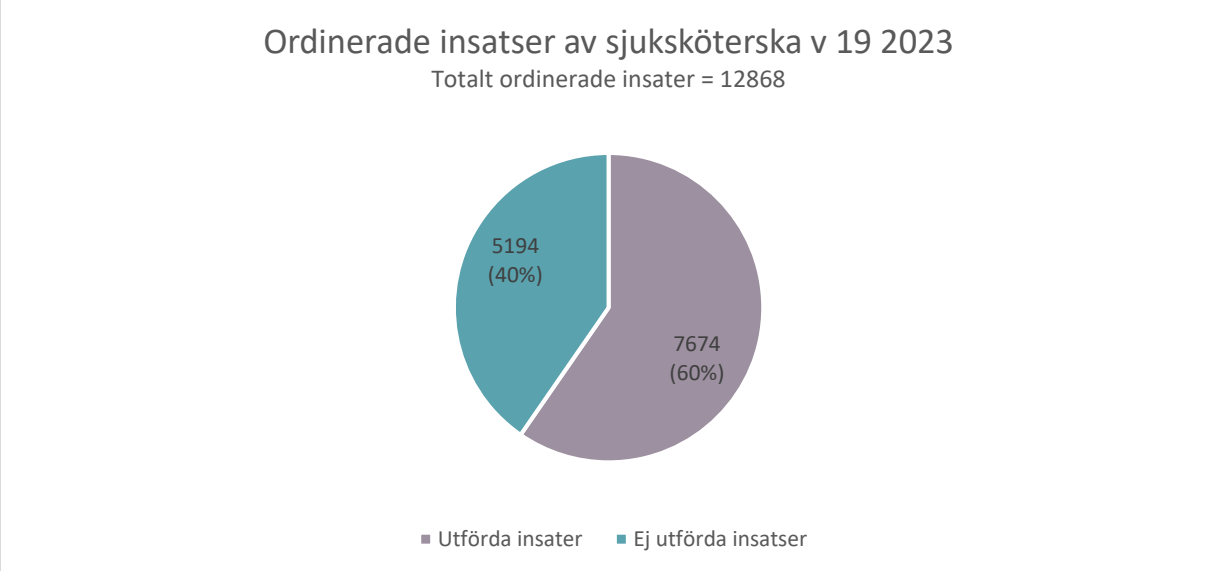
Orsak till att antalet läkemedelsavvikelser ökat kan troligen bero på att vi kunnat sammanställa avvikelser från fler månader jämfört med föregående år. Ytterligare en orsak till fler avvikelser kan vara att hemsjukvården nu får ta del av läkemedelsavvikelserna i större utsträckning än tidigare i och med att arbetssättet nu är implementerat. Eftersom antalet

patienter som behöver hjälp med läkemedelshantering från privata hemtjänstföretag kan skilja sig mellan åren kan även detta vara orsak till fler läkemedelsavvikelser.

Utebliven läkemedelsdos, oavsett tid på dygnet, är övervägande vanligaste bakomliggande orsaken till avvikelsen och utgör drygt hälften av alla läkemedelsavvikelser inom äldreomsorgen. Orsaken till utebliven dos handlar till stor del om att personen inte fått sitt läkemedel, detta upptäcks antingen några timmar senare eller nästkommande dag i samband med när nästa dos ska ges. Detta skulle troligen kunna förebyggas till stor del med systemstöd för digital signering med påminnelsefunktion. Förbättring av läkemedelshantering förutsätter kontinuerligt samarbete mellan omsorgspersonal och sjuksköterskor tillsammans med deras chefer.

Ordination/instruktion av omvårdnadsinsatser

Sjuksköterskor ordinerar och instruerar omsorgspersonal inför utförande av omvårdnadsinsatser som inte kräver delegering exempelvis sårvård och kontroller. Sjuksköterskor gör uppföljning av ordinationer kontinuerligt och ger upprepad information vid behov. Sjuksköterskor anser att det finns brister i följsamheten till dessa ordinationer. Via signeringslistor kan sjuksköterskor följa hur följsamheten ser ut och det framkommer vid uppföljning att det föreligger bristande följsamhet till ordination/instruktion från sjuksköterska till omsorgspersonal. I dagsläget finns ingen möjlighet att få en övergripande statistik på hur detta ser ut, av den anledningen genomförs punktprevalensmätning (PPM) för att följa detta. Punktprevalensmätning (PPM) har genomförts under vecka 19 för att följa följsamhet till instruktioner och ordinationer från sjuksköterska. Presentation av resultatet i diagrammet nedan. Eftersom det är första gången mätning genomförs är det inte möjligt att göra någon jämförelse med tidigare år.



I ovanstående mätning ingår alla insatser som ordinerats av sjuksköterska förutom läkemedel. De vanligast förekommande insatserna som inte blivit utförda är smörjning med

mjukgörande kräm, lägesändringar, vätske-/nutritionsmätning samt såromläggningar. Dock finns dessa specifika insatser inte särredovisade i mätningen och det går således inte att göra vidare analyser kring detta.

I enkäten om patientsäkerhet framkommer att 56% av sjuksköterskorna anser att följsamheten till ordinationer/instruktioner är god, medan resterande sjuksköterskor anser att följsamheten är mindre bra eller dålig. En stor del, 76%, av sjuksköterskorna anser att ordinationsförfarandet oftast är patientsäkert. Sjuksköterskor anser dock att det finns bristande följsamhet till de vårdplaner som skrivs och fördelas till omsorgspersonal. Språksvårigheter kan enligt sjuksköterskorna vara en bidragande orsak till detta. Sjuksköterskor anser även att en stor patientsäkerhetsrisk är att dokumentation av exempelvis såromläggning inte utförs.

Åtgärder som genomförts inom vård- och omsorgsboende är att sjuksköterskor ger handledning till personal i omvårdnadssituationer. Behovet av handledning är omfattande vilket leder till hög arbetsbelastning för sjuksköterskor. Internutbildning om bland annat palliativ vård, sårvård och omvårdnad har skett. Hälso- och sjukvårdspersonal och deras enhetschefer har regelbundna möten med enhetschef för omsorgspersonal för att öka följsamhet till ordinerade insatser. Sjuksköterskor informerar om uppmärksammade brister på teamträffar med omsorgspersonal. MAS, verksamhetschef HSL, verksamhetschef och biträdande verksamhetschef för omsorgspersonal har regelbundna träffar för dialog om följsamhet till insatser ordinerade av sjuksköterskor samt vilka åtgärder som bör vidtas. Som uppföljning kommer fortsatta punktprevalens mätningar att genomföras av ordinerade insatser från sjuksköterska.

Inom ett hemtjänstområde har projekt med undersköterskor med särskilt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser provats under 2022. Dessa undersköterskor har fått utbildning och inskolning av hemsjukvården. Sjuksköterskor inom hemsjukvården anser att projektet bidragit till att kompetens inom hemtjänst bevaras, nyttjas och utvecklas vilket ökar patientsäkerheten. Projektet har avslutats i början av år 2023 eftersom det finansierats med projektmedel. Trots att projektet avslutats ses positiva effekter i efterförloppet. Denna personalgrupp har en mycket hög och god kompetens och kan därför utföra delegerade medicinska insatser i större utsträckning. Liknande utbildningsinsatser för hemtjänstpersonal som arbetar i områden utanför centrum vore gynnsamt för att kunna nyttja resurser på ett effektivt sätt.

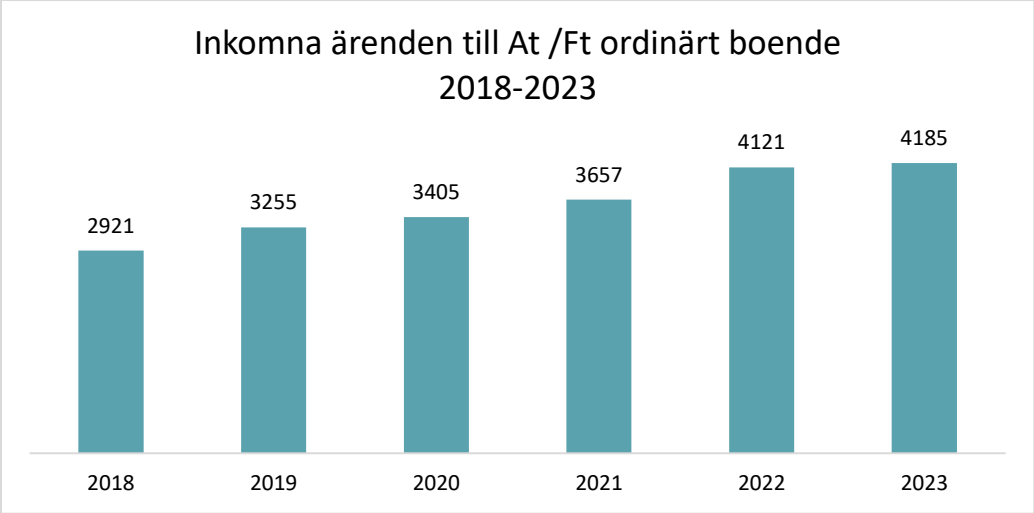
Rehabilitering och hjälpmedel

Rehabilitering ordinärt boende

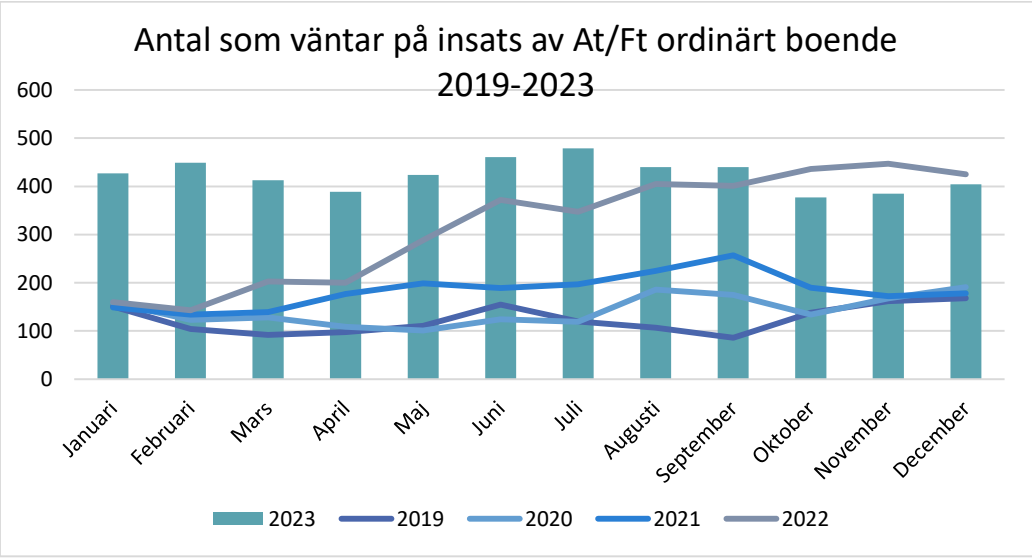
Hemsjukvården (HSV) i Umeå kommun ansvarar för rehabilitering i hemmet för personer över 18 år som är i behov av hembesök av arbetsterapeut (At) och fysioterapeut (Ft). Utöver de som är inskrivna i hemsjukvården, så har arbetsterapeuter och fysioterapeuter insatser

hos personer i kommunen som behöver ett hembesök för rehabiliteringsinsatser och/eller hjälpmedelsinsatser. Majoriteten av ärenden hos arbetsterapeut/fysioterapeut är inte inskrivna i hemsjukvården.

I diagrammen nedan visas inflödet av ärenden till arbetsterapeut och fysioterapeut från 2018–2023. Antal nya inkomna ärenden har inte ökat markant under 2023 utan har legat på samma nivå som under 2022.



Diagrammen nedan visar totalt antal ärenden som väntar på insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut inom Hemsjukvården. Snittet per månad har ökat kraftigt de senaste åren, 2019 väntade i snitt 124 ärenden/månad på insatser, under 2023 låg snittet på 424 ärenden/månad.



Sammanfattningsvis så har det sedan 2018 skett en ökning av behov av rehabiliteringsinsatser, vilket har gjort att väntetiderna är väldigt långa, särskilt för ärenden som inte är av akut art. Patienterna har ett större behov av mer avancerade och tidskrävande rehabiliteringsinsatser, vilket resulterar i att hembesöken tar längre tid samt

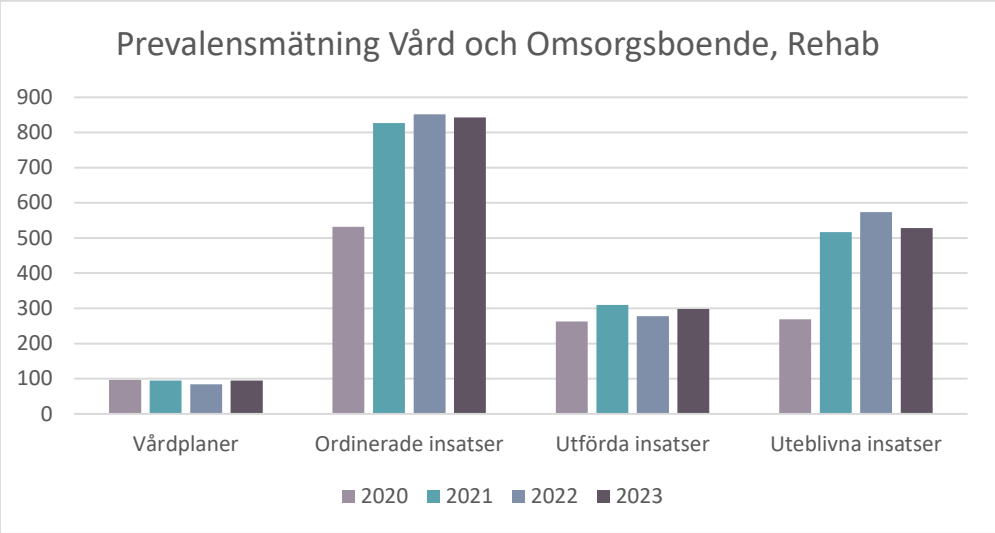
att det krävs mer indirekt patientrelaterade uppgifter som tex samordning, utprovningar, dokumentation mm. I samband med hemgångar från sjukhus krävs ofta bedömningar och åtgärder av arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut för att hemgången ska bli trygg och säker. Dessa ärenden behöver prioriteras högt och insatserna tar mycket tid. Särskilt tidskrävande och komplexa är ärenden där patienter som inte bedömts av rehabpersonal på sjukhuset inför hemgång. En av insatserna som är viktiga i samband med hemgång från sjukhus är förskrivning av hjälpmedel. I vissa fall har dock förskrivning av hjälpmedel inte påbörjats överhuvudtaget på sjukhuset, vilket leder till att patienter kommer hem till ordinärt boende utan de hjälpmedel som de behöver. Det i sin tur kan innebära både patientsäkerhetsrisker och risker för personalen som arbetar i personens hem. Det ökade inflödet av ärenden påverkar även väntetiderna till hjälpmedelsverksamheten, vilket kan leda till att det tar längre tid innan patienterna får sina hjälpmedelsbehov tillgodosedda.

De långa väntetiderna innebär patientsäkerhetsrisker och ökat lidande i form av tex utveckling av trycksår, skador på grund av fall, förlust av funktioner och förmågor, försämrad möjlighet att utföra dagliga aktiviteter. Konsekvenserna innebär också ökat behov av vård och omsorg som tex ökat behov av hemtjänst, ökat behov av vårdinsatser eller mer komplexa hjälpmedelsbehov. En annan konsekvens är att verksamheten inte hinner arbeta förebyggande och proaktivt för att förebygga ohälsa. En av åtgärderna som vidtagits i verksamheten är att en verksamhetsutvecklare för rehab har anställts, med uppdrag att bland annat kartlägga hemsjukvården och finnas som stöd i efterföljande åtgärder. Kartläggning av hemsjukvården har utförts under hösten 2023 och en åtgärdsplan kommer att skrivas under 2024. Andra åtgärder som vidtagits under året är att fysioterapeuternas bemanning har utökats, vilket gett resultat med minskade väntetider. Arbetsterapeuternas bemanning har utökats under hösten 2023 så förhoppningen är att detta ska kunna ge resultat under 2024. I takt med att bemanningen har ökat har det även funnits behov av fler bilar för att klara av att ta sig ut på hembesök, vilket gjort att en utökning av bilparken har genomförts under året. Under året har det också hållits träffar med MAR, där fokus varit patientsäkerhet kopplat till väntetiderna.

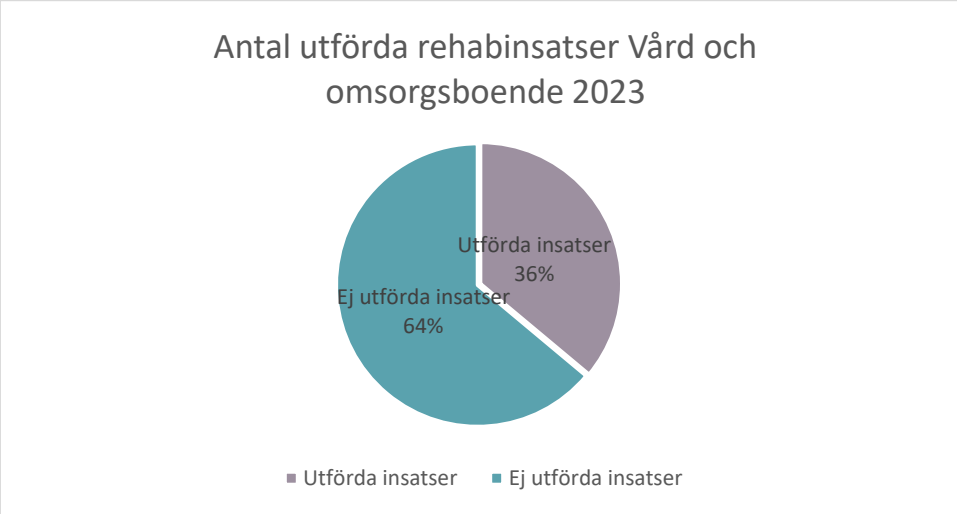
<u>Rehabilitering särskilt boende</u>

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom särskilt boende ansvarar för rehabilitering och hjälpmedel. En stor del av de rehabiliterande insatserna kräver regelbundet utförande som tex ledvård eller träning och detta utförs, efter genomgång och instruktioner, av omsorgspersonal. Det finns dock brister i följsamheten till dessa ordinerade insatser. Via signeringslistor kan arbetsterapeut/fysioterapeut följa hur följsamheten ser ut och det framkommer vid uppföljning med arbetsterapeuter/fysioterapeuter att följsamheten brister mycket och att personal inte alltid återkopplar när en insats inte fungerar. I patientsäkerhetsenkäten anger 31% av arbetsterapeuter och fysioterapeuter att följsamheten till ordinerade insatser är acceptabel, 69% anger att följsamheten är mindre bra eller dålig. I dagsläget finns ingen tillförlitlig övergripande statistik på ur detta ser ut,

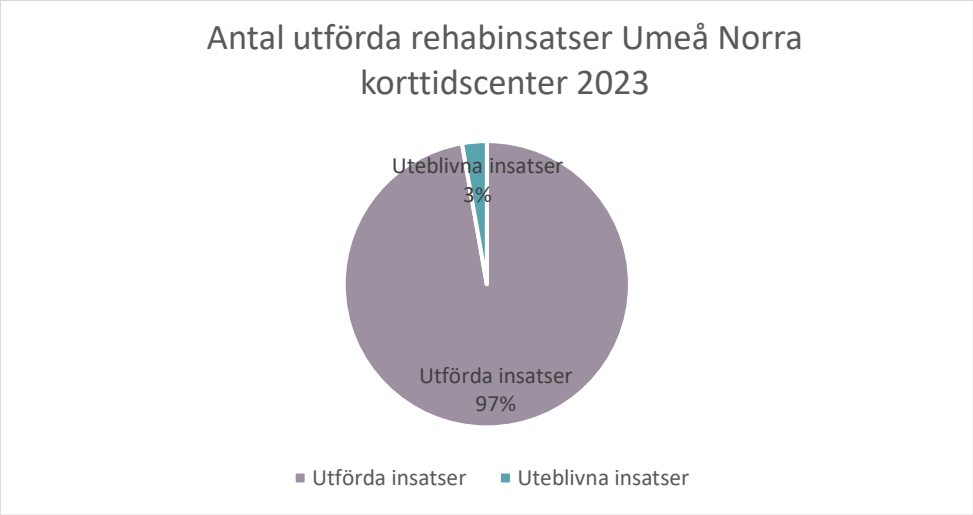
varför punktprevalensmätning görs varje år för att följa detta. I diagrammet nedan visas unika insatstillfällen som har utförts och inte utförts under en vecka.



Resultatet visar att antalet vårdplaner med signeringslista ligger på samma antal sedan första mätningen 2020 (80–100). Antal ordinerade insatser har ökat sedan 2020, men har legat på ungefär samma nivå sedan 2021. Majoriteten av vårdplanerna har fördelats av sjukgymnast/fysioterapeut, bara en liten andel av arbetsterapeut (6 av 95 vårdplaner). Under denna mätning har fysioterapeuterna har ordinerat ca 800 insatser medan arbetsterapeut enbart omkring 35. Följsamheten av utförda insatser är densamma mellan yrkesgrupperna. Utförda insatser under mätveckan låg på 36%, det är en liten ökning från förra årets mätning på 33%.



Inom korttidsverksamheten har samtliga ordinerade insatser fördelats till rehabassistenter, dvs till särskilt utsedd personal. Resultatet visar att hela 97% av de ordinerade insatserna har utförts, vilket är en stor skillnad mot resultatet på vård-och omsorgsboende.



Sammanfattningsvis visar resultatet att rehabiliteringsinsatser utförs i låg grad på vård-och omsorgsboende och att det har sjunkit sedan första mätningen 2020. Detta innebär att många av patienterna inte får de rehabiliteringsinsatser som de är i behov utav. Inom korttidsverksamheten (Umeå Norra Korttidscenter), där insatserna fördelats till rehabassistenter, är resultatet mycket bra. På några vård- och omsorgsboenden har man specifik omsorgspersonal med ansvar att utföra rehabiliteringsinsatser och även där kan man se att följsamheten är bättre än på de boenden som inte har utsedd personal för att utföra dessa insatser. Skulle detta arbetssätt överföras till fler vård- och omsorgsboende skulle det mest troligt öka andelen utförda insatser och innebära en stor förbättring för patienterna.
I mätningen kan man också se att väldigt få insatser är fördelade från arbetsterapeut. Genom arbetsterapi kan patienterna få ökade möjligheter att klara sina dagliga aktiviteter och få stöd i att utveckla och bibehålla sina förmågor, vilket kan vara både hälsofrämjande, förebyggande och behandlande. Att arbeta med träning i aktivitet kan således ge stora vinster för patienterna och det är därför ett område som verksamheten bör utveckla.
En förhoppning är att signeringen av ordinerade och fördelade insatser så småningom ska gå att göra digitalt, vilket också ökar möjligheten till uppföljning och statistik. Genom uppföljningarna kan kunskapen om varför insatser inte utförs öka och på så sätt kan också åtgärder tas fram.

Ett förbättringsområde som genomförts på vård-och omsorgsboende under 2023 är en översyn av arbetssättet kring förskrivning av tryckavlastande madrass i särskilt boende. Det tidigare arbetssättet innebar att sjuksköterskan gjorde bedömning av trycksår och att arbetsterapeut förskrev tryckavlastande madrass utifrån sjuksköterskans bedömning. För att hålla ihop bedömning och förskrivningsprocessen gällande tryckavlastande madrass har förskrivningsansvaret överförts till sjuksköterska from 231201. Under en övergångsperiod kommer arbetsterapeut kunna stötta vid förskrivning, för att säkerställa patientsäkerheten.
Ett annat förbättringsarbete som genomförts under 2023 är ett nytt arbetssätt kring periodiska inspektioner av lyftselar på särskilda boenden. Arbetssättet innebär att

arbetsterapeuter två gånger per år ska gå igenom alla lyftselar utifrån respektive leverantörs inspektionsprotokoll. De selar som inte uppfyller kraven kommer sedan att utrangeras. Arbetssättet förväntas öka kvalitéten och säkerheten i samband med förflyttning med lyft. Implementering av det nya arbetssättet skedde i december 2023.

Tidmätning arbetsterapeut och fysioterapeut

Under hösten 2023 har en tidmätning gjorts för att kartlägga hur arbetsterapeuter och fysioterapeuter fördelar sin arbetstid. Ett syfte har varit att få en bild av hur mycket tid man träffar patienter i förhållande till andra arbetsuppgifter. Tidsregistreringen fokuserade på nedanstående kategorier:

- *Direkt patientkontakt*

Bedömningar, utprovningar av hjälpmedel, hembesök, besök hos Hjälpmedel Västerbotten, interventioner/behandlingar, uppföljningar där patienten fysiskt är närvarande och som är relaterad till enskild patient. Telefonkontakt med patient – uppföljning av insats. SIP / vårdplanering.

- *Indirekt patientrelaterade uppgifter*

Journalföring enligt HSL samt intyg. Tid som är kopplad till pågående vård, utan att vara i direkt kontakt med patienten. Beställning av hjälpmedel och material, utformning av träningsprogram, utformning av utprovningsprotokoll, svara och skicka vårdbegäran, informationshämtning från kollegor och omvårdnadspersonal, övrig dokumentation kopplat till en patients vård. Telefonkontakt, tidsbokning av patientbesök. Prator. Teamträffar, samordningsträffar. Samordning med kollegor/andra medarbetare utanför mötestid gällande patient. Inläsning inför patientbesök.

- *Verksamhetsrelaterade möten och uppdrag*

Övrig planering, registrera statistik, beställning/hantering av hjälpmedel till förråd, tvätt av kläder, bilrelaterade arbetsuppgifter, lokalrelaterade arbetsuppgifter. Deltagande på APT, yrkesspecifika träffar, HSL-träffar, samordning med kollegor kring det dagliga arbetet (ej patientrelaterade frågor), arbetsgrupper osv.

- *Handledning/instruktion till personal*

Tid kopplat till handledning och instruktion till personal.

- *Restid*

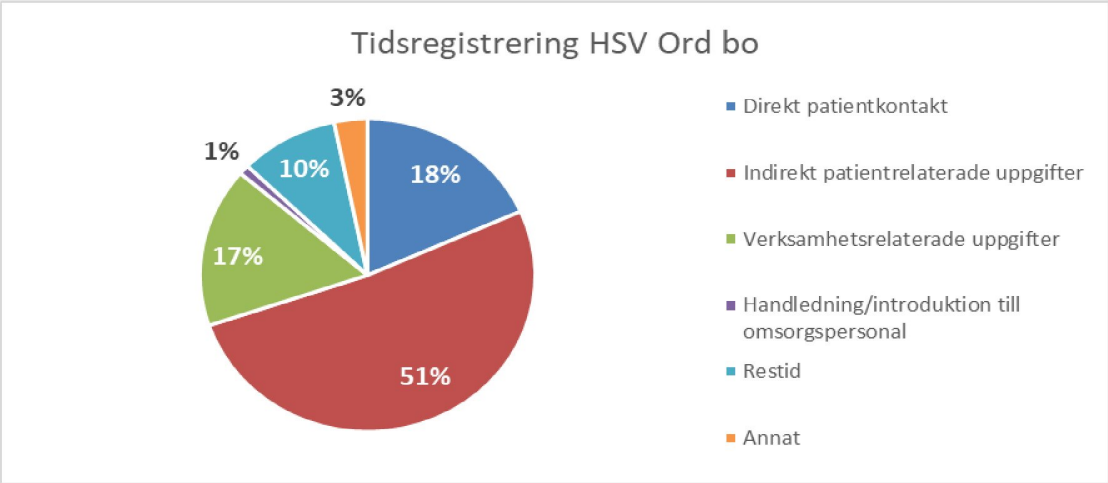
Registrering av resor (i bil, till fot, med cykel) till och från patient, verksamheter och möten.

- *Annat*

Övriga arbetsuppgifter.

<u>Ordinärt boende</u>

Inom Hemsjukvården (ordinärt boende) är 19 arbetsterapeuter, 10 fysioterapeuter och 2 rehabkoordinatorer anställda. Under mätveckan var bemanningen följande: 17,4 arbetsterapeuter, 8,2 fysioterapeuter och 1,6 rehabkoordinatorer. Den upplevda arbetsbelastningen under veckan var i snitt 6,5 på en 10-gradig skala.

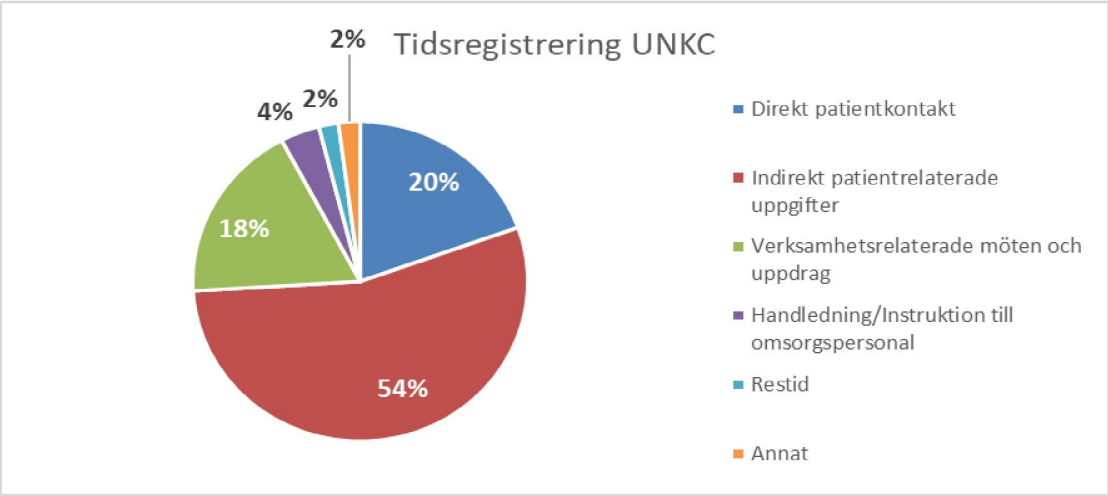


Figur 4 Diagrammet visar total fördelning av arbetstid för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom Hemsjukvården, Ordinärt boende, fördelat på kategori

Resultatet visar att 51% av arbetstiden under mätveckan har använts till indirekt patientrelaterade uppgifter. Under mätningen har 18% av arbetstiden lagts på direkt patientkontakt, vilket är en minskning jämfört med mätningar som gjordes 2014 (34,4 %) och 2016 (27,5 %). Arbetsterapeut och fysioterapeut inom Hemsjukvården (ordinärt boende) har även fått registrera tiden de ägnar åt Prator, ett elektroniskt informationsöverförings- och kommunikationsverktyg mellan slutenvården och kommunen. Totalt ägnades 74 timmar under mätveckan till att registrera, kommunicera och planera i Prator.
Verksamhetsrelaterade möten och uppdrag har under mätveckan upptagit 17 % av arbetstiden. Endast 1% av arbetstiden gick till handledning/instruktion till personal.

<u>Umeå Norra Korttidscenter</u>

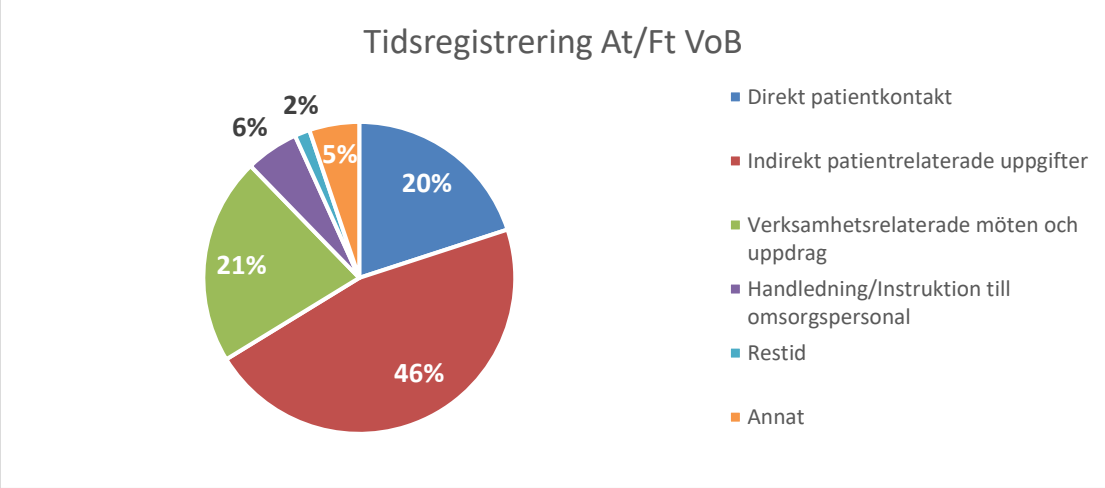
På Umeå Norra korttidscenter (UNKC) är 4,0 arbetsterapeuter och 4,0 fysioterapeuter anställda. Under mätveckan var bemanningen följande: 3,3 arbetsterapeut och 3,5 fysioterapeut.
Den upplevda arbetsbelastningen var under veckan i snitt 5,0 på en 10- gradig skala.



Resultatet visar att 54% av arbetstiden under mätveckan har använts till indirekt patientrelaterade uppgifter. Under mätningen har 20% av arbetstiden lagts på direkt patientkontakt. Verksamhetsrelaterade möten och uppdrag har under mätveckan upptagit 18 % av arbetstiden. Handledning/instruktion till personal har upptagit 4% av arbetstiden. Tidsmätning har tidigare inte genomförts på Umeå Norra Korttidscenter, vilket gör att det inte finns någon statistik att jämföra med.

Vård-och omsorgsboende

Inom Vård och omsorgsboende (VoB) är 14 arbetsterapeuter och 11 fysioterapeuter anställda. Under mätveckan var bemanningen följande: 9,8 arbetsterapeuter och 9,5 fysioterapeuter. Den upplevda arbetsbelastningen under veckan var i snitt 5,5 på en 10-gradig skala.



Figur 11 Diagrammet visar total fördelning av arbetstid för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom Vård och omsorgsboende fördelat på kategori

Resultatet visar att 46% av arbetstiden under mätveckan har använts till indirekt patientrelaterade uppgifter. Direkt patientkontakt har under mätveckan legat på 20%, vilket är en minskning jämfört med mätningar som gjordes 2014 (33,6 %) och 2016 (27,5 %). Verksamhetsrelaterade möten och uppdrag har under mätveckan upptagit 21% av arbetstiden. Endast 6% av arbetstiden har lagts på handledning/instruktion till personal. 2014 var den tiden 17,9%.

Sammanfattningsvis har mätningen visat på att det i alla verksamheter är låg andel tid som läggs på direkt patientkontakt och att den indirekta patientrelaterade tiden upptar ungefär hälften av den totala arbetstiden. Även tiden man lägger på att handleda och instruera annan personal är låg. När både den tid som arbetsterapeut och fysioterapeut lägger på att träffa patienter själva och den tid de lägger på att handleda och instruera annan personal är låg, finns det risk för brister gällande kvalité och patientsäkerhet. Under 2024 behöver ett arbete göras kring att analysera resultatet av denna mätning än mer samt att ta fram förbättringsåtgärder kring detta i verksamheten. Ny tidmätning kommer göras under 2024 för att följa detta.

Arbetsterapeut Utredning äldre

Arbetsterapeuterna på Utredning äldre kopplas in i pågående ansökningsprocesser eller vid uppföljning av bistånd. Syftet med insatserna är att öka möjligheten för personerna att bli självständiga och ibland kan arbetsterapeuters insatser medföra att behovet av hemtjänstinsats minskar. I kontakt med den enskilde görs fallpreventiva insatser (199 fallpreventiva insatser gjorda fram till och med november 2023), aktivitetsträning (38 st), egenvårdshjälpmedel (22 st), förskrivningsbara hjälpmedel (101 st) och intyg (28 st). Med hjälp av aktivitetsträning, hjälpmedel och intyg har 31 insatser återtagits av enskilda, då man efter arbetsterapeuternas insats klarar aktiviteten självständigt. Arbetsterapeuterna kommer även att under 2024 börja göra ADL-bedömningar för de som ansöker om hemtjänst, för att kunna bedöma vilken dagverksamhetsgrupp som de ska tillhöra. I januari 2024 kommer teamet att utökas med en sjukgymnast, som kommer att jobba 50 % på dagverksamhet med att utfärda träningsprogram och hålla i gruppträningar. Därutöver så kommer sjukgymnasten att jobba med att stärka personers (som ansöker om bistånd) självständighet.

Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning

Inom rehabiliteringsområdet är hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning en viktig del av insatserna som görs och generellt så fungerar förskrivningsprocessen tillfredställande i verksamheten. I patientsäkerhetsenkäten svarar 75% av arbetsterapeuter och fysioterapeuter att de anser att förskrivningsförfarandet oftast eller alltid är patientsäkert. Angående uppföljning svarar 85% att de följer upp hjälpmedelsförskrivningarna acceptabelt eller mycket bra, medan 15% svarar att de följer upp mindre bra eller dåligt. I kommentarer till enkätfrågan framkommer att uppföljningar i nära anslutning till förskrivningen ofta genomförs, medan uppföljningar efter en längre tids användande av hjälpmedlen inte alltid prioriteras.

Under 2023 har verksamheten för att säkerställa hjälpmedelshantering och förskrivningsprocessen haft workshop om riskbedömningar i samband med hjälpmedelsförskrivning. Det har även anordnats dialogträffar för kunskapsöverföringar samt lärande forum med MAR kring vårdskador och incidenter med medicintekniska produkter. Hjälpmedel som ägs av Umeå Kommun hanteras internt av Hjälpmedelsservice. Ett utvecklingsområde som identifierats är att alla hjälpmedel inte lämnas till rekonditionering innan de förskrivs till ny patient. Anledningen till detta är bl.a. att förskrivare upplever att det är långa leveranstider. Informationsinsats kring detta har genomförts för att påtala vikten av att alla hjälpmedel passerar rekonditionering innan de lämnas ut på nytt.

En brist som framkommit under 2023 är att Hjälpmedelsservice inte hunnit med de periodiska inspektionerna av taklyftar som ska göras regelbundet. Detta beror till stor del på att arbetsgruppen inte varit fulltaliga och detta kommer att åtgärdas under kommande år. Uppföljning av detta kommer ske under 2024 för att säkerställa att besiktningarna utförs

enligt rutin. Andra utvecklingsområden är säkerställa service/översyn av grundutrustning/akut-kit genom att se över hur periodiska inspektioner av dessa produkter skulle kunna ske. Den demografiska utvecklingen inom äldreomsorg och de ökade hjälpmedelsbehoven ställer högre krav på den interna hjälpmedelshanteringen, vilket medför ökade volymer i lagerhantering och ställer högre krav på spårbarhet, reparation/underhåll, samt besiktningar och hjälpmedelstransporter. Detta är något som måste beaktas i planering framåt så att hjälpmedelsbehoven kan tillgodoses med god kvalité.

Ett förbättringsområde gällande hjälpmedel är att de ofta inte rengörs och kontrolleras som de ska ute i verksamheten. För att förbättra detta har revidering och förtydligande gjorts i rutin gällande arbetsordningar för kontroll och rengöring. I rutinen framgår vad som ska göras, hur ofta samt ansvarsfördelning. Informationsträffar i samband med implementering planeras under 2024.

I pågående projekt ATH (Arbetstekniskt hjälpmedel) har arbetet fortsatt med att kvalitetssäkra processen kring arbetstekniska hjälpmedel. Ny hjälpmedelskoordinator har rekryterats, då behov av rollen finns på sikt, även efter projektets slut. Arbetet syftar till att stödja verksamheten kring arbetstekniska hjälpmedel i vårdnära arbete samt att säkerställa patientsäkerhetsperspektivet i samband med införskaffande av arbetstekniska hjälpmedel.

Välfärdsteknik

Under 2023 har införandet av det nya process-och planeringsstödet VIVA påbörjats. Verksamhetsgenomgångar har genomförts med medarbetarrepresentanter, MAS/MAR och chefer tillsammans med leverantören och projektledare. Syftet har varit att systemet ska utformas utifrån verksamhetens behov. Gällande hälso- och sjukvårdsområdet omfattar detta bland annat beslut om Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt andra frågor gällande upplägg och struktur i patientjournalen. Under 2024 planeras fortsatt arbete med systemet, framtagande av rutiner samt utbildning för medarbetare som ska använda systemet. Därefter kommer implementeras av systemet att ske. Tidplanen för äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen är hösten 2024.

Under året har också förstudie och kravställning kring systemstöd för kommunens interna hjälpmedelshantering pågått. Ett hjälpmedelssystem planeras finnas tillgänglig i samband med införandet av det nya process- och planeringsverktyget. Syftet med ett nytt hjälpmedelssystem är att kunna öka kvalitet, spårbarhet och patientsäkerhet gällande Umeå kommuns hjälpmedel och hjälpmedelshantering.

Inom området välfärdsteknik har fokus bland annat varit att öka volymerna av medicingivare. Under och efter pandemin sjönk användningen av medicingivare, bland annat som följd av anspänning i verksamheter och ökad personalomsättning bland chefer. Aktiviteter i syfte att återigen ökade volymer av medicingivare har bedrivits under 2023 i

samtliga hemsjukvårdsområden. I syfte att öka säkerheten ytterligare gällande läkemedelshantering och läkemedelsförvaring har det under 2023 även gjorts satsningar på läkemedelsskåp med digitala lås på ett flertal särskilda boenden.

Under året har man arbetat med Säker kommunikation och två upphandlingar har gjorts, en för säkra meddelanden och en för elektronisk underskrift. Införandet av Säker kommunikation kommer göras under 2024.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Risk- och konsekvensanalys ur patientsäkerhetsperspektiv gjordes inför sommarperioden 2023 på grund av rekryteringssvårigheter av hälso-och sjukvårdpersonal och omsorgspersonal. I samband med detta togs också åtgärder fram.

Riskanalyser har också gjort i samband med införandet av nytt planerings- och processtöd. Riskanalyserna har handlat om risker kopplat till patientsäkerhet, personuppgiftshantering, sekretess, behörigheter samt avvikelser gällande systemstödet.
I verksamheten görs riskanalyser löpande utifrån avvikelser och händelseanalyser.

Vårdprevention

Inom vård- och omsorgsboenden ska riskbedömning göras på alla patienter gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa enligt nationella kvalitetsregistret Senior alert. När en patient flyttar in på ett vård- och omsorgsboende ska en första riskbedömning göras inom 72 timmar. Ny riskbedömning ska sedan göras var 6:e månad. Dokumentation av resultatet från riskbedömningen sker i journalsystemet Treserva och registrering sker i Senior alert kvalitetsregistret. Målet är att andelen riskbedömningar ska öka och förebyggande åtgärder till riskpatienter ska vara insatta, dokumenterade och registrerade i kvalitetsregistret.

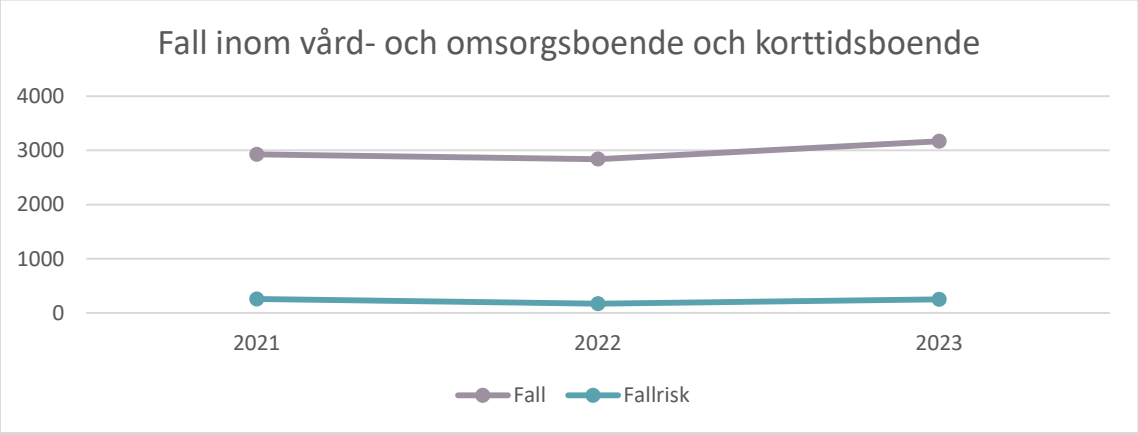
Riskbedömningar enligt Senior Alert	2020	2021	2022	2023
Antal personer som riskbedömts	553	533	357	246
Riskbedömningar med risk	95%	95%	97%	95%
Trycksår	32%	33%	32%	28%
Undernäring	57%	60%	59%	55%
Fall	85%	88%	86%	86%
Munhälsa	42%	47%	51%	51%
Åtgärdsplan vid risk	98%	96%	97%	96%
Utförda åtgärder vid risk	77%	78%	85%	91%

Tabellen visar jämförelse av antal riskbedömningar som gjorts enligt Senior Alert samt vilka risker som identifierats och om åtgärder planerats och vidtagits.

Det är en stor del (95%) av alla riskbedömda personer på vård- och omsorgsboende som har risk för trycksår, undernäring, fall och/eller munhälsa. Utifrån antalet individer som bor på vård- och omsorgsboenden är det en begränsad andel riskbedömningar som registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert. I samband med journalgranskning ses att riskbedömningar finns dokumenterad i journalsystemet i flertalet av det granskade journalerna. Alla genomförda riskbedömningar har dock troligen inte registrerats i kvalitetsregistret. I registret ses att åtgärdsplan i stor utsträckning (96%) tas fram vid risk och åtgärder blir utförda i 91% av dessa. Rutin för riskbedömning enligt Senior Alert har reviderats och kommer att implementeras under år 2024. Uppföljning och analys av resultatet görs årligen.

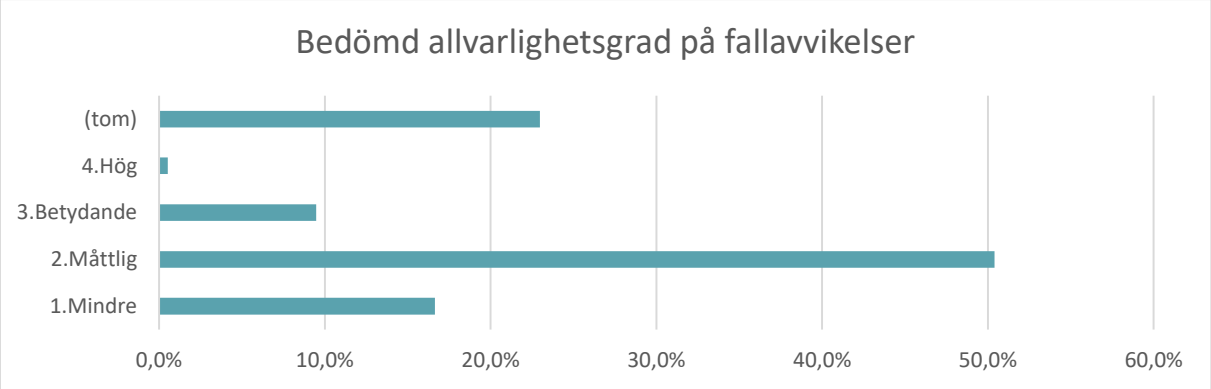
Fallskador

På vård- och omsorgsboende genomförs fallriskbedömning vid inflyttning. Vid identifierad fallrisk skapas fallpreventionsplan som följs upp regelbundet vid teamträffar.
En ny rutin har under året tagits fram gällande systematisk fallprevention. Rutinen betonar vikten av att göra initiala fallriskbedömningar samt i de fall man identifierat fallrisk göra fördjupade fallriskutredningar, för att kunna göra rätt fallpreventiva åtgärder. Fallolyckor och bakomliggande orsaker till detta följs upp årligen genom analys av avvikelsestatistik med syfte att vidta riktade åtgärder för att förebygga liknande händelser igen. Målet är att förebygga vårdskador till följd av fall. Nedan presenteras antalet fallavvikelser inom vård- och omsorgsboende.



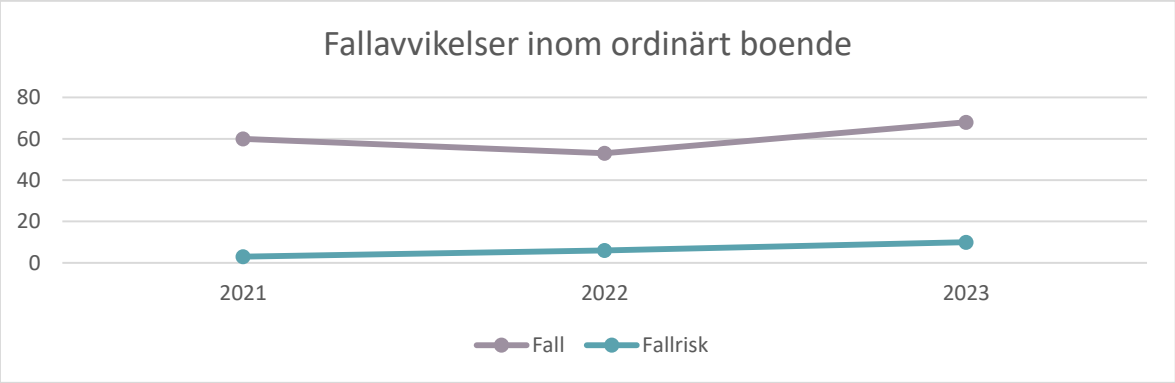
Diagrammet visar antalet fall mellan åren 2021–2023

Tabellen visar inträffade fall (3168 fall), men även händelser där fallrisk (253 fallrisk) identifierats. En stor del (67%) av inträffade fallolyckorna har skett trots vidtagen fallprevention. I ett fåtal av avvikelser framgår att fallpreventiva åtgärder inte är utförda.



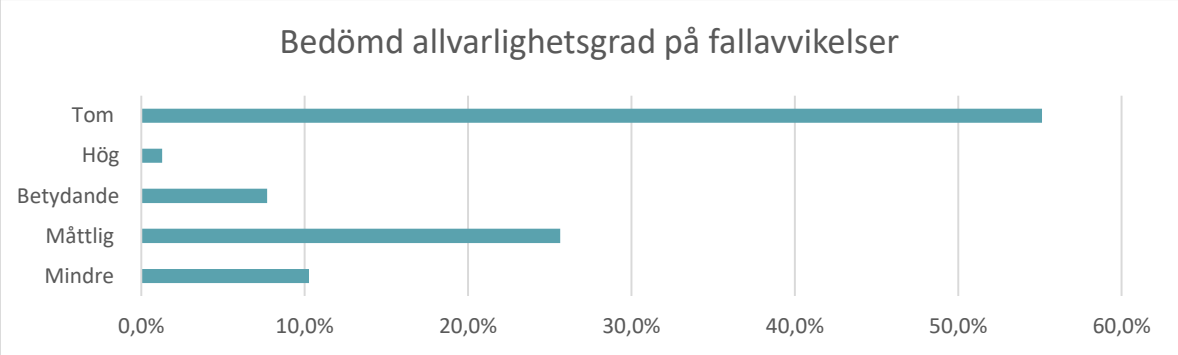
Diagrammet visar allvarlighetsgrad på fallavvikelser under 2023 inom vård- och omsorgsboende.

Bedömning av allvarlighet görs i samband med analys av avvikelser i verksamheterna. Tabellen visar att 786 av avvikelserna inte är bedömda gällande allvarlighetsgrad, benämns tom i tabellen. En liten del (0,5%) har bedömts utgöra en hög allvarlighetsgrad. Avvikelser som bedömts som hög allvarlighetsgrad har inte bedömts som risk för eller inträffad allvarliga vårdskada och har därför inte föranlett fördjupad intern utredning eller anmälan enligt lex Maria.



Diagrammet visar jämförelse av antalet fall som uppmärksammats av kommunal hemtjänst och hemsjukvård mellan åren 2021 – 2023.

Ovanstående resultat presenterar fallavvikelser som kommunal hemtjänst, personlig assistans och hemsjukvård uppmärksammat. Fall som larmpatrullen uppmärksammat finns inte registrerade. Ett fåtal fall, 10%, har skett trots att fallpreventiva åtgärder är vidtagna, men eftersom 55% av avvikelserna inte är analyserade och ett begränsat antal avvikelser registrerats är det svårt att dra några slutsatser av detta.



Diagrammet visar allvarlighetsgrad på fallavvikelser under 2023 i ordinärt boende för personer med kommunal hemtjänst och hemsjukvård.

Bedömning av allvarlighet görs i samband med analys av avvikelser i verksamheterna. Diagrammet visar att 43 av avvikelserna inte är bedömda gällande allvarlighetsgrad, vilket utgör över hälften av avvikelserna och det är därmed svårt att dra några slutsatser av statistiken. Avvikelser som bedömts som hög allvarlighetsgrad har inte bedömts som risk för eller inträffad allvarliga vårdskada och har därför inte föranlett fördjupad intern utredning eller anmälan enligt lex Maria.

Under året har ett arbete med att göra fördjupade analyser av fallavvikelser påbörjats. Mall för intervjuer har tagits fram och syftet är att via intervjuer med personal och enhetschefer identifiera bakomliggande orsaker till fall och därefter kunna planera för riktade åtgärder på en övergripande nivå.

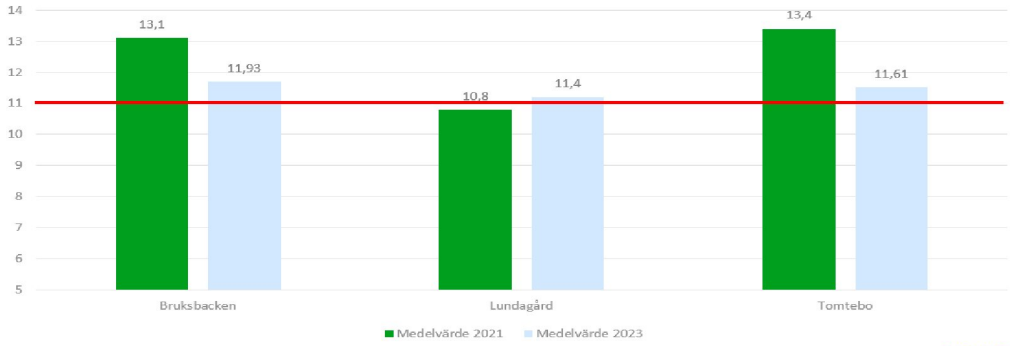
Nutrition

Två legitimerade dietister, fördelade på 2,0 dietisttjänster, har under 2023 ansvarat för att tillhandahålla specialkompetens inom nutritionsområdet till Umeå kommuns särskilda boenden inom äldreomsorg och funktionshinderomsorg. Konsultationer i individuella ärenden har genomförts löpande under hela året och antalet ärenden har ökat sedan 2022. Utbildningsinsatser i nutrition erbjuds alla nyanställda sjuksköterskor vid två tillfällen per år. Alla sommarvikarier/nyanställda inom särskilt boende och ordinärt boende ska genomföra en digital basutbildning i nutrition.

Nutritionsnivåer/Dygnsfastan

Som en del i att förkorta dygnsfastan på vård- och omsorgsboenden har en arbetsgrupp bildats. Dygnsfastan bör inte överstiga 11 timmar. Gruppen leder arbetet med implementering av nutritionsnivåer på vård- och omsorgsboenden. Att jobba utifrån modellen innebär förutom kortare nattfasta hos våra brukare, en ökad tydlighet för omvårdnadspersonal gällande nutritionsomhändertagande och i slutändan en bättre nutritionsstatus hos våra brukare. Under 2023 har elva boenden inom äldreomsorgen börjat arbeta efter modellen. Implementering hos dragonen och aktrisen väntas ske under våren 2024. Målet är att samtliga boenden ska arbeta med nutrition genom detta standardiserade arbetssätt. Arbetet med nutritionsnivåer påbörjades under 2020 på vård och

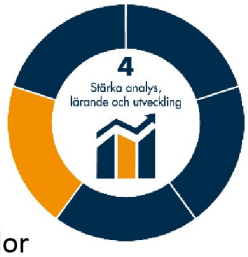
omsorgsboende Lundagård. Deras resultat ligger till grund för Införande av nutritionsnivåer, vilket innebär att alla brukare får en individuell ordinerad kost enligt kartläggning i nivåer. Positiva indikationer ses på dygnsfastan hos tre vård- och omsorgsboenden som erhållit informationen och startat upp arbetssättet innan dygnsfastemätningen genomfördes 2023. Resultatet visas i tabellen nedan.



Dysfagi

Utredning av vård- och omsorgspersonalens kunskap om dysfagi, ät- och sväljsvårigheter, har genomförts år 2022. Denna visar att kunskapsnivån om dysfagi varierar bland omsorgspersonal och bland sjuksköterskor. Utredningen visar att det finns behov av utbildningsinsatser men även bättre samverkan med logoped på sjukhuset. Senior alert har i samarbete med logopedförbundet tagit fram filmer om dysfagi, denna rekommenderas till all hälso- och sjukvårdspersonal. Utbildning för omsorgspersonal planeras att ses över under 2024.

Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården.

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Umeå kommun har som mål att avvikelser ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och utgöra underlag för förbättringar. Avvikelser är positivt och det ses som ett tecken på hög säkerhetskultur när personalen rapporterar risk för eller inträffade avvikande händelser. I Umeå kommun sker all rapportering och avvikelsehantering i IT – stödet Treserva. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och hur avvikelserapportering ska ske. Rutin och lathund finns gällande avvikelsehantering. Den hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker en avvikande

händelse ska skyndsamt utföra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon får en vårdskada och därefter rapportera detta så snart det är möjligt. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att den som drabbats får så liten konsekvens av detta som möjligt.

Enhetschefen är mottagare av avvikelser som inträffar och ansvarar för att avvikelser utreds, åtgärder vidtas samt att återkoppling och lärande sker i verksamheten. Avvikelsehanterare som finns i verksamheterna är behjälplig med utredning av avvikelser. Sjuksköterskor som delegerar läkemedelshantering är mottagare av läkemedelsavvikelser och delaktiga i analys av dessa i deras verksamheter. Syftet med detta är att möjliggöra uppföljning av läkemedelsdelegeringar samt vidta riktade åtgärder för att förebygga liknande händelser. Avvikelserna ska utredas och avslutas inom två månader efter inrapportering. Återkoppling till rapporterande medarbetare sker automatiskt via IT – stödet när avvikelsen är handlagd. Sammanställning av avvikelser görs och slutanalys redogörs i patientsäkerhetsberättelsen.

Om en inträffad händelse bedöms vara av allvarlig karaktär ska alltid MAS eller MAR kontaktas för eventuell vidareutredning och anmälan till inspektion för vård och omsorg (IVO). Utredningsarbetet sker i samverkan med enhetschef, avvikelsehanterare och personal som är berörda. En utredning ska ge svar på vilka åtgärder som behöver vidtas vid enheten och även om dessa åtgärder bör vidtas inom hela verksamheten för att undvika att liknande händelser inträffar igen. Avvikelserapportering ligger till grund för kommunens förbättrings- och utvecklingsarbeten. Lärandet i organisationen sker genom återföring på teamträffar, arbetsplatsträffar inom vård- och omsorgsboenden och hemsjukvård. Enhetschef för sjuksköterskor lyfter även avvikelser vid möten med enhetschef på vård- och omsorgsboenden för att öka möjlighet till förbättring.

Inom hälso- och sjukvård på vård- och omsorgsboende och korttidsboende återfinns flest avvikelser inom läkemedel, vårdkedjebrist/brist i samverkan, insats och dokumentation. Avvikelser gällande läkemedel presenteras under separat rubrik. Avvikelser gällande insats handlar både om bristfälligt utförd insats och utebliven insats från både omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelser som förekommit är bland annat bristfällig eller utebliven omläggning av sår, bristfällig hantering av medicinsk teknik, uteblivna ordinerade kontroller och utebliven kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal när behov funnits. Avvikelser gällande dokumentation handlar till stora delar om utebliven dokumentation. Totalt har 59 externt inkomna avvikelser registrerats för vård- och omsorgsboende och 109 utgående avvikelser. Avvikelser gällande vårdkedjebrist/brist i samverkan handlar övervägande om brister i samverkan externt. Avvikelser har även gällt hälsocentraler angående bristfällig dokumentation, felaktiga ordinationer och brister i kommunikation hos hälsocentraler där en av hälsocentralerna med avtal med Regionen utmärker sig med ett större antal avvikelser än övriga hälsocentraler i Umeå kommun.
Bristande informationsöverföring är vanligaste bakomliggande orsaken till vårdkedjebrist både internt och externt.

Händelser/iakttagelser 2023	
Bedömning/Utredning	28
Bemötande	3
Dokumentation	94
Hjälpmedel	13
Insats	100
Nutrition	26
Rehabilitering	7
Sekretess	8
Smittspridning	2
Säkerhet/Trygghet	5
Trycksår	15
Vårdkedjebrist/ Brist i samverkan	182
Totalsumma	**483**

Tabellen visar avvikelser registrerad av hälso- och sjukvårdspersonal inom vård- och omsorgsboende och korttidsboende.

Inom hemsjukvård återfinns de flesta avvikelser inom läkemedel och vårdkedjebrist/brist i samverkan. Avvikelser gällande läkemedel presenteras under separat rubrik. Avvikelser gällande vårdkedjebrist handlar övervägande om brister i samverkan både internt och externt. En stor del av inkomna och utgående externa avvikelser handlar om bristande informationsöverföring, bristande rutiner eller bristande följsamhet till rutiner. Totalt har det registrerats 45 inkomna och 97 utgående avvikelser. Hälften av inkomna avvikelserna kommer från extern hemtjänst och gäller saknad av läkemedel och att man inte får tag i sjuksköterska inom hemsjukvården. Resterande kommer från Region Västerbotten, dessa handlar övervägande om brister i samverkan. En tredjedel av utgående avvikelser har ställts till extern hemtjänst och gäller läkemedelshantering. Resterande externt utgående avvikelser är ställda till olika avdelningar på sjukhuset, hälsocentral och bistånd. Dessa avvikelser handlar framför allt om vårdkedjebrist/brist i samverkan.

Händelser/iakttagelser 2023	
Bedömning/Utredning	15
Dokumentation	1
Förflyttning	10
Hjälpmedel	10
Insats	13
Nutrition	1
Rehabilitering	1
Sekretess	1
Säkerhet/Trygghet	3

Trycksår	1
Vårdkedjebrist/ Brist i samverkan	78
Totalsumma	**134**

Tabellen visar avvikelser registrerad av hälso- och sjukvårdspersonal inom hemsjukvården

Inkomna och utgående avvikelser till och från Region Västerbotten utreds vid särskilt avvikelseforum tillsammans med primärvården inom Region Västerbotten.

I enkäten framkommer att övervägande av sjuksköterskorna anser att de oftast eller alltid registrerar avvikelser, 96%, medan ett fåtal, 4%, anser att de sällan rapporterar avvikelser. De största patientsäkerhetsriskerna sjuksköterskor uppger är:

- Kompetensbrist och språksvårigheter hos omsorgspersonal.
- Utebliven och/eller bristande insatser från omsorgspersonal när det gäller omvårdnad, läkemedelshantering och dokumentation.
- Brister i informationsöverföring internt mellan olika verksamheter och mellan olika professioner,
- Brister i informationsöverföring och samordning externt som mellan kommun och Region Västerbotten.

De avvikelser som rapporteras av arbetsterapeuter och fysioterapeuter handlar ofta om att det är brister i följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser och att det brister i handhavande av hjälpmedel i verksamheten. Lärande om avvikelser sprids på arbetsplatsträffar, teamträffar samt på lärandeforum med MAR.

Hjälpmedel som förskrivs kommer till största del från Hjälpmedel Västerbotten.
Under 2023 har det skrivits 157 avvikelser från arbetsterapeuter och fysioterapeuter till Hjälpmedel Västerbotten. Antalet avvikelser har ökat med 45% gentemot förra året, vilket bland annat beror på brister på rekonditionering av rollatorer samt att det saknats bruksanvisningar vid leverans av hjälpmedel. Den största gruppen avvikelser, ca 35%, handlar om brister vid rekonditionering av hjälpmedel. Avvikelserna kommer att lyftas med Hjälpmedel Västerbotten på avtalsuppföljning i början av 2024.

Avvikelser Hjälpmedel Västerbotten	
Rekonditionering	56
Plockning/utleverans	13
Reklamation leverantör	12
Anpassning	3
Avhjälpande underhåll	4
Utbildning/information	2
Returer	1
Rådgivning	1
Kvalitetskontroll	1
Personal	3

Upphandling	1
Okänd	60
Totalsumma	**157**

I enkät om patientsäkerhet 2023 svarar 61% av arbetsterapeuter och fysioterapeuter att de ofta registrerar avvikelser om en patient har eller riskerar att skadas, 27% svarar att de ibland rapporterar detta. På frågan om hur många avvikelser man rapporterat de senaste 12 månaderna inom äldreomsorgen svarar de flesta, 34% att man att man rapporterat 1-2st, 25% svarar att man rapporterat 3–5 st. Andelen som svarar att man inte rapporterat någon avvikelse alls under det senaste året är 19%.

De största patientsäkerhetsriskerna arbetsterapeuter och fysioterapeuter uppger är:

- Låg kompetens samt tidsbrist hos omsorgspersonal
- Långa väntetider till arbetsterapeut och fysioterapeut
- Bristande säkerhetskultur och bristande följsamhet till rutiner
- Felaktig hantering av hjälpmedel
- Ordinerade rehabiliteringsinsatser utförs inte
- Fallrisk
- Trycksår

Klagomål och synpunkter

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har alla vårdgivare skyldighet att ta emot, utreda och svara på synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet. Alla verksamheter har skyldighet att informera patienter och närstående om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på verksamheten. Information om hur man kan lämna synpunkter och klagomål finns på Umeå kommuns hemsida.

Klagomål och synpunkter kan komma från följande instanser;

- Direkt till berörd enhetschef eller vårdpersonal eller via telefonkontakt.
- Via webbformulär som nås via kommunens hemsida.
- Via brev eller mejl.
- Via patientnämnden.
- Via IVO; både begäran om handlingar och överlämnande av klagomål till vårdgivaren.

I Umeå kommuns socialtjänst finns rutiner för hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Under 2023 har 16 klagomål riktad mot kommunal hälso- och sjukvård registrerats i vårt avvikelsesystem. Klagomål handlar om lång väntetid på insatser från hemsjukvård, fördröjning av insatta åtgärder, missnöjd över utförd vård, upplevelse av bristande informationsöverföring i samband med bl.a. försämring och läkemedelsjustering.

Patientnämnd

Äldreomsorgen har mottagit två klagomål via patientnämnden. Ärendena är besvarade till patientnämnden och till den som framfört sina klagomål.

Klagomål via IVO

Under 2023 har ett ärende registrerats från IVO som är relaterade till klagomål mot hälso- och sjukvård i äldreomsorgen. Ärendet har besvarats till IVO och därmed till dem som framfört sina klagomål.

Tillsynsärende via IVO

Under 2023 har nationell tillsyn gjorts på särskilt boende för äldre.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

I kommunen finns en övergripande krisledningsplan som utgör kommunens övergripande ramverk för hur kriser och samhällsstörningar ska hanteras i fredstid samt utgör grunden för kommunens ledningsorganisation vid höjd beredskap och krig. Krisledningsplanen beskriver kommunens övergripande krisledningsorganisation, roller, ansvar och arbetssätt med ambitionen att krisledningsorganisationen ska vara tydlig, men också flexibel för att kunna hantera olika typer av kriser som utvecklas i olika hastighet. Äldreomsorgen har en egen krisledningsplan och varje verksamhet inom äldreomsorgen har kontinuitetsplaner för att upprätthålla verksamhet om något inträffar, exempelvis om verksamhetssystemet ligger nere.

I arbetet med den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet har det identifierats att det finns behov av förbättringsarbete i hälso-och sjukvårdsverksamheten kring riskmedvetenhet och krisberedskap. Fortsatt arbete kommer ske under 2024.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utmaningar i verksamheten

Den kommunala hälso-och sjukvården har fortsatt stora utmaningar. Samtidigt som att de äldre blir allt fler och många av patienterna är multisjuka, blir behandlingstiden på sjukhus allt kortare och rehabiliteringsinsatser uteblir inte sällan innan utskrivning. Detta innebär att det blir ökade behov av hälso-och sjukvårdsinsatser i hemmet och fler patienter är svårt sjuka med komplexa vård och rehabiliteringsbehov. För att klara omställningen till Nära vård behöver bland annat förflyttning mot mer hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt ske.

Eftersom hälso-och sjukvårdsbehovet ökar och är resurskrävande är det en stor utmaning att prioritera förebyggande insatser. Det blir samtidigt allt svårare att rekrytera utbildad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. Brist på utbildad omsorgspersonal innebär risker för att omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser uteblir eller utförs bristfälligt.

Den snabba tekniska utvecklingen med ny medicinsk teknik innebär stora möjligheter för hälso- och sjukvården men också utmaningar. Ökad digitalisering kräver förändrade arbetssätt samt att nya risker måste identifieras och hanteras utifrån kvalité och patientsäkerhetsperspektiv. En av utmaningarna under 2024 kommer att vara införandet av ett nytt systemstöd i kommunen.

Prioriterade mål 2024

Patienter och närståendes delaktighet i vården	
Åtgärder	Uppföljning
• Nulägesanalys	• Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef

Hälsofrämjande och förebyggande arbete	
Åtgärder	Uppföljning
• Återinföra strukturerade riskbedömningar gällande fall, undernäring, munhälsa och trycksår. • Breddinförande av nutritionsnivåer inom särskilt boende. • Uppsökande munhälsobedömningar • Kartlägga preventiva arbetssätt samt ta fram åtgärdsplan.	• Senior alert registret • Måltidsregistrering • Journalgranskningar • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef

Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal	
Åtgärder	Uppföljning
• Samverkan med verksamhetschefer • Kartläggning av följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal.	• PPM mätning • Avvikelser • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2024-02-02

Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2023/00026

Kvalitetsberättelse 2023

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner kvalitetsberättelsen för 2023.

Ärendebeskrivning

Kvalitetsberättelsen omfattar delar av det kvalitetsarbete som genomförts på övergripande nivå inom äldreomsorgens verksamhetsområde 1 januari – 31 december 2023.

Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2023.

Beredningsansvariga

Caroline Björnholt, socialt ansvarig samordnare
Carina Edberg, avtalscontroller
Anna Bergström, kvalitetschef

Beslutet ska skickas till

Caroline Björnholt

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Caroline Björnholt
Socialt ansvarig samordnare

Kvalitetsberättelse för äldrenämnden

1 januari – 31 december 2023

Dokumentnamn: Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2023		
Dokumentansvarig: Socialt ansvarig samordnare		**Dokumentdatum:** 2024-02-07
Godkänd av: Äldrenämnden 2024-02-22	**Version:** 1.0	**Reviderad:**

Innehåll

Inledning ... 3
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ... 4
Systematiskt kvalitetsarbete ... 4
Egenkontroll ... 4
Klagomål och synpunkter ... 4
Avvikelser ... 8
Kontroll av följsamhet till avvikelserutin, SoL ... 12
Lex Sarah ... 14
Utredning av lex Sarah-rapporter ... 14
Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ... 14
Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg – externa utförare ... 15
Interna granskningar ... 15
Kontroll av följsamhet till rutiner vid utredning och beslut enligt SoL ... 15
Tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ... 16
Externa utförare hemtjänst och vård- och omsorgsboende ... 16
Uppföljningar ... 17
Förbättrings- och utvecklingsarbeten i verksamheterna under året ... 21
Vård- och omsorgsboende ... 21
Utredning äldre och prevention ... 23
Kommunal hemtjänst ... 24
Fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet ... 25

Inledning

Kvalitetsberättelsen omfattar delar av det kvalitetsarbete som genomförts på övergripande nivå inom äldrenämndens verksamhetsområde 1 januari – 31 december 2023 samt en redovisning av tillsynsbeslut och egna uppföljningar.

Att säkra och följa upp att de verksamheter som äldrenämnden är ansvariga för håller god kvalitet är ett prioriterat område. Det finns krav på att verksamheterna ska följa upp sitt kvalitetsarbete, redovisa resultat och kvalitetsaspekter öppet. Arbetet med att upprätthålla god kvalitet bygger till stor del på att stötta det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer och att de avvikelser som inträffar utreds, analyseras och åtgärdas för att minimera risken att liknande händelser inträffar igen. Ett systematiskt kvalitetsarbete ger en grund på vilken verksamheterna kan vila för att i mötet med den enskilde ge stöd och omsorg med god kvalitet.

Kvalitetsberättelsen redovisas till äldrenämnden i februari 2024 och är efter godkännande tillgänglig för spridning inom och utom organisationen.

Äldreomsorgens stab

Anna Bergström
Kvalitetschef

Caroline Björnholt
Socialt ansvarig samordnare, SAS

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Alla vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter ansvara för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Syftet med ledningssystemet är att ge stöd och struktur till ett systematiskt och målmedvetet arbetssätt med ständiga förbättringar för bästa möjliga kvalitet i de insatser och det stöd socialtjänsten ansvarar för.

Dispositionen i Kvalitetsberättelsen utgår till största delen från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt tillhörande handbok. I det allmänna rådet skrivs att den som bedriver socialtjänst varje år bör upprätta en kvalitetsberättelse.

Systematiskt kvalitetsarbete

I Socialstyrelsens föreskrifter betonas vikten av ett systematiskt förbättringsarbete där identifierade risker, erfarenheter och resultat används som underlag för förbättringar och för revidering av rutiner för att minimera risken att liknande fel uppstår igen.

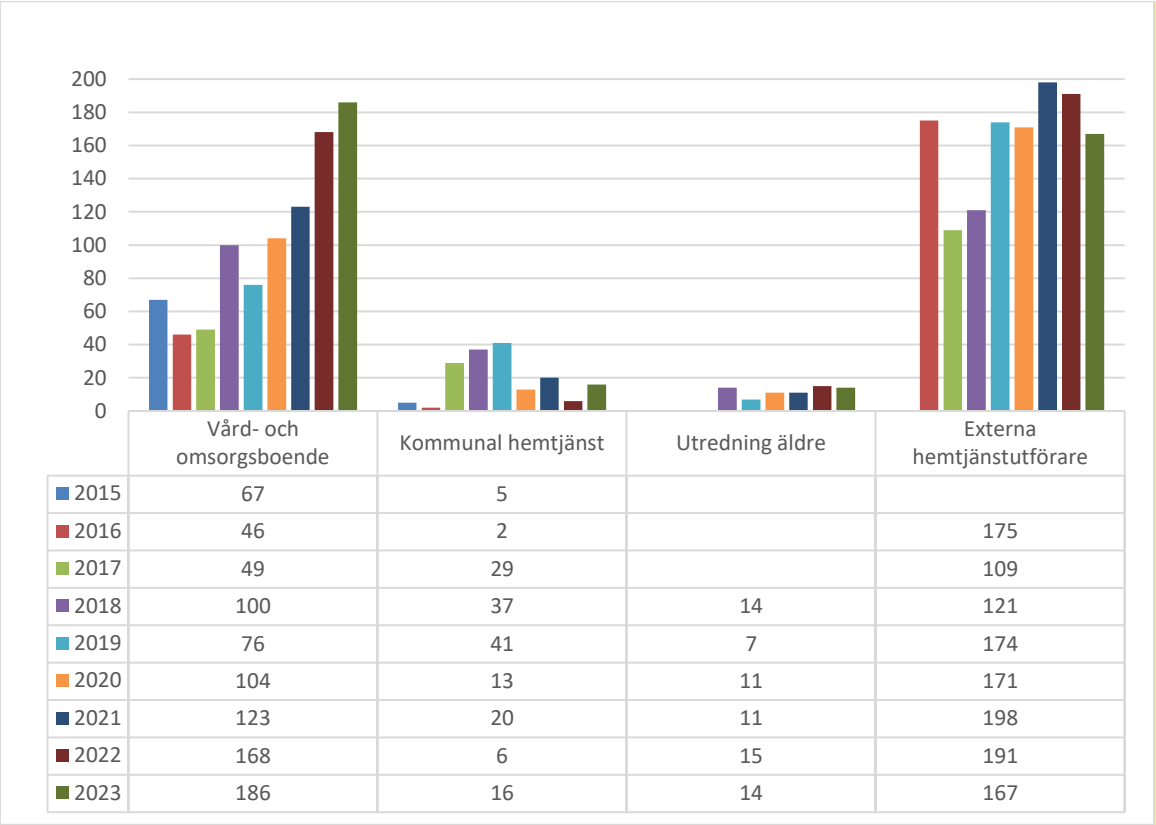
Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Här redovisas egenkontroll i form av sammanställning av klagomål, avvikelser och lex Sarah rapporter samt i förekommande fall interna granskningar och uppföljningar samt tillsynsbeslut. Nationella jämförelser redovisas i ett eget dokument.

Klagomål och synpunkter

Den som bedriver socialtjänst är skyldig att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamheten. Det är en del av ett ständigt pågående förbättringsarbete för verksamheten och en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomålsrutinen innebär att synpunkter och klagomål hanteras direkt i verksamheten som berörs. Alla klagomål registreras, följs upp och sammanställs som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Varje verksamhet ska använda de klagomål och synpunkter som kommit in till att förbättra kvaliteteten i sina egen verksamhet samt att hitta ett fungerande arbetssätt för att uppmärksamma om klagomålet lett till förändringar i rutiner eller arbetssätt som andra verksamhetsområden påverkas eller kan dra nytta av.

Tabell: Antal klagomål per verksamhet och år 2015–2023



	Vård- och omsorgsboende	Kommunal hemtjänst	Utredning äldre	Externa hemtjänstutförare
2015	67	5		
2016	46	2		175
2017	49	29		109
2018	100	37	14	121
2019	76	41	7	174
2020	104	13	11	171
2021	123	20	11	198
2022	168	6	15	191
2023	186	16	14	167

Totalt har 216 klagomål rapporterats under året i kommunens interna verksamheter vilket är en ökning jämfört med 2022 (189). Vård- och omsorgsboende står för majoriteten av ökningen och har även 35 rapporterade synpunkter utöver klagomålen. Hemtjänsten har 4 rapporterade synpunkter utöver klagomålen. Utredning äldre har 1 rapporterad synpunkt. Klagomålen som redovisas för de externa hemtjänstutförarna inkluderar även Bäckbacka äldreboende och avser personer i samtliga åldrar.

Tabell: Områden som klagomålen avser samt fördelning per kommunal verksamhet

Områden	**Vård- och omsorgsboende**	**Hemtjänst kommunal**	**Utredning äldre**	**Antal**
Utförande av insats/utebliven insats	51	9	3	**63**
Bemötande	28	1	2	**31**
Övrigt	26	1	-	**27**
Trygghet	22	1	-	**23**
Lång väntetid	15	-	-	**15**
Fysisk miljö	8	1	-	**9**
Bristande information	7	1	1	**9**
Måltider	7	-	1	**8**
Kompetens	7	-	-	**7**
Handläggning myndighet	-	-	7	**7**
Bemanning	6	-	-	**6**
Vårdkedjebrist/Samverkan	5	1	-	**6**
Tillgänglighet	2	-	-	**2**
Organisation/ledning/styrning	1	1	-	**2**
Inflytande/självbestämmande/delaktighet	1	-	-	**1**

Totalt antal	**186**	**16**	**14**	**216**

Externa hemtjänstutförare enligt LOV[1]

Tabell: Områden som klagomålen avser samt antal, avser externa hemtjänstutförare

Områden	**Antal**
Övrigt	45
Insats	32
Bemanning	19
Bemötande	18
Kompetens hos personal	11
Inflytande/delaktighet/självbestämmande	9
Måltider	8
Tillgänglighet	7
Lång väntetid	6
Organisation/ledning styrning	5
Bristande information	4
Sekretess	1
Vårdkedjebrist	1
Säkerhet/trygghet	1
Totalt antal	**167**

Totalt har 167 klagomål rapporterats från de externa hemtjänstutförarna, inklusive Bäckbacka äldreboende, vilket är en minskning mot föregående år (191). De mest förekommande klagomålen har kategoriserats under område Övrigt följt av Insats och Bemanning.

Kommentarer från kommunala verksamhetschefer angående klagomål

Verksamhetschef på Vård- och omsorgsboende
Ökningen i antalet klagomål kan till viss del bero på den pågående och återkommande utbildningsinsats som genomförts de senaste åren med syfte att öka medvetenheten och korrekt rapportering av inkomna synpunkter och klagomål. Detta genom att dokumentationsombuden har fått utökad information om klagomål och synpunkter på nätverksträffar samt att nya enhetschefer utbildas i sin introduktion och att övriga enhetschefer får repetera kunskapen årligen.

Beroende av de inkomna klagomålens art så vidtas åtgärder, vanligt förekommande åtgärder avser exempelvis; översyn av och omplanering av arbetsflöden, förändrade eller förtydligade rutiner samt ökad grad av stickprovskontroller/egenkontroller (utebliven insats), information och handledning till enskilda medarbetare och till arbetsgrupper (vid bemötande), upprättande av- eller revidering av befintliga bemötandeplaner och kontakt med demensteamet (trygghet), kontroll av larmloggar och i vissa fall omplanering av insatser/justeringar av arbetsflöden (lång väntetid).

[1] Enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

Verksamhetschef på Utredning äldre
Exempel på vad klagomålen handlat om och vidtagna åtgärder;

Upplevt bemötande med handläggare som svårt. Åtgärd- chef har haft dialog med berörd handläggare samt med den som kommit in med klagomålet. (Bemötande)

Upplevd försämring i och med att insatsen inköp ändrats till e-inköp. Åtgärd- handläggare förklarat förändringen för den enskilde samt informerat om möjligheten att ansöka om ett fysiskt inköp som kan överklagas vid avslag. (Måltid)

Klagomål som inkommit via mottagningsenheten gällande otydligheter kring beslut för anhörig och bristande tillgänglighet till biståndshandläggare i slutet av dagen. Åtgärd- uppföljning av ärende och kontakter har tagits, ändrade rutiner kring säkerställande att någon är i tjänst fram till kl. 17.00. (Bristande information)

Brist i planering från sjukhuset. Missar i kommunikationen mellan handläggare och slutenvård. Åtgärd- dialog mellan chef och berörd samt avvikelse skickad till slutenvården för att de skickat hem personen innan denne registrerats kommunklar.

Klagomål kring handläggningsprocess där man inte är missnöjd på beslutet. Åtgärd- dialog och besvarande per mejl med information kring hur handläggningsprocessen har varit och varför. (Handläggning)

Tre klagomål har registrerats fel och skickats vidare till utförare. (Utförande av insats)

Verksamhetschef på den kommunala hemtjänsten
Verksamheten har undersökt orsaken till klagomålet och gjort åtgärder i de fall det bedömts att hemtjänsten har brustit. I vissa fall har det skett uppdateraring och förtydliganden i rutiner. Har det berott på brister i bemötande har ansvarig enhetschef samtalat med medarbetaren. Vid önskemål har återkoppling skett till uppgiftslämnaren av klagomålet**.**

Kommentarer från de externa hemtjänstutförarna angående klagomål

”Vi pratar med de kunder som klagomålen kommer ifrån och försöker hitta lösningar. Antalet klagomål ligger ganska lika som tidigare år.”

”Jämfört med tidigare år har vi fått in fler klagomål under kategorin Inflytande/delaktighet/självbestämmande. Vissa kunder har varit missnöjda då de inte fått fortsätta ha hjälp med inköp på samma sätt som tidigare och inte velat ha inköp via internet (vilket har beslutats av Umeå kommun).”

”Omedelbara åtgärder efter inkomna klagomål är direkt återkoppling till den berörda medarbetaren.”

”Det har kommit in klagomål från vissa brukare angående personalens kompetens samt bristande respekt för klientens självbestämmande. Vid misstanke om brister i bemötande har vi snabbt bytt personal, verksamheten har även kontaktat myndighetsutövningen för att förtydliga klientens behov av insats.”

”Genom dialog tillsammans har vi vänt lägen där kund varit missnöjd till något positivt igen genom att inte ge upp, ha gemensam dialog och bygga tillit mellan kund och personal.”

”Klagomål/synpunkter tas upp på morgonmöten och arbetplatsträffar i närtid till det inträffade. Trots att antalet klagomål har ökat upplever vi att kunderna är nöjda och det kommer mycket positiv respons från kunderna.”

Sammantagen analys av klagomålshanteringen
Liksom föregående år har antalet klagomål ökat något i den kommunala verksamheten. Den kommunala hemtjänsten har, liksom tidigare år, ett fåtal klagomål men en viss ökning sedan förra året och redovisar fortsatt betydligt lägre andel klagomål än de externa hemtjänstutförarna vilket kan bero på flera olika orsaker. En orsak kan vara att man inte i samma utsträckning registrerar varje klagomål/synpunkt i den kommunala hemtjänsten som i den externt utförda hemtjänsten. Antalet klagomål är inte med automatik ett mått på kvaliteten i insatserna. En högre andel klagomål behöver inte betyda att kvaliteten skulle vara sämre utan det kan också bero på hur verksamheterna jobbar med klagomål och synpunkter som en del i sitt kvalitetsarbete. Sammantaget så bedöms arbetet med klagomålshantering vara ett fortsatt utvecklingsområde.

Avvikelser

Hantering av avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål som finns i lagstiftning föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska nämnden som en del i sitt systematiska förbättringsarbete hantera avvikelser. När en avvikelse uppmärksammas ska den utredas och åtgärder vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas.

Nedan redovisas de kategorier av avvikelser som bedöms vara avvikelser enl. socialtjänstlagen (SoL).

Vård- och omsorgsboende

Tabell: Typ och antal avvikelser inom vård- och omsorgsboende inklusive korttidsboende

Typ av avvikelse	Antal
Insats	767
Säkerhet/Trygghet	762
Hot och våld	223
Vårdkedjebrist/brist i samverkan	104
Dokumentation	73
Sekretess	55
Bemötande	47
Lokaler	16
Handläggning Myndighet	5
Totalt antal	**2052**

Totalt har 2052 avvikelser rapporterats i verksamhetssystemet vilket är en ökning med 554 fler avvikelser jämfört med år 2022 (1498). Den mest förekommande avvikelsen är området Insats som ökat rejält med 322 fler avvikelser jämfört med 2022 (445). Säkerhet/trygghet fortsätter att vara en av de mest förekommande avvikelserna med 92 fler avvikelser sedan 2022 (670) och som ökat varje år de senaste 5 åren. Den tredje vanligaste avvikelsen är inom området Hot och våld och som ökat jämfört med år 2022 (137). Under området Insats så är utebliven/bristfälligt personlig omvårdnad/hygien mest förekommande (265) följt av utebliven insats övrigt (250) samt bristfälligt utförd insats (232). Under området Säkerhet/trygghet så avser mer än hälften (461) larm. Andra kategorier som rapporteras under området Säkerhet/trygghet är bland annat skyddsåtgärder, exempelvis sänggrind och bälte (158). Under området Hot och våld så avser största delen av det som rapporterats händelser mellan brukare. Avvikelserna är fördelade på 54 % kvinnor och 43 % män, resterande avvikelser saknar registrering på kön.

Kommentar av verksamhetschef, vård- och omsorgsboende
Avvikelser har ökat i verksamhetsområdet under de senaste åren men orsakerna bakom detta är ännu ej helt klarlagda, flera faktorer kan påverka. Utbildningsnivån i verksamheten har minskat de senaste fem åren vilket kan leda till ökat antal avvikelser, samtidigt har flertalet utbildningsinsatser genomförts för att stärka rapporteringen av avvikelser för att säkerställa att dokumentation förekommer i de fall rutiner eller händelser sker. Ökningen inom hot och våld samt trygghet/säkerhet kan vara relaterade till varandra beroende på om fler hyresgäster uppvisar beteenden relaterade till BPSD[2]. Det har förekommit att det äldre larmsystemet har haft bristande funktionalitet vilket gjort att driftsstörningar medförts svårigheter i verksamheten. Det nya larmsystemet som installeras och har installerats under året har ökad säkerhet men innebär också förändrade arbetssätt för medarbetare, med stärkt samarbete mellan personalenheter och ökad insyn.

Kommunal hemtjänst

Tabell: Typ och antal avvikelser inom den kommunala hemtjänsten

Typ av avvikelse	Antal
Insats	179
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	26
Dokumentation	22
Säkerhet/trygghet	12
Sekretess	9
Bemötande	4
Handläggning Myndighet	2
Lokaler	1
Totalt antal	**255**

Totalt har 255 avvikelser rapporterats i verksamhetssystemet vilket är en ökning jämfört med 2022 (219). Området Insats är den mest förekommande och är i nivå med året innan

[2] BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar

(180). Uteblivna insatser övrigt står för 131 avvikelser. Vårdkedjebrist/brist i samverkan har ökat sedan föregående år (11) och handlar främst om extern samverkan. Tredje mest förekommande avvikelse avser dokumentation och handlar främst om utebliven dokumentation. Avvikelserna är fördelade på 65 % kvinnor och 32 % män, resterande avvikelser saknar registrering på kön.

Kommentar av verksamhetschef, kommunal hemtjänst
När det gäller bemötande så har chefer på respektive verksamhet ansvaret för sina medarbetare och i dessa händelser har de gjort en bedömning av relevanta åtgärder. När det gäller utebliven insats så beror det oftast på att verksamheten har blivit tvungen att använda prioriteringsordningen exempelvis på grund av snöstorm, många sjuka, influensa, covid samt rekryteringssvårigheter.

Externa hemtjänstutförare enligt LOV

Tabell: Typ och antal avvikelser, avser externa hemtjänstutförare

Typ av avvikelse	Antal
Insats	120
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	37
Hot och våld	21
Dokumentation	15
Bemötande	13
Sekretess	3
Lokaler	3
Brist i teknisk utrustning	3
Säkerhet/Trygghet	2
Totalt antal	**217**

Totalt har 217 avvikelser rapporterats från samtliga externa hemtjänstutförare, inklusive Bäckbacka äldreboende, vilket är en ökning jämfört med 2022 (201). Den mest förekommande avvikelsen är Insats följt av Vårdkedjebrist. Hot och våld hamnar på tredje plats är på nivå med föregående år (21). Avvikelserna som redovisas avser personer i samtliga åldrar.

Kommentarer/citat i ett urval från de externa hemtjänstutförarna angående avvikelser
”Vi tar alla avvikelser på största allvar och utreder och jobbar med grupperna för förbättring. Vi fortsätter med vårt kvalitetsarbete för att öka möjligheten till att ha färre avvikelser 2024. Åtgärder är fler fysiska möten med teamet där vi möjliggör samtal och arbetsrutiner för att kvalitetssäkra.”
”Alltid när en avvikelse uppstår genomför vi riskanalys och vidtar åtgärder”.
”Vi har identifierat att orsaker till att avvikelser sker framför allt beror på brist på kommunikation och kompetens. Omedelbara åtgärder efter förekomna avvikelser är direkt återkoppling till den/de berörda medarbetarna. Under 2023 har vi tillsatt två kvalitetssamordnare i arbetsgruppen. Verksamhetschef har möte 1 gång/månad tillsammans

med kvalitetssamordnare där vi höjer blicken och tar ut statistik för avvikelser för föregående månad och jobbar efter den röda tråden och tillsätter åtgärder successivt."
"Avvikelser vi noterat är kopplat till bemötande. Detta tas givetvis omgående upp med berörd personal och sedan i generella termer på kommande arbetsplatsträff. Vidareutbildning inom området bemötande har vi genomfört genom att hela arbetslaget under året fått utbildning i MI[3]."
"Generellt har vi minskat antalet avvikelser i flera områden, bland annat så har vi i jämförelse med tidigare år mycket mindre avvikelser kring bemötande vilket är positivt"
"Vi har uppdaterat våra rutiner, avvikelser är en stående punkt på våra personalmöten."
"Antalet avvikelser har ökat i jämförelse med 2022, men även antalet kunder och beviljade timmar har ökat. Bedömningen är att merparten av avvikelserna beror på mänskliga faktorn/slarv. Avvikelser tas upp regelbundet på morgonmöten och arbetplatsträffar."

Utredning äldre

Tabell: Typ och antal avvikelser inom Utredning äldre

Typ av avvikelse	Antal
Handläggning Myndighet	37
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	22
Insats	11
Dokumentation	5
Säkerhet/trygghet	1
Sekretess	2
Totalt antal	**78**

Totalt redovisas 78 avvikelser vilket är samma antal som 2022. Handläggning Myndighet är den vanligaste avvikelsen följt av Vårdkedjebrister och Insats. Exempel på avvikelser inom området Handläggning är utredning, uppföljning och dokumentation. Avvikelser inom området Vårdkedjebrist handlar både om intern och extern samverkan. Avvikelser gällande Insats kan handla om att de är bristfälligt utförda eller att de uteblivit. Avvikelserna är fördelade på 60 % kvinnor och 40 % män.

Kommentar av verksamhetschef, utredning äldre
Beträffande avvikelserna så kan det konstateras att många avvikelser inte rör själva myndighetsutövningen och vidarebefordras till extern utförare, regionen och andra verksamheter inom kommunen. Egna avvikelser berör till stor del att handläggare har uppmärksammat fel i handläggningen exempelvis missar vid uppföljning, missar vid utredning eller felaktigt registrerade beslut. Vanlig förekommande orsak till avvikelserna var arbetsbelastning och byte av handläggare. Vid genomgångar av avvikelserna har förändringar gjorts i hanteringen i verksamhetssystemet för att minska risken för att det ska inträffa igen. Det bör även påtalas att verksamhetssystemet medför en del manuell hantering vilket ökar risken för felhantering. Andra åtgärder under året har varit att tydliggöra rutiner och arbetsordningar samt individuell handledning vid återkommande brister för att minska risken att avvikelserna ska inträffa igen. Vid analys av avvikelser

[3] Motiverande samtal (motivational interviewing, MI) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser (Socialstyrelsen).

upprättade av andra professioner inom kommunen och regionen kan konstateras att det finns bristande förståelse mellan professionerna och att det finns synpunkter på myndighetsbesluten. Vid analysen kan det konstateras att myndighetsutövningen sällan har skett på ett avvikande sätt och har därför hanterats som ej avvikelse. Där det har förekommit avvikelser i myndighetsutövningen är åtgärderna handledning för att undvika upprepning. Andra åtgärder har varit samverkansträffar.

Kontroll av följsamhet till avvikelserutin, SoL

Socialt ansvarig samordnare har genomfört en granskning av 10 slumpmässigt utvalda avvikelser för vardera av nedanstående verksamheter.

Din kommunala hemtjänst

Iakttagelser

Åtta av avvikelserna är hanterade och avslutade inom 2 månader. En avvikelse som är registrerad för 6 månader sedan har inte hanterats av enhetschef och är således ej avslutad. En avvikelse är påbörjad men ej avslutad och är registrerad för 4 månader sedan. I en genomförandejournal finns det dokumenterat att det registrerats en avvikelse men det saknas i de övriga journalerna. I två av de avslutade avvikelserna går det inte alls att utläsa vilka åtgärder som vidtagits. I övriga hanterade avvikelser finns alternativ på åtgärder ikryssade men det finns ingen anteckning så att det går att utläsa om det gjorts någon händelseanalys och vilka konkreta åtgärder som vidtagits för att minska risken för upprepning.

Utredning Äldre

Iakttagelser

Åtta av avvikelserna är hanterade och avslutade inom 2 månader, två avvikelser är nyligen inkomna och ej hanterade. I två myndighetsjournaler finns det dokumenterat att det registrerats en avvikelse men det saknas i de övriga journalerna. I samtliga avslutade avvikelser finns alternativ på åtgärder ikryssade samt anteckning där att det går att utläsa om det gjorts någon händelseanalys och vilka konkreta åtgärder som vidtagits för att minska risken för upprepning.

Särskild boendeform

Iakttagelser

Sju av avvikelserna är hanterade och avslutade inom 2 månader, tre avvikelser är nyligen inkomna och har status åtgärdas. I fyra genomförandejournaler finns det dokumenterat att det registrerats en avvikelse men det saknas i de övriga journalerna. I tre avvikelser finns både ikryssade åtgärder samt anteckning. I resterande avvikelser finns alternativ på åtgärder ikryssade men det finns ingen anteckning så att det går att utläsa om det gjorts någon händelseanalys och vilka konkreta åtgärder som vidtagits för att minska risken för upprepning.

Sammanfattande bedömning av gjord granskning
Övervägande delen av de granskade avvikelserna är hanterade och avslutade inom 2 månader i enlighet med rutinen. Det framgår tydligt att samtliga verksamheter inte har följsamhet till avvikelsehanteringsrutinen vad gäller att det även ska dokumenteras i den enskildes sociala journal att en avvikelse har registrerats. I de avvikelser som granskats inom hemtjänst och särskild boendeform så använder sig de flesta enhetschefer av de alternativ av åtgärder som det ges möjlighet att kryssa i (i Treserva). Det är endast ett fåtal som kompletterar med en anteckning om vad som konkret har gjorts viket gör det svårt att följa hur man hanterat avvikelsen tex. vilka förbättringsåtgärder som vidtagits. Utredning äldre har i samtliga avvikelser kompletterande anteckningar vilket visar på följsamhet till rutinen i den delen.

Sammantagen analys av avvikelsehanteringen
Kommentarerna från verksamhetscheferna visar att man i allt större utsträckning arbetar med avvikelser och klagomål på ett systematiskt sätt och att man arbetat aktivt med att utbilda och informera medarbetarna om vikten av att dokumentera och uppmärksamma avvikelser och klagomål/synpunkter.

Utifrån den ovan redovisade granskningen så framgår det att det finns vissa brister i följsamhet till avvikelserutinerna som behöver åtgärdas. Då det även sker en viss omsättning på enhetschefer i verksamheten så bedöms det, liksom tidigare år, finnas fortsatta behov av att utveckla arbetet med avvikelse- och klagomålshantering så att det generellt blir en naturlig del i det löpande systematiska kvalitetsarbetet.

Lex Sarah

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska:

- personalen genast rapportera missförhållanden till den som bedriver verksamheten
- den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål
- den som bedriver verksamheten om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Utredning av lex Sarah-rapporter

Under året har 23 lex Sarah rapporter inkommit vilket är i ungefär samma nivå som 2022 (21). Majoriteten av rapporterna kommer från vård- och omsorgsboende (17) och resterande från hemtjänsten (5) och utredning äldre (1). Av dessa har 11 rapporter efter en kortare utredning bedömts att inte vara missförhållanden.

Tabell: Typ av missförhållande i rapporter där missförhållande bedömts föreligga

Typ av missförhållande	**Vård- och omsorgsboende**	**Hemtjänst**	**Utredning äldre**	**Totalt antal**
Hot mot fysisk och psykisk hälsa	8	-	-	8
Brister i sekretess	-	2	-	2
Misstänkta stölder/brister i verksamhetens hantering	-	1	-	1
Brister i rättssäkerhet	-	-	1	1
Totalt antal	**8**	**3**	**1**	**12**

På vård- och omsorgsboende har händelser som rör hot mot fysisk och psykisk hälsa varit det mest förekommande. Exempel på händelser har varit brister i larm, användning av begränsningsåtgärder, kränkningar mellan brukare samt brister i bemötande. Brister i sekretess har bedömts som risk för missförhållande och avser händelser i hemtjänsten där arbetsscheman med sekretessuppgifter tappats bort. Brister i rättssäkerhet rör en händelse där handläggaren missade att skicka uppdraget vidare till utförare vilket innebar att beslutet inte blev verkställt förrän flera månader efter fattat biståndsbeslut.

Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inga anmälningar har gjorts under året.

Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg – externa utförare

Inga anmälningar har gjorts från externa utförare under året.

Sammantagen bedömning och analys av lex Sarah
Antalet rapporter är i ungefär det antal som det varit under de senaste åren. Flertalet av de rapporter som avslutats efter en kortare utredning avser misstänkta stölder. Under 2021 rapporterades inga misstänkta stölder men under 2022 blev det åter några rapporter som avsåg detta. Under 2023 har det varit en ökning av rapporter avseende misstänkta stölder och man har i de flesta fall även gjort en polisanmälan. Flertalet av rapporterna handlar om förlust av smycken och andra föremål och endast två av rapporterna avser förlust av pengar, vilket hittills varit det vanligaste. En av de inkomna rapporterna från hemtjänsten visar på brister i personalens hantering av privata medel och har bedömts som ett missförhållande. Enligt nuvarande rutin så ska misstänkta stölder rapporteras enligt lex Sarah men det innebär inte alltid att det konstateras som ett missförhållande. Ofta kan det vara svårt att utreda om det skett en stöld eller om det finns andra förklaringar till det inträffade.

I samband med utredning av rapporterade missförhållanden så har det uppmärksammats fortsatt bristande dokumentationen i brukarnas journaler som i vissa fall kan försvåra möjligheten att utreda händelseförloppet och få en bild av vad som hänt. Utredningarna delges alltid till verksamheterna så att samtliga brister som uppmärksammats kan bli del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Interna granskningar

Kontroll av följsamhet till rutiner vid utredning och beslut enligt SoL

Socialt ansvarig samordnare har granskat 10 slumpmässigt utvalda utredningar och beslut enligt socialtjänstlagen i ärenden som aktualiserats under 2023. I de 10 ärenden som granskats så har samtliga utredningar skett av olika handläggare. Samtliga ärenden är nya ansökningar utan tidigare stödinsatser. Utredningarna utgår ifrån en utredningsmall i enlighet med IBIC[4].

I samtliga ärenden framgår datum för aktualisering samt vad den enskilde har ansökt om. Det framgår även hur anmälan/ansökan inkommit samt utredningsplan där det framkommer hur information och underlag till utredning inhämtats samt vilka kontakter som tagits med den enskilde och eventuellt andra personer och professioner. I samtliga ärenden så har faktainhämtning inhämtats inom de livsområden som ansökan avser samt en bedömning kring funktionstillstånd, nuvarande och avsett, enligt ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd). Det framgår även i samtliga utredningar en bedömning huruvida behovet ska tillgodoses genom stödjande/tränande eller kompenserande insats.

[4] Individens behov i centrum, IBIC, är ett arbetssätt som kan användas i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer med behov av stöd i det dagliga livet. (Socialstyrelsen)

I samtliga ärenden framgår en bedömning utifrån utredningen och vilken bedömning handläggaren gjort av den enskildes förmåga att själv tillgodose sina behov eller få sina behov tillgodosedda på annat sätt. Efter bedömningen framgår mål med beviljade insatser.

Ett ärende har avslutats genom att den enskilde återtagit sin ansökan och av dokumentationen framgår det att ärendet bevakats och avslutats inom 40 dagar enligt rutin. I övriga utredningar har handläggarna gett bifall till ansökan. Det framgår i samtliga beslut vad den enskilde beviljats samt lagrum och handläggarens namn samt övriga formalia då besluten skrivs i en mall. Tre biståndsbeslut har tidsbegränsning och avser insatserna tillfällig korttidsvistelse och hemtjänst. Handläggningstiden i de flesta ärenden är 1-2 dagar, i ett ärende 8 dagar.

I samtliga biståndsbeslut finns ett upprättat uppdrag till utföraren där det framgår de uppgifter som det enligt rutinen ska innehålla. Uppdraget har i samtliga ärenden upprättats samma datum som bifallsbeslutet.

I ett ärende framgår det att handläggaren haft telefonkontakter med en anhörig under utredningens gång. Det framgår inte av dokumentationen att den enskilde har gett samtycke till detta.

Sammanfattande bedömning
I samtliga ärenden så används mallar för utredning, beslut och uppdrag som finns inlagda i verksamhetssystemet Treserva vilket bedöms underlätta för handläggarna i de olika delarna i handläggningsprocessen. I det urval som granskats bedöms handläggarna ha haft följsamhet till rutinerna som verksamheten tagit fram. Vad gäller samtycke i det ärende som beskrivs ovan så bedöms det som en brist att detta inte finns nedtecknat i dokumentationen då det även framgår tydligt av rutinerna att det är sådant som ska dokumenteras.

Tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Ett tillsynsbeslut som avser tillsyn både utifrån socialtjänstlagen och patientsäkerhetslagen har inkommit till äldrenämnden från IVO, förutom beslut som gäller ej verkställda beslut eller beslut efter anmäld lex Sarah.

Tillsynsbeslutet rör ett särskilt boende som föranleddes av en anmälan från en anhörig till en boende. Äldrenämnden har yttrat sig över IVO:s iakttagelser. IVO avslutar ärendet och konstaterar brister i informationsöverföring både vad gäller internt mellan omsorgspersonal och legitimerad personal, men även externt gentemot den enskildes anhöriga.

Externa utförare hemtjänst och vård- och omsorgsboende

Tillståndsplikt
Från och med 1 januari 2019 omfattas privata utförare av hemtjänst av tillståndsplikt. Det innebär därmed att det krävs att den som bedriver hemtjänst har tillstånd från Inspektionen av vård och omsorg (IVO) för att få bedriva sin verksamhet.

Utveckling under året
Inga förändringar avseende antalet valbara hemtjänstutförare har skett under året. En ny ansökning om att få bedriva hemtjänst i Umeå kommun har inkommit med den godkändes inte och ingen utförare har avslutat sitt avtal med kommunen.

2023-12-31 fanns det 8 externa hemtjänstutförare som totalt 1252 brukare valt, snittet för året var 1268 brukare som valt extern hemtjänstutförare.

Externa hemtjänstutförare har i år minskat andelen timmar de utför i förhållande till den kommunala hemtjänstutföraren. Under året utfördes 54% av hemtjänsttimmarna av privat utförare vilket är en minskning med ca 1% jämfört med föregående år.

Uppföljningar

Plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster fastställdes av äldrenämnden i mars 2023. Uppföljningsplanen innehåller konkreta aktiviteter, en tydlig ansvarsfördelning samt hur redovisning ska ske till äldrenämnden. Planen kommunicerades ut till externa utförare. En uppföljningsplan för 2024 kommer att presenteras för äldrenämnden i mars.

Fördjupad avtalsuppföljning av hemtjänstföretag
Det är Upphandlingsbyrån som ansvarar för att samordna avtalsuppföljningen och dokumentation av uppföljningen. Med anledning av äldrenämndens och individ – och familjenämndens beslut att revidera innevarande förfrågningsunderlag planerades inte någon fördjupad avtalsuppföljning av hemtjänst under 2023. Nu blev tidsplanen framflyttad gällande nya avtal till att träda i kraft under 2024.

Upphandling av särskilt boende skedde under 2023 och nytt avtal trädde i kraft från och med den 1 maj. Med anledning av ny upphandling av särskilt boende skedde inte heller någon fördjupad avtalsuppföljning hos innevarande leverantör. Däremot har ett verksamhetsbesök gjorts där under året i syfte att upprätthålla god samverkan.

Incidentuppföljning med myndighetsutövningen
Äldreomsorgsförvaltningens avtalscontroller träffar varje kvartal ansvariga chefer för Utredning äldre och myndighetsutövningen inom stöd- och omsorgsförvaltningen för avstämning och uppföljning av incidenter. Syftet är att fånga upp och hantera incidenter av *icke akut karaktär* i det systematiska uppföljningsarbetet och samla kunskap och erfarenhet ihop med noteringar från de individuppföljningar som biståndshandläggarna ansvarar för. Det som framkommer tas även med som en del av den avtalsuppföljningen som görs tillsammans med Upphandlingsbyrån. Incidenter som direkt är en avvikelse i förhållande till avtalet rapporteras till Upphandlingsbyrån som en avtalsavvikelse i ett särskilt systemstöd. 28 avtalsavvikelser har gjorts för externa hemtjänstutförare, jmf med 19 under året innan. Exempel på sådant som framkommit under året och rapporterats som en avvikelse mot avtal är utförare som brustit i att registrera frånvaro, meddela förändrade behov, ej utfört beviljad insats eller skickat in genomförandeplaner. De avvikelser som gjorts skickas till Upphandlingsbyrån för ställningstagande till påföljd. Under året har inga varningar utfärdats av Upphandlingsbyrån med anledning av detta.

Avstämning med Upphandlingsbyrån
Förvaltningen och Upphandlingsbyrå stämmer av löpande under året och vid behov hålls därefter dialog och möten med leverantörer på förekommen anledning. Under året har det rört sig om klagomål, tydliggörande av avtalsvillkor, uppföljning av avvikelse, byte av vd och verksamhetschef.

Uppföljning utifrån fokusuppföljning
I enlighet med Plan för uppföljning av externa utförare har en fortsatt uppföljning gjorts utifrån de identifierade brister och utvecklingsområden som framkommit under fokusuppföljningen inom hemtjänsten 2022.

Avtalsområden med identifierade brister 2022 var följande;

Avtalsområde	Antal företag
Kompetens	2
Årsbokslut	3
Kollektivavtal	1
Systematiska arbetsmiljöarbetet	1
Rutin för tvätt och arbetskläder	3
Anställningsbevis, schema o lönespecifikation	8
Arbetplatsträffar	1
Kompetensutvecklingsplaner	2
Personalutrymmen, skåp, dusch	2
Företagshälsovård	4

Äldrenämndens avtalscontroller har tillsammans med Upphandlingsbyrån återredovisat resultatet av fokusuppföljningen till respektive utförare. För de 3 företag där det kvarstod frågetecken kring årsbokslutet så medverkade även ekonomichef. De 27 identifierade bristerna har följts upp ytterligare och flera av dem visade sig bero på felaktiga uppgifter. Exempel på sådant som framkom var att ett gammalt felaktigt anställningsbevis skickats in på någon person och att utföraren missat att upprätta ett nytt anställningsbevis när tjänstgöringsgraden höjts. Resultatet blev också missvisande beroende på om företaget skickat in schema för planerad arbetstid eller faktisk arbetstid varpå det vid ytterligare uppföljning visade sig stämma överens mellan anställningsavtal, schema och lönespecifikation. För något företag så framkom att den som svarade på enkätfrågorna kände inte till alla rutiner fast dem fanns.
För de brister som kvarstod har respektive utförare fått upprätta åtgärdsplaner för att komma till rätta med de brister som återstod. Dessa har därefter följts upp ytterligare och alla är nu åtgärdade bortsett från andelen utbildad personal som är fortsatt för låg enligt avtalet för 2 av leverantörerna, men som inte medfört några ytterligare åtgärder från upphandlingsbyrån.

Årlig revision tillsammans med Upphandlingsbyrån
Förvaltningen genomför tillsammans med Upphandlingsbyrån en årlig revision av den avtalsuppföljning som skett. Syftet är att sammanfatta årets gemensamma uppföljningar och planera för kommande år samt att fastställa vilka företag som blir aktuella för den fördjupade avtalsuppföljningen under kommande år.

Kvalitetsutveckling
Alla externa hemtjänstutförare och äldreboende har under året fått ta del av statliga stimulansmedel i form av Äldreomsorgssatsningen och prestationsbidraget Minskade timanställningar. Dessutom har de erbjudits att ansöka om medel ur stimulansbidraget Ofrivillig ensamhet hos äldre och Hållbart arbetsliv vilket några gjorde. Uppföljning av genomförda insatser pågår där företagen fått redovisa vad medlen använts till och vi ser en stor bredd på aktiviteter och åtgärder med en vilja till utveckling bland annat inom kompetenshöjande åtgärder, kompetensförsörjning, förbättrad arbetsmiljö, digitalisering och aktiviteter för att bryta isolering och ensamhet.

Under året har de externa hemtjänstutförarna bjudits in till 13 olika informationsträffar. Under våren gavs information om bland annat ett planerat test av mobilt samverkansteam för att undvika inläggningar och arbeta för nära individanpassat vård och stöd i hemmet. Information om införandet av inköp på internet och digitala lås, stjärnmärkning via svenskt demenscentrum, nämndernas beslut om införandet av boendestöd och även blev alla inbjudna till ett besök på Seniortorget där aktuell information om den verksamheten gavs. Under hösten bjöds hemtjänstutförarna in till informationsträffar med bland annat demensteamet som uppmuntrade till tidiga kontakter. Myndighetsutövning äldre informerade om att de önskade införa korta avstämningsträffar och om ett nytt arbetssätt som planerades testas vid utskrivning från sjukhus där man inleder med ett rambeslut som utföraren får testa och utvärdera i hemmet för att sedan återkoppla till handläggaren innan det faktiska biståndsbeslutet fattas. Hemtjänstutförarna bjöds även in till ett informationsmöte om Äldreomsorgslyftet och hur vi tillsammans bör jobba framgent med detta för att skapa så goda möjligheter som möjligt till utbildning och kompetenshöjning på arbetstid. Ytterligare ett besök på Seniortorget genomfördes också under hösten. Under året har också ett antal dialogmöten hållits tillsammans med upphandlingsbyrån och hemtjänstutförarna med anledning av framtagandet av nytt förfrågningsunderlag där viktiga synpunkter lyfts och diskuterats.

Information
Förvaltningen har löpande informerat utförarna om det som händer på hemtjänstområdet och delat med sig av rekommendationer, rutiner, informationsblad, web-utbildningar och annat som funnits tillgängligt och kunnat vara dem behjälpliga i sitt arbete. Informationssidan för de externa hemtjänstutförarna har under året fortsatt utvecklats och förbättrats med nya områden. Syftet med sidan är att externa utförare på ett samlat och överskådligt sätt kunna ta del av bland annat aktuella nyheter, aktuella rutiner, uppdragsplaner, kontaktvägar och kunskapslänkar. Via sidan kan utförarna prenumerera på nyheter, läsa minnesanteckningar, beställa behörigheter till verksamhetssystemet och ladda ner olika uppföljning- och rapporteringsmallar för året. Mer och mer information läggs ut på sidan, i stället för att skickas ut via mejl. Men det finns fortsatt förbättringspotential för kommunen att låta det bli den tydliga kommunikationsvägen för de kommunala verksamheter som har information som berör de externa utförarna.

Resultatmått
- *Alla personer med beslutade insatser ska ha en aktuell genomförandeplan.*
Företagen har till kommunen redovisat sitt resultat för tertial 1, 2 och 3 enligt nedan;
2023-04-30I genomsnitt 98 % har en aktuell genomförandeplan
2023-08-31I genomsnitt 98 % har en aktuell genomförandeplan

2023-12-31I genomsnitt 99 % har en aktuell genomförandeplan

Personal
Enligt den av nämndens fastslagna uppföljningsplanen av externa utförare ska de resultatmått som gäller för kommunal verksamhet för personalperspektivet inhämtas och redovisas. Uppgifter inhämtas 3 ggr/år. Äldrenämnden har dock inte arbetsgivaransvar i de verksamheter som bedrivs enligt LOV eller LOU. Leverantörerna ska följa de krav som ställts i förfrågningsunderlaget.

Bäckbacka som driver både ett särskilt boende med 14 platser och hemtjänst enligt LOV redovisas som en utförare då personalen arbetar både i hemtjänsten och i boendet.

Variationen i storlek (antal kunder) varierar i december mellan 12–451 kunder vilket också avspeglar sig i att det ser olika ut hos de olika utförarna utifrån storlek.

Resultatet i tabellen redovisas som ett snitt för hela året bland samtliga i december aktuella utförare (8). Förra årets resultat redovisas inom parentes.

Resultatmått	Medelvärde (%)	Medianvärde (%)	Minst - högst (%)
Sjukfrånvaroprocent	7,8 (8,2)	7,6 (8,6)	2,6-11,3 (3,8 – 11,3)
Andel heltidsanställda	35,7 (34,6)	35,7 (39,6)	18,5-52,9 (10,4 – 54,5)
Andel tillsvidareanställda	60,7 (59,7)	65,2 (60,0)	40,9-78,0 (40,1 – 85,0)
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	81,9 (82,1)	75,9 (85,7)	61,7-90,2 (64,3 – 90,3)

I jämförelse med 2022 kan konstateras att sjukfrånvaron minskat något under 2023 även om ett ansträngt personalläge har för vissa utförare fortsatt under året. Andelen heltidsanställda ligger på ungefär samma nivå som året innan, men glädjande är att utföraren med lägst andel heltidsanställda har höjts rejält under året. Övriga resultatmått ligger ungefär oförändrat jämfört med 2022.

Verksamhetsberättelser
2023 inkom alla företag med sina verksamhetsberättelser enligt gällande avtalsvillkor. Verksamhetsberättelserna skickas till och förvaras hos Upphandlingsbyrån.
Dessa följer en framtagen mall och innehåller områden som tex en sammanfattning av året, egenkontroll och riskanalyser, personalomsättning och kompetens, samverkan och värdighetsgarantier. Dessutom bifogas företagets ekonomiska årsredovisning. Alla verksamhetsberättelser gås igenom av förvaltningen och en skriftlig återkoppling till företaget lämnas.

Vissa delar ur verksamhetsberättelserna publicerats på kommunens webbplats i syfte att öka medborgarnas insyn, förbättra informationen i ett led att bättre möjliggöra ett aktivt val av ut.

Välfärdsbrottslighet
Nationellt har uppmärksammats en oönskad utveckling av välfärdsbrottsligheten och förvaltningen har följt utvecklingen inom området. Förvaltningen har med anledning av detta under året medverkat vid ett antal utbildningar inom området. Bland annat utbildning gällande upphandling utifrån ett välfärdsbrottslighetsperspektiv. En konferens om välfärdsbrottslighet tillsammans med Sveriges kommuner och regioner, Brottsförebyggande rådet, Skatteverket och Försäkringskassan. Förvaltningen deltog även vid välfärdsbrottslighetsveckan som anordnades av Sveriges kommuner och regioner med fokus på kompetenshöjning, dela erfarenheter och arbetssätt. Ett samarbete är inlett med kommunens två nya säkerhetssamordnare inom välfärdsbrottslighet och organiserad brottslighet. Klart för nästa år är även att äldreomsorgsförvaltningens avtalscontroller kommer att delta i ett nationellt nätverk för korruptionsbekämpning under ledning av Sveriges kommuner och regioner, SKR.

Förbättrings- och utvecklingsarbeten i verksamheterna under året

Vård- och omsorgsboende

Under 2023 har verksamheterna inom vård och omsorgsboende fokuserat på att säkerställa och vidareutveckla kvaliteten i verksamheten genom några av nedanstående aktiviteter.

Temaveckorna
Temaveckorna har återigen genomförts under två veckor i november, med flertalet digitala föreläsningar och seminarier för vårdnära personal att ta del av. Under två veckor har utbildnings- och seminarierna inkluderat: Vård i livets slut (introduktion samt fördjupning), psykisk ohälsa, anhörigperspektivet inom vård och omsorgsboende samt korttids, mångkulturella arbetsplatser och hur det kan vara en styrka, hur skapar vi en god relation till den boende (personcentrerat förhållningssätt)

Stjärnmärkning
Verksamheterna har inlett ett arbete med att eftersträva stjärnmärkning på boendena. Under året har 3 verksamheter utbildat sammanlagt 9 instruktörer som kommer att planera och verka för stjärnmärkning av verksamheten. För att uppnå stjärnmärkning ska 80% av personalen ha genomgått en utbildning vilket kommer att mätas och rapporteras under hösten 2024 som tidigast. Fler instruktörer kommer att utbildas under 2024 och arbetet med att stjärnmärka verksamheter fortgår.

Lärande exempel
Inom verksamhetsområdet har arbetssätt med lärande exempel initierats, både på övergripande nivå med en framtagen rutin för lärande vid IVO- tillsyner samt patientnämndsärenden. Dessa hanteras i verksamhet med stöd av strategisk ledning, men kompletteras också med att ansvariga enhetschefer får delta i ledningsgrupp för att för dialog kring ärendet, dessa orsaker och vad som varit försvårande eller hjälpande i arbetet. På övergripande nivå kan således strukturella brister bättre följas och hanteras.

Lärande exempel tillämpas även inom vård och omsorgsboenden vid kontakt med demensteamet, där enhetschefer som fått stöd har möjlighet att presentera lärandet och arbetet för övriga enhetschefer på veckoavstämning.

Antal dokumentationsombud och god kvalitet i genomförandeplanen
Dokumentationshandledarna
Under 2023 har dokumentationshandledarna fortsatt att utbilda dokumentationsombud för dag- respektive nattpersonal i alla vård- och omsorgsboenden. Eftersom personalomsättningen varit en utmaning, så har det också varit en utmaning att ha tillräckligt många dokumentationsombud i en del vård- och omsorgsboenden. Dokumentationshandledarna har tillsammans med sin chef utbildat nya enhetschefer i hur man dokumenterar i genomförandeplan och social journal samt om avvikelse- och klagomålshantering. Under våren genomfördes även repetitionstillfällen för de som tidigare gått utbildningarna, vilket mottogs med tacksamhet.

Dokumentationsombudens utbildning har utökats från tre till fyra halvdagar för att kunna tillhandahålla fördjupad kunskap kring genomförandeplaner, då vi har utmaningar kring att beskriva hur stödet ska ges personcentrerat. Som en del i att ytterligare förbättra beskrivningen av hur stödet ska ges i genomförandeplanen, så genomförs en pilot på Hemgården under perioden november 2023 till och med april 2024. Enhetschefer och dokumentationsombud har fått en fördjupande utbildning om genomförandeplaner i två kursträffar. Därefter ansvarar dokumentationsombuden för att dokumentera i samtliga genomförandeplaner och den boendes kontaktpersonal kan fokusera på att lära känna den boende och förmedla hens behov till ombudet som dokumenterar i genomförandeplanen. En första uppföljning av piloten planeras i slutet av januari 2024. Dokumentationshandledarna följer kvaliteten genom stickprov och gör även den slutgiltiga granskningen i början av maj, då piloten kommer avslutas. Resultatet av piloten förväntas ge bra vägledning inför uppstart av nytt det nya processverktyget Viva.

Under hösten så har dokumentationshandledarna utbildats till processledare för IBIC och även medverkat i verksamhetsgenomgångarna för vård- och omsorgsboende. De har gett enhetscheferna en första inblick i hur Viva kommer att se ut och hur IBIC kommer att vara ett stöd i personcentrerat förhållningssätt.

Språkombud och språkombudsutbildare
Under 2023 så har två kurser för språkombud genomförts med totalt 17 deltagare. Sex av de examinerade språkombuden är enhetschefer i vård- och omsorgsboende. Vid nätverksträffar för språkombud både på våren och hösten delger de erfarenheter från sitt språkombudsarbete där de stöttar kollegor exempelvis med:

- samtalsmallar när de har svårt att svara i telefon eller ringa till anhöriga,
- att läsa och skriva anteckningar,
- förstå instruktioner,
- förenkla och förtydliga text som enhetschefer eller andra skickar ut,
- sitta med vid dokumentation,
- att utöka ordförrådet genom att jobba med veckans ord, ordspråk, dialektala uttryck m. m.

De enhetschefer som gått utbildningen under höstterminen har provat att genomföra RUS om språkfärdigheter och fått positiv respons från sina medarbetare. Samtalet utgår från ett

vägledningsmaterial ”Medarbetarsamtal om språkfärdigheter” från webbplattformen ”språket på jobbet”, och är tillgängligt för alla som är intresserade.

Palliativ vård
Vård i livets slutskede och vården för de sista dagarna har varit ett fokusområde under året. Dels har utbildning skett på temaveckorna 2023 både med introduktions- och fördjupningsutbildning för medarbetare. Utbildningarna finns inspelade och kommer att publiceras för att kunna ses i efterhand för medarbetare som inte kunde delta på temaveckorna. Samtliga vård- och omsorgsboenden har under året implementerat arbetsflöden för vård i livets slutskede för att ytterligare stärka att arbetssätt och att bemötande säkras.

Utredning äldre och prevention

Under året har verksamheten påbörjat ett förbättringsarbete i samband med utskrivning från sjukhuset, tanken med nya betallagen var att SIP[5] i hemmet skulle öka och att en SIP där båda huvudmännen är inblandad ska ske i närtid efter en utskrivning. Verksamheten har genom åren inte lyckats med att öka volymerna utan behöver tänka nytt. Målsättningen under året var att i liten skala prova nytt arbetssätt , så kallad paketlösning, det vill säga att biståndshandläggare bedömer behovet att insats och frekvens och att samtliga insatser har en förbestämd schablon. Den enskilde skrivs ut från sjukhuset och efter 3-4 veckor planeras det för en SIP för att följa upp insatserna med den enskilde. Syftet är att se vad som behöver ändras i det initiala beslutet och framför allt öka delaktigheten hos den enskilde och dennes anhöriga. Målsättningen var att under hösten genomföra en pilot men av flera olika anledningar är nu testet flyttat fram till januari 2024.

Dagverksamheterna har under året jobbat med den förflyttning som är nödvändig, insatsen behöver komma in ett betydligt tidigare skede i samband med att brukarna får en kognitiv svik. Forskningen visar på att tidiga förebyggande insatser ökar möjligheten att få vara självständig långt upp i ålder och minska behovet av socialtjänstens insatser. Verksamheten kommer att jobba utifrån de hörnstenar som är framforskade utifrån ett hälsosamt åldrande, fysisk aktivitet, meningsfull vardag, social samvaro, näringsriktig kost och minnesträning. Andra professioner, arbetsterapeut samt fysioterapeut, har tillförts dagverksamheten och som kommer att vara behjälplig med bedömningar av aktiviteter och fysisk träning samt uppföljningar.

Under april startade en samverkan mellan primärvårdsområde Nord med hälsocentralerna i Sävar, Ersboda, Mariehem, Ålidhem samt Holmsund som syftar till att personer som diagnostiseras med kognitiv svikt / demenssjukdom ska erbjudas en SIP då båda huvudmännen deltar, för att informera om de stödinsatser som finns och vad man som enskild kan förebygga på egen hand. Totalt har 19 SIP:ar erbjudits varav 10 har tackat ja. En enkätundersökning har gått ut till deltagare och flertalet har upplevt att SIP-mötet har varit bra och har ökat förståelsen för sjukdomen för den enskilde men även för den anhörige. Regionen och kommunen har även gemensamt utvecklat att utbildningsmaterial som ska

[5] Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. (Socialstyrelsen)

erbjudas till anhöriga som har en närstående med demenssjukdom. Utbildningen startar i februari nästa år och kommer därefter löpande att erbjudas under åren. Målsättning är att det under 2024 ska även kunna erbjudas digitalt till dem som inte har möjlighet att delta fysiskt.

Biståndshandläggarna har under året tittat igenom arbetsflödena med uppföljningar och från och med oktober så jobbar samtliga handläggare i ett standardiserat förlopp för samtliga uppföljningar. Det skickas ut ett brev till den enskilde 14 dagar innan uppföljningen sker med ett antal frågor, bland annat hur man upplever att insatserna fungerar, även kontaktpersonal inom utförarledet får lämna in uppgifter. Genom detta arbetssätt ökar vi delaktigheten för såväl den enskilde som anhöriga och säkerställer att behoven utifrån det beslut som finns är tillräckliga och individanpassade

Samverkan med samtliga utförare både den i egen regi och våra privata utförare. Träffar hålls nu med samtliga professioner, hemsjukvård, bistånd och hemtjänst var 14:de dag för att prata igenom ärenden som är aktuella, planera för eventuell SIP, gå igenom insatser, prova nya arbetssätt med mera.

En ökad samverkan med frivilligcentralen har inletts under oktober, där handläggare i samband med kontakt med myndighet, erbjuder att vi kontaktar Frivilligcentralen om att det finns önskemål om en kontakt från den enskildes sida. Tidigare har handläggarna uppmanat den enskilde eller anhörig att ringa, men det har tenderat att inte bli genomfört. Många enskilda upplever detta positivt då det oftast är enklare att få besök av en volontär än att göra en ansökan om bistånd. Detta är även ett komplement till den skäliga levnadsnivån som kommunen erbjuder och på det viset har man som enskild större möjlighet att få ytterligare promenader, social samvaro med mera och som kan möjliggöra kvarboende och självständighet långt upp i åldern.

Kommunal hemtjänst

E-Inköp
Under året beslutades det om att fysiska matinköp ska ge digitalt. Syftet med beslutet var att verksamheten inte har tillräckligt med medarbetare för att kunna genomföra fysiska inköp Digitala inköp gör också att verksamheten inte kommer att behöva hantera kontanta medel.

Digitala lås
Utifrån beslutet att hemtjänsten ska vara nyckelfri så har ett arbete pågått under året genom att samtliga brukare som har ett hemtjänstbeslut eller har trygghetslarmsbeslut ska ha ett digitalt lås. Det mobila låset kommer öppnas genom en applikation i mobiltelefonen.

Stjärnmärkt undersköterska
Detta är en utbildning som demenscentrum håller i. I första skedet ska 10 instruktörer utbildas som sedan ska utbilda personalen. Syftet är att 80% av personalen ska gått utbildningen. Detta med syfte att stärka personalen i bemötandet gentemot brukaren och öka kvaliteten i mötet.

IBIC
Utbildningen individensbehov i centrum har alla chefer och medarbetare i hemtjänsten nu gått. Syftet med IBIC är att tillsammans med brukaren uppmärksamma och se till dennes behov som ska öka med bestämmande men även kvaliteten på insatserna.

BPSD[6]
Inom hemtjänsten har man nu utbildat 2-3 BPSD administratörer i varje enhet.

Demensteamet
Utifrån allt fler brukare har någon sorts kognitiv svikt så har vi nu inom hemtjänsten 3 medarbetare i demensteamet som jobbar mot hemtjänsten.

Fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet

Äldrenämnden har fastställt två övergripande mål för äldreomsorgen; Självständighet i hemmet och Trygg och säker vård och omsorg. Kommande år sker en stark demografisk utveckling i Umeå inom åldersgruppen 80 år och äldre. Detta tillsammans med prognoser över att tillgång till personal minskar kraftigt fram till 2035, gör att utmaningarna är stora. Äldrenämndens strategier för att kraftsamla kring dessa utmaningar är Förebygga, Digitalisera, Samarbeta/samverka och Kompetensutveckla. Flera insatser och arbeten pågår och finns att läsa om i Äldrenämndens verksamhetsplan för 2024.

Under kommande år fortsätter arbetet med att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet ytterligare. Under 2024 kommer Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att revideras.

Avvikelser och klagomål är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Utredning av klagomål och avvikelserapportering uppmuntras, och ska vara ett stöd i utvecklingen och leda till förbättringar inom verksamheten. Sammantaget så bedöms arbetet med avvikelse- och klagomålshantering vara ett fortsatt utvecklingsområde inom äldreomsorgen.

Det finns ett övergripande kvalitetsledning där olika kvalitetsaspekter diskuteras och arbetssätt kring bland annat egenkontrollen kan utvecklas. Även förändringar i lagstiftning och föreskrifter lyfts. Information och dialog kan sedan föras via chefsinformation som är Äldreomsorgsdirektörens forum för information och dialog med samtliga verksamheter, alternativt via Utökad ledningsgrupp (UÄLG) som är nytt sedan 2023, där utöver verksamhetschefer även biträdande verksamhetschefer finns med.

Digitalisering av äldreomsorgen pågår. Under 2024 fortgår även en rad projekt och aktiviteter gällande välfärdsteknik och systemstöd. Bland dessa återfinns exempelvis införandet av nytt processtöd och planeringsverktyg, införande av trygghetsskapande teknik inom vård- och omsorgboenden, införande av digitala lås samt trygghetsskapande teknik för ordinärt boende. Lagstiftningen ställer höga krav vad gäller användning av digital teknik, bland annat kring samtycke, dokumentation, integritet och hantering av personuppgifter.

[6] BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. (Socialstyrelsen)

Processen för införandet ska revideras under 2024 med målsättningen att ledning och politik ska kunna ta avvägda och medvetna vägval utifrån problembild, risker och möjligheter.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-13
Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2024/00014

Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden

Förslag till beslut
Äldrenämnden godkänner redovisningen av anmälningsärendena och de delegerade besluten.

Ärendebeskrivning
Beslut som har tagits på delegation från nämnden och ärenden som ska anmälas till nämnden redovisas nedan, inklusive domar.

Beslutsunderlag
Anmälningsärenden

Ärendenummer	Dokumentrubrik
ÄN-2023/00066	God och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav - Återrapportering av Nära vård 2023 till Socialstyrelsen
ÄN-2023/00150	Remiss - Revidering av riktlinje styrande dokument - Beslut kommunstyrelsen § 9 med riktlinje för styrande dokument
ÄN-2023/00185	Teknisk ramjustering förvaltningsadministration - Beslut kommunstyrelsens näringslivs- och arbetsutskott § 13
ÄN-2024/00001	Budget, verksamhetsplan och internkontrollplan äldrenämnden 2025 - Beslut om planeringsdialoger kommunstyrelsens näringslivs- och arbetsutskott § 12
ÄN-2024/00024	Information om kvalitetsindex för kommunens hemtjänst från SPF Seniorerna
ÄN-2024/00055	Personuppgiftsbiträdesavtal Aleva omsorg - digitala lås
ÄN-2024/00056	Personuppgiftsbiträdesavtal Personalkooperativet Aya ekonomisk förening - digitala lås
ÄN-2024/00061	Överenskommelse mellan staten och Sveriges

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00014

	Kommuner och Regioner God och nära vård 2024
ÄN-2024/00063	Personuppgiftsbiträdesavtal Civil Care AB 2024 - digitala lås
ÄN-2024/00070	Personuppgiftsbiträdesavtal Medimi AB 2024 - medicingivare

Anmälan av domar

Beslut från kammarrätten i Sundsvall 2023-09-04

Beslut från förvaltningsrätten i Umeå 2023-12-04

Beslut från förvaltningsrätten i Umeå 2023-12-04

Dom från förvaltningsrätten i Umeå 2023-12-05

Beslut från förvaltningsrätten i Umeå 2023-12-19

Dom från förvaltningsrätten i Umeå 2024-01-24

Dom från förvaltningsrätten i Umeå 2024-02-02

Beredningsansvariga

Emil Fridolfsdahl, nämndsekreterare

Förnamn, Efternamn	Emil Fridolfsdahl
Befattning	Nämndesekreterare

Denna behandling '24/24 Övriga frågor' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '25/24 Månadens goda exempel' har inget tjänsteutlåtande.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-01
Äldrenämnden

Diarienr: ÄN-2023/00002

Årsbokslut och delårsrapporter 2023

Förslag till beslut
Äldrenämnden föreslår kommunstyrelsen att godkänna nämndens årsbokslut för 2023 och internkontrollrapport för 2023 och bedömer i och med det att den interna kontrollen och styrningen är tillräcklig.

Äldrenämnden hemställer hos kommunstyrelsen att ta del av ej förbrukade investeringsanslag 2023 och att 3,1 mnkr kronor överförs till 2024 enligt bilaga

Ärendebeskrivning
Äldrenämndens årsbokslut för 2023 beskriver verksamhetens genomförda aktiviteter samt måluppfyllelse i enlighet med nämndens verksamhetsplan samt en ekonomisk redovisning för 2023.
I samband med årsbokslutet görs också en uppföljning av nämndens internkontrollplan för 2023

Beslutsunderlag
Äldrenämndens rapport till kommunstyrelsen för januari-december 2023
Internkontrollrapport 2023
Förslag på ombudgetering av investeringsanslag från 2023-2024
Ekonomirapport t om december

Beredningsansvariga
Pernilla Henriksson, äldreomsorgsdirektör
Carina Nylander, ekonomichef
Anna Karlander, kanslichef
Rebecca Andersson, HR-chef
Anna Bergström, kvalitetschef

Beslutet ska skickas till
Kommunstyrelsen

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Anna Karlander
Kanslichef

UMEÅ KOMMUN/SLK Ekonomi

FÖRSLAG OMBUDGETERING AV INVESTERINGSANSLAG 2023 --> 2024, 2025 och 2026

Specifikation av förslag till ombudgetering av investeringsanslag från 2023 till 2024, 2025 eller 2026. Belopp anges i tkr.

Förvaltning:

Vrk A	Projekt- kod	Text	Budget 2023* A	Förbruk- ning 2023 B	Åter- står 2023 A - B	Omb till 2024 C	Omb till 2025 D	Omb till 2026 E	Differens (A-B)-C-D-E
5105	540 089	**Utrustning inventarier**	-5374,0	-1762,4	-3611,6	-3100,0			-511,6

*/ Budget 2023 = beräknade ut- och inbetalningar 2023 enligt reviderad investeringsbudget 2023 som fastställdes av kommunfullmäktige i juni 2023 samt beslutade tilläggsanslag eller omdisponeringar.

Rapport från äldrenämnden till kommunstyrelsen för perioden januari-december 2023

Verksamhetsrapport äldrenämnden januari-december 2023

Äldrenämndens grunduppdrag

Äldrenämnden ansvarar för kommunens insatser inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i den enskildes hem för personer 65 år och äldre. Äldreomsorgens insatser är frivilliga och ges efter en ansökan från den enskilde och utifrån en individuell bedömning.

Äldrenämndens övergripande uppdrag är att främja självständighet och kvarboende. Detta sker genom förebyggande verksamhet, information kring seniorlivet och aktiviteter som främjar hälsa och välmående hos den enskilde.

Äldrenämnden ger service, vård och omsorg i form av hemtjänst och hemsjukvård samt stöd i form av dagverksamhet, korttidsboende samt stöd och avlastning för anhöriga. Är den enskilde i behov av heldygnsomsorg och omfattande hälso- och sjukvård bedöms behov av plats på ett vård- och omsorgsboende.

Äldrenämndens bedömning av grunduppdragets måluppfyllnad/verksamhetsområde

Äldrenämnden	Bedömning – nämndens grunduppdrag
Uppdelning av nämndens grunduppdrag med bedömning per verksamhetsområde	
Vård – och omsorgsboende	I hög grad uppfyllt
Hemtjänst	I hög grad uppfyllt
Utredning äldre och prevention	I hög grad uppfyllt
Hälso – och sjukvård	I viss grad uppfyllt

Bedömning och motivering av måluppfyllnad
Arbetet har fortlöpt utifrån nämndens verksamhetsplan för året. Fortsatt fokus ligger på arbete utifrån nämndens framtagna strategier: samverka, förebygga, kompetensförsörja och digitalisera för ökad självständighet och för att främja kvarboende. Samtliga verksamhetsområden arbetar med mål och aktiviteter utifrån nämndens övergripande mål om en trygg och säker vård och omsorg och självständighet i det egna hemmet.

Lokalförsörjningen för kommande år har varit ett fokusområde och nämnden har fattat beslut utifrån genomförd risk – och sårbarhetsanalys. Tydligt är att ändamålsenliga lokaler kommer bli allt viktigare i takt med att de äldre på vård – och omsorgsboende har större behov av vård – och omsorgsinsatser och att det behöver finnas förutsättningar för välfärdsteknik och optimal översikt i lokalerna för att tackla kompetensförsörjningsutmaningen. Utmaningar ses fortsatt avseende andelen utbildad omvårdnadspersonal i verksamheterna. Både kort – och långsiktiga åtgärder pågår i form av bland annat utbildningsinsatser, arbete med att vara en attraktiv arbetsgivare och förändrade arbetssätt.

Utifrån resultat av kvalitativa mätningar, tillsyn av IVO samt uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är bedömningen av måluppfyllelse lägre inom detta område. En förklaring är den generellt lägre kompetensnivån bland vård – och omsorgspersonal, en annan det ökade tryck på hemsjukvården som lett till köer framför allt för de rehabiliterande insatserna som påverkar patientsäkerheten. Hälso- och sjukvård bedrivs både inom

hemsjukvård, vård – och omsorgsboende och via delegerade insatser inom hemtjänsten. Fortsatta åtgärder vidtas kommande år.

Under året har nämnden hanterat ett prognosticerat underskott och tagit fram en plan för att vidta åtgärder. Tillskott av statliga medel har gjort att nämndens prognos kraftigt förbättrades.

Verksamhetens utveckling och väsentliga händelser

Fokus under året har fortsatt varit på den omställning som äldreomsorgens verksamhet är inne i. En ökning av den äldre befolkningen ses samtidigt som personer i arbetsför ålder minskar. En del av lösningen på välfärdens utmaningar för äldreomsorgens del är att förebygga behov av insatser genom att inspirera äldre till ett aktivt seniorliv i gemenskap med andra och ge kunskap om hur teknik kan användas så väl som hur ohälsa och fall kan förebyggas. Det handlar också om att ge stöd till anhöriga som vårdar sina närstående och att alla verksamheter arbetar för stöd till självständighet. Inom vård – och omsorgsboende bedrivs ett särskilt riktat utvecklingsarbete för att uppmärksamma och stärka anhöriga i den livsförändring det innebär när en närstående flyttar in.

Seniortorget är nämndens nav i arbetet med information och kunskapsförmedling baserad på evidens och beprövad erfarenhet. Digitala Seniortorget, som utvecklats tillsammans med seniorer i Umeå ökar tillgängligheten till social samvaro och information som kan bidra till fler friska år.

Vid årsskiftet var E-inköp implementerat i verksamheten och en slutrapport är under framtagande. Under året har även digitala lås inom hemtjänsten införts och införande av trygghetsskapande teknik inom vård – och omsorgsboende i form av sensorer startats upp på 10 enheter. Inom hemsjukvården har ett omtag gjorts kring införande av läkemedelsgivare och vid årsskiftet hade 135 personer en läkemedelsgivare i sitt hem. Det har inneburit att närmare 100 000 läkemedelsdoser har kunnat tas av individen själv i stället för att ett hembesök av hemsjukvården skulle ha behövts för ändamålet.

Alla som ansöker om biståndsinsatser erbjuds ett besök från arbetsterapeut i syfte att stötta den enskilde till självständighet. Under året har 33 personer blivit självständiga och klarar sig utan hemtjänstinsats genom att få hjälp med enklare hjälpmedel. Teamet kommer nu att utökas med en fysioterapeut och kommer även arbeta närmare med dagverksamheterna i syfte att tidigt ge rätt stöd i hemmet.

Ensamhet och isolering har en negativ inverkan på hälsa och välbefinnande. Under hösten inleddes ett samarbete mellan utredning äldre och Frivilligcentralen. Syftet är att ge fler möjlighet att bryta ofrivillig isolering, att ge stöd till att ta del av det utbud som finns i Umeå och erbjuda information kring ett hälsosamt åldrande genom de volontärer som är aktiva i Frivilligcentralen.

Tabeller

Siffrorna avser utfall i genomsnitt/månad januari – december angivet år. *Hembesök hemsjukvård avser januari-oktober

Nyckeltal produktion	2020	2021	2022	2023
Beslutade timmar hemtjänst	69 878	68 447	71 435	79 969
Belagda lägenheter på vård - och omsorgsboende	1 012	1 007	944	927
Hembesök hemsjukvården	15 483	17 309	19 074	24 025*
Andel externa utförare av hemtjänsttimmar	54%	55%	52%	56%

Antalet beviljade hemtjänsttimmar blir fler. Timmarna var lägre under pandemiåren men nu ses en stadig ökning. Samtidigt ses en minskning av belagda lägenheter på vård – och omsorgsboende. Vid årsskiftet fanns inte någon kö, alla personer med beslut om boende kan erbjudas lägenhet och en minskning noteras avseende antalet ansökningar.

Snittiden för antalet hemtjänsttimmar innan beslut om särskilt boende-beslut har ökat till 19 timmar/vecka (2022:18,5) med en skillnad mellan könen på 20,3 för kvinnor och 17,2 för män.

Trygg och säker vård-och omsorg	2020	2021	2022	2023
Nöjda brukare hemtjänst (Kolada)	93%	-	89%	90%
Nöjda brukare särskilt boende (Kolada)	82 %	-	69%	69%
Antal Lex Maria-anmälningar IVO	3	1	4	3

Nöjda brukare – hemtjänst och särskilt boende

En jämförelse mellan åren 2020–2023 visar på en nedåtgående trend såväl i riket som i Umeå, dock kan ses en stabilisering av siffrorna i Umeå för 2023 på övergripande nivå. Nöjda brukare i särskilt boende ligger på samma nivå som förra året, 69%, medan en liten förbättring ses inom hemtjänsten (från 89% till 90%). Umeås resultat för särskilt boende är betydligt lägre än rikets resultat som ligger på 78%. En högre andel outbildad personal och stora utmaningar för verksamheterna att rekrytera kan vara bakomliggande orsaker. Äldreomsorgen jobbar på bred front med olika utvecklings- och scenarioarbeten i linje med äldrenämndens strategier för att klara de stora utmaningarna.

Trots det kan ses att den generella nöjdheten med hemtjänsten i Umeå, alla utförare inkluderade, är högre än rikets resultat (90% jfr 86% riket)

Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Avvikelser ska rapporteras i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och utgöra underlag för förbättringar. Rapportering av avvikelser ses som ett tecken på hög säkerhetskultur. Allvarliga händelser för den enskilda patienten är däremot något som vårdgivaren vill minimera, risken ska åtgärdas innan en allvarlig händelse inträffar. En allvarlig vårdskada eller en risk för en allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Antal Lex Maria-anmälningar under 2023 var tre (3) stycken. Tre förbättringsområden har identifierats utifrån detta: patienters och närståendes delaktighet i vården, hälsofrämjande och förebyggande arbete samt följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal.

En utförlig redogörelse av äldrenämndens patientsäkerhetsarbete finns att läsa i den årligen återkommande Patientsäkerhetsberättelsen som redovisas i samband med årsbokslutet.

Personalrapport äldrenämnden januari-december 2023

Äldrenämnden	Bedömning – nämndens arbete med de personalpolitiska målen
Mål 6: Umeå kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare som klarar kompetensförsörjningen	Enligt planering
Mål 7: Umeå kommun ska ha ett närvarande ledarskap som skapar förutsättningar för goda resultat där riktvärdet för antalet medarbetare per chef inte ska vara fler än 30.	Mer arbete krävs
Mål 8: Umeå kommun ska ha hälsofrämjande arbetsplatser och en sjukfrånvaro som ligger lägre än genomsnittet för Sveriges kommuner. Olikheter mellan kvinnors och mäns arbetsmiljöer, arbetsvillkor och sjukfrånvaro ska minska.	Mer arbete krävs
Mål 9: Umeå kommun ska ha heltid och tillsvidareanställning som norm.	Enligt planering

Kompetensförsörjning och attraktiv arbetsgivare (mål 6)

Som grund för arbetet ligger äldrenämndens kompetensförsörjningsplan som revideras under hösten samt nämndens årliga utbildningsplan för kompetensutveckling. Arbetet med kompetensförsörjning har innefattat allt från att utbilda medarbetare till undersköterskor till att vara synliga på exempelvis Rally-VM. Äldrenämnden står som känt inför stora utmaningar när det gäller att få medarbetare med rätt kompetens till verksamheterna men sommarperioden förflöt ändå väl med färre personalärenden än tidigare år.

Äldreomsorgslyftet har fortsatt att förse verksamheten med utbildade undersköterskor och under 2023 fick förvaltningen 42 nya undersköterskor tack vare satsningen.

Året har också innehållit flera processarbeten kopplat till äldreomsorgens strategi där det bland annat finns arbetsgrupper för att öka andelen undersköterskor i förvaltningen. Även chefsförsörjningen är en process som arbetats med under året och en särskild handlingsplan har tagit fram. Arbetet med dessa processer kommer att fortgå även framgent då det är ett långsiktigt arbete som kräver uthållighet för att ge bästa resultat.

Ledarskap (mål 7)
Antal medarbetare per chef har förbättrats sedan föregående år. Målet är inte uppnått men det går åt rätt håll. Medelvärdet på medarbetare för chefer i äldreomsorgen totalt sett är 25 medarbetare per chef. För att jobba med chefernas förutsättningar har förvaltningen fortsatt att arbeta utifrån Chefoskopet och det resultat som framkom där föregående år.

Hälsofrämjande arbetsplatser och systematiskt arbetsmiljöarbete (mål 8)

Resultatet av 2023 års medarbetarenkät visade ett förbättrat värde på alla punkter och samlat OSA-index förbättrades från föregående års 4,6 till 4,8 (max: 6). Svarsfrekvensen var 74 % vilket är något sämre än föregående år som låg på 78 %.

Sjukfrånvaron har minskat jämfört med föregående år med 0,8 % och ligger nu på 8,6 % men är fortfarande långt ifrån målet på 6 % så fortsatt arbete krävs. Andelen utbildade skyddsombud har ökat med 7 % jämfört med föregående år och ligger nu på 74 %

Under året har satsningar kopplat till det statliga bidraget för återhämningsbonus motsvarande nästan 14 miljoner kronor fördelats utifrån ansökningar från externa utförare av hemtjänst och interna verksamheter. På grund av att beslut om tilldelade medel kom väldigt sent har tyvärr inte alla medel kunnat nyttjas. Flera satsningar har ändå kunnat genomföras, så som ledarutbildningar, workshops kring yrkesstolthet, handledande undersköterskor och teambuilding. Uppföljning pågår.

Äldreomsorgen har under hösten gjort en omstart av arbetet kopplat till friskfaktorerna i enlighet med Sunt arbetslivs metodik. Frukostseminarium har anordnats för samtliga chefer i förvaltningen. Även fackliga parter och skyddsombud har medverkat under seminarierna. Arbetet kommer fördjupas under kommande år och är också en del av ett kommunövergripande arbete

Heltid och tillsvidareanställning som norm (mål 9)

Äldreomsorgen har länge haft heltid som norm vilket också syns i resultatet där 96 % av medarbetarna har heltid vilket är en liten förbättring från fjolårets 95 %. Att uppnå 100% bedöms inte rimligt då det finns medarbetare som av olika anledningar inte kan arbeta heltid.

Likvärdiga siffror med fjolårets 73 % gällande andelen tillsvidareanställda medarbetare noteras och det överstiger också målvärdet för året

Resultatmått	Målvärde 2023	Utfall 2023			Utfall 2022		
		Kvi	Män	Tot	Kvi	Män	Tot
Sjukfrånvaro	6,0	9,6	6,5	8,6	10,4	7,2	9,4
Andel långtidsfriska **(%)**	60	51	57	53	45	51	46
Andel heltidsanställda **(%)**	95	96	95	96	95	96	95
Andel tillsvidareanställda **(%)**	69	77	65	73	76	67	73
Andel utbildade skyddsombud **(%)**	100	80	56	74	73	47	67
Andel chefer med max 30 medarbetare **(%)**	100	73	75	74	65	69	65
OSA-index		4,9	4,8	4,8	4,6	4,7	4,6

Gällande resultatmåtten är målet för andel heltidsanställda uppfyllt och överträffar även fjolårets resultat. Övriga målvärden är inte uppnådda men däremot har resultaten förbättrats sedan föregående år. Även OSA-index uppvisar ett förbättrat resultat jämfört med fjolåret.

Ekonomirapport äldrenämnden januari – december 2023

Händelser av väsentlig betydelse som påverkat nämndens ekonomi
Förändrad redovisning i november av prestationsbidrag inkomna under sommaren 2023 har lett till ett förbättrat utfall och budgetavvikelse än prognos, vid årets slut.

Indexökning och inflation har bidragit till kostnadsökningar. Kostnaderna för livsmedel, hygien- och sjukvårdsmaterial har under året ökat inom alla verksamheter med mellan 10 - 14%, jämfört med föregående år. Även transportkostnader har ökat innevarande år jämfört med föregående år, en del beror på drivmedelspriser och en del på fler ärenden inom hemtjänst och hemsjukvård. Köp av huvudverksamhet avseende hemtjänst har utifrån omsorgprisindex ökat 1,1% mer än budgeterat. Kostnadsökningarna har haft mycket stor betydelse för ekonomiutveckling och ekonomistyrning under året.

Under senare delen av året har nämnden genomfört en investering i uppgradering av lås i lägenhetsdörrar och läkemedelsrum, inom vård- och omsorgsboenden, för säker och trygg arbetsmiljö och vård för de boende. Åtgärden har varit nödvändig utifrån patientsäkerheten.

Budgetavvikelse, utfall i år samt föregående år
Överskottet om 0,3 mnkr för perioden beror på inkomna prestationsbidrag från Socialstyrelsen. Därtill har bidrag avsatta för förstärkning kring undersköterskeutbildning och verksamhetssystembyte resultatförts, kostnaderna har succesivt ökat under året.

Verksamheterna har högre kostnader än budgeterat, på grund av ökning av ärendemängd inom hemtjänst och hemsjukvård som beror på tidigare utskrivningar från sjukhuset och ärenden som kräver mer personal utifrån behov av dubbelbemanning. Det har resulterat i negativ budgetavvikelse för hemtjänst och hemsjukvård. Ersättningar till de åtta externa utförarna inom hemtjänst har indexuppräknats med definitivt omsorgsprisindex som genererat ökade kostnader och bidragit till negativ avvikelse mot budget. Inom vård- och omsorgsboende finns en extern utförare där avtalet efterlevs utan kostnadsökningar.

Löneindexökningar enligt avtal blev större än budgeterat och sommarlönebonus samt lönetillägg, har bidragit till högre personalkostnader än beräknat trots minskade kostnader för övertid och timtid. Implementering av ny lag kring dygnsvila från 1 oktober resulterade i betydligt lägre personalkostnadsökning än prognostiserat. Orsakerna är att samtliga verksamheter har sett över och lyckats ställa om i schema, dag, kväll och helg. Ett fåtal vård- och omsorgsboenden har av naturliga orsaker minskat antalet belagda lägenheter och genom det löst schemat.

Statliga bidrag fördelas jämnt under årets tolv månader och det förebyggande arbetet med bland annat trygghetsskapande teknik och nytt verksamhetssystem pågår. Uppstart av införande av nytt verksamhetssystem innebär ett underskott mot budget, som balanseras med inkommande bidrag.

Åtgärder för att nå en budget i balans vid årets slut har pågått under hela året och fokus har varit på fördjupad bemanningsplanering och minskade övertidskostnader. Även övriga kostnader har löpande setts över.

Det bedömda överskottet för årsprognos vid delår 2 om +10 mnkr, utgick från att inkomna bidrag under juli inte skulle komma att förbrukas före årets slut. Förändrade redovisningsrekommendationer under november innebar att en större del av bidragen kan fördelas till år 2024 och detta påverkade årsprognosen till en budgetavvikelse på -5,0 mnkr.

Nämnd (mnkr med en decimal)	Budget 2023	Utfall 2023	Budget-avvikelse 2023	Budget-avvikelse 2022	Budget helår 2023	Prognos helår 2023	Årsprognos budget-avvikelse
Verksamhetens intäkter	168,7	325,5	156,8	91,5	168,7	337,1	168,4
Verksamhetens kostnader	- 1 432,0	- 1 588,5	- 156,5	- 55,5	- 1 432,0	- 1 605,4	- 173,4
Verksamhetens nettokostnad	**- 1 263,3**	**- 1 263,0**	**0,3**	**35,9**	**- 1 263,3**	**- 1 268,3**	**- 5**

Investeringar

Investeringsbudgeten för utrustning och inventarier beräknades inte förbrukas i sin helhet under året. Det är framför allt planerade investeringar av inventarier och utrustning för hemtjänst- och hemsjukvårdslokaler som skjuts framåt, på grund av begränsningar i tekniska nämndens driftbudget. Äldrenämnden hemställer hos kommunstyrelsen att del av ej förbrukade investeringsanslag motsvarande 3,1 mnkr ombudgeteras till år 2024.

Digitala lås inom hemtjänst har till största del implementeras och även en satsning på byte till digitala lås inom vård- och omsorgsboenden och läkemedelsrum, har genomförts. Motiveringen är trygghet och säkerhet. Gällande investeringsbudgeten för välfärdsteknologi, beräknades den förbrukas helt under året, då det var ett flertal objekt som kommit igång bland annat trygghetsskapande teknik i särskilt boende och e-inköp.

Årsprognos i budgetavvikelse bedömdes vid delår 2, till +4 mnkr.

Nämnd (mnkr med en decimal)	Budget 2023	Utfall 2023	Budget-avvikelse 2023	Utfall helår 2022	Budget helår 2023	Prognos helår 2023	Årsprognos budget-avvikelse
Verksamhetens nettoinvesteringar	**-28,1**	**-24,9**	**3,1**	**-19,9**	**-28,1**	**-24,1**	**4,0**

Annan väsentlig ekonomisk information

Förändrade redovisningsprinciper för prestationsbidrag från Socialstyrelsen i november förändrade fördelningen av bidrag som inkom under juni 2023.

Flyktingmottagande Ukraina

Äldrenämndens har mycket låga kostnader för flyktingmottagande från Ukraina. Det handlar om insatser inom hemtjänst några timmar per vecka. De kostnader som uppstått, har ersatts 100% från kommunens gemensamma bidrag för flyktingmottagande från Ukraina.

Externa utförare och väsentliga förändringar 2023

Äldrenämnden har avtal enligt LOV, lag om valfrihet, med 8 utförare av hemtjänst samt ett avtal enligt LOU, lag om offentlig upphandling, avseende 14 platser särskilt boende.

Inga förändringar har under året skett avseende antal utförare. Ingen väsentlig förändring har heller skett av fördelning mellan extern/intern utförare.

Omsorgsprisindex fastställdes till 4,6% och har därmed ökat långt över budgetindex 1,9% vilket påverkat nämndens kostnader för hemtjänst.

Fördjupad verksamhetsrapport (enbart nämnd)

I den fördjupade verksamhetsrapporten redovisas nämndens övriga nyckeltal och målvärden för året samt ytterligare information från nämndens verksamheter.

Nyckeltal	2020	2021	2022	2023
Antal besökare på Seniortorget	**X**	**X**	**2566**	7655
Antal invånare som tar del av Seniortorgets information via nyhetsbrev	**X**	**X**	**X**	2090(målet var 2500)
Åhörare som tar del av Seniortorgets digitala sändningar (antal enheter)	**X**	**X**	**X**	870 st (målet var 600)
Andel beviljade ansökningar till särskilt boende	81%	87%	90% (480 ansökningar)	86% (460 ansökningar)
Andel personer som beviljas särskilt boende direkt från det egna hemmet (ej via korttids eller sjukhus)	**X**	**X**	**X**	43 % Mål 2023: 50%
Hälso – och sjukvård				
Följsamhet till ordinerade rehabinsatser särbo	**X**	**X**	**X**	Utförda: 36% Ej utförda: 64%
Följsamhet till ordinerade rehabinsatser Umeå Norra Korrtidscenter	**X**	**X**	**X**	Utförda: 97% Ej utförda: 3%
Följsamhet till ordinerade SSK-insatser särbo	**X**	**X**	**X**	Utförda: 60% Ej utförda: 40%

Seniortorgets verksamhet växer hela tiden, både i antalet besökare och i antalet sändningar och i prenumeranter av nyhetsbrevet. En satsning har gjorts på att erbjuda fler inom kommunen digitala sändningar vilket har gett ett positivt genomslag. Personalen på Seniortorget gjorde i början av året fler fysiska besök bland annat i Hörnefors, Stöcke,

Holmsund, Tavelsjö och Sävar och informerade om möjligheten att ta del av de digitala sändningarna och även visa tekniken vilket gav goda effekter.
Antalet prenumeranter har ökat under året även om målvärdet ej nås. Antalet prenumeranter ökade efter att verksamheten deltagit på bland annat Seniormässan, samt efter det brevutskick som gjorts till riktade till hushåll med personer 75 år. Under senhösten gjordes också en särskild annonsering i lokaltidningarna för att informera och locka personer till Seniortorget.

Andelen beviljade ansökningar om särskilt boende ligger något lägre än föregående år. En förklaring kan vara att det 2022 var fler som med anledning av pandemin väntat med att ansöka och hade stora behov av vård -omsorgsboende när ansökan gjordes.
En minskning ses av *antalet* ansökningar om boende jämfört med föregående år (20 st). En minskning ses även nationellt.
Målsättningen att minst 50% av alla beviljade ansökningar ska ske från hemmet har inte riktigt nåtts. Arbetet fortsätter med att möjliggöra så att den äldre kan komma hem från sjukhus eller korttidsvistelse med rätt stöd för att känna sig trygg med adekvata insatser för att kunna bo kvar så länge som det är möjligt.

Hälso – och sjukvården

Följsamheten till ordinerade insatser från legitimerad personal ligger överlag på en mycket låg nivå. I resultatet av ovanstående mätningar kan felkällor förekomma, så som att ordinationen är utförd men ej signerad eller att ordinerad insats ej kunnat utföras med anledning av den enskilde ej velat eller kunnat på grund av till exempel sjukdom, men följsamheten bedöms trots vissa felkällor vara låg. En verksamhet som visar på goda resultat är Umeå Norra Korttidscenter. Den avgörande anledningen till det bedöms vara att det finns dedikerad personal/rehabassistenter som är de som i huvudsak utför de ordinerade insatserna. Ett gott exempel att ta vidare till andra verksamheter. Under kommande år förväntas även det nya process- och planeringsverktyget bidra till bättre följsamhet tack var digitalisering av vårdplaner, instruktioner och påminnelser.

Hälso – och sjukvårdsverksamheten har haft ett utmanande år med ökad arbetsbelastning utifrån ett högre antal tillkommande patienter samt att patienterna är mer multisjuka. All vård – och omsorgsverksamhet påverkas också av den generellt lägre kompetensnivån bland omsorgspersonal. Positivt är att långtidspoolen nu är bemannad med 10 sjuksköterskor som kan täcka upp på längre vikarier vilket ökar stabilitet i verksamheten och minskar behovet av vikarier. Under året har en verksamhetsutvecklare anställts inom rehab-verksamheten (både hemsjukvård och vård – och omsorgsboende) som blir en tillgång i det fortsatta arbetet med verksamhetsstyrning och utveckling inom området.

Din kommunala hemtjänst sammanfattar ett år som innehållit flertalet stora förändringar som till exempel införande av e-inköp och digitala lås. Förberedelser har också gjorts för att delta i mobilt team tillsammans med Regionen som en del av nära – vård omställningen. Teamet förväntas starta under 2024. Kompetensförsörjningsutmaningen till trots så förlöpte sommaren väl med en högre andel vikarier med kompetens, både hos medarbetare och chefer. Utifrån statliga medel har satsningar kunnat göras på bland annat mentorer i dokumentation, digitaliseringshandledare och specialistundersköterskor.

Vård – och omsorgsboende har utifrån en trygg och säker vård – och omsorg arbete med installation av trygghetsskapande teknik i form av sensorer som vid årets slut fanns installerade i 430 lägenheter. Fortsatt implementering görs under kommande år. De möjligheter som finns att nyttja genom tekniken kräver nya arbetssätt, information och kommunikation med de boende och dess anhöriga.

Fler äldre vistas på korttidsverksamheten och antalet vårddygn ökar. Ett extra team har startat upp för att möta behovet.

För att närma sig målet om max 30 medarbetare per chef har tre verksamheter utökats med ytterligare enhetschef vilket gett positiva konsekvenser i form av stärkt arbetsmiljöarbete och bättre förutsättningar för ett närvarande ledarskap.

Intraprenad Solbacken beskriver ett utmanande år utifrån kompetensförsörjning med påföljande negativ effekt på ekonomin. Personalen har, för att täcka behov av dygnsvila, gått över till att arbeta varannan helg och möjligheterna att påverka schemaläggningen har minskat. Sjukfrånvaron är 6,1 % vilket är lägre än snittet inom äldreomsorgen.Under året har förstärkning gjorts, framför allt nattetid, för att möta upp boendes behov under en period och säkra trygg miljö. Solbacken uppvisar goda resultat i den nationella brukarundersökningen med en högre generell nöjdhet (76% jmfrt med 69% Umeå helhet) och 80% tycker att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete (59% Umeå helhet). Förbättringar behöver ske kring maten och måltidssituationen där resultatet är lägre än Umeå som helhet.

Under hösten togs ett nytt förslag till intraprenadavtal fram för åren 2024–2027. Avtalet godkändes av nämnden i december.

Arbetet med införande av nytt verksamhetssystem intensifierades under hösten och samtliga verksamheter har varit delaktiga i analyser och förberedelser på olika sätt. Förberedelser har också gjorts för kommande planeringsverktyg som kommer vara stöd bland annat för planering av insatser, uppföljning, signering och dokumentation via mobiltelefonen. Införandeprojekt och implementering förväntas ta mycket resurs från verksamheterna framåt men det är ett nödvändigt byte och ett införande som kommer kunna ge nytta både för personalen och kvalitetssäkring för de personer som tar emot insatser från äldreomsorgen.

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen samordnar den nationella brukarenkäten och skickar årligen ut den till personer 65 år och uppåt med insatserna särskilt boende eller hemtjänst.

Under 2021 genomfördes inte någon nationell brukarenkät på grund av pandemin, jämförelsesiffror för 2021 saknas därmed i tabellen.

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen				
År	2020	2021	2022	2023
Nöjda brukare hemtjänst (övergripande)	93% Kvinnor: 93 % Män: 94 %	-	89% Kvinnor: 89% Män: 88 %	90% Kvinnor: 91 % Män: 88 %
Nöjda brukare särskilt boende (övergripande)	82 % Kvinnor: 83 % Män: 80 %	-	69% Kvinnor: 69 % Män: 67 %	69% Kvinnor: 71 % Män: 67 %
Andel personer som upplever trygghet i boendet (Vård och omsorgsboende)	84 % Kvinnor: 84 % Män: 85 %	-	84 % Kvinnor: 85 % Män: 84 %	82 % Kvinnor: 82 % Män: 81 %
Andel personer som är nöjda med möjligheten till utevistelse (Vård och omsorgsboende)	43% Kvinnor: 39% Män: 49%	-	37 % Kvinnor: 35 % Män: 41 %	33% Kvinnor: 33 % Män: 33 %
Andel personer som anser att de fått meddelande i förväg om tillfälliga förändringar (Hemtjänst)	Hemtjänst intern regi: 79% Hemtjänst extern regi: 83% Totalt: 81% Kvinnor: 82% Män: 81%	-	Hemtjänst intern regi: 75 % Hemtjänst extern regi: 73 % Totalt: 74% Kvinnor:73 % Män:75 %	Hemtjänst intern regi: 71% Hemtjänst extern regi: 74% Totalt: 73% Kvinnor:74 Män:72
Andel personer som är nöjd med utbudet av sociala aktiviteter (Vård och omsorgsboende)	58 % Kvinnor: 59% Män: 56%	-	39 % Kvinnor: 36 % Män: 45%	41 % Kvinnor: 42% Män: 39%

Andel personer som upplever måltiderna som en trevlig stund	64 % Kvinnor:62% Män: 68%	-	59 % Kvinnor: 57% Män:61 %	60 % Kvinnor: 60 % Män: 60 %
Andel personer som upplever att de är nöjda med personalens bemötande	Hemtjänst intern regi: 99% Hemtjänst extern regi: 99%	-	Hemtjänst intern regi: 97% Hemtjänst extern regi: 98 % Totalt: 98 % Kvinnor: 97 % Män:90 %	Hemtjänst intern regi: 98% Hemtjänst extern regi: 98 Totalt: 98 % Kvinnor: 98 % Män: 98%
	Vård- och omsorgsboende: 93% Män: 93 % Kvinnor: 93%	-	Vård- och omsorgsboende: 90% Kvinnor: 90 % Män: 90%	Vård- och omsorgsboende: 91% Kvinnor: 91 % Män: 91%
Andel personer som känner förtroende för personalen	Hemtjänst intern regi 92% Hemtjänst extern regi 95 % Totalt: 94% Kvinnor: 94% Män: 93%	-	Hemtjänst intern regi: 91 % Hemtjänst extern regi: 91 % Totalt 91% Kvinnor: 91% Män: 91 %	Hemtjänst intern regi: 91% Hemtjänst extern regi: 92 % Totalt: 91% Kvinnor: 90% Män: 94 %
	Vård- och omsorgsboende: 81% Kvinnor: 79% Män: 84 %	-	Vård- och omsorgsboende: 77% Kvinnor: 76 % Män: 80 %	Vård- och omsorgsboende: 78% Kvinnor: 77 % Män: 79 %
Andel anhöriga till personer på vård- och omsorgsboende som upplever att samarbetet fungerar bra	83%	-	77 %	75%

Enkätresultat särskilt boende

I Umeå svarade 326 personer inom särskilt boende på enkäten. Det motsvarar 41 % av det totala antalet boende och är högre än tidigare års svarsfrekvens på 34 % år 2020 och 39 % år 2022. Det är dock lägre än rikets svarsfrekvens på 45%.

Av de svarande i Umeå var 64% kvinnor och 36% män. 34 % av personerna har svarat själv eller tillsammans med någon. Enkäten har därmed besvarats företrädelsevis av anhöriga (66 %). Helhetsbedömningen gällande nöjdhet ligger kvar på 69% medan analys visar att flertalet av underliggande frågeområden har förbättrats. Uppåtgående resultat kan utläsas i frågor gällande bemötande, förtroende, sociala aktiviteter och måltider. Tre områden har

försämrats, bland annat trygghet, nöjdhet kopplat till utevistelse, och samarbete. Fokus för kommande år på vård och omsorgsboende är att eftersträva fler sociala aktiviteter för de äldre, att stärka det personcentrerade förhållningssättet samt för att förbereda för stjärnmärkningsinförandet.

Även om det skett en viss förbättring av resultatet krig måltidssituationer, ska fortsatta förbättringsarbeten genomföras och där har bland annat samarbete med måltidsservice inletts. Det är fortsatt utmanande att stärka upplevelsen av trygghet, vilket kan bero på kompetens i verksamhet i kombination med ökad andel boende som uppvisar symptom härrörande demenssjukdom. Fortsatta åtgärder är att samtala om och kartlägga trygghetsskapande faktorer både vid inflyttning och under boendetiden, samt att säkerställa adekvat kunskap i verksamheten genom handledning, bemötandeplaner och RESIMA-utbildning (Resurser i möte med aggression). Under 2023 så har 178 personer tagit del av utbildningen.

En jämförelse mellan åren 2020–2023 visar på en nedåtgående trend, både i riket och i Umeå och andelen positiva svar minskar. Rikets resultat ligger på 78% nöjdhet (jmfr Umeå 69%). Skillnaden i landet bedöms bland annat höra ihop med det svåra kompetensförsörjningsläget som Västerbotten noterar, samt en högre andel outbildad personal. Flertalet utbildningsinsatser pågår.

En särskild satsning genomfördes 2023 för enhetscheferna i syfte att bättre kunna möta upp klagomål och synpunkter i verksamheten och förbättra samarbetet med anhöriga. I enkäten ses förbättrade siffror på parametern ”kännedom om hur- och var klagomål och synpunkter ska framföras”.

Enkätresultat hemtjänst
I Umeå svarade 984 personer med hemtjänst på enkäten vilket motsvarar 58%. Det är samma siffra som genomsnittet för riket. Av de svarande var 66% kvinnor och 34% män. 77 % av personer svarade själv eller tillsammans med någon. För resterande 23% är det någon annan som svarat. Sifforna skiljer sig inte nämnvärt mellan intern och extern regi i vem som svarat själv eller tillsammans med någon (extern regi: 76%, intern regi 77%).

Liksom för vård-och omsorgsboende noteras en nedåtgående trend i de äldres bedömning av kvalitet mellan åren 2020–2023. Inom hemtjänsten är utmaningarna samma som inom vård- och omsorgsboende, personalförsörjning och tillgång till utbildad personal. Konsekvenserna syns mer detta år i förhållande till föregående år. Den stora kompetensförsörjningsutmaningen ses vara större i de norra länen. Trots det noteras att den generella nöjdheten i hemtjänsten, alla utförare inkluderade, är högre än rikets resultat (90% jfr 86% riket). Liksom för vård- och omsorgsboende pågår flertalet utbildningsinsatser för att medarbetarna ska ha tillräcklig och relevant kompetens, inklusive språkkompetens, för att känna sig trygg i sina arbetsuppgifter.

Andel personer som upplever att de är nöjda med personalens bemötande är högre än förra året, 98 % jämförelse med 97% 2022. Utbildningsinsatser för personalen i Beteendemässiga

och psykiska symptom vid demens (BPSD) har genomförts för både kommunal och extern hemtjänst. Det innebär att hemtjänst och hemsjukvård tillsammans kan göra kartläggningar och planera för åtgärder som syftar till att personen med demenssjukdom ska få ökat välbefinnande. Detta kan bidra till en ökad nöjdhet kopplat till bemötande.

Äldrenämndens tilläggsuppdrag till förvaltningen

1. Satsningen på höjd grundbemanning ska användas till särskilda satsningar mot boenden med identifierade behov för att förbättra arbetsmiljö och schemaläggning.

   Status: Budgetmedel för utökad bemanning har tilldelats verksamheterna och är implementerat. Verksamheterna har fått frihet att i dialog med arbetsplats- och skyddsombud prioritera nyttjandet av dessa medel och vissa skillnader förekommer. Flera verksamheter har valt att arbeta vidare för att avlasta omvårdnadsnära personal genom serviceresurs, vilket i inledande återkoppling resulterat i jämnare arbetsbelastning, förre klagomål och fler aktiviteter för hyresgäster. På korttids har ett resursteam tillskapats för att möta de ökade behoven och stärka upp verksamheten vid extravak.

2. Att uppdra till förvaltningens att i samverkan med facklig part ta fram ett förslag till genomförande av det förändrade heltidsmåttet för nattarbetande omsorgspersonal på vård- och omsorgsboende där huvudprincipen ska vara att reduktionen ska ske genom minskat antal arbetspass under varje schemaperiod ska verkställas under 2023. Den alternativa implementeringen av det förändrade heltidsmåttet ska verkställas under 2023.

Status: Arbete pågår tillsammans i arbetsgrupp där facklig part ingår. Det görs en mindre pilot med längre natt men då avsätts resurser från dagen där det finns viss överkapacitet. Utvärdering av piloten genomförs under kvartal 1 2024. Utifrån tilldelade budgetmedel finns det i dagsläget ingen möjlighet att skala upp detta till breddinförande utan att göra omfördelning i bemanning på dag, kväll och helg för att frigörs resurser till natt. Slutsatsen i samverkan med facklig part har resulterat i samsyn att förändringen behöver tilldelas budgetmedel för att genomföras på bred front.

3. Förvaltningen får i tilläggsuppdrag att under 2023 färdigställa en plan för bemanning, schemaläggning och finansiering så att delade turer upphört innan utgången av 2024.

Status: Äldrenämnden fick en återkoppling från förvaltningen under våren inkluderat en plan för finansiering för ökat behov av personal. Arbetet med anpassning till förstärkta regler om dygnsvila har inom hemtjänsten inneburit att fler delade turer har kunnat tas bort. En viss minskning har även varit möjlig inom vård – och omsorgsboende och då framför allt inom korttidsverksamheten.

4. Det beslutade uppdraget om att utreda kompetensutveckling om dysfagi ska genomföras under 2023 och nödvändiga kunskapsinsatser tillsättas för att säkerställa att personer med sväljsvårigheter boende i särskilt boende får den vård och det bemötande de har rätt till.

Status: Utredningen är färdigställd och presenterad för nämnd. Utbildningspaket är framtaget. Via Senior Alert finns en digital fortbildning för sjuksköterskor som planeras in för genomförande under 2024. Utifrån den kan ytterligare kompetensutvecklande insatser ges omvårdnadspersonalen.

Relaterade dokument till årsbokslutet

- Internkontrollrapport 2023
- Kvalitetsberättelse 2023
- Patientsäkerhetsberättelse 2023
- Dataskyddsberättelse 2023

Mer information om äldrenämndens utvecklingsarbeten på umea.se

Utvecklingsarbeten inom äldreomsorgen - Umeå kommun (umea.se)

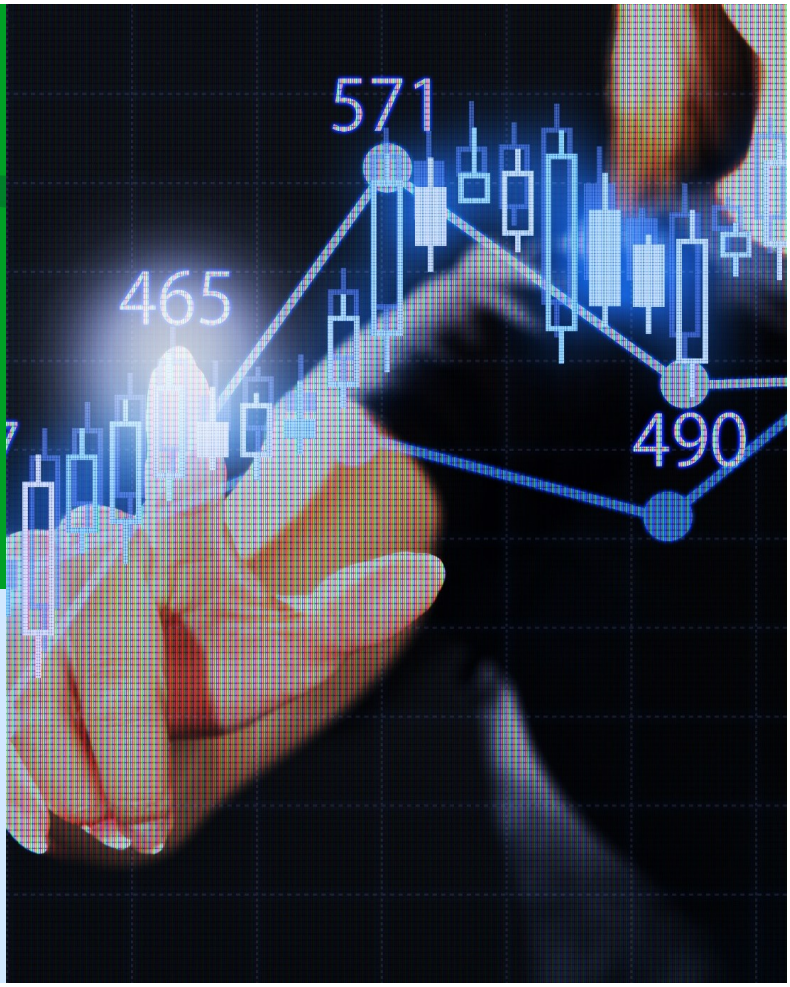
Uppföljning av nämndens tilläggsuppdrag från kommunfullmäktige januari-december 2023

Uppdrag	Status jan-dec	Motivering/kommentar
2022:8 Kommunfullmäktige ger personalnämnden i uppdrag att tillsammans med för och grundskolenämnden, gymnasie – och vuxenutbildningsnämnden samt äldrenämnden ta fram en plan som möjliggör chefers förutsättningar och når riktmärket för antal medarbetare per chef	Delvis genomfört	Plan finns. Inom hemtjänsten har en omfördelning gjorts och ingen chef har nu fler än 30 tillsvidareanställda medarbetare. Inom vård-och omsorgsboende är det fortfarande ett antal chefer som inte når målvärdet med max 30 trots att utökningar gjorts. De finns svårigheter att komma i mål med uppdraget utifrån ekonomiska förutsättningar.
2022:32 De anställda måste få mer tid till sina huvudsakliga arbetsuppgifter som vård – och omsorg samt undervisning. Det bör utredas hur den tid som idag ägnas åt exempelvis dokumentation och andra sidouppgifter ska kunna minskas.	Delvis genomfört	Äldreomsorgen är en lagstyrd verksamhet med krav på att genomförandeplaner och vårdplaner samt social dokumentation upprättas och att dessa följs upp löpande. Det är en förutsättning för att kunna genomföra och följa upp biståndbeviljade omsorgsinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser. Införande av nytt verksamhetssystem med ökad mobilitet väntas förenkla dokumentationen kring brukare och patienter Införandeprojektet fortlöper enligt plan och förväntas vara implementerat under 2024.
2022:23 Utred möjligheterna till en samordnad utbildningssatsning för vårdbiträden och undersköterskor som innefattar personal inom äldreomsorgen och individ och familjeomsorgen. I utredningen ingår att samordna den nödvändiga utbildningen i vårdsvenska med SFI-undervisning	Genomfört	Äldrenämnden har en ambitiös utbildningsplanering och ett gott samarbete med Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden. Till det har de senaste åren statliga satsningar i det så kallade Äldreomsorgslyftet tillförts. Ny upphandling av vård- och omsorgssvenska genomfördes strax innan sommaren. Inför varje nytt verksamhetsår antar nämnden en utbildningsplan och budget för utbildning.

Ekonomisk utveckling 2023

Januari – December

Äldrenämnden



Innehåll:

Rapport till KS
Budgetavvikelse
Prognos
Volymutveckling

Ekonomichef: Carina Nylander

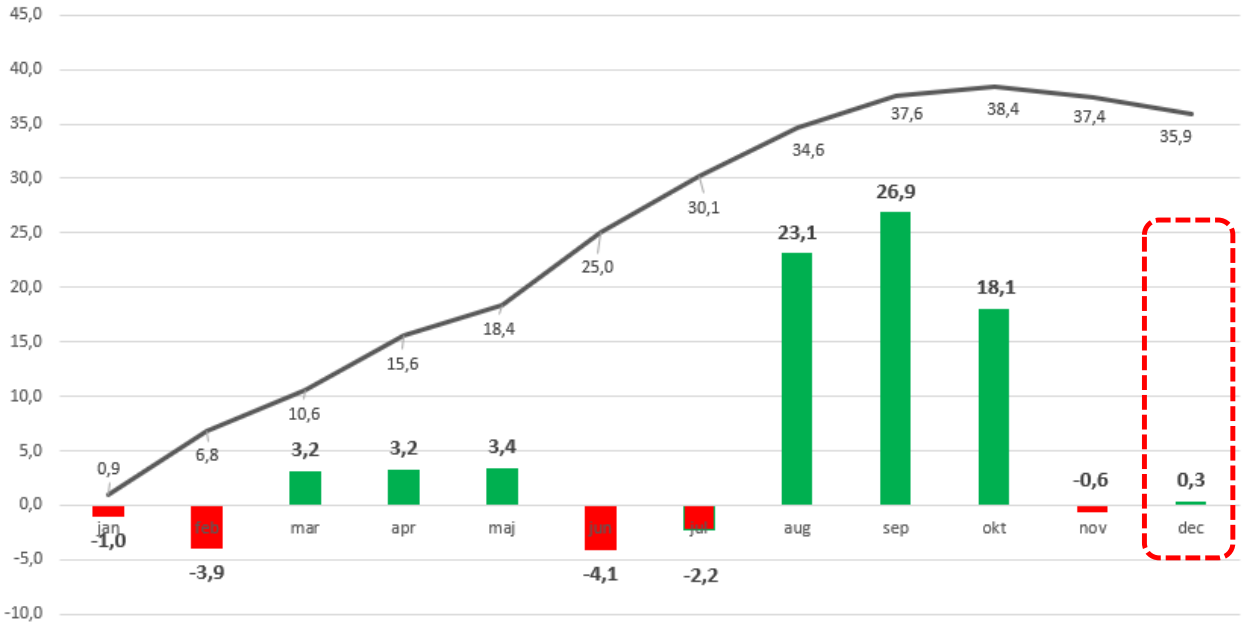
UMEÅ KOMMUN

Ackumulerad budgetavvikelse 2023

Äldrenämnden

Periodens budgetavvikelse (+0,3 mnkr) innebär en förbättring i jämförelse med jan-nov. Betydligt lägre än samma period 2022 (+35,9 mnkr).

Orsak: Prestationsbidrag om ca 44 mnkr under augusti som inte kan föras över till 2024. Fortsatt ökade kostnader för personal, bemanning och drift år 2023.



Månadsavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3
2022	0,9	6,8	10,6	15,6	18,4	25,0	30,1	34,6	37,6	38,4	37,4	35,9

UMEÅ KOMMUN

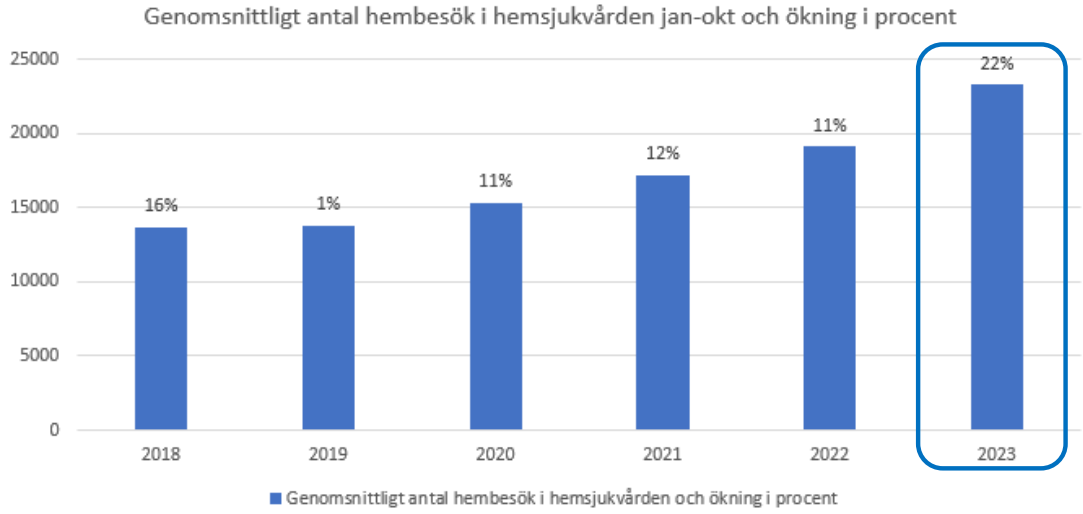
Budgetavvikelse verksamhet 2023 (ackumulerad)

Ackumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos	Årsbudget	Verksamhetens andel % av total årsbudget
1. Nämnd- styrelseverksamhet	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0	2,5	0%
2. Hemtjänst i ordinärt boende över/under 65 år	-1,5	-2,6	-4,5	-6,1	-6,8	-11,6	-14,4	-18,4	-20,9	-25,9	-28,1	-30,6	-30,0	455,8	36%
-varav dagverksamhet i ordinärt boende	*-0,1*	*-0,3*	*-0,4*	*-0,5*	*-0,3*	*-0,3*	*0,3*	*0,4*	*0,3*	*0,2*	*0,1*	*0,2*	*0,0*	11,5	
- varav hälso- och sjukvård i hemmet	*0,0*	*-0,6*	*-1,6*	*-2,0*	*-2,3*	*-4,3*	*-3,5*	*-3,6*	*-3,7*	*-5,4*	*-5,3*	*-5,2*	*-6,0*	*98,4*	
3. Vård- och omsorgsboende inkl korttidsboende	0,6	-0,8	4,7	6,9	7,9	5,5	3,9	4,2	4,8	2,0	4,9	9,0	6,0	703,3	56%
- varav korttidsboende	*0,9*	*1,6*	*3,9*	*5,7*	*6,7*	*7,3*	*8,0*	*9,1*	*9,6*	*9,7*	*10,6*	*11,3*	*12,0*	70,5	
- varav hälso- och sjukvård särskilt boende	*0,3*	*0,0*	*0,9*	*1,6*	*1,7*	*1,2*	*2,4*	*2,5*	*2,6*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*1,0*	115,2	
4. Öppen verksamhet ej bistånd	-0,1	-0,2	-0,3	-0,6	-0,9	-1,0	-0,5	-1,2	-1,5	-1,6	-1,8	-1,7	-2,0	8,3	1%
5. Gemensamma kostnader och handläggare myndighet	-0,1	-0,4	3,2	2,9	2,9	2,6	8,5	38,1	44,0	43,0	23,7	22,8	21,0	93,2	7%
Ackumulerad budgetavvikelse 2023	**-1,0**	**-3,9**	**3,2**	**3,2**	**3,4**	**-4,1**	**-2,2**	**23,1**	**26,9**	**18,1**	**-0,6**	**0,3**	**-5,0**	**1 263,0**	**100%**
Ackumulerad budgetavvikelse 2022	**0,9**	**6,8**	**10,6**	**15,6**	**18,4**	**25,0**	**30,1**	**34,6**	**37,6**	**38,4**	**37,4**	**35,9**	**32,0**		

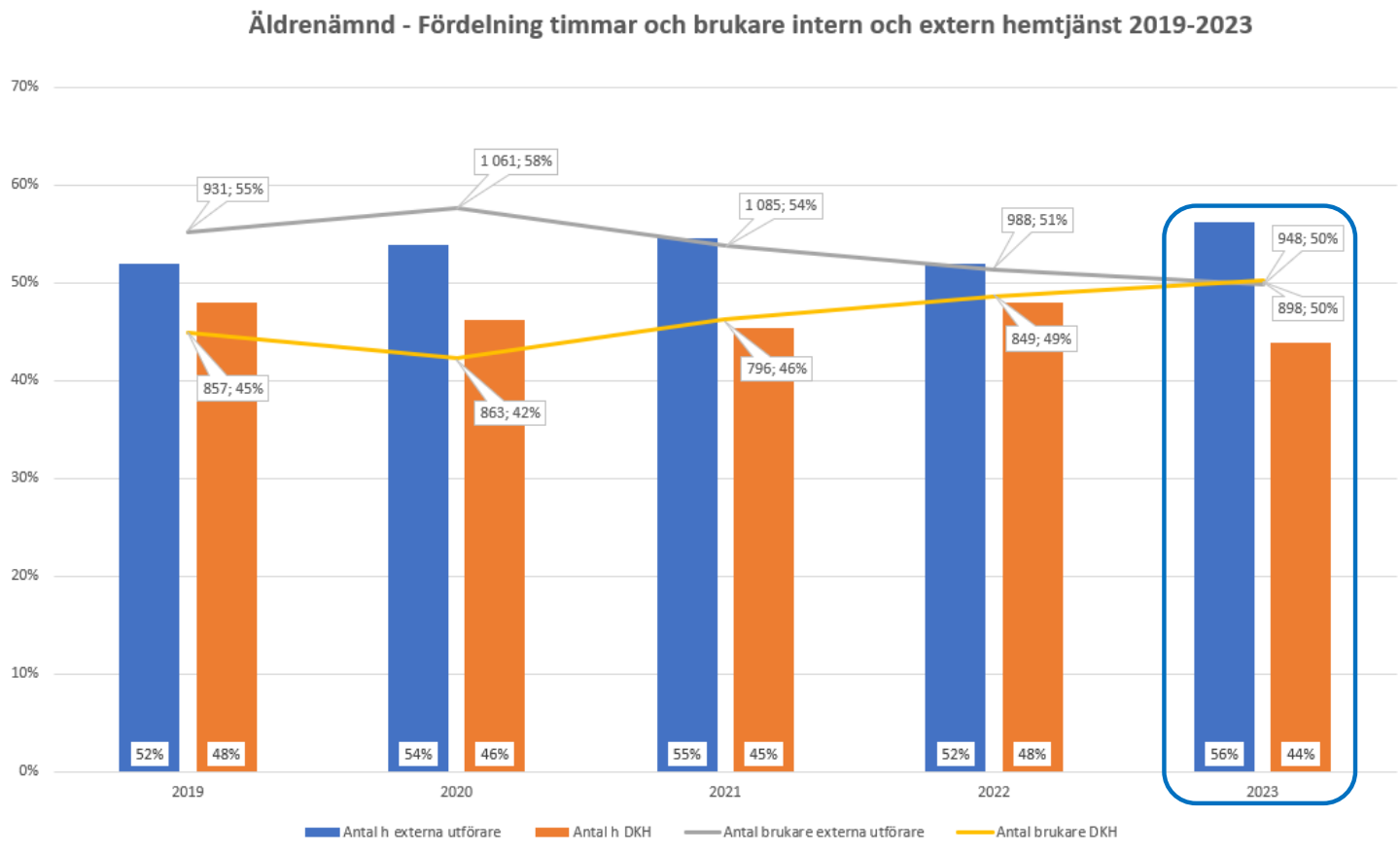
UMEÅ KOMMUN

Äldrenämnden – Sammanfattning behovsutveckling 2023

Behovsutveckling	Antal individer (medel)				Volymmått månad (ackumulerat medel)				
	Budget	Utfall	+-	%	Mått	Budget	Utfall	+-	%
Hemtjänst i ordinärt boende	2 043	2 115	-72	104%	**Timmar**	75 610	76 227	-617	96%
Korttidsboende	98	76	22	77%	**Dygn**	2 981	2 307	674	77%
Vård- och omsorgsboende	1 031	927	104	90%	**Dygn**	31 299	28 274	3 025	90%
Antal individer	**3 172**	**3 117**	**55**	**98%**					



UMEÅ KOMMUN


Äldrenämnd - Fördelning timmar och brukare intern och extern hemtjänst 2019-2023
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
931; 55%
1 061; 58%
1 085; 54%
988; 51%
948; 50%
857; 45%
863; 42%
796; 46%
849; 49%
898; 50%
52%
48%
54%
46%
55%
45%
52%
48%
56%
44%
2019
2020
2021
2022
2023
Antal h externa utförare
Antal h DKH
Antal brukare externa utförare
Antal brukare DKH

Internkontrollrapport Äldrenämnden för perioden januari t.o.m december 2023

Majoriteten av de aktiviteter som planerats utifrån identifierade risker har genomförts under året och kan bedömas slutförda. Flera av områdena är långsiktiga satsningar som kommer att följa med även framåt. Det gäller framför allt kompetensförsörjning samt det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Informationssäkerhet är ett område som fortsatt bedöms vara aktuellt. Att systematiskt jobba för korrekt information och säkra att inte obehöriga får åtkomst kan bidra till att möjliggöra och underlätta digital utveckling. Digitalisering är en av äldrenämndens strategier tillsammans med förebygga, kompetensförsörja och samarbeta.

Kontrollområde	Identifierad risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risk-värde	Kontrollmoment	Ansvar	Status/kommentar	- Internkontrollrapport 2023
UPPFÖLJNING	Beslutade åtgärder efter tillsyner och revisioner genomförs inte	Mindre sannolik	Kännbar	6	Kontroll av genomförda åtgärder utifrån revisioner och tillsyner 2022	Kvalitetschef	En IVO-granskning har genomförts under 2023 av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden. Åtgärder har redovisats och genomförts i stor utsträckning. Yttrande av vidare åtgärder och effekter av insatta åtgärder redovisas till nämnd i februari 2024	
KVALITET OCH SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	Risk för minskad brukarnöjdhet i verksamheterna	Möjlig	Kännbar	9	Nationell och intern brukarenkät	Kvalitetschef	Resultatet från den nationella brukarenkäten visar att 90 % av brukarna är nöjd med sin hemtjänst,vilket är ett bättre resultat än föregående år (2022) då resultatet var 89 %.Siffrorna för särskilt boende är 69%, vilket är samma resultat som föregående år.	
					Kontroll av följsamhet till avvikelserutin (stickprov)	Kvalitetschef	Totalt 30 avvikelser har granskats inom utredning äldre/Din kommunala hemtjänst/vård och omsorgsboende. 23/30 har åtgärdats och avslutats inom 2 månader som rutinen anger, 5/30 nytillkomna och 2/30 ej hanterade enligt rutin. Utredning äldre har gjort en anteckning av vidtagna åtgärder i den enskildes journal men det är ett förbättringsområde inom hemtjänst och vård - och omsorgsboende.	
	Risk för brist i efterlevnad av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Möjlig	Kännbar	9	Kontroll av egenkontrollplaner i verksamheterna	Kvalitetschef	Samtliga verksamheter har egenkontrollplaner där risker och tillhörande åtgärder beskrivits. Egenkontrollplanerna kan utvecklas mot att bli mer stödjande till att systematiskt utvärdera den egna verksamhetens resultat.	
MYNDIGHETSUTÖVNING					Kontroll av följsamhet till rutiner vid utredning och beslut enligt SoL (stickprov)	Kvalitetschef	10 utredningar och beslut har granskats. Kontrollen visar på god följsamhet till de rutiner som finns framtagna. I ett ärende framgår dock inte av dokumentationen om samtycke inhämtats från den enskilde att handläggare får inhämta uppgifter från anhörig. Inhämtat samtycke ska enligt rutin alltid dokumenteras.	

PATIENTSÄKERHET	Risk för brister i patientsäkerhet	Möjlig	Allvarlig	12	Andel läkemedelsgenomgångar vid särskilda boenden utifrån avtal	Kvalitetschef	Andel korrekt dokumenterade läkemedelsgenomgångar är 55%. Bedömningen är att merparten av alla patienter har en dokumenterad läkemedelsgenomgång, men uppföljningen visar att dokumentation inte sker på ett enhetligt sätt. Detta är ett utvecklingsområde för 2024
					Patientsäkerhetsberättelse	Kvalitetschef	Presenterad i nämnd i februari. Prioriterade områden för 2023 är beslutade och följs upp i 2023 års berättelse.
INFORMATIONSSÄKERHET	Risk för brister i hantering av information	Möjlig	Kännbar	9	Kontroll av svarstider på inkomna meddelanden.	Kanslichef	Ej möjligt att mäta svarstider. Utifrån risk har området hanterats i enkät om informationssäkerhet.
					Kontroll av medvetenhet till kommunens riktlinjer om informationssäkerhet (enkät)	Kanslichef	Enkät med målgrupp enhetschefer (26 svarande) framtagen i samverkan med Umeå kommuns informationssäkerhetsombud. Resultatet visar att det finns behov av ytterligare information och kunskap i ämnet - både avseende ritktlinjer, hantering av personuppgiftsincidenter och var man kan vända sig för stöd i dessa frågor. Ett prioriterat utveckingsarbete för 2024.
KOMPETENSFÖRSÖRJNING	Risk för kompetensbrist i verksamheten (utbildning)	Sannolik	Allvarlig	16	Årlig uppföljning andel behöriga utifrån utbildningskrav USK/SSK/EC. Utbildningsplan.	HR-chef	Utbildningsplan är antagen i nämnd i november 2023. Andel behöriga medarbetare följs löpande. I slutet av 2023 var 45 % av vår omvårdnadspersonal utbildade undersköterskor. Samtliga med anställning som sjuksköterska är behöriga. Samtliga nyanställningar till enhetschefsposition innehar högskoleutbildning.
	Svårigheter att attrahera, behålla och utveckla medarbetare.	Sannolik	Allvarlig	16	Kompetensförsörjningsplan med aktiviteter	HR-chef	Verksamheten arbetar löpande med aktiviteter utifrån kompetensförsörjningsplanen. Arbetet med friskfatorer har startat vilket syftar till att jobba med olika parametrar för hälsa på arbetsplatsen. Risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro på jobbet minskar. Möjligheten till att kompetensutveckla våra medarbetare stärks av exempelvis ÄO-lyftet.
SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE	Risk för brister i arbetsmiljön	Möjlig	Allvarlig	12	Årlig uppföljning av SAM, Medarbetarenkät. Rapportering i Stella (risker, tillbud och skador)	HR-chef	Uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet är genomförd liksom arbetet med medarbetarenkäten. Resultatet i medarbetarenkäten på övergripande nivå är förbättrat jämfört med 2022, och OSA-index har ökat från 4,6 till 4,7. Rapportering av risker, tillbud och skador sker löpande i Stella. Skador som har lett till frånvaro har minskat med 16 %

INFÖRANDE AV NYTT VERKSAMHETSSYSTEM	Risk för ökad arbetsbelastning för medarbetare samt ej förväntad effekthemtagning	Möjlig	Kännbar	9	Projektplan för införandeprojekt . Nyttokalkyler.	Digitaliseringschef	Projektplan införande framtagen och rapporteras månatligen till äldreomsorgsdirektörens ledningsgrupp. Införandet följs även 2024	
EKONOMI	Risk att tilldelad budgetram överskrids	Mindre sannolik	Kännbar	6	Utfall mot budget	Ekonomichef	Åtgärder har vidtagits under året och prestationsbidrag från föregående år har inkommit. Nämnden får månatlig rapport.	
		Mindre sannolik	Allvarlig	8	Följa periodisering av kostnader och intäkter	Ekonomichef	God kontrollfunktion har löpande och månadsvis genomförts, som säkrat att periodiseringar genomförts enligt god redovisningssed. Periodisering av bidrag har justerats enligt revisorsrekomendationer.	
	Risk för brist i regelefterlevnad	Möjlig	Kännbar	9	Kontroll att representationsregler följs	Ekonomichef	Av 50 st slumpmässiga kontroller saknar ca 75% angett syfte och deltagare. Utbildning har genomförts men ytterligare åtgärder planeras för ökad följsamhet till rutinen.	
	Risk för brist i regelefterlevnad	Möjlig	Kännbar	9	Kontroll av följsamhet till rutiner vid avgiftshandläggning och beslut (stickprov)	Ekonomichef	Processen har reviderats för att säkra flödet. Kontroll har genomförts under hösten och visar på en god kontroll och följsamhet.	

Definitioner

Riskinventering/riskanalys

Sannolikhet	Definition	Värde
Osannolik	- praktisk taget obefintlig risk att fel uppstår	1
Mindre sannolik	- mycket liten risk att fel uppstår	2
Möjlig	- det finns en möjlig risk att fel uppstår	3
Sannolik	- det är mycket troligt att fel uppstår	4

Konsekvens	Definition	Värde
Försumbar	- konsekvensen av ett fel är obetydlig för brukare, medborgare, besökare, kommunen och/eller övriga intressenter	1
Lindrig	- konsekvensen av ett fel är liten för brukare, medborgare, besökare, kommunen och/eller övriga intressenter	2
Kännbar	- konsekvensen av ett fel uppfattas som besvarande för brukare, medborgare, besökare, kommunen och/eller övriga intressenter	3
Allvarlig	- konsekvensen av ett fel är så stor att felet inte får uppstå	4

Riskhantering

Riskvärde	Rekommendation till hur risken ska hanteras	Innebär
12-16	Minimera risk	*Direkta och omfattande åtgärder ska finnas med i internkontrollplan*
4-11	Reducera risk	*Åtgärder för att minska risk ska finnas med i internkontrollplan*
1-3	Acceptera risk	*Inget agerande krävs – åtgärder tas ej med i internkontrollplan*