

Kvalitetsberättelse för
Vård och Omsorg
2022



INLEDNING

Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete	4
Varför skriver vi en kvalitetsberättelse?	4
Sammankopplingen med budget- och verksamhetsuppföljning.....	4
Vård och Omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4
1. Processer och rutiner	5
1.1 Handlingsplan för 2023	6
2. Riskanalyser	6
2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen.....	6
2.2 Riskanalyser inför förändringar m.m.	8
2.3 Riskanalyser på brukarnivå.....	8
2.4 Handlingsplan för 2023	9
3. Egenkontroll	9
3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen – säbo?.....	9
3.2 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Hemvården?.....	11
3.5 Egenkontroll av den sociala dokumentationen	11
3.6 Egenkontroll: Rapportering av ej verkställda beslut till IVO.....	12
3.7 Egenkontroll: Uppföljning av värdighetsgarantier	13
3.8 Baskrav och ansvarsbeskrivning.....	13
4. Avvikelse	13
4.1 Synpunkter och klagomål.....	13
<i>Förhållandet internt – extern</i>	14
<i>Hur hanterar vi interna synpunkter?</i>	14
4.2 Avvikelsehantering.....	15
Lex Sarah	16
<i>Brist i utebliven insats</i>	18
<i>Rapporterade orsaker</i>	19
4.3 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO	20
4.4 Tillsyn/Inspektion av IVO.....	20
Beslut från IVO.....	21
5. Personalens medverkan och kompetens	21
Heltid som norm.....	21
God och Nära vård – och systematiskt kvalitetsarbete	22
Vad innebär Nära vård för kvalitetsarbetet?	22
5.1 Kvalitetsråd.....	22
5.2 Kompetens och utveckling.....	23

Sammanfattning av 2022 strategier för 2023.....	23
Delaktighet och återkoppling.....	24

INLEDNING

Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Även i 6 § **Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade** finns lagkrav på att LSS-verksamhet ska vara av god kvalitet.

Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" som gäller för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård.

Varför skriver vi en kvalitetsberättelse?

Kommunstyrelsen antog 2012-01-18 ett ledningssystem för kvalitet inom Vård och omsorg och Individ- och Familjeomsorg. I den står det att Vård och Omsorg och Individ- och Familjeomsorgen årligen ska sammanställa hur det går med det systematiska kvalitetsarbetet.

Utöver denna kvalitetsberättelse så sammanställs också det arbete som gjorts under året för att öka patientsäkerheten i en årlig patientsäkerhetsberättelse som tas fram av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). Detta sker utifrån lagkraven i Hälso- och sjukvårdslagen.

Sammankopplingen med budget- och verksamhetsuppföljning

Som ett komplement till kvalitetsberättelsen finns uppföljningen av Vård och Omsorgs aktivitetslista 2022 samt Verksamhetsuppföljningen för Hjo Kommun 2022. Dessa redovisar hur Vård och Omsorg arbetat under 2022 för att uppnå kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens mål.

Vård och Omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I kvalitetsberättelsen går vi igenom hur Vård och Omsorg har arbetat med nedanstående fyra områden och vad vi har lärt oss under årets gång som hjälper oss att förbättra kvaliteten i omsorgen.



I. Processer och rutiner

Det ingår i det systematiska kvalitetsarbetet att hela tiden se över processerna i Vård och Omsorg samt att skriva ned rutiner där det behövs för att säkerställa en god kvalitet.

Vård och Omsorg arbetar både med rutiner och processer. Rutiner är dock vårt viktigaste verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheten strävar efter att först identifiera en önskvärd process. Efter detta tar enhetschefer och berörda medarbetare vid för att gemensamt arbeta fram ett önskvärt arbetssätt och sedan skriva ned den i punktform som en rutin eller instruktion.

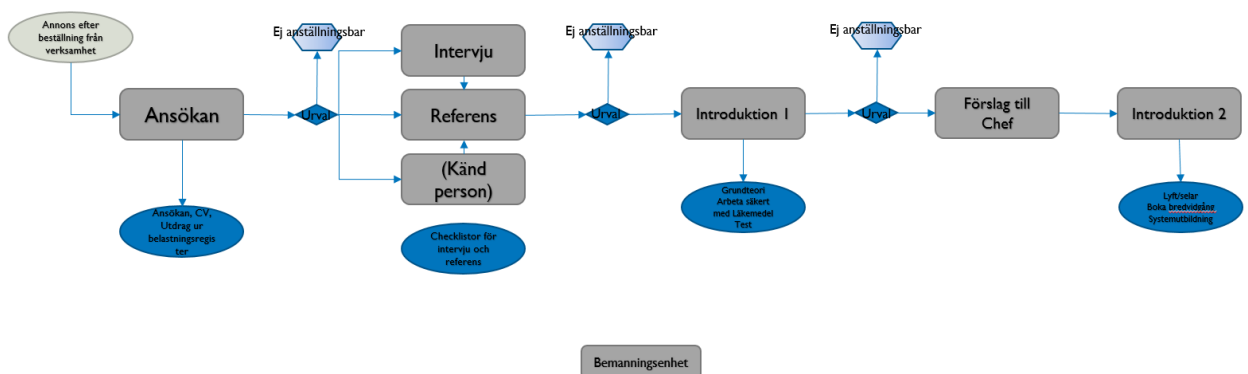
I dagsläget identifierar verksamheten arbetet oftast utifrån specifika rutiner istället för att ha möjlighet att börja i processledet – identifiera vad som skall göras, i vilken ordning, vilka aktörer som berörs, hur de samverkar samt vilka olika lagkrav som ställs på verksamheten.

Under 2022 har verksamheten närmat sig målsättningen att komma igång med en aktiv processkartläggning i ett ändamålsenligt verktyg. Ett verktyg är införskaffat och vissa processer är kartlagda. I samband med införande av ett nytt verksamhetssystem i samverkan med 12 andra kommuner kommer en gemensam processkartläggning vara en del i införandet (vilket sker under 2023). Att beskriva uppdrag och roller utifrån processer ger en ökad möjlighet för medarbetarna att förstå sitt uppdrag, hur det samverkar med andra och vad som krävs för att kunna utföra det med önskat resultat.

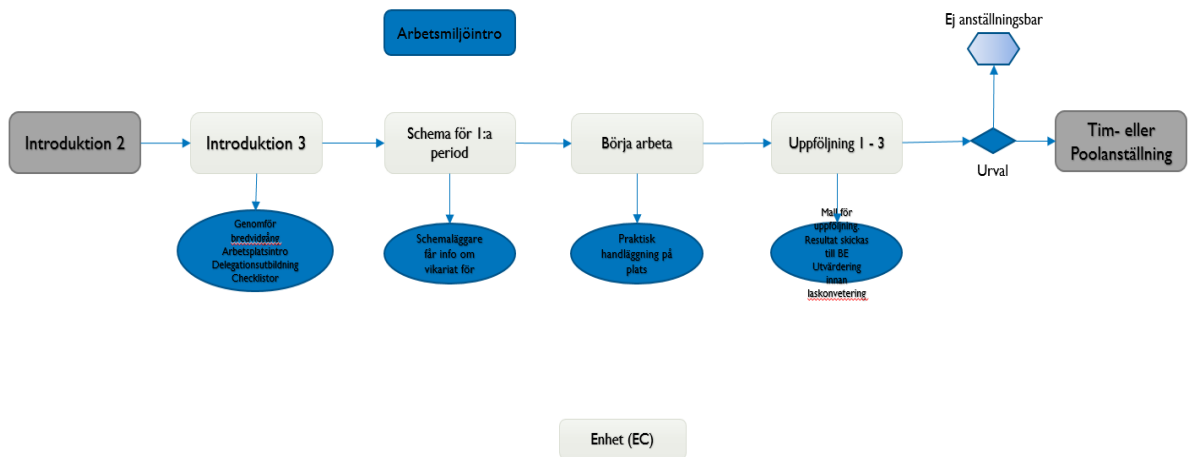
Exempel på rutiner och processer tillkomna under året:

- **Rutin för beställning av anhörigstöd** - en hantering som innehåller flera manuella steg där en rutin skapats för att säkra kvalitet.
- **Rutin för start av arbetspass inom PA där assistenter inte avlöser varandra.** Inom personlig assistans finns det grupper där assistenterna inte alltid avlöser varandra. Om en medarbetare uteblir från sitt arbetspass finns då en risk att detta inte upptäcks och åtgärdas inom rimlig tid.
- **Checklista vid ledsagning**
- **Uppdaterad Hot och våldsrutin**
- **Process för rekrytering, anställning och introduktion:**

Anställnings och rekryteringsprocessen vikarie = En väg in



Anställnings och rekryteringsprocessen vikarie = En väg in



1.1 Handlingsplan för 2023

Nytt verksamhetssystem med en gemensam grundkarta över processer från beslut till insats kommer ge verksamheten en god grund att fortsätta kartlägga sina processer.

Då vi går i riktning mot fler gemensamma processer och rutiner och mer arbete över enhetsgränserna behöver arbete med den omfattande rutinparmen stärkas med en fördelning av rutiner i grupper och ansvarsområden- där tvärgrupper får ansvar för olika kapitel av rutinparmen och ett ansvar att hålla dessa korrekta och uppdaterade.

2. Riskanalyser

2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen

Vård och Omsorg gjorde i januari 2022 en genomgång av risker som kan inträffa i verksamheten. Tre områden identifierades där man såg att det fanns risk att verksamheten brister vilket kan drabba våra brukare och patienter och där riskerna var av den art att den bör vara del i Hjo kommuns internkontrollplan.

Följande risker har kontrollerats av Vård och Omsorg i internkontrollarbetet 2022:

Risk	Kontroll	Resultat av kontroll	Åtgärd
Dokumentation av HSL insatser - säker informationsöverföring mellan olika vårdgivare	Att kommunens dokumentation av HSL insatser följer lagar och riktlinjer och att rätt information finns med i journalen så att den kan	Totalt 26 HSL-journaler granskades sommaren 2022 utifrån en framtagen mall (26 olika punkter). Nedan beskrivs de punkter som MAS ser att legitimerad personal behöver bli bättre på att dokumentera:	VoO byter under våren 2023 journalsystem till LifeCare HSL, där nämnda punkter kommer att struktureras på ett tydligare och mer

	överförs till annan vårdgivare (att det ex finns sekretess och samtycke, aktuell status, en vårdplan, information om läkemedelshantering osv).	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumenterad smitta/varning/observation - Tydlig samordnad vårdplanering - Inskrivningsorsak - Överkänslighet med referens - Uppdaterat hälsotillstånd Nutritionsinformation Läkemedelsgenomgång Medicinsk vårdplan 	överskådligare sätt. Utbildning och implementering av det nya journalsystemet påbörjas tidigt våren 2023.
Risk	Kontroll	Resultat av kontroll	Åtgärd
<p>Risk för vårdskador - arbete med riskbedömningar i ordinärt boende –</p> <p>Äldre löper särskild risk att råka ut för vårdskador p g a fall, trycksår, undernäring, blåsdysfunktion och bristande munhälsa. Om inte verksamheten arbetar preventivt så finns en risk att våra brukare inte får adekvata åtgärder insatta i rätt tid för att undvika vårdskador.</p>	Granskning av i vilken omfattning riskbedömningar sker i ordinärt boende och hur dessa är genomförda.	Riskbedömningar enligt Senior alert har inte genomförts inom ordinärt boende under 2022. Däremot har Teamsamverkan påbörjats där enhetschef, fysioterapeut, arbetsterapeut, ssk, biståndshandläggare samt utsedd personal från hemvårdsområdet träffas ca var fjärde vecka. Utifrån en framtagna checklista följer man upp brukarinsatser, lyfter frågeställningar mm som berör specifikt brukare. Dock genomförs ingen strukturerad riskbedömning.	Enhetschefer för legitimerad personal samt enhetschefer för hemvården kommer med start sena hösten 2022 sammanställa en rutin att implementera januari 2023. Rutinen kommer att innefatta att Legitimerad personal ska börja använda verktyg för riskbedömningar såsom MNA, Norton, Roag och DFRI för att på ett kvalitetssäkert sätt riskbedöma varje enskild brukare. Legitimerad personal kommer att ta hjälp av kontaktpersonerna i teamet för insamling av data.

Risk	Kontroll	Resultat av kontroll	Åtgärd
Heltid som norm medför en ökad grundbemanning. Ökade tjänstgöringsgrader innebär ekonomiska risker om inte den utökade grundbemanningen samtidigt leder till minskade vikariekostnader och ökad livskvalitet för brukarna.	Att de höjda tjänstgöringsgraderna de facto leder till att enheterna i större utsträckning löser vakanser med hjälp av den utökade grundbemanningen så att kostnaderna hålls nere och kvaliteten ökar för brukarna.	Andelen heltidsanställd personal har ökat. Vad gäller kostnadsökningen i förhållande till ökat antal heltidsanställda så bedöms denna hittills vara marginell. Detta visar på en god ekonomisk hantering av de ökade tjänstgöringsgraderna. Bakom detta ligger dock mycket manuellt arbete då detaljplanering av överlappande tid ständigt måste ske för att säkerställa att all schemalagd tid används optimalt. Verksamheten har fortsatt hög andel timvikarier. Då omställningen mot heltid som norm är pågående finns behov av att fortsatt vara vaksamt på den ekonomiska risk som föreligger.	Fortsatt bevakning av kostnader i samband med införandet av heltid som norm

2.2 Riskanalyser inför förändringar m.m.

Enhetscheferna och Vård och omsorgschef VoO ansvarar för att löpande analysera risker för brukarna inom Vård och omsorg, särskilt innan de fattar beslut om förändringar. Till sin hjälp har de en "Rutin för riskanalys" och en enkel riskanalysmall som ligger i verksamhetspärmen. De risker man ser ska sedan förebyggas och åtgärdas i möjligaste mån.

Under 2022 har verksamheten främst utfört risker kopplade till arbetsmiljö och risker på brukarnivå.

2.3 Riskanalyser på brukarnivå

I samband med utredningar om risk för missförhållanden eller vårdskada görs alltid en riskanalys. I samband med årets Lex-Sarah utredningar har flera risker uppdagats som har lett till flera olika åtgärdsförslag från Lex Sarah utredaren.

Under punkten 4.3 nedan kan läsaren ta del av några av de risker som uppdagats under Lex Sarah utredningarna och vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra att de ska inträffa.

Motsvarande riskanalyser på brukarnivå görs också i kvalitetsregistren (se patientsäkerhetsberättelsen).

2.4 Handlingsplan för 2023

Ledningsgruppen för Vård och omsorg har i sin genomgång av kvalitetsarbetet för 2022 konstaterat att arbetet med riskanalyser bör fortsatt belysas under 2023 utifrån perspektivet ökat antal riskanalyser av varierande karaktär. Idag finns olika typer av riskanalyser för i stort sett alla moment i verksamheten- på brukarnivå, brukarnas perspektiv inför förändring, personalens perspektiv inför förändring. Sedan tillkommer lagstiftningen på arbetsmiljöområdet vilket medför att alla moment och förändringar skall riskbedömas. Både i det dagliga arbete samt de tillfällen då verksamheten lämnar sina ordinarie lokaler.

Under 2023 möter verksamheten till exempel en stor utmaning i form av införande av ett nytt verksamhetssystem – en genomgripande förändring där alla anställda där dokumentation, daglig löpande användning och brukarata skall fortsatt fungera kontinuerligt under processer. Inför denna förändring är riskanalyser både utifrån ett arbetsmiljöperspektiv samt eventuell risk för påverkan på brukarna ett viktigt verktyg.

3. Egenkontroll

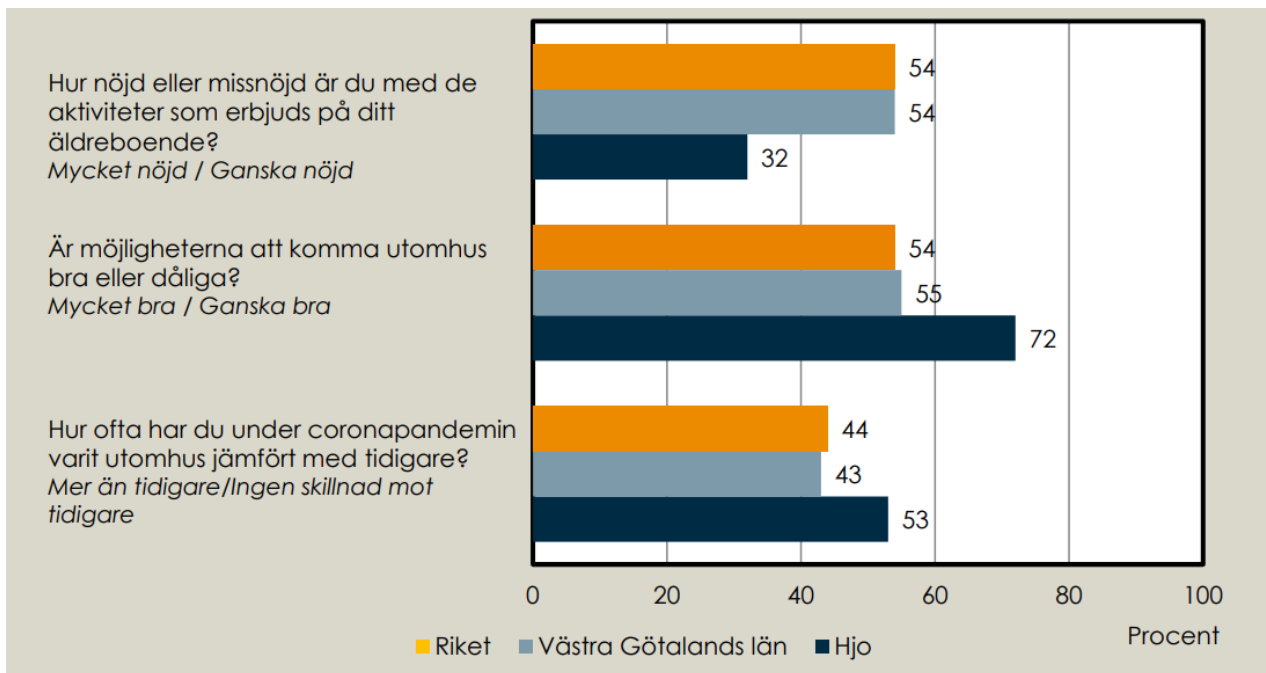
Egenkontroll är verksamhetens sätt att ”ta tempen på sig själv”. Hur väl står sig vår verksamhet i jämförelse med andra kommuner? Hur utvecklas vi över tid? I egenkontrollen ingår tex brukarundersökningar, öppna jämförelser, kommunens kvalitet i korthet m.m.

Varje år deltar Vård och Omsorg i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen i Hjo?" Socialstyrelsens brukarundersökning genomförs under våren och resultat presenteras under hösten. Undersökningen skickas ut både till de som har hemvård och de som bor på ett äldreboende.

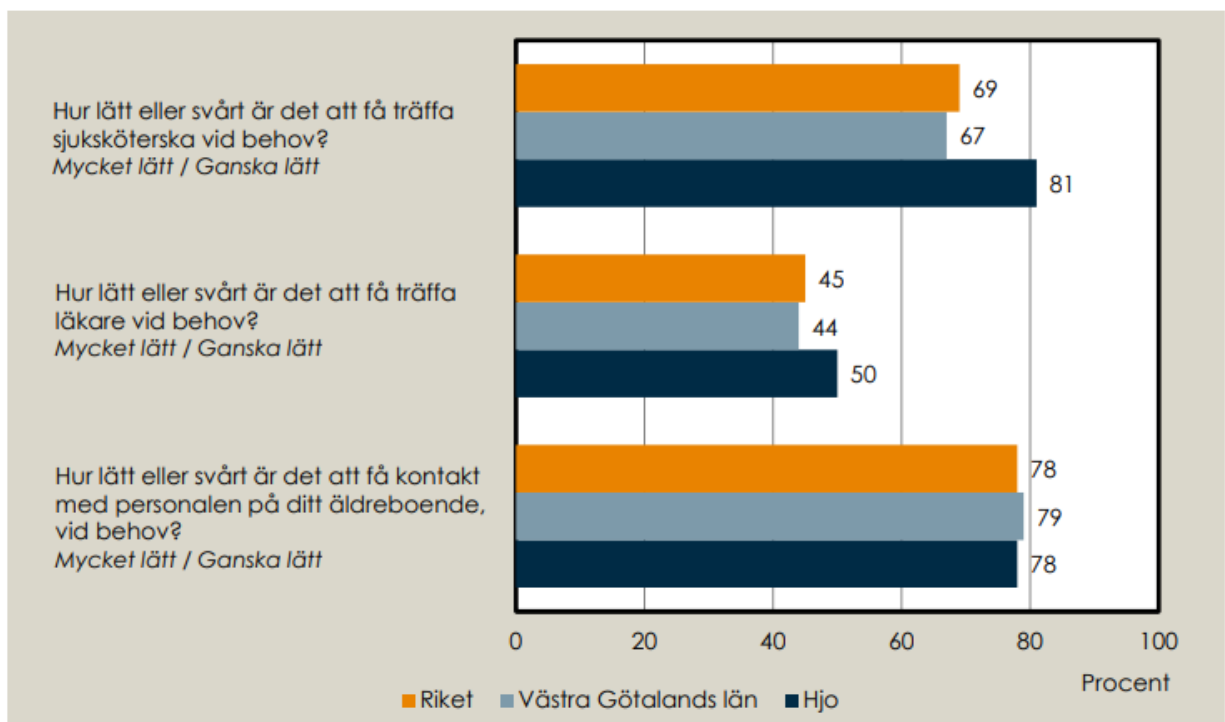
3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen – säbo?

I undersökningen svarar 78% av de boende på Hjo kommuns äldreboende att de är ganska eller mycket nöjda med sitt äldreboende. Det kan jämföras med 77% för hela riket. De upplever ett gott bemötande, 94%. De svarande i Hjo upplever i högre grad än i riket god trivsel både inomhus med sina lägenheter och framförallt utomhus med omgivningarna runt boendet.

De är dock mindre nöjda än riket med de aktiviteter som erbjuds ett utvecklingsområde verksamheten arbetar med.



Majoriteten upplever ett gott bemötande, med 94% positiva svar. De boende i Hjo upplever dessutom betydligt bättre tillgänglighet till att få träffa en sjuksköterska/ läkare än i jämförelse med riket.

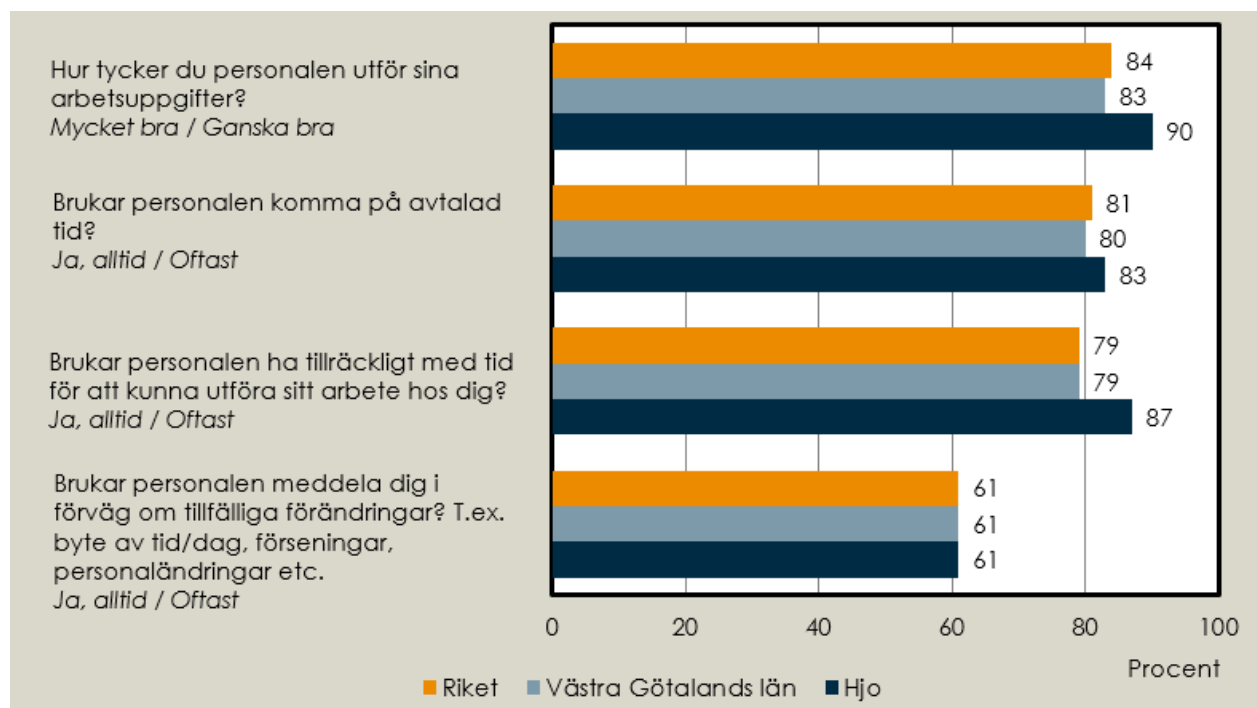


En utmaning framåt gäller andelen svarande i enkäten. Enkäten är ett viktigt verktyg för både brukare och verksamhet men som i alla undersökningar sjunker andelen svarande succesivt. Boendena bör arbeta med aktiv information kring enkäten. Svarsfrekvensen i Hjo var 37% mot rikets 43%.

3.2 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Hemvården?

Brukarna inom hemtjänsten i Hjo är mer nöjda än snittet i Sverige. 91% är mycket eller ganska nöjda, jämfört med 86% i landet.

Brukarna tycker i hög grad att personalen utför sina arbetsuppgifter på ett bra sätt och kommer på avtalad tid. De allra flesta, 91% av de svarande, känner sig trygga eller mycket trygga hemma med stöd från hemtjänsten och har förtroende för personalen. Det är dessutom 96% som svarar positivt på frågan om de får ett gott bemötande.



Få brukare har avstått hemtjänstinsatser på grund av pandemin men det är dock relativt många som besväras något av ensamhet. Resultaten i Socialstyrelsens enkät liknar de vi fick i vår egen enkät om nöjdhet och trygghet inom hemtjänsten, som gjordes hösten 2021.

Verksamheten har analyserat svaren och fortsätter utvecklingsarbetet inom ramen för sin verksamhetsplan för 2023. De områden som de främst kommer att arbeta med att förbättra handlar kommunikation och aktivitet.

3.5 Egenkontroll av den sociala dokumentationen

Det viktigaste sättet att kunna påverka sin egen vardag är genom att ha en genomförandeplan där det klart och tydligt framgår vilka behov och önskemål jag har och hur personalen gemensamt ska arbeta för att mina behov och önskemål ska tillgodoses. I samråd med brukare och anhöriga har kommunen infört en värdighetsgaranti som utlovar att alla brukare ska ha en genomförandeplan upprättad med delaktighet från den enskilde, senast två veckor efter att insatsen påbörjats.

En välgjord genomförandeplan fungerar som ett viktigt verktyg för personalen i sitt arbete, samtidigt som den enskilde samt närstående vet vilka insatser man kan förvänta sig. Sammantaget ger en

genomförandeplan förutsättningar för bättre kvalitet och rättssäkerhet i omvårdnaden av den enskilde.

I Socialstyrelsens enhetsundersökning 2022 rapporterades att i genomsnitt 82% av personer i särskilt boende i Hjo en aktuell genomförandeplan. I riket är genomsnittet 91%. Hjo kommuns äldreboenden hamnar därmed under genomsnittet denna mätning.

3.6 Egenkontroll: Rapportering av ej verkställda beslut till IVO

Generellt kan sägas att Hjo kommun har en god förmåga att tillgodose brukarnas behov av vård och omsorg inom tre månader. Nedan redovisar vi undantagen från den regeln:

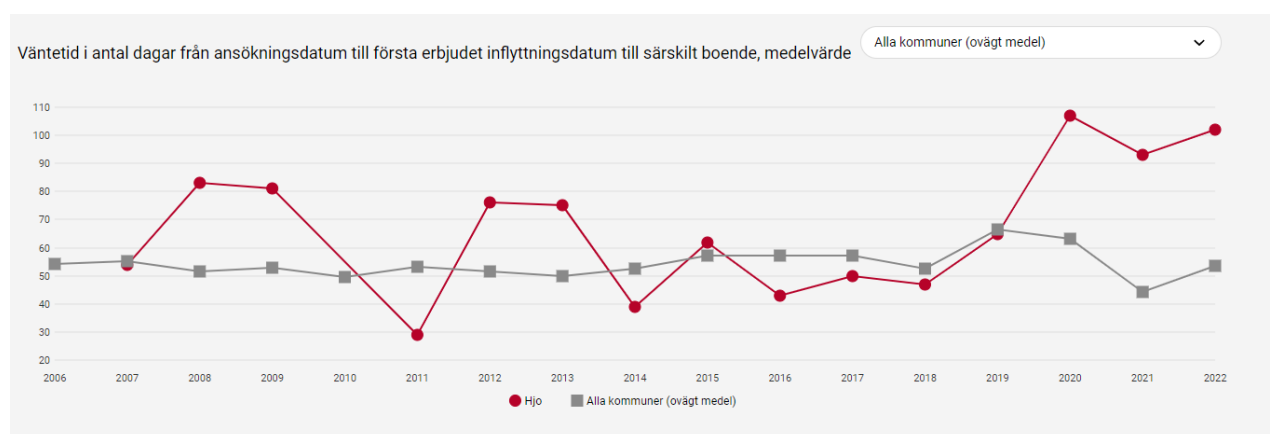
LSS

Under året har 2 beslut rapporterats in till IVO. Ett gällde beslut om bostad för vuxna i form av servicebostad. Den enskilde var erbjuden en bostad men tackade nej i väntan på annan typ av lägenhet som den enskilde föredrog. Fick nytt erbjudande kort därpå som accepterades. Det andra beslutet gällde korttidsvistelse för barn där vårdnadshavare först önskade avvakta och sedan även tackade nej till insatsen.

SoL - väntetid till särskilt boende

Under 2022 har Hjo kommun rapporterat in till IVO att 19st individer har fått vänta mer än tre månader på att få flytta till ett boende enligt SoL. Vid dessa tillfällen riskerar kommunen att få betala vite. De flesta har vistats på korttiden i väntan på säbo, eller haft hemtjänst och väntat i hemmet. Ett antal har erbjudits plats men tackat nej i väntan på annat önskemål om boendeplats då de haft specifika önskemål om boende/lägenhet trots att det erbjudna var ett likvärdigt alternativ.

I Kommunens kvalitet i korthet jämförs väntetider till särskilt boende. Ett mått på tillgänglighet är väntetiden i snitt (antal dagar) för att få plats på ett äldreboende från ansökningsdag till erbjudande om plats.



Sedan 2020 har Hjo kommun haft en jämförelsevis lång väntetid till säbo i dagar räknat. Inför uppstarten av den nybyggda delen av Sigghusberg äldreboende uppstod en kö till boendet. Idag är väntetiden i dagar räknat ännu hög, om än något lägre. Samtliga väntande till säbo i Hjo kommun är dock omhändertagna i de flesta all med ett boende i form av korttid eller fungerande insatser i hemmet, Hemvård kombinerad med dagverksamhet. Söktrycket är fortsatt främst kännbart mot boende med inriktning till demens. För

boende inom somatisk äldreboende är kön i det närmaste obefintlig.

3.7 Egenkontroll: Uppföljning av värdighetsgarantier

Kommunfullmäktige har fastställt värdighetsgarantier för Vård och Omsorg. Kommunstyrelsen har satt upp som ett mål att Vård och Omsorg ska efterleva dessa. Värdighetsgarantierna är ett strävansmål och sammanfattningsvis kan sägas att de flesta garantierna efterlevs till fullo. Det har dock under pandemi-perioden inte varit möjligt att ordna anhörigmöten som tidigare. Detta bör återupptas snarast möjligt när situationen tillåter.

- I all semesterplanering i hela Vård och Omsorg behåller vi 50% av känd och van personal
- Kontaktombud utses för varje brukare i alla verksamheter (utom personlig assistans)
- Dagliga aktiviteter erbjuds på våra äldreboenden
- Ett boendemöte och ett anhörigmöte arrangeras på varje äldreboende varje år.

3.8 Baskrav och ansvarsbeskrivning

Under 2019 tog Vård och Omsorg i samverkan fram ett dokument som samlar och beskriver "Baskrav och ansvarsbeskrivning för personal inom Vård och Omsorg i Hjo kommun". Detta dokument samt våra Värdighetsgarantier skall syfta till att vara en vägledning i medarbetarnas arbete som omvårdnadspersonal och ska styra medarbetarens förhållningssätt och bemötande av de individer medarbetaren möter i sitt arbete. Dokumentet är ett viktigt steg i arbetet med att säkerställa att alla medarbetare i verksamheten har ett gemensamt förhållningssätt och värdegrund.

4. Avvikelse

4.1 Synpunkter och klagomål

Hjo kommun har ett system för synpunktshantering där synpunkter registreras, handläggs, besvaras och sammanställs. Systemet möjliggör för oss att ta ut statistik, följa upp vidtagna åtgärder och svar samt göra jämförelser över tid. Enhetschef ansvarar för att utifrån inkomna synpunkter analysera och förbättra verksamheten med personalens medverkan under APT eller motsvarande.

Enhetscheferna informerar om Synpunkten på anhörigträffarna och kontaktombuden delar ut dem till alla nyinflyttade i Särskilt boende. Blanketter finns i entréerna i verksamheterna.

Totalt registrerades 16st synpunkter under året inom Vård och Omsorg (att jämföra med 12st 2021). Av de inkomna var tyvärr hela 11st av dessa anonyma och önskade/kunde ej få svar på sina synpunkter. Av de 16 inkomna är 12st klagomål, 5st förslag och 1st är en fråga.

En synpunkt har under året inkommit som berör de boende på säbos möjlighet att komma ut på promenader el dylikt. En viktigt och angelägen fråga. Då pandemin äntligen släppte greppet om verksamheten så har VoO inlett ett mer intensivt arbete kring just aktiviteter för de äldre.

En annan fråga som ständigt engagerar är Hemvårdens bilar, det har inkommit både synpunkter på att de framförs med för hög hastighet samt på hur de parkerar. Även en synpunkt angående vårdslöshet i trafik. Enhetscheferna har i vissa fall haft samtal med enskilda berörda samt informerat på APT.

Hemvårdens personal är ständigt i rörelse och kör mycket bil. Det är en utmaning för dem att tänka sig för i alla svängar, dock kommer säkerheten först och ämnet är ständigt aktuellt.

Förhållandet internt – extern

Inom vård och omsorg har verksamheten lagliga krav på sig att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Detta är en viktig hörnsten i det systematiska kvalitetsarbetet. Vi kan dock konstatera att en majoritet av de inkomna synpunkterna snarare tenderar att handla om interna synpunkter.

De inkomna synpunkterna rör Heltid som norm/nattarbete, bemanning avdelningar, ledarskap mm, arbetsskor inom VoO, enskild personal samt att LSS inte är så synlig i sociala medier.

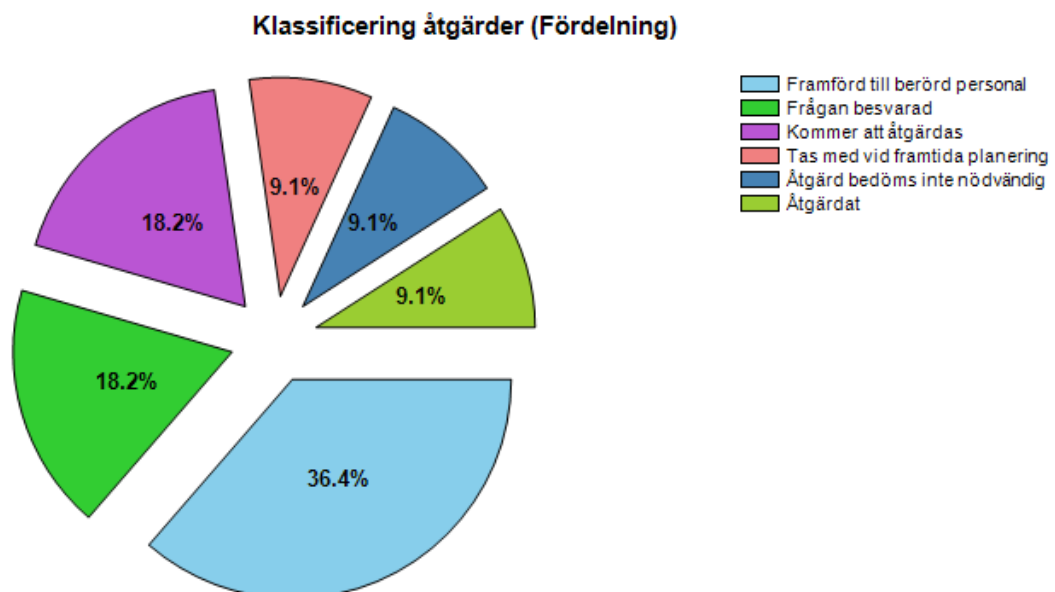
Hur hanterar vi interna synpunkter?

Modulen Synpunkten är i första hand avsedd för synpunkter från medborgarna och brukarna, men i vissa fall används systemet även för interna synpunkter. Det kan exempelvis handla om förslag på förbättringar som den egna personalen har på verksamheten.

När Synpunkten används för interna synpunkter markeras de enligt kategorin ”intern synpunkt” (i de fall det är bekräftat). Interna synpunkter besvaras av närmaste chef på samma sätt som vanliga synpunkter. Synpunkten tas lämpligen upp för diskussion/uppföljning på nästkommande APT. Interna synpunkter publiceras inte på hemsidan utan används internt i förbättringsarbetet på enheten.

Åtgärder – klassificering

Bland de klassificerade åtgärderna är framförd till personal den vanligast åtgärden. Alla synpunkter är ännu inte avslutade.



Klassificering åtgärder	Antal
Framförd till berörd personal	4
Frågan besvarad	2
Kommer att åtgärdas	2
Tas med vid framtida planering	1
Åtgärd bedöms inte nödvändig	1
Åtgärdat	1
	Totalt: 11

4.2 Avvikelsehantering

En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra fysisk eller psykisk skada för brukaren. Det kan ex handla om:

- Fall
- Läkemedelshändelse
- Brist i/utebliven insats/åtgärd
- Brist i dokumentation/kommunikation
- Brist i bemötande
- Bruten sekretess
- Brist i hjälpmedel, grundutrustning, teknik
- Trycksår
- Vårdrelaterad infektion
- Fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt övergrepp

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren säkerställa att det i varje verksamhet finns ett kvalitetssystem. Rutin för avvikelsehantering är en del i detta kvalitetssystem. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser. Det är den som upptäcker avvikelsen som ska rapportera avvikelsen.

Under året 2022 har 1110 st avvikelser rapporterats in, vilket är i nivå med tidigare år (1072 st avvikelser rapporterats in 2021 och 1116 st inrapporterade avvikelser år 2020).

Sedan januari 2020 rapporterar samtliga anställda avvikelser i systemet DF Respons, istället för som tidigare Magna Cura. DF Respons är ett system som redan används inom Hjo kommun, tex för synpunktshanteringen. Genom denna förändring kan personalen nu genom samma typ av formulär rapportera in både avvikelser och Lex Sarah – och formuläret ser likadant ut som för synpunkter.

Sedan införande av avvikelsehantering i DF respons har både inrapportering förenklats och verksamheterna har arbetat med syftet med avvikelser. Detta torde spegla ökningen i antal snarare än att det sker fler faktiska avvikelser.

I systemet rapporterar medarbetare in både faktiska avvikelser och när det föreläggat en risk för en avvikelse. Majoriteten av de inrapporterade ärendena är en faktisk avvikelse, 94% att jämföra med 6%

inrapporterade risker för avvikelser. Att rapportera en risk för avvikelse tyder på en förmåga i organisation att arbeta medvetet och förbyggande. Antalet inrapporterade risker är i nivå med föregående år vilket är en ökning på längre sikt. (antalet inrapporterade risker för avvikelse var 6,4% år 2021 och år 3,8% år 2020. I Patientsäkerhetsberättelsen för 2022 analyseras avvikelserna ytterligare.

Enhetschefens roll

Den som är ansvarig för insatserna och för verksamheten har en skyldighet att ta reda på varför kvaliteten brister och hur vi ska förebygga att det händer igen. Detta är enhetschefens ansvar och tid måste avsättas för att arbeta med avvikelserna på ett kvalitetssäkrat sätt. Dels ska personalen ha god förståelse för värdet av att rapportera avvikelser så att de kommer in i systemet, sedan ska man ha det övergripande ansvaret för att utreda och avsluta avvikelserna och slutligen måste enhetschefen hitta former för att återkoppla avvikelserna till personalen på enheten så att syftet med hela avvikelshanteringen uppfylls.

Team i Hemvården och ny checklista

Ett viktig del av analys och lärande är den återkoppling som sker av avvikelshantering på de enskilda enheterna. Säbo har sedan fler år tillbaka så kallade "Team-möten" där enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal samlas för att lära och analyser avvikelser samt ha möjlighet att arbeta samlat kring specifika brukare.

Under hösten 2021 startade Hemvården Team-möten i samma regi som säbo med tillägget att biståndshandläggarna även deltar. Under 2022 har även Funktionsnedsättning kommit igång med team-möten. Att skapa förutsättning för team-möten är en organisatorisk utmaning i verksamheten då fler professioner samlas – och just därför en viktig del i återkoppling och lärande.

Checklista, nytt verktyg till Team-möten:

Inom säbo kommer man inom ramen för deras "Team-arbete" börja använda sig av "Checklista demens särskilt boende". Checklistan är ett arbetsredskap som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är ett verksamhetsnära verktyg för att följa upp de nationella riktlinjerna och utveckla den personcentrerade omvårdnaden.

Team-möten hålls var fjärde vecka och på dessa kommer alla boende i rullande schema att gås igenom. Checklistan blir ett förtydligande arbetsredskap för att säkerställa rätt insats och eventuella åtgärder efter behov. Nyinflyttade tas upp på kommande Team-möte. Teamet består av enhetschef, legitimerade patientansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt kontaktombud (baspersonal). Till team-mötet skall förutom checklistan även följande vara utfört:

- Riskbedömningar registrerade i Senior Alert
- Patientens aktuella status skall vara uppdaterat av legitimerad personal.
- Blanketten bakomliggande orsaker skall vara ifylld av kontaktombud och registrerad i Senior Alert av patientansvarig sjuksköterska.
- Ny vikt skall vara taget av kontaktombud.

Lex Sarah

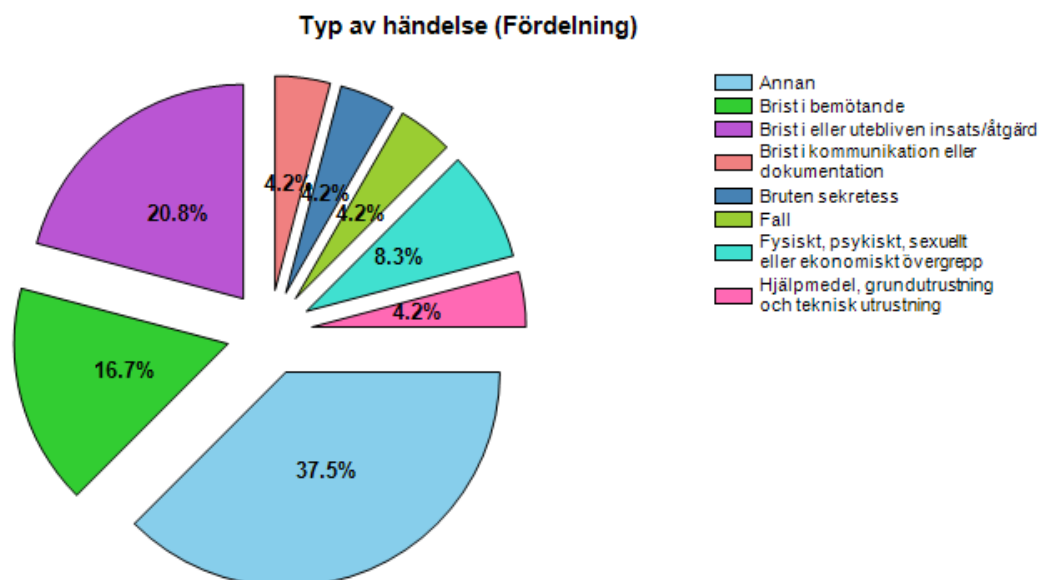
Nedan beskrivs hur verksamheten arbetar med rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah, dvs skyldigheten att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas.

Personalen har skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas. Lex Sarah rapporter utreds av särskilt utsedd utredare, beslutas av vård- och omsorgschef och rapporteras på nästkommande utskottssammanträde. Utredningen ska visa om ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande har inträffat. Allvarliga missförhållanden och påtagliga risker ska anmälas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Resultat av rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah

Under året 2022 har 18st Lex Sarah rapporter inkommit och utretts (jfr år 2021 var det 11st och 2020 14st). Av rapporterna avser 15 stycken en rapporterad avvikelse och 3 en risk. Av de inkomna Lex Sarah har en bedömts vara av den art att det föranleder en anmälan till IVO.

Vilken typ av händelse var mest förekommande?



Typ av händelse	Antal
Annan	9
Brist i bemötande	4
Brist i eller utebliven insats/åtgärd	5
Brist i kommunikation eller dokumentation	1
Bruten sekretess	1
Fall	1
Fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt övergrepp	2
Hjälpmedel, grundutrustning och teknisk utrustning	1

Totalt: 24

Under året har flera händelse kategoriserats under kategorin ”Annan” de rapporterade fallen rör tex:

- En olåst dörr hos en brukare kvällstid i ett gruppboende. Mänskliga faktorn låg bakom. Personalen säkrar upp med signeringslista för låsning. Enhetschef tar upp det i personalgruppen för att aktualisera att det är viktigt att låsa.
- En boende på säbo som saknar värdesaker, ingen direkt misstanke om stöld men värdesakerna har försvunnit. Brukaren hade valt att förvara dem på egen hand och ej låsa in i erbjudet skåp. Enhetschef tar upp händelsen på dialogmötet så att all personal på Sjöryd vet vad som hänt, viktigt med information och att aktualisera rutinen "Hantering av privata medel för brukare inom Vård och omsorg" (se bifogad fil) vid inflyttning om erbjudande för den enskilde att låsa in kontanter i skåp som personal tar ut från vid behov.
- En boende på säbo gick ut ensam på kvällen, kom dock tillbaka självmant. Personal på avdelningen var upptagna på var sitt rum. Rörelsevakt hade utlöst. Brukaren har kognitiv svikt. Utredningen visar att: Personalen i början på varje arbetspass ska ha en dialog om hur huvudansvaret för rörelselarmen ska fördelas under passet. Ny BPSD bedömning ska göras för att arbetsgruppen ska kunna ta fram nya åtgärder för att förebygga att händelsen upprepas för den här brukaren. Rutin för larm saknas och bör tas fram. De båda dörrarna mellan avdelningen och entrén ska vara stängda. Ytterdörren ska inte stå uppställd, i synnerhet inte efter kl. 16.00 då den går i lås.
- En insats som inte kunnat utföras nattetid då två situationen krävt två personal och endast en var hos brukaren, i enlighet med schemat. Åtgärd: brukarens hälsotillstånd är försämrat. Enhetschef utreder behov av dubbelbemanning och beviljar detta.
- Ett ärende där god man hör av sig angående en brukare i ordinärt boende som fått fler telefonsamtal på sin räkning till länder brukaren inte ringt till. Utredningen pekar dock på att det rör sig om någon form av organiserad brottslighet från utlandet.
- När nattpersonal kom till avdelningen 21:50 fanns där ingen kvällspersonal. När hen loggade in på Larmtelefon så var det 3 st Larm som var i gång och 1 hade redan varit igång sedan kl. 20:47. Ingen personal fanns på plats och kontoret var upplåst. Det har brustit i kommunikationen mellan de båda personal på plats. Den ena trodde hon slutade 21 vilket hon inte gjorde. Hon slutade 22. Kollegan förstod inte att hon gick hem, då han bara skulle titta till en brukare innan han gick.

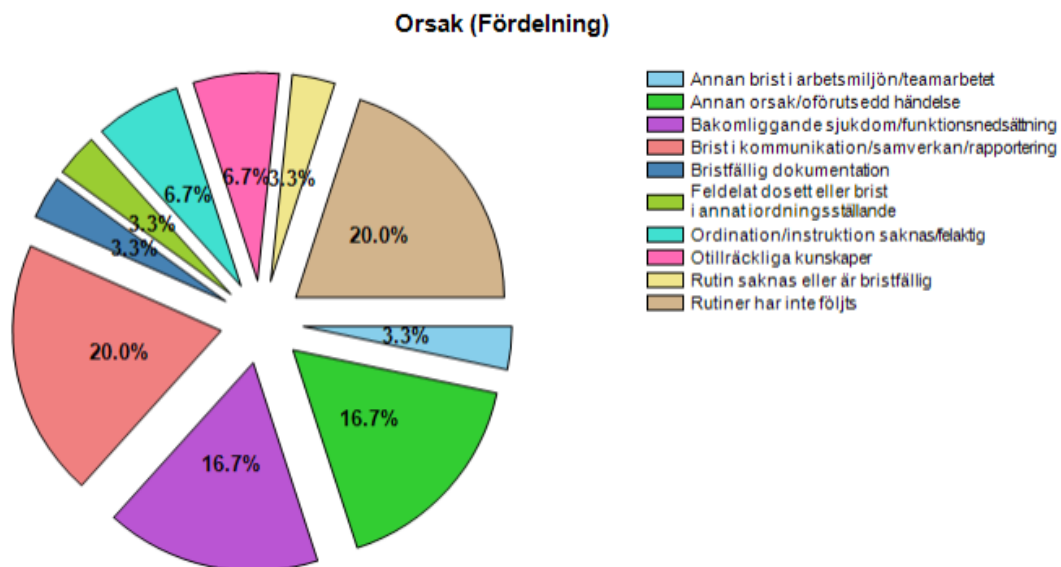
Aktuell avdelning var obemannad ca 50 minuter och det var därmed ingen som gick på larmen. I detta fall, men även om något annat oförutsett inträffar, skulle det vara lämpligt att larm, som inte larmas av inom ca 10 minuter, med automatik skulle gå vidare till en grannavdelning. Det skulle säkra upp om det inträffar något med/för personalen och innebär att personal på annan avdelning blir uppmärksammade att det är något som inte stämmer på avdelningen bredvid.

Brist i utebliven insats

Att en brukare får den insats som den är i behov av och beslut om är grundläggande. Fem fall av Lex Sarah gäller utebliven insats (i ett fall gäller det ovan nämnda rapport om utebliven bemanning i en timme):

- I ett fall gäller det en brukare med personlig assistans av extern utförare där hemvården kommer för tillsyn och upptäcker att brukaren varit utan assistenter under hela dagen. Den externa parten är informerad som i sin tur gör en Lex Sarah, Hjo kommun anmäler händelsen till IVO.
- Samma avvikelse och meddelande i Magna Cura noterades inte av chef förrän under eftermiddagen och det var först då som man började undersöka huruvida bemanning fanns på plats hos brukaren eller ej. Därav görs även intern en Lex Sarah. Utredningen konstaterar att en rutin bör tas fram då hemvårdspersonal upptäcker händelser av allvarlig art: det ska framgå tydligt att man ska rapportera muntligt till kollegor innan man går hem alternativt att man ringer till ansvarig chef. Detta för att säkerställa att åtgärder vidtas skyndsamt och inte som i detta fall; att meddelandet inte lästes förrän efter flera timmar. Denna rutin är klar.
- En brukare har kanat ur sängen på golvet, larmet har ej gått då detta var riktad åt fel håll. Oklart varför larmet är flyttat ev kan brukaren själv ha flyttat larmet. Trygghetskamera kan komma att övervägas.
- En brukare blev inte hämtad till Dagverksamheten som planerat då insatsen inte kommit med i schema på grund av en manuell miss. Enhetschef och personal ser över rutinerna för planering vid ledigheter.

Rapporterade orsaker



I majoriteten av de inrapporterade Lex Sarah är orsaken kopplad till enskilda, specifika händelser – som att en enskild personal brustit i att följa rutiner eller en rist i kommunikationen. Det är även händelser kopplade till brukares hälsotillstånd som inte alltid varit möjliga att förebygga eller identifierade.

Den vanligast förekommande åtgärden är enskilda samtal följt av samtal i personalgruppen. I de fall utredningen visat på brister i gemensamma arbetssätt och rutiner har åtgärderna lett till nya eller förbättrade turer för att undvika likande händelser.

4.3 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO

Inga inkomna klagomål har framförts från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

4.4 Tillsyn/Inspektion av IVO

En tillsyn av särskilt boende för äldre vid Sigghusbergs äldreboende i Hjo kommun har utförts av IVO.

Ärendet initierades utifrån ett klagomål från enskild person. IVO har i tillsynen granskat bemanning samt dokumentation i samband med skyddsåtgärder. IVO begärde en redovisning av identifierade brister.

I frågan om bemanning nattetid på boende ställer sig Hjo kommun bakom IVOs bedömning. Boende var sedan tidigare bemannat med 6 personal. Utifrån målet att personalen skall ha brukarna under uppsikt och utan dröjsmål kunna stödja och hjälpa dem förstärker vi bemanningen.

Vidare tar vi med oss viktigt insikter och nya arbetssätt avseende skydds och begränsningsåtgärder. Vi ser positivt på den kvalitetshöjning som en djupare och mer nyanserad bedömning innebär. Även om en åtgärd är tillåten kanske den inte är mest lämpligt. Arbetet med frågan har lett till en kompetensutveckling för hela verksamheten.

Vidtagna åtgärder:

Utökad bemanning: Bemanning är utökad till sju personal nattetid, en per avdelning.

- Åtgärden är aktiv och genomförd från och med 28 april 2022.

Planerade åtgärder:

Skydds och begränsningsåtgärder – individuella bedömningar

Frågan hur vi hanterar och dokumenterar skydds- och begränsningsåtgärder har lyfts i Ledningsgruppen för Vård och Omsorg och med legitimerad personal genom enhetschef för Hälso- och sjukvårdsenheten.

IVO bedömer att nämnden har brustit då skyddsåtgärder inte är individuellt bedömda. För att en åtgärd ska kunna ses som en skyddsåtgärd förutsätts att åtgärden har ett tydligt syfte att skydda eller underlätta för den enskilde. För att säkerställa korrekta individuella bedömningar arbetar vi för att förstärka våra rutiner för bedömning och dokumentation. Detta för att säkerställa att individuella bedömningar både sker och dokumenteras.

I verksamhetssystemet kommer dokumentationen att stärkas upp genom stödjande frastexter för att på så sätt säkerställa att vi bedömer och dokumenterar:

- Aktuell situation

- Mål

- Åtgärd
- Syfte med åtgärd
- Uppföljning

Vidare kommer Sigghusberg att inom ramen för deras "Team-arbete" börja använda sig av "Checklista demens särskilt boende". Checklisten är ett arbetsredskap som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är ett verksamhetsnära verktyg för att följa upp de nationella riktlinjerna och utveckla den personcentrerade omvårdnaden.

- Åtgärden Checklista inom ramen för Team, uppstart v35 2022

Vidare arbetar ledningen med att kontinuerligt medvetandegöra personalen med kunskap och reflektion kring skydds- och begränsningsåtgärder.

- Åtgärden dokumentation- och bedömningsstöd, uppstart v35 2022.

Beslut från IVO

IVO beslutade att avsluta ärendet, då IVO anser att Kommunstyrelsen redovisat adekvata åtgärder för att komma tillrätta med bristerna.

5. Personalens medverkan och kompetens

Grunden för det systematiska kvalitetsarbetet och säkerhetsarbetet är uppföljning och erfarenhetsåterföring genom regelbunden återkommande egenkontroll. Respektive chef ska säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Under 2022 har samtliga enheter startat upp team-möten vilket är ett viktigt steg mot en ökad delaktighet i kvalitetsarbete. Under de senaste två åren har tex antalet avvikelser som rapporterats in stigit för varje år. Detta är en indikation på en ökad medvetenhet och benägenhet att rapportera. Antalet Lex Sarah har under samma period minskat. Det finns ingen indikation på att ökningen av avvikelser är resultatet av mer negativa händelser. Detta tyder snarare på att både rapporterna nu får sin rätta form – avvikelse när detta är aktuellt och Lex Sarah vid risk för allvarliga missförhållanden.

Heltid som norm

Arbete med heltid som norm innebär ett i grunden ändrat arbetssätt där personalen inte endast är knuten till en enskild avdelning eller enhet. I takt med arbete skapas mer utrymme för att personal rör sig mellan enheter. Detta är både en viktig hörnsten i kvalitetsarbete då det medför att brukarens behov av insatser från personal i högre grad kan tillgodoses av van personal och i mindre grad av vikarier. Det innebär också att personalen behöver vara en aktiv del i kvalitetsarbete på fler olika enheter. Vad gäller processer och rutiner är dessa i möjligaste mån lika över enhetsgränserna. Det är tex samma rutin för avvikelsehantering gäller inom både alla säbo och hemvården. Utmaningen ligger i återkoppling och lärande - återkoppling sker genom Team-möte eller APT vilket är koncentrerat till de skilda enheterna.

God och Nära vård – och systematiskt kvalitetsarbete

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården är inte en ny organisationsnivå, det är heller inte en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt synsätt och ett arbets sätt som ser annorlunda ut mot hur den ser ut idag.

Den närmsta vården är det som den enskilde kan ge sig själv: egenvården och det stöd kommuner och regionen kan ge för att möjliggöra det. I den nära vården är den enskilde och dess anhöriga medskapare till vården som har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade specialistvård. Delar av den kommunala socialtjänsten, sjukhusvård, specialiserad öppenvård, ungdomsmottagning, elevhälsa, civilsamhället men även statliga myndigheter blir del av den nära vården.

Hälso- och sjukvården består av många organisationer och den nära vården innehåller hela eller delar av dessa verksamheter, den inkluderar också övergångarna och hur väl systemet förmår att överbrygga dessa och skapa en god och nära vård för den enskilde. För att klara det skaps nya arbets sätt så som mobila team, e-hälsans möjligheter, arbeta mer preventivt och proaktivt.

I enlighet med den antagna Färdplanen om Nära vård vårdas fler och fler svårt sjuka i hemmen. Både inom den palliativa vården och genom tidig hemgång från specialistsjukvården. Här uppstår för och fler gränssnitt mellan vårdgivare.¹

Vad innebär Nära vård för kvalitetsarbetet?

I enlighet med den antagna Färdplanen om Nära vård vårdas tex fler och fler svårt sjuka i hemmen. Både inom den palliativa vården och genom tidig hemgång från specialistsjukvården. Här uppstår fler och fler gränssnitt mellan vårdgivare. Det finns en väl etablerad systematik för avvikelser mellan parterna inom vårdsamverkan dock ställer detta ytterligare krav på bra system för återkoppling och lärande – över gränserna.

5.1 Kvalitetsråd

För att det systematiska kvalitetsarbetet ska ha förutsättningar att vara en del i det dagliga arbetet krävs det en organisation som bevakar kvalitetsfrågor och ser till att kvalitetsförbättringar snabbt kan implementeras och få ett genomslag i hela verksamheten. Varje arbetsplats måste vara delaktig i kvalitetsutvecklingsarbetet och ha möjlighet att bidra till verksamhetens kvalitetsutvecklingsarbete som helhet.

För att möjliggöra ett levande kvalitetsutvecklingsarbete har Vård och omsorg valt att införa ett övergripande kvalitetsråd som har en dialog och ett nära utbyte med respektive enhet. Under 2022 har ledningsgruppen tagit beslut om att integrera Kvalitetsrådet i Ledningsgruppen – ett separat Kvalitetsråd innebär ett relativt stort antal deltagare från ledningsgruppen – för att få rätt representation – men då inte alla var med krävdes ytterligare informationsöverföring. Metoden framåt är att avsätta tid regelbundet på ledningsgrupp för Kvalitetsråd. Under 2023 kommer fokus ligga på läkemedelsavvikelser. Med tät uppföljning enhetsvis och gemensam analys av orsak och åtgärd.

¹ <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs6400-302917419-158/surrogate/F%3a4rdplan%20-%201%3a4nsgemensam%20strategi%20f%3ab6r%20god%20och%20n%3a4ra%20v%3a5rd.pdf>

5.2 Kompetens och utveckling

Kvalitet i vården förutsätter god kompetens bland medarbetarna. Kontinuerlig kompetensutveckling skall därför bedrivas för att bibehålla och öka kompetensen. För 2022 fanns en utbildningsplan framtagen som till stora delar har följts.

Mycket utbildning går idag att genomföra genom självstudier, instruktioner och filmer via internet. Corona-pandemin har medfört många nya moment, rutiner och instruktioner – vilka i huvudsak presenterats genom intranätet – med stöd av legitimerad personal ute i arbetsgrupperna.

I Kompetensförsörjningsplanen för 2023 har ledningsgruppen valt att fokusera på:

- Durewall – förflyttning och bemötande vid utåtagerande beteende samt Vidareutbildning av instruktörer i lågaffektivt bemötande
- Förflyttningsutbildning
- Demens ABC
- Jobba säkert med läkemedel, webbutbildning
- Utbildning i basala hygienrutiner
- Grundutbildning för nya hygienombud
- BPSD
- Palliativ utbildning – webbutbildning,
- Webbutbildning Diploma
- HLR
- Brandutbildning
- Förskrivningsutbildning; inkontinens, diabetes
- Munhälsa – webbutbildning
- Visible Care - utbildningsapp
- Handledning/Mi utbildning
- Uppföljning introduktion – uppföljning med MAS av områden i introduktionen av ny medarbetare med inriktning mot patientsäkerhet.

Sammanfattning av 2022 strategier för 2023

Vård och Omsorg har genom sin ledningsgrupp gått igenom det samlade kvalitetsarbete för året 2022 och analyserat avvikelser och egenkontroll för att identifiera de viktigaste förbättringsområdena. Resultatet av vår egenkontroll visar inga indikationer på allvarliga, systematiska kvalitetsbrister. Brukarundersökningen visar på nöjda brukare på säbo, i nivå med riket. Verksamheten arbetar med ständig utveckling och under 2023 kommer enheterna fokusera på bla minskad andel läkemedelsavvikelser samt fördjupat arbete med social dokumentation.

I Hemvården visar brukarundersökningen på trygga brukare som upplever ett gott bemötande. De får i hög grad de insatser de behöver och i rätt tid och är i genomsnitt mer nöjda än riket som helhet. Hemvården är en dynamisk verksamhet i ständig förändring utifrån brukarnas behov. Enheten intensifierar under 2023 arbete med en förbättrad kontinuitet - antalet olika personal som besöker brukaren under en 14-dagars period. Samtidigt som verksamheten kommer att fokusera på en ökad produktivitet - del av den arbetad tiden som spenderas hos brukaren. Både kontinuitet och produktivitet är viktiga faktorer för

ökad kvalitet. Att få rätt insats på rätt sätt och känna sig trygg med personalen som kommer.

De klagomål som inkommer via synpunktshandlingen är dels från anhöriga och medborgare som har klagomål på tex Hemvårdens bilar. Synpunkterna som tas emot hanteras i enlighet med fastslagen rutin och leder i de fall det är möjligt till konkreta förbättringar eller åtgärder. Andelen synpunkter av intern karaktär har ökat vilket bör följas upp inom enheterna, andra metoder för att fånga medarbetarnas synpunkter finns att tillgå. Antalet rapporterade missförhållande ligger på en lägre nivå än förra året. Kvaliteten på utredningarna är hög och leder till tydliga förslag på förbättringsåtgärder.

Resultaten av rapporterna visar på fortsatt behov av att hela tiden förbättra följsamheten till de rutiner som finns på plats. Att arbeta inom vård och omsorg ställer stora krav på flexibilitet, att växla mellan flera olika brukare med skiftande behov under arbetspasset, att klara att handa mer och mer tekniska instrument samtidigt som du ska ge närvaro och ett gott bemötande kan vara en utmaning, särskilt för det relativt höga andel medarbetare som saknar tidigare erfarenhet eller utbildning inom vård och omsorg som sökt sig till verksamheten. Rutinerna blir varje år fler och fler och det är en utmaning att hålla alla rutiner aktuella och uppdaterade. Här finns utrymme att pröva nya former för kontroll och uppdatering av rutiner i tex tvärgrupper indelade i ansvarsområden.

Delaktighet och återkoppling

Idag används Team-möten och APT för att göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet. På Team arbetar de flesta enheter med gemensam analys och förbättringsarbete utifrån kvalitetsregistren. Sedan 2022 arbetar samtliga enheter med Team. Ett viktigt steg mot utvecklingsdrivet kvalitetsarbete.

Det finns också ett behov av att återkoppla andra delar i kvalitetsarbetet till personalen (avvikelse, Lex Sarahrapporter, klagomål, brukarundersökningar, internkontrollrapporter osv). Görs inte detta med delaktighet från personalen finns det en risk att våra analyser inte utmynnar i konkreta förbättringsåtgärder på enheterna. Det är viktigt att alla enheter hittar arbetsformer för enhetschef och personal att tillsammans gå igenom resultat av avvikelser, enkäter och annan egenkontroll för att kunna analysera, förbättra och planera framåt.

Processkartläggning

Under 2022 var målsättningen att komma igång med en aktiv processkartläggning i ett ändamålsenligt verktyg. Detta ger en ökad möjlighet för medarbetarna att förstå sitt uppdrag, hur det samverkar med andra och vad som krävs för att kunna utföra det med önskat resultat.

Det finns ett behov av att se över våra processer och arbetssätt, identifiera risker och analysera dem. Vi arbetar i dagsläget utifrån detaljerade rutiner men saknar verktyg att tydliggöra processer, ansvar och roller. Då hela Vård och omsorg i maj 2023 byter verksamhetssystem kommer detta innebära flera nyheter på området processkartläggning. Det nya verksamhetssystemet är en gemensam upphandling med 12 andra kommuner. I projektet ingår att kommunerna i så hög grad som möjligt skall ensa sina processer. Övergången till ett nytt verksamhetssystem kommer att innebära att vård och omsorgs verksamhet processkartläggs i grunden i ett nytt processkartläggningsverktyg.

Värdighetsgarantier

Värdighetsgarantierna uppfylls inte alltid till 100%, men själva syftet med värdighetsgarantierna är att utgöra ett strävansmål som alla medarbetare hela tiden har för ögonen. De fungerar som ett tydligt

styrmedel i vår verksamhet. Vi planerar t ex våra semestrar och våra dagliga aktiviteter på boendena utifrån det som utlovas i garantierna. Den dagen vi alltid utan undantag lever upp till garantierna kommer de inte längre att behövas som garantier.

En allt större utmaning för att säkra både kvalitet, patientsäkerhet och värdighetsgarantier är möjligheten att bemanna verksamheten med kompetent personal.

Vård och Omsorgs ledningsgrupp har gemensamt tagit fram en aktivitetslista och verksamhetsplan för 2023 där följande förbättringsåtgärder anses vara de mest centrala för att leva upp till kraven i SOSFS 2011:9:

- Läkemedelsavvikelser – analys och metod för att minska antalet avvikelser
- Processkartläggning – skapa en gemensam ”grundkarta” av verksamheten genom processkartläggning.
- Riskanalyser – fortsatt utvecklas riskanalyser för organisationsförändringar ie ett brukarperspektiv
- Rutiner – följsamhet och uppdatering
- Att fortsätta utveckla Kvalitetsrådet som sammanhållande organ för systemiskt kvalitetsarbete