



KUNGÄLV
KOMMUN



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022



Innehållsförteckning

1 Inledning	4
1.1 Kvalitet.....	4
1.2 Patientsäkerhet.....	4
1.3 Syfte.....	4
2 Sammanfattning	5
3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård	6
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
3.1.1 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	6
3.1.2 Organisation och ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	9
3.1.2.1 Samverkan.....	10
3.1.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister.....	11
3.1.2.3 Informationssäkerhet.....	12
3.2 Adekvat kunskap och kompetens.....	12
3.3 Patient, brukare och närstående som medskapare.....	15
4 Agera för god kvalitet och säker vård	16
4.1 Egenkontroll.....	16
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden.....	16
4.2.1 Vårdskada/Lex Maria.....	17
4.2.2 Lex Sarah.....	17
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	17
4.4 Säker vård och omsorg.....	18
4.4.1 Riskhantering.....	19
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
4.5.1 Avvikelse.....	21
4.5.2 Klagomål och synpunkter.....	22
4.5.3 Brukarundersökningar.....	22
4.5.4 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).....	23
4.5.4.1 Stöd och omsorg.....	23
4.5.5 Öppna jämförelser.....	23
4.5.5.1 Äldreomsorg.....	24
4.5.5.2 Ekonomiskt bistånd.....	24
4.5.5.3 Social barn- och ungdomsvård.....	24



4.5.5.4	Missbruks- och beroendevård	24
4.5.5.5	Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	25
4.5.5.6	Våld i nära relationer	25
4.5.5.7	Stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS	25
4.5.5.8	Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri.....	25
4.5.5.9	Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	25
4.5.5.10	Kommunal hälso- och sjukvård	26
4.5.6	Ej verkställda beslut	26
4.6	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	27
5	Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	28



1 Inledning

1.1 Kvalitet

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.

1.2 Patientsäkerhet

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

1.3 Syfte

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.



Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.



2 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Under året har huvuduppgiften varit att förebygga fortsatt smittspridning och sjukdom i Covid -19 hos de mest sjuka äldre, i kommunal hälso- och sjukvård, på vård och omsorgsboende och i ordinärt boende.

Fokus har också varit utifrån informationssäkerhet att fram kontinuitetsplaner och riskbedöma och klassa sektorns olika system. Kontinuitetsplaner för utförarverksamheter och kommunal hälso- och sjukvård är framtagna och fysiska pärmar finns på alla enheter. Materielgruppen för skyddsutrustning har haft avstämningar och planerat för det beredskapslager som nu åligger kommunen att ha, med beredskap för en månadsförbrukning.

En utbildning har genomförts för enhetschefer och legitimerad personal i Kvalitet- och patientsäkerhetsarbete och revidering har skett av befintliga system för att stötta verksamheterna i att dokumentera sitt systematiska kvalitetsarbete. Utbildningens fokus har bland annat varit på ansvaret för såväl brukarsäkerhet som patientsäkerhet, kvalitetsledningsuppdraget, teamledning, avvikelshantering, riskanalyser och resultatanalyser.



3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för kvalitet och säker vård på alla nivåer. Det gäller från den nationella nivån till operativa chefer och ledare i den brukar- och patientnära verksamheten.

3.1.1 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Uppföljning av mål och strategier

Kvalitetsledningssystemet

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra och leda och att saker görs i rätt ordning och på rätt sätt. Utifrån det har sektorn påbörjat en revidering av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete för att säkerställa att det är användarvänligt och görs känt ute i verksamheterna.

Systematiskt kvalitetsarbete i Stratsys

I en modul i Stratsys följs det systematiska kvalitetsarbetet upp och dokumenteras. Bland annat görs riskanalyser, åtgärder tas fram och beslutade egenkontroller följs upp. Revidering av modulen har skett och utbildning kommer att ske under 2023.

Avvikelser

Revidering av processen och rutin för avvikelshantering har tagits fram och utbildning i ny avvikelsemodul kommer att ske under 2023.

Individens behov i centrum (IBIC)

IBIC har påbörjats inom funktionshinderns verksamheter och repetition har genomförts inom övriga sektorn. Beslut är fattat om att alla nya uppdrag/beslut ska vara enligt IBIC under 2023.

Snacka jag och andra

Utbildning som genomförts inom boende och daglig verksamhet LSS som handlar om relationer.

Demenssteam

Kommunala utförare av hemtjänst har skapat en enhet som enbart arbetar med personer med demenssjukdom. Medverkande i teamet är kommunal utförare av hemtjänst i samarbete med hälso- och sjukvård.

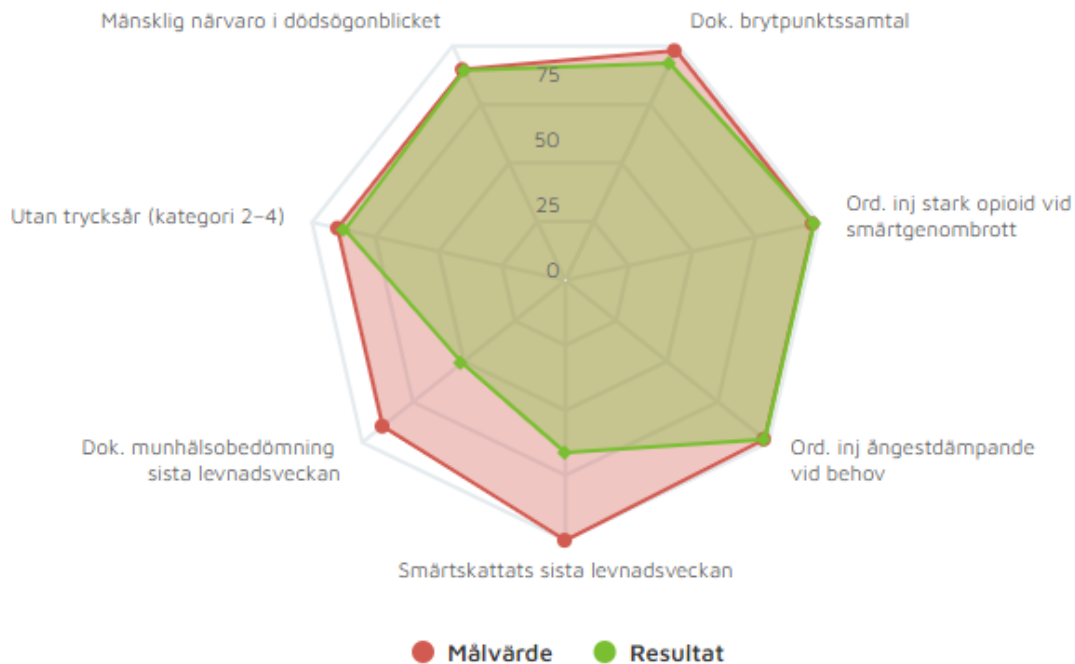
Beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD)

För att säkerställa evidensbaserat arbete har man valt metoden att arbeta med BPSD som är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med kvalitetsregistret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska BPSD och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Alla uppgifter i BPSD-registret skrivs in i ett webbaserat system, där verksamheterna kan följa och skriva ut statistik över sina resultat. Syftet med statistiken är att resultat ska användas dels för förbättringar på individnivå, dels för att enheten ska använda och arbeta med sina resultat i förbättringsarbete på enhetsnivå. I BPSD-registret går det att följa resultat på olika nivåer och data ger underlag till förbättringsarbeten på individ-, enhets-, kommun-, läns- och riksnivå.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



Palliativ vård i olika skeenden är ett av huvuduppgifterna för den kommunala vården. Verksamheten följer kvalitetsparametrar kring den palliativa vården genom det nationella kvalitetsregistret Svenskt palliativregister. Det röda nätfältet visar kvalitetsregistrets målvärde och det gröna nätet visar på Kungälv kommunens resultat. Verksamheten har följt utvecklingen under året och genomfört riktade utbildningar inom munhälsobedömningar för den legitimerade personalen. Aktiviteten visar att de enskilda erhåller smärtlindring samt ångestdämpande men verksamheten behöver förbättra dokumentationen av smärtskattning. Sektorn har under året blivit granskad av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och då tittade de särskilt på den palliativa vården. IVOs granskning visar på att läkarmedverkan behöver stärkas i det palliativa skedet.

Internt har utbildningsinsatser i palliativvård skett under året för vård- och omsorgspersonalen inom hemtjänst och vård och omsorgsboende.

Nära vård

En målbild för år 2027 kring omställning Nära vård har tagits fram. Det har genomförts utbildningsinsatser under året så som en halvdagsutbildning kring omställning Nära vård för samtliga medarbetare inom trygghet och stöd. Enhetschefer och legitimerad personal har gått en flerdagarsutbildning i att arbeta och leda i kvalitet - och patientsäkerhet. Allt för att stärka omställningsarbetet.

Nyheter inom rehabilitering

Ett nytt digitalt arbetsverktyg, ExorLive, har under året implementerats. Verktöget möjliggör mer avancerade och utförliga träningsprogram och instruktioner inom fysioterapi och arbetsterapi samt öppnar upp för samverkan med ytterligare personalkategorier internt i framtiden.



Högintensiv träning för seniorer (HIFE) har genom projektform startats upp under 2022. Seniorer på två olika vård- och omsorgsboenden har under sex veckors tid ingått i programmet som leds av två fysioterapeuter. Projektet har slagit väl ut och visat på både upplevd ökad styrka och rörlighet. Målet med HIFE under 2023 kommer att bli implementering i ordinarie verksamheter inom vård- och omsorgsboenden.

Äldres hälsa

Hälsöfrämjandet har arbetat utifrån fokusområden så som:

- Involvera fler äldre i det förebyggande folkhälsoarbetet.
- Utöka samarbetet med civilsamhället och föreningslivet i syfte att äldre medborgare ska kunna leva ett självständigt liv med god hälsa.

Det förebyggande arbetet har under året bestått i en mängd aktiviteter som framför allt riktat sig till de äldre medborgarna. Aktiviteter så som Seniordagen, seniorträffar i Centrum och i Ytterby har inkluderat gympa- och yogapass, promenadgrupper, bingo, dans m.m. Temaveckan "Fysisk rörelse" anordnades tillsammans med kommunens rehab och erbjöd en variation av aktiviteter i rörelse. Föreläsningar har hållits och broschyrer kring äldres boende och anpassning har erbjudits.

Seniorlinjen har marknadsförts och hållits öppen för de som känt sig ensamma och i behov av ett samtal.

Digitaliseringsveckan erbjöd ökad kunskap kring de olika digitala hjälpmedlen och kanaler som idag finns för seniorer. Informationstillfällen har hållits för att öka kunskap kring dator och mobilanvändande för äldre.

Anhörigstöd

Anhörigstöd vänder sig till vuxna medborgare i alla åldrar. Det finns nu samtalsgrupper för anhängvårdare, en grupp för anhöriga som har en närstående på ett särskilt boende, en grupp för vuxna barn till föräldrar med behov av stöd i sitt dagliga liv samt en grupp för anhöriga till vuxen person med missbruk.

Anhörigstödet för de med närstående under 65 år har ökat under året. Från 152 samtalskontakter år 2021 till 392 samtal år 2022. 45 nyetablerade kontakter har genomförts.

Anhörigstödet har under året bidragit med föreläsningar med tema "Psykisk ohälsa och missbruk" på Mimers Hus under den nationella anhörigdagen. Varje år anordnas en tredagars vistelse på Piperska Lundsbrunn för vila och rekreation, så också i år vilket var mycket uppskattat.

Covid - 19

Under hela året var det fortsatt stort fokus på pandemin. Regeringen beslutade att de flesta pandemirestriktioner och allmänna råd i samhället i stort togs bort i februari 2022 medan skyddsåtgärder har funnits kvar hela året i vård och omsorg. Smittspårning och provtagning pågått på kommunens boende och inom hemtjänst. Vid utbrott eller misstanke om smitta i vår verksamhet har ett stort antal tester utförts. Ansvarsfördelningen har utgått från gällande Närområdesplan vid ett utbrott eller misstanke. Vissa månader har mellan 100-150 tester genomförts som en följd av de rekommendationer som rådde inom vård och omsorg.

Gällandes vaccination har patienter i kommunal verksamhet erbjudits 2 doser Covidvaccin under 2022. Det har varit en god samverkan mellan den kommunala primärvården och den regionala primärvården när det gäller planering och utförandet av vaccinationer.

Kommunens upprättade personalprovtagning upphörde på våren och personal hänvisades till den vårdcentral som ansvarar för smittspårningen enligt Närområdesplanen.

Flertalet möten och samverkansmöten har skett relaterat till pandemin både med egna sektorsledningen, vårdhygien men även med externa parter så som vårdcentraler och kranskommuner.



Materielgrupp för skyddsutrustning har haft avstämning varannan vecka och planerat för det beredskapslager som nu åligger kommunen att ha, med beredskap för en månadsförbrukning.

Programmet Social hållbarhet

Programmet är ett långsiktigt och visionärt dokument, med fokus på vad Kungälv kommun ska uppnå kring ökad social hållbarhet och innanförskap. Utifrån programmet gavs uppdrag att följande planer skulle tas fram; social översiktsplan, äldreplan, funktionshinderplan samt plan Trygg i Kungälv. I dessa planer ska förtydligande ske av programmets mer övergripande formuleringar.

I samverkan med regionen och närliggande kommuner har Mini-Maria startats upp. Syftet är att nå unga människor i ett tidigt skede av riskbruk och/eller skadligt bruk för att förhindra att det utvecklas till ett beroende och allvarlig psykisk ohälsa. Med syfte att öka kunskapen kring suicidprevention har föreläsningar genomförts till allmänhet samt riktade utbildningar för personal.

Sektor Trygghet och stöd har samlat boendefrågor i en gemensam enhet som systematiskt följer upp befintliga sociala kontrakt. Enheten har en pågående dialog med bostadsbolagen om att göra om sociala kontrakt till egna kontrakt.

Regelbundna uppföljningar visar att Samhällskontrakt gör skillnad genom ökad samverkan för feriejobb, arbetsträningsplatser, extra tjänster och språkpraktikplatser samt olika förebyggande insatser. Under 2022 har nio nya företag och föreningar gått med i Samhällskontraktet.

Slutligen har sektor Trygghet och stöd varit inbjudna och varit delaktiga i inlämnandet av yttrande gällande nedanstående.

Reviderat Hälso- och sjukvårdsavtal, färdplan Nära Vård och förslag på ny Äldreomsorgslag.

3.1.2 Organisation och ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Medarbetare

Alla medarbetare har ansvar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

- känna till och arbeta efter gällande processer och styrdokument
- delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av processer, styrdokument och arbetsmetoder
- bidra aktivt i kvalitetsarbetet på enheten
- känna till och följa rapporteringsskyldigheten

Vård- och omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför en insats på instruktion eller delegering av sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Legitimerad personal

Har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal.

Enhetschef

Ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelshanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.



Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

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

Är reglerad i lag och förordning och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område. Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. I uppdraget ingår uppföljning och redovisning till ansvarig nämnd. MAS och MAR har delegation från nämnden att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschef

Har ett helhetsansvar för sina respektive områden. De ansvarar bland annat för att den personal och utrustning som krävs finns och att personalen känner till och följer gällande riktlinje och rutiner. Vidare ingår ansvar för att adekvat introduktion och kompetensutveckling samt för att riskanalyser genomförs inför större förändringar i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp sin verksamhet.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Ansvarar för att brukaren får en säker och ändamålsenlig vård och omsorg av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Ansvarar för att kvalitetsgranska och utreda missförhållanden samt att kvalitetsutveckla socialtjänsten.

Sektorchef

Ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar ta fram, fastställa och dokumentera processer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, följas upp och förbättras. Sektorchef har ett övergripande ansvar för att det i ledningssystemet för kvalitet finns rutiner för egenkontroll och riskanalys.

Kommunstyrelsen (KS)

I Kungälv är kommunstyrelsen (KS) vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och omsorg upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

3.1.2.1 Samverkan

Både huvud-, stöd- och ledningsprocesser finns sedan tidigare beskrivna i kvalitetsledningssystemet och det finns rutiner kopplade till processerna. Flera av rutinerna beskriver samverkan inom och mellan olika verksamheter och enheter, t ex anhörigstöd - hälso- och sjukvård - myndighet.

Samverkan i närområdet med Kungälv sjukhus, vårdcentraler och samverkansorganisationen för hälsa och den nära vården i Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn (SIMBA) sker regelbundet för att bland annat stämma av flödet av in- och utskrivningsprocessen samt övriga övergripande planeringsfrågor som berör samtliga. Närvårdsamverkan (SIMBA) sker på såväl politisk- och förvaltningsnivå som på konkret verksamhetsnivå. Samverkan på politisk och ledningsnivå skapar legitimitet och struktur.

Samverkan på mer strategisknivå sker regelbundet genom olika temagrupper inom SIMBA så som Teamgrupp Äldre, Teamgrupp in- och utskrivningsprocessen.

MAS medverkar i samverkansmöten MAS/MAR genom Göteborgsregionen (GR) där kranskommuner och Göteborg ingår.

MAS och verksamhetschef HSL samverkar med MAS och verksamhetschefer i SIMBA kommunerna.

På närområdesmöten medverkar kommun, offentliga vårdcentraler, privata vårdcentraler, psykiatri, primärvårdsrehab, tandvård och Kungälv sjukhus.

SAS medverkar kontinuerligt i ett SAS-nätverk bestående av 13 andra kommuners SASar.

3.1.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

Agera för säker vård

Under 2022 har kommunen genomfört en nulägesanalys kring agera för säker vård och under 2023 kommer en handlingsplan att arbetas fram. Nulägesanalysen visar att det finns ett bra system för avvikelser och en god struktur för att arbeta med dessa frågor, dock behöver verksamheterna skapa förutsättningar för att lära av inträffade händelser och säkerställa att återkoppling sker både till den som rapporterat händelsen men även till berörd verksamhet. Verksamheterna behöver fortsatt arbeta med den enskildes delaktighet i hela vårdkedjan.

Tandvårdshygienist i kommunal verksamhet (TAIK)

TAIK är ett samverkansprojekt mellan Folktandvården och Kungälv som löpt under 4 år. Syftet med TAIK-konceptet är att en icke-klinisk tandhygienist ska vara en integrerad del i kommunal verksamhet genom att vara sakkunnig i munhälso- och tandvårdsfrågor med fokus att säkra kompetens samt kvalitet vad gäller munvård i vård och omsorg. Insatserna riktas till personer som är 65+. Projektet avslutades i december 2022 och har övergått till ett koncept med en driftorganisation inom Folktandvården vilket gör att TAIK kan fortsätta med sina uppdrag inom kommunen under kommande år.

Under 2022 har TAIK utfört olika utbildningsinsatser inom olika områden. Sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård har fått utbildning i bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide), elever på vuxenutbildningen vård och omsorg i Kungälv samt hemtjänsten personalen har fått utbildning i munhälsa och munvård.

Lagen om valfrihetsystem (LOV) och Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Kommunen har privata utförare både inom stöd i ordinärt boende och boende som skriver en egen patientsäkerhetsberättelse. Kommunen har samverkansmöten två gånger per år och avtalsuppföljning en gång per år. En årlig självskattning av kvalitet har skickats ut till samtliga leverantörer.

Samverkansarbete inom psykiatri

En så kallad "Skavdag" har genomförts mellan kommun och region för att lyfta frågor kring psykiatrisk vård och förbättra samverkan mellan de olika verksamheterna.

Myndighet

Socialtjänsten har ett ansvar att stödja, hjälpa och skydda barn som riskerar en ogynnsam utveckling eller riskerar att fara illa. Den interna samverkansgruppen mellan barn, unga och gemensamt (BUGE) arbetar bland annat för att förhindra och förkorta placeringar. Inom mottagningsenheten har ett aktivt arbete fortsatt för att skapa relationer med anmälningspliktiga verksamheter och vara tillgängliga för råd och stöd. Ett särskilt fokus under året har varit riktat mot skolverksamheten och polisen i Kungälv kommun. En annan samverkansform är SSPF (Skola, Socialtjänst, Polis och Fritid).

Teammöten

Ett omtag för teamsamverkan har genomförts och rutin har reviderats och fastställts inom sektorn. Rutinen ska tydliggöra arbetssätt, roller och ansvar i samverkan.



Vård- och omsorgsboenden

Äldreboenden ser behov av att utveckla samverkan med anhöriga och närstående genom strukturerade former för att förebygga och minimera kvalitetsbrister. Anhöriga och närstående har mycket god kännedom om deras anförvant vilket är av stor betydelse för hur omsorgen kan säkerställas.

3.1.2.3 Informationssäkerhet

Klassning av olika verksamhetsystem

Under hösten genomfördes en riskbedömning och klassning av olika system. Bland annat klassades Pascal (ett system för läkemedelsordinationer), NetID (Svensk e-legitimation) och TES (ett planering- och schemaläggningssystem). Klassning skedde också av Phoniro (ett system för nyckelfria lås), Treserva (sektorns verksamhetssystem), MCSS (digitala signeringssystem för läkemedel och insatser) och HSA - katalogen (en samlad databas av personal). Personal som medverkade på klassningarna var enhetschefer, omvårdnadspersonal, systemförvaltare, SAS, MAS och digitaliseringsledare.

Kontinuitetsplaner

Kontinuitetsplaner för utförarverksamheter och kommunal hälso- och sjukvård är framtagna och fysiska pärmar finns på alla enheter.

Avbrott i verksamhetssystemet Treserva

Det har varit fem planerade stopp och sex oplanerade stopp som berör Treserva. Verksamheten har under tiden inte kommit åt uppgifter i Treserva. Vilket har inneburit att verksamheten har arbetat analogt enligt kontinuitetsplanen.

3.2 Adekvat kunskap och kompetens

Kompetensförsörjningsplan

Under året har arbetet med sektorns kompetensförsörjningsplan kommit igång. Planen utgår ifrån den kommunövergripande planen och grundas i Sveriges Kommuner och regioners (SKR) nio strategier för att möta kompetensutmaningen samt ARUBA-modellen (modell inom HR - Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla och Avveckla) som beskriver hur verksamheterna ska arbeta med att attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avveckla medarbetare.

GR tar fram en karriärvägsmodell för att skapa en organisation som bidrar till ökad kompetens. I Kungälv är en projektgrupp tillsatt som tittar hur detta arbete ska säkerställas och vad det kommer betyda för verksamheterna. Modellen bygger på olika titlar utifrån utbildningsnivå. Exempel, Biträde - Vårdbiträde - Undersköterska - Specialistundersköterska. Mellan de olika yrkesrollerna kommer arbetsuppgifterna differentieras för att rätt kompetens ska finnas på rätt plats i verksamheten.

En lärande organisation formas för att säkerställa kompetenspåfyllnad i samtliga led.

Vård- och omsorgscollege (VOC)

VOC har genomgått en certifiering för kommande femårsperiod. I detta arbete har sex mål identifierats på vägen mot att säkerställa kompetensförsörjningen inom vård- och omsorg.

1. Erbjudna handledarutbildning steg 1,2 och 3 i den utsträckning verksamheten behöver för att tillgodose behovet av handledare.
2. Arbeta språkutvecklande.
3. Erbjudna trygga APL-platser med utbildade handledare och inom alla berörda yrkesområden till alla studerande inom VO-College Kungälv.
4. Öka attraktionskraften och behålla personalen i vård- och omsorgsyrkana.
5. Öka antalet sökande till vård- och omsorgsprogrammet på Mimers hus i Kungälv för att bidra till kompetensförsörjning i kommunens verksamheter.
6. Möjlighet att validera befintlig personal som saknar formell utbildning.



Hbtq

Alla nya medarbetare inom Trygga ungdomsmiljöer (TUM) och boendestödet genomgår en utbildning i hbtq då verksamheten är certifierad.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Utbildning i Kvalitets-och patientsäkerhetsarbete via GR med Susanne Wallin Petterson. Påbörjades under hösten 2022 och slutfördes i februari 2023. Utbildningen har vänt sig till enhetschefer och legitimerad personal och fokus är på ansvar för såväl brukarsäkerhet som patientsäkerhet, kvalitetsledningsuppdraget, teamledning, avvikelshantering, riskanalyser och resultatanalyser.

ViSam och Cfs

Den legitimerade personalen har under året gått utbildning i VISAM beslutsstöd och Clinical frailty scale (CFS), båda systemen stödjer arbetet kring bedömning av patienten. VISAM beslutsstöd stödjer bedömning av vilken vårdnivå som patienten bör vårdas på och CFS bedömer skörheten hos den enskilde. I samverkan mäts regelbundet om patienter vårdas på rätt vårdnivå genom att följa de patienter som skickats till sjukhus. Resultaten under hösten 2022 visade på förbättrade resultat som vi härleder till de utbildningar som varit under året.

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser för den enskilde. Utbildning i SIP har erbjudits digitalt.

Förflyttningsteknik

Under året har förflyttningsteknikutbildningar återigen kunnat startas upp. Under hösten ökades antalet tillfällen samt deltagare per grupp – detta för att återigen kunna säkerställa adekvat kompetens för omvårdnadspersonal inom hemtjänst, VOB och funktionshinder. Elever från Omvårdnadsprogrammet, Vuxenskolan samt privata aktörer så som Attendo har köpt utbildningstillfällen. Sommarvikarier har med hjälp av digitalt material kunnat genomgå utbildning som komplement till övrig utbildning. Totalt 19 tillfällen har genomförts med 147 antal deltagare.

Rehabombudsutbildning inom vård- och omsorgsboenden

Rehabombudsutbildningar genomfördes återigen under hösten med syfte att öka kunskapen kring grundutrustning samt att ge ökad förståelse för vardagsrehabilitering.

CRAFT

Två av anhängkonsulenterna som arbetar med anhöriga till närstående under 65 år har under året gått CRAFT utbildning med syfte att lära anhöriga att förändra dynamiken i relationen med närstående. CRAFT rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer som insats för anhöriga.

BPSD

Under året har legitimerad personal gått utbildningar i BPSD och har påbörjat internutbildningar för omsorgspersonal som arbetar med personer med demenssjukdom.

Läkemedelsutbildningar

Inför delegering genomförs internutbildningar av legitimerad personal för den personal som ska få en delegering. Utbildningen sker i flera steg och avslutas med ett kunskapstest. Klarar personalen utbildningen och test går de vidare till att eventuellt få sin delegering av ansvarig sjuksköterska på den arbetsplats där man arbetar. Under året anmäldes 710 personer till utbildningen, 469 närvarade och av dessa fick 389 en delegering.

Hygienutbildningar

Har erbjudits för hygienombud och enhetschefer vid tre tillfällen under hösten. Utbildningen hölls av MAS och hygiensjuksköterskan. En ny författning kom under hösten HSLF-FS 2022:44



"Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS" som tydliggör enhetschefs ansvar.

ROAG (riskbedömning av ohälsa i munnen)

För bedömning av munstatus har utbildning givits av TAIK under hösten till alla sjuksköterskor.

Förskrivning av tandvårdskort

Kommunen ansvarar för att identifiera personer som har rätt till tandvårdskort. Förskrivare av tandvårdskort måste genomgå en digital utbildning i förskrivning av Tandvårdskort.

Dietist

Har haft gemensamma utbildningar och kostmöten mellan kök inom äldreomsorg och omsorgspersonal har genomförts i syfte att samverka mer omkring special kosten och för att öka förståelse och kommunikation mellan kök och vård.

Utbildning gentemot LSS: Fem utbildningstillfällen om "Bra mat för alla" med totalt 44 deltagande har genomförts. Utbildning gentemot äldreomsorgen Bra mat för äldre" har också givits.

Äldreomsorgslyftet

Under året har åtta chefer inom äldreboendena påbörjat utbildning inom Äldreomsorgslyftet i syfte att höja kompetensen i ledningsgruppen med fokus på ledarutbildning. Utbildningen har erbjudits på arbetstid motsvarande 25%. Under året har sex stycken valt att avsluta utbildningen då förutsättningarna att studera och leda verksamhet har varit svårt utifrån behovet av nära ledarskap och styrning i verksamheten.

37 medarbetare inom vård- och omsorgsboenden har läst via äldreomsorgslyftet till undersköterska, varav nio har tagit examen under året. Det har inneburit ett värdefullt kunskapslyft. Några utbildar sig fortfarande och några har valt att avsluta sin utbildning.

Fortsatt satsning på kompetensutveckling

Ett av de stora behoven av utbildning och kompetensutveckling är inom det svenska språket. Att bli förstådd och göra sig förstådd kan ses som en självklarhet. Dock kan verksamheten konstatera att många av våra nya fantastiska medarbetare har vissa svårigheter i det svenska språket vilket kan medföra risk för vårdskada eller kvalitetsbrister. Under året har Vård- och omsorgscollege beslutat att arbeta aktivt med språkutvecklande arbetssätt på arbetsplatserna för att på så sätt utveckla former och metoder för språkstärkande insatser.

Myndighet

Inom myndighetsutövningen har medarbetarna gått utbildning i standardiserade bedömningsverktyg som till exempel FREDA-kortfrågor (våld i nära relationer) och Patriark (bedömning av risk vid hedersrelaterat våld). Medarbetarna har också gått basutbildning om våld i nära relationer, MI, IBIC, Hoarding och samlarproblematik, SIP, Signs of Safety, yrkesresan (barn) och Tejping (metod för att underlätta kommunikation med hjälp av visuell gestaltning), handläggning för familjehem, Kälvestenintervjun och utbildning för utbildare; ett hem att växa i.



3.3 Patient, brukare och närstående som medskapare

Anhörigstöd för närstående över 65 år

Anhörigstödet har genomfört ca.150 enskilda samtal för de med närstående över 65 år (varav 50 av dessa är nyetablerade kontakter). Även stödjande telefonsamtal av informativ karaktär har hållits.

”Ljuspunkten” är en öppen träffpunkt för anhörigvårdare och under året har 42 samlingar med i snitt 20 besökare kunnat genomföras. Samtalsgrupper hålls utifrån behov och i år har fyra grupper med åtta deltagare träffats en gång/månaden.

Samtalsgruppen ”Augusta” har samlats vid 15 tillfällen där 15 anhörigvårdare deltagit. Samtidigt som samtalsgruppen hålls erbjuds de närstående en stunds aktivering på Seniorträffen Centrum på Kvarnkullen, detta för att möjliggöra sammankomsten för de anhöriga som vårdar de närstående dygnet runt. Sex nyrekryterade anhörigvårdare har vid fem tillfällen gått en introduktion ”Att hantera sin vardag” för att under 2023 fortsätta i samtalsgruppen ”Augusta”.

Den så kallade ”Särboträffen” som hålls en gång/månaden är en samtalsgrupp för anhöriga med närstående på ett särskilt boende. Tre samlingar har hållits för gruppens 15 medlemmar.

Under hösten har även en samtalsgrupp bestående av vuxna barn till föräldrar med behov av stöd i sitt dagliga liv, kunnat mötas vid två tillfällen.

Anhörigstöd för närstående under 65 år

Anhörigstödet för de med närstående under 65 år har ökat under året. Från 152 samtalskontakter år 2021 till 392 samtal år 2022. 45 nyetablerade kontakter har genomförts.

Anhöriga till vuxen person med missbruk

Efter att flertalet anhöriga efterfrågat samtalsgrupp, startas gruppen "Anhöriga till vuxen person med missbruk" med träffar en gång/månaden. Mellan fem-tio anhöriga har deltagit. Anhöriga önskar träffa andra i samma situation för att minska känslan av ensamhet och för att stärka sitt eget mående.

Övriga aktiviteter inom Anhörigstödet

Anhörigstödet har under året bidragit med föreläsningar med tema ”Psyisk ohälsa och missbruk” på Mimerns Hus under den nationella anhörigdagen. Varje år anordnas en tredagars vistelse på Piperska Lundsbrunn för vila och rekreation, så också i år vilket var mycket uppskattat.

Anhörigkonsulenterna ingår i nätverket Tjörn, Ale, Lilla Edet, Kungälv och Stenungsund (TALKS).

Samverkan med korttidsavdelningen Ytterbyhemmet, demensteam, geriatrikläkare Christina Lundbom-Wikman, TAIK, vårdcentralerna, psykiatri Kungälv sjukhus m.m. har under året utvecklats.










Planering för matsedel på vård- och omsorgsboende

Säkerställer att önskemål, tankar, synpunkter från enskilda hyresgäster eller från matråd kommer till matsedelplaneringsgruppen som består av köksmästare och måltidsutvecklare.



4 Agera för god kvalitet och säker vård

4.1 Egenkontroll

Egenkontroll	Bedömning	Kommentar
 Händelselogg Treserva	Ej godkänd	Loggar har endast kunnat tas ut under första kvartalet. Har ej kunnat genomföras kvartal två och tre på grund av att Treserva inte kunnat få fram slumpmässigt utvalda användare.
 Genomför frågeformulär - Kvalitet	Godkänd	
 Utredningstid 0-20 år skall ligga inom 4 månader om inte beslut om förlängning finns.	Delvis godkänd	
 Utredning inom försörjningsstöd ska vara klar inom 3 veckor	Ej godkänd	Tertial 2; 206 utredningar Ekonomiskt bistånd har handlagts (Gemensam mottagning och Stöd och försörjning). Utav dessa har 130 slutförts inom tre veckor vilket motsvarar 63 %.
 Genomför frågeformulär - Patientsäkerhet	Godkänd	
 Enheten identifierar risker för kvalitetsplan 2022	Godkänd	
 Verksamhetens ledningsgrupp identifierar risker för kvalitetsplan 2022	Godkänd	Genomförd och tolv nya risker är identifierade för sektorn inför 2023.
 Genomför frågeformulär - självskattning hemtjänst	Godkänd	
 Uppdatera Läkemedelshantering - lokal instruktion och Lokala hygienrutiner	Delvis godkänd	Endast fyra rapporter har inkommit vilket betyder att det är svårt att utvärderad från dessa då dessa fyra föll väl ut. Då MAS är medveten om att nyckhanteringen inte är optimal inom boenden inom LSS där de inte har en digital hantering utan använder sig av fysiska nycklar vilket gör att rutinen kring nyckhantering inte alltid följs.

Övriga egenkontroller

Årligt utskick till nejsägare gällande uppsökande verksamhet från folktandvården om de ångrat sitt nej och i stället vill tacka ja till erbjudandet.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

Ett kvalitetsråd har startats upp med syftet att se över kvalitetsledningssystemet för att ge stöd i det systematiska kvalitetsarbetet.

Rutin för synpunkter- och klagomål är reviderad och implementerad.

Varje utredning av Lex Sarah återkopplas till berörd arbetsgrupp och varje kvartal redovisas Lex Sarah och Lex Maria till ledningsgrupper, sektorledning och sociala myndighetsnämnden för att lära av det som har inträffat, ge goda exempel på åtgärder samt för att förhindra att något liknande inträffar igen.



Utbildning i Kvalitet- och patientsäkerhetsarbete har genomförts för enhetschefer och legitimerad personal.

På NO - möten (närområdes möten) diskuteras avvikelser i samverkan mellan region och kommun.

4.2.1 Vårdskada/Lex Maria

MAS har utrett flera avvikelser i samverkan med enhetschefer. Under året har två Lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En händelse avslutades direkt från IVO där det bedömdes direkt att vårdskada inte har skett. Medan den andra som beskrev brister i insatser som orsakat trycksår och brister i dokumentation har ännu inte återkopplats.

Under orsaker till brister i dokumentation framkommer det att det är att en hög arbetsbelastning på sjuksköterskorna vilket gör att dokumentationen i vissa fall har brutit.

4.2.2 Lex Sarah

Lex Sarah reglerar anställdas med fleras skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i ärenden enligt SoL och LSS. Lex Sarah innebär skyldighet att utreda, dokumentera och avhjälpa/undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande som rapporterats. Skyldigheten gäller för den som driver verksamheten.

Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter utredning anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med Lex Sarah är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Antalet rapporter om missförhållanden enligt Lex Sarah är högre 2022 (61) jämfört med 2021(31). Till viss del kan detta kopplas samman med att SAS varit aktiv med att informera om medarbetarnas rapporteringsskyldighet vilket troligtvis lett till en ökning av antalet inkomna rapporter.

Tio utredningar enligt Lex Sarah har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under året. IVO granskar om huvudmannen har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. Om åtgärder har vidtagits för att häva missförhållandet och bakomliggande orsaker har identifierats, samt om åtgärder är planerade för att förhindra upprepning av liknande missförhållande. Om IVO bedömer att huvudmannens utredning följer gällande bestämmelser och att åtgärder vidtagits avslutar IVO ärendet. I sex anmälda Lex Sarah-utredningarna har IVO avslutat ärendet. Fyra är fortfarande pågående hos IVO.

4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

Kvalitetsråd

Ett kvalitetsråd har startats upp och sektorns uppdrag till representanterna från de olika verksamhetsområdena och andra stödfunktioner, är bland annat att vara med i översynen och revidering av kvalitetsledningssystemet, processerna och rutinerna. De ska vara sakkunniga i kvalitetsfrågor och veta vad som är på gång och vara ingången till ledningsgrupperna. Syftet är att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet.

Granskning av Apoteket AB

Det genomfördes på kommunalt akutläkemedelsförråd (KAF) och ett boende inom LSS.

En granskning gjordes av en farmaceut och det framkom kritik. KAF som är ett läkemedelsförråd som regionen står för men kommunen står för lokal. Det är till för att underlätta sjuksköterskornas arbete och tillgänglighet av läkemedel vid insättning av akutläkemedel till patienter. Kommunen har två sådana förråd. Vid denna tillsyn framkom bland annat brister som ska hanteras av ledning. Det är en för liten



lokal, trånga utrymmen där bristande förutsättningar gör att det är svårt att hantera läkemedel på ett säkert sätt och en föråldrad kyl som behöver bytas ut.

På boendet inom funktionshinder fanns vissa påpekanden. Det framkom att sjuksköterskorna har ett för stort antal delegeringar, exempelvis så har sjuksköterskorna inom LSS över 100 delegeringar. Det framkom också brister kring följsamheten av rutinen för läkemedelsskåpsnyckel. Alla verksamheter har inte gått över till "Phoniroskåp" och på vissa enheter hängde nycklarna till brukarens dörr och läkemedelsskåp på samma knippa. Det innebär att ej delegerad personal för läkemedelshantering har tillgång till läkemedelskåpen.

Det framkom också vid vårdcentralbesök (eller andra besök i vården så som specialistvården) att informationen ibland endast går till omvårdnadspersonal istället för från läkare till sjuksköterska. Personal eller anhöriga ska inte ansvara för att information från vårdbesöket når sjuksköterska.

Tillsyn från IVO

Under våren utlämnades ca 350 journaler till IVO för granskning. Resultatet av journalgranskningen följdes upp under v.46 när IVO besökte verksamheten och intervjuade patienter, sjuksköterskor och ansvarig inom kommunen. Granskningen visar på brister i dokumentation, kompetens- och språkbrister hos omsorgspersonal samt brister i läkarmedverkan. Under 2023 kommer en handlingsplan tas fram.

4.4 Säker vård och omsorg

Vård- och omsorgsboenden

En stor utmaning inom äldreboende, förutom språksvårigheter bland personal, och nya komplexa målgrupper är också bemanningen i verksamheten. Allt fler äldre med ökat vårdbehov flyttar in på våra äldreboende varav många av dessa kräver dubbelbemanning vid förflyttning. Under året har försörjningsstureorna ökat med 100% vilket visar på det stora omsorgsbehov som förekommer. Vidare har de delegerade hälso- och sjukvårdsinsatserna ökat för omsorgspersonalen.

I tider då det är svårt att rekrytera och bibehålla personal samt säkerställa rätt kompetens kan verksamheten konstatera att det förekommer risker i hur väl omsorgen tillgodoses. Antalet avvikelser, Lex Sarahrapporter och synpunkter från anhöriga visar på brister såsom bemötande, bemanning och insatser som inte blir genomförda.

Stöd i ordinärt boende

Kommunala utförare av hemtjänst har skapat en enhet som enbart arbetar med personer med demenssjukdom. För att säkerställa evidensbaserat arbete har verksamheten valt metoden att arbeta med BPSD som är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med kvalitetsregistret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska BPSD och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Alla uppgifter i BPSD-registret skrivs in i ett webbaserat system, där verksamheterna kan följa och skriva ut statistik över sina resultat. Syftet med statistiken är att resultat ska användas dels för förbättringar på individnivå, men också att enheten ska använda och arbeta med sina resultat i förbättringsarbete på enhetsnivå. I BPSD-registret går det att följa resultat på olika nivåer och data ger underlag till förbättringsarbeten på individ-, enhets-, kommun-, läns- och riksnivå.

Kommunala utförare av hemtjänst har under året anställt specialistundersköterskor (omsorgshandledare) som ska metod stödja sina kollegor i det nära vård och omsorgsarbetet samt utbilda och handleda nya medarbetare och studenter.

Alla medarbetare inom sektorn har genomgått en utbildning i Nära vård för att på så sätt öka kunskapen och bidra till en så sömlös vårdkedja som möjligt för den enskilde.



4.4.1 Riskhantering

Sektorn hade inför året tagit fram ca 50 risker. Det har inte varit möjligt att arbeta med samtliga risker utan det har funnits behov av att prioritera ett fåtal av de framtagna riskerna. Under hösten har nya risker för 2023 tagits fram.

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Digitalisering

Målet med Kungälv kommunprogram Digitalisering av Kungälv kommun (KS2019/1437) är att:

- Förenkla vardagen
- Smartare förvaltning
- Ökad digital förmåga

Funktionshinder

I programmets olika strategier beaktas tillgänglighet- och funktionshinderperspektivet. Utifrån sektor Trygghet- och Stöds underliggande digitaliseringsplan sker olika aktiviteter i verksamheterna.

AllAgeHub

Kommunen medverkar i AllAgeHub där olika tester genomförs. Inom funktionshinder har personal haft möjlighet att få utbildning i Widgit Go (digitalt kommunikationsstöd) och MEMOplanner (digitalt planeringsstöd). För att ännu bättre möta deltagares förmågor och behov fortlöper arbete med att stärka personalens digitala förmåga.

Sektorn har utsedd testledare som lokalt driver arbetet med tester av välfärdsteknik. Testledaren har spridit dessa erfarenheter i olika regionala sammanhang som Funktionshinderdagarna, GR:s dag för Nära vård och programpunkten "Att leda digital utveckling i kommunal verksamhet". Testledaren har även medverkat i en interaktiv berättelse om AllAgeHub. Under hösten arrangerade Hälsofrämjande och förebyggande enheten MiniExpo, där 14 företag visades teknik i syfte att äldre ska kunna vara delaktiga, självständiga och trygga med bibehållen integritet.

Status för tester AllAgeHub i berörda verksamhetsområden

Test Funktionshinder (LSS Boende och Daglig verksamhet)

- Öka individens självständighet genom att besöka okända platser. Slutrapport publiceras i början av 2023.
- Öka individens självständighet genom att ge möjlighet till struktur och kommunikation i vardagen. Genomförande pågår.
- Testplan är påbörjad kring virtual reality glasögon (VR 2).

Test Vård och omsorgsboende

- Motverka ofrivilligt vändande av dygnet som leder till otrygghet. Slutrapport publiceras i början av 2023.
- Förflyttning i säng. Slutrapport publiceras i början av 2023.
- Förflyttning i säng via ny produkt. Genomförande av test pågår.
- Självständighet vid toalettbesök. Toaletter är installerade. Utbildning i steg två sker i början av januari.

Test Sociala Resurser

- MEMOplanner är en digital kalender avsedd för personer som behöver ett utökat kognitivt stöd när det gäller tid, struktur, planering och grafisk tydlighet. Test pågår och avslutas i januari 2023.



Testbädden AllAgeHub är ett treårigt projekt på initiativ av de tretton medlemskommunerna i Göteborgsregionen (GR) med GR som projektägare. Projektperioden är maj 2020 – juni 2023. AllAgeHub finansieras av Vinnova, Västra Götalandsregionen och medfinansieras av GR-kommunerna.

Aldre

Utifrån sektorn Trygghet och Stöds digitaliseringsplan är nedanstående aktiviteter pågående eller har genomförts:

- All personal som arbetar i hemtjänst och legitimerad personal har nu har en personlig mobiltelefon, vilket möjliggör införande av mobila arbetssätt som exempelvis användande av TES-app, tillgång till rutiner i telefonen samt genomföra digitala inköp i ordinärt boende.
- Under 2023 införs dokumentationsprogram i telefonerna, som ska resultera att personalen kan tillbringa mer tid hos brukare och patienter. Programmet möjliggör även att personalen alltid har tillgång till samlad information.
- En Inspirationsvecka om digitalisering för invånare genomfördes under hösten.
- På kommunens hemsida har den s.k. Digitaliseringshjälpen skapats. Här kan besökare som vill veta mer eller känner sig osäkra kring digitala tjänster och digital teknik få tips och råd.
- Ett välfärdstekniksbibliotek är under uppbyggnad där verksamheterna ska kunna låna olika produkter. Syftet är testa produkter för att själva se nyttan innan inköp görs. Uppbygganden finansieras via statsbidrag.
- Tre stycken YetiTablets (Stora Aktivitets/surfplattor) har köpts in för statsbidrag.
- På vård och omsorgsboende genomförs tre tester inom testbädden AllAgeHub. Behoven som testerna utgår från är Självtändighet vid toalettbesök, Ofrivilligt vändande av dygnet som leder till otrygghet, Förflyttning i säng. Resultat av dessa tester kommer under 2023.
- E-Tjänst har införts för dödsboanmälan. Fler E-Tjänster kommer lanseras under 2023.



4.5.1 Avvikelser

Avvikelser	Utfall år 2022	Utfall år 2021
Antal rapporteringar gällande brister i bemötande	56	30
Antal rapporteringar gällande brister i handläggning	123	57
Antal rapporteringar gällande brister i dokumentation	62	42
Antal rapporteringar gällande brister i kommunikation och information	127	78
Antal rapporteringar gällande brister i omsorg	478	370
Antal rapporteringar gällande våld och övergrepp	83	49
Antal rapporteringar gällande utebliven eller fördröjd insats	498	340
Antal rapporteringar gällande brister i vård och behandling	69	44
Antal rapporteringar gällande brottslig handling	1	9

Avvikelseyp	Utfall år 2022	Utfall år 2021
Avvikelse från annan vårdgivare	24	34
Avvikelse skickad till annan vårdgivare	100	55
Avvikelse där läkemedel varit inblandade	1642	1721
Falolycka som leder till ingen eller mindre kroppsskada	1809	1803
Falolycka som leder till allvarlig kroppsskada	32	0
Avvikelse där medicinteknisk produkt varit inblandad	145	111
Utebliven behandling	12	15
Felaktig behandling	4	8
Brist i informationsöverföring som leder till avvikelse	69	73
Infektioner som har uppkommit under vårdtiden	9	1

Avvikelser (internt)

Avvikelser rapporteras in av den som upptäcker händelsen och ska hanteras i verksamheten av ansvarig enhetschef och med hjälp av legitimerad personal. Enhetschef ansvarar för att arbeta med att säkra upp så avvikelser inte händer igen. Enhetschef skickar allvarliga avvikelse som är graderade som tre eller fyra till MAS/MAR eller SAS för kännedom och eventuellt vidare hantering.

Det sker över 1,2 miljoner signeringar av HSL - insatser under ett år. Som tabellen ovan visar rör avvikelser ca 0,15 procent av de utförda HSL-insatserna. Dock är alltid målet att inga avvikelser ska finnas.

Fall är den avvikelse som förekommer mest men ett stort antal avvikelser gäller också läkemedel och läkemedelshantering. Vid dessa avvikelser ska alltid kontakt tas med sjuksköterska.

Brist i omsorg och/eller utebliven eller fördröjd insats förekommer vid flest avvikelser inom SoL/LSS och ökningen kan till viss del härröras till att man arbetat systematiskt med att informera om sin rapporteringsskyldighet och att avvikelser ska rapporteras.

Avvikelser (externt)

Under två års tid har externa avvikelser rapporterats i MedControl PRO. Ett system som hanterar avvikelser mellan bland annat kommun, vårdcentral och sjukhus eller andra externa parter. Under året har kommunen rapporterat 100 avvikelser. Ett flertal har kommit från biståndshandläggare som vid vårdplanering på sjukhuset upplevt dåligt förberedda brukare/patienter och närstående. Det kan till



exempel handla om att brukaren/patient inte fått information om sin hälsostatus och/eller blivit lämnade ensamma vid vårdplaneringen eller andra tekniska problem. Även legitimerad personal har rapporterat in om svårighet att få tag på läkare och tillgänglighet av läkare på vårdcentralerna. Händelser som också beskrivits är när patienter kommit från sjukhuset och det funnits brister i läkedelsbehandling så som avsaknad av läkemedel och ordinationer.

Utav de 24 inkomna avvikelserna till kommunen har det bland annat handlat om att fel provrör eller remiss används vid provtagning, ej uppdaterad aktivitet- och funktionstillstånd i SAMSA (planeringsverktyg) eller att vårdplanering blivit fördröjd.

4.5.2 Klagomål och synpunkter

I Kungälv kommun finns det en kommungemensam klagomåls- och synpunktshantering. Inom socialtjänst- och hälsosjukvårdsprocesserna finns det goda rutiner för hur klagomål och synpunkter ska hanteras och rapporteras.

Inom socialtjänsten (myndighet) handlar klagomålen främst om frågor och synpunkter kopplade till handläggning och bemötande samt frågor från den enskilde där den enskilde har svårigheter att förstå socialtjänstens tillvägagångssätt och process.

Vård- och omsorgsboenden

Under året har flera av de klagomål och synpunkter som framförts inom äldreboendena i hög grad rört bemanningssituationen och de språkutmaningar som verksamheten har. Förväntningarna och kraven från anhöriga och närstående är höga. Det råder stor diskrepans mellan förväntad omsorg och utförd omsorg vilket medför att medarbetare känner sig otillräckliga och stressade. Genom att tydliggöra riktlinjer för vad man kan förvänta sig på ett äldreboende kan denna diskrepans minimeras.

Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården har synpunkterna under året handlat om bedömning av patient, ej uppdaterad information kring vård och behandling samt hantering av skyddsutrustning.

4.5.3 Brukarundersökningar

Brukarundersökning via SKR (Sveriges kommuner och regioner) har genomförts inom gruppboendestäder, daglig verksamhet, boendestöd och på Aktivitetshuset. Resultaten var övergående bra, dock var svarsfrekvensen låg och alla gruppboendestäder och dagliga verksamheter deltog ej. Undersökningen kommer att genomföras även under 2023.

Inom äldreomsorgen genomfördes Socialstyrelsens brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". I resultatet för hemtjänst äldreomsorg (helhetssyn) så placerar sig verksamheten i mitten när det gäller jämförelser med kommuner i riket. När det gäller resultatet för särskilt boende äldreomsorg (helhetssyn) så placerar sig verksamheten något sämre när den jämför sig med andra kommuner i riket.

4.5.4 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

I KKiK redovisas resultat inom några viktiga områden som är intressanta för invånarna. Resultaten har ambitionen att beskriva kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Det nationella projektet KKiK omfattar övervägande delen av Sveriges kommuner.

4.5.4.1 Stöd och omsorg

Mått	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	85%	82%	82%	82%
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	10	9	17	9
Kostnad individ- och familjeomsorg, kr/inv.		4 516	4 115	3 794
Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde	381	821		
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	77%			
Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL, LSS, SFB), minus ersättning från FK enl. SFB, kr/inv.		8 416	7 916	7 427
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	65	50	83	75
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	17			16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	35%	52%	40%	48%
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	71%		81%	73%
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	89%		89%	89%
Kostnad äldreomsorg, kr/inv. 80+		219 973	222 289	220 538

4.5.5 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser utifrån en mängd indikatorer som visar på kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheterna.

En årlig genomgång av kommunens inrapporterade data, i jämförelse med övriga riket och de mål som Socialstyrelsen följer upp, ger ett bra underlag för fortsatt verksamhetsutveckling. I detta avsnitt belyses de områden där Socialstyrelsen gör öppna jämförelser inom socialtjänsten.

I SKR:s Kolada presenteras Socialstyrelsens öppna jämförelser utifrån kvalitetsområdena:

- *Tillgänglighet*
- *Helhetssyn och samordning*
- *Kunskapsbaserad verksamhet*
- *Trygghet och säkerhet*

Sammantaget har Kungälv kommun goda resultat när det gäller tillgänglighet då indikatorn mäter tillgänglighet utanför kontorstid där Kungälv kommun har avtal med Socialjouren i Göteborgs stad.

Kungälv har vidare goda resultat när det gäller helhetssyn och samordning då indikatorerna mäter samverkansavtal och interna rutiner. Verksamheten använder också standardiserade



bedömningsinstrument inom exempelvis missbruk och våld i nära relation. Inom samtliga områden har verksamheten identifierat behov av att utveckla arbetet kring systematisk uppföljning av insatser vilket påbörjats.

4.5.5.1 Äldreomsorg

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun har verksamheten en skriftlig rutin för att upptäcka och hantera våldsutsatthet inom äldreomsorgen och använder FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet. Rutin för handläggare inom äldreomsorgen vid misstanke om missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel saknas. Arbeta med att ta fram rutin för missbruk eller andra beroendeframkallande medel inom äldreomsorgen, rutin vid missbruk av läkemedel och att införa instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion (AUDIT) är planerat för 2023. Biståndsenheten har en intern samverkan med Vuxenenheten när det finns indikation på missbruk.

4.5.5.2 Ekonomiskt bistånd

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun använder verksamheten en strukturerad utredningsmall som även inkluderar barns situation. Individuella planer upprättas för de flesta inom tre månader och följs upp. Verksamheten har enskilda möten med båda parter i ett hushåll och arbetar för att säkerställa att kvinnor och män blir bemötta och bedömda på lika villkor samt att det stöd och de insatser som erbjuds är utformade utifrån individuella behov. I samband med nybesök ställs i de enskilda mötena även rutinmässigt frågor om våld i nära relation.

Arbetsförmedlingen, Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Delegationen för unga och nyanlända (Dua) genomförde under 2021 åtta samverkansdialoger för att utveckla en ny struktur för samverkan. Dialogerna pågick även under 2022. I december 2022 togs det mot bakgrund av det nationella arbetet fram en lokal överenskommelse för samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Kungälv kommun.

4.5.5.3 Social barn- och ungdomsvård

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

Kungälv kommun ligger 10 % över riket avseende antalet 17-åringar som fullföljt grundskolan. Även andelen 20-åringar som varit delvis placerade under åk 9 är högre än i riket.

2020 var andelen 15-16-åringar med långvarig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka för ej placerade 2,6 % vilket är i nivå med riket. Andelen för 15-16-åringar som varit delvis placerade under åk 9 var 15,63 % vilket är långt över rikets 8,8 %. Även andelen 15-16 som inte är långvarig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka ligger över riket (20,31 jämfört rikets 13,3).

Verksamheten har rutiner för intern samverkan, samverkans forum och aktuella överenskommelser avseende extern samverkan i enskilda ärenden. Överenskommelser finns med exempelvis skolan och polisen. Verksamheten arbetar även med Samordnad Individuell Plan (SIP) i enskilda ärenden inom barn och unga. Handläggare som utrett barn som utsatts eller bevittnat våld har fått fortbildning om våld i nära relation. Verksamheten använder sig av FREDA-kortfrågor för att fråga om våld i enskilda ärenden. Anlitade familjehem och jourhem har fått den grundläggande utbildningen *Ett hem att växa i*.

4.5.5.4 Missbruks- och beroendevård

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun erbjuds tid för nybesök inom 8-14 dagar. Akuta besök prioriterades alltid. Verksamheten följer Socialstyrelsens riktlinjer och använder ASI som bedömningsmetod och



uppföljning. Avseende den arbetsrehabiliterande insatsen IPS så är det en efterfrågad insats som inte funnits tillgänglig för målgruppen under 2021.

4.5.5.5 Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun finns det överenskommelser på övergripande nivå med bostadsföretag/hyresvärdar. För extern samverkan i enskilda ärenden saknas överenskommelse. Kungälv kommun har en uppsökande verksamhet för akut hemlöshet och uppsökande verksamhet för de som riskerar att förlora sitt boende. Aktuell rutin för att förhindra avhysning av barnfamiljer är inte formaliserad men det finns ett strukturerat arbetssätt som också, utifrån barns situation, inkluderar samverkan med Barn-unga och familjeenheten. Rutin planeras att tas fram och beslutas under 2023. Verksamheten efterfrågar insatsen *Bostad först* och dialog sker om införande.

4.5.5.6 Våld i nära relationer

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun erbjuds kvinnor och män som vålds utsätter annan person stödsamtal utan biståndsbeslut. Verksamheten har arbetssätt för att säkra skolgången för barn i skyddat boende men saknar skriftlig och beslutad rutin. Under 2022 påbörjades arbete med att ta fram anvisning som kommer vara klar under 2023.

Handläggare som utreder barn som utsatts för/bevittnat våld och handläggare som utreder vuxna har under 2021 fått fortbildning om våld i nära relationer. Verksamheterna använder sig av FREDA-kortfrågor för att fråga om våld i enskilda ärenden.

4.5.5.7 Stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun har verksamheten inte använt arbetssättet IBIC under 2021. IBIC har emellertid implementerats under 2022 och kommer att användas fullt ut under 2023. Verksamheten har rutiner för att uppmärksamma och hantera våldsutsatthet samt använder sig av FREDA-kortfrågor för att fråga om våld i enskilda ärenden. Skriftliga överenskommelser avseende extern samverkan i enskilda ärenden finns med ett flertal myndigheter så som Försäkringskassan (ej för barn), Arbetsförmedlingen, Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Vuxenpsykiatri och Vuxenhabiliteringen.

4.5.5.8 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun saknas uppsökande verksamhet som är riktad till personer med psykisk funktionsnedsättning. Brist på uppsökande verksamhet i kommunen kan innebära att den enskildes behov av stöd inte upptäcks och fångas upp i rätt tid. För socialpsykiatrins målgrupper fanns IPS som insats delar av året. Under 2021 har verksamheten inte använt arbetssättet IBIC. IBIC har emellertid implementerats under 2022 och kommer att användas under 2023.

4.5.5.9 Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Kungälv kommun kopplat till resultatet i Öppna jämförelser:

I Kungälv kommun arbetar man för att ta fram evakueringsplaner samt att krisberedskap ska inkluderas vid upphandling.



4.5.5.10 Kommunal hälso- och sjukvård

Sedan 2022 definieras all kommunal hälso- och sjukvård som kommunal primärvårdsnivå och är den vårdnivå som kommunen har ansvar för upp till och med sjuksköterskenivå. Den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med den regionala primärvården, specialistvården samt internt med kommunens vård- och omsorg för att tillgodose kommuninvånarnas behov.

Den kommunala hälso- och sjukvården har ca 1300 patienter inskrivna och vårdbehoven varierar från tillfälliga behov av sårvård och rehabilitering till multisjuka äldre med omfattade vårdbehov och palliativvård. Vården ges till patienter i alla åldrar.

4.5.6 Ej verkställda beslut

Sociala myndighetsnämnden har en skyldighet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att rapportera alla gynnande beslut om bistånd som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kommunrevisionen och Kommunfullmäktige. Även avbrott i verkställighet ska rapporteras i de fall där insatsen eller biståndet inte har återupptagits inom tre månader.

Lagstiftningen anger inte någon specifik tid för när ett beslut ska verkställas förutom att det ska verkställas skyndsamt. Tremånadersfristen avser endast tidsgränsen för rapporteringen till IVO. Ett beslut räknas som verkställt när den enskilde personen har fått tillgång till insatsen

Under 2022 har individrapporteringen till IVO varit på en relativ konstant nivå med drygt 40 ej verkställda beslut och ett till två avbrott. I ca hälften av besluten har de enskilda erbjudits plats men har tackat nej. I mindre än en tredjedel av besluten saknas plats och i resterande beslut har det funnits annat skäl till dröjsmål med verkställigheten.

Inom individ och familjeomsorgen (IFO) har det främst varit beslut om socialt kontrakt, träningslägenheter eller referensboende som inte har kunnat verkställas inom tre månader. Orsaken var att det saknas lämpliga lägenheter utifrån behov.

Inom funktionshinder (FH) har ett flertal beslut om bostad med särskild service inte kunnat verkställas då det saknas lämpliga lägenheter utifrån behov. Särskilt lägenheter utifrån fysiskt funktionshinder har saknats.

Inom äldreomsorgen (ÄO) var det i stor utsträckning beslut om särskilt boende som ej har kunnat verkställas inom tre månader. Emellertid har nästan samtliga med gynnande beslut blivit erbjudna plats inom de tre månaderna men av olika anledningar valt att tacka nej. En del personer har inte fått det vård- och omsorgsboende som de önskat eller så har det funnits synpunkter på lägenheten. I vissa fall har den äldre önskat att vänta med att lämna det egna hemmet.



4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kontinuitetsplaner

Sektorn har tagit fram kontinuitetsplaner i form av fysiska pärmar som finns på alla arbetsplatser och boende. Dessa kontinuitetsplaner gäller för utförarverksamheten. Myndighet kommer att ta fram ett motsvarande dokument.

Lagerhållning av sjukvårdsprodukter

Regeringen utkom med en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:1).

Kommuner och regioner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården ska ha en utökad lagerhållning i stort sett alla kategorier av sjukvårdsprodukter. Omfattningen av denna lagerhållningsskyldighet får inte överstiga en månads normalförbrukning inom kommunens respektive regionens ansvarsområde.

Covidläge

Smitta har rapporterats varje vecka till sektorchef och till Vårdhygien som rapporterar detta vidare till Smittskyddsensheten.



5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Sektorns mål och strategier under 2023

Kvalitetsledningssystemet

Revidering av Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har påbörjats för att säkerställa att det och uppföljningen av densamma är användarvänligt och görs känt ute i verksamheterna. Fortsatt revidering sker under året.

Systematiskt kvalitetsarbete i Stratsys

Revidering av modulen har skett och utbildning genomförs under våren. I modulen följs det systematiska kvalitetsarbetet upp och dokumenteras. Bland annat görs riskanalyser, åtgärder tas fram och beslutade egenkontroller följs upp.

Avvikelse

Revidering av process och rutin för avvikelshantering har tagits fram och utbildning i ny avvikelsem modul kommer att ske under våren.

Individens behov i centrum (IBIC)

IBIC har påbörjats inom funktionshinders verksamheter och repetition har genomförts inom övriga sektorn. Beslut är fattat om att alla nya uppdrag/beslut ska vara enligt IBIC.

Hälso- och sjukvård

En nulägesanalys kring agera för säkervård är genomförd. Handlingsplan för Agera för säkervård tas fram under och slutförs senast 2024. Kvalitetssäkra vården genom att införa Senior alert inom äldreomsorgen. Säkerställa arbete med Teammöten inom all verksamhet som har kommunal hälso- och sjukvård. Kvalitetssäkra dokumentation och följsamhet till rutiner.

Omställning Nära vård

Fortsatt samverkan med den regionala vården och rekrytering av ny projektledare.

Vård- och omsorgsboenden

Utifrån brukarundersökningens resultat så kommer verksamhetsområdet att arbeta vidare med att motverka ensamhet.

Demensteam

Fortsätta utveckla arbetet med demensteam med fler professioner. Utbildning av legitimerade personal för expertkompetens inom området.

Dietist

En målsättning är att fortsatt öka samarbetet kring måltider inom omsorgsboende. Att dialog och tillbakakoppling av de äldres synpunkter på måltiderna sker kontinuerligt och att det finns kunskap hos personalen för att arbeta med måltidsmiljö.

TAIK

Fortsatt arbete med att säkerställa att berättigade personer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om Nödvändig tandvård. Ha som mål att öka intyg bland Kungälvs befolkning.

Parkeringsstillstånd

En stor utmaning för personal inom kommunal primärvård och hemtjänst är parkeringsmöjligheter och parkeringstillstånd. Det kan betyda att insatser exempelvis såsom smärtlindring och besök fördröjs.

Utmaningar - Personal- och kompetensförsörjning

Att hitta rätt kompetens är välfärdens största utmaning. När arbetskraften inte räcker till går det inte att möta kompetensutmaningen enbart genom att rekrytera fler, istället behövs nya arbetssätt och att



tillvarata och utveckla kompetensen hos de befintliga medarbetarna. Kommunen behöver fortsatt arbeta med digitalisering.

SKR skriver att antalet personer över 80 år kommer att öka med nästan 50 procent fram till 2031, vilket innebär att äldreomsorgen behöver öka antalet anställda med drygt 30 procent under samma period. Även hälso-och sjukvården behöver öka påtagligt.