

Kvalitetsberättelse för
Vård och Omsorg
2020



INLEDNING

Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete	3
Varför skriver vi en kvalitetsberättelse?	3
Sammankopplingen med budget- och verksamhetsuppföljning.....	3
Vård och Omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	3
1. Processer och rutiner	4
1.1 Handlingsplan för 2020	5
2. Riskanalyser	5
2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen	5
2.2 Riskanalyser inför förändringar m.m.	7
2.3 Riskanalyser på brukarnivå.....	7
2.4 Handlingsplan för 2020	7
3. Egenkontroll	7
3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen-särskilt boende?.....	7
3.2 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen-hemtjänst?.....	9
3.3 Egenkontroll av den sociala dokumentationen	10
3.4 Egenkontroll: Rapportering av ej verkställda beslut till IVO.....	11
3.6 Egenkontroll: Uppföljning av värdighetsgarantier	12
3.7 Baskrav och ansvarsbeskrivning.....	12
4. Avvikelse	13
4.1 Synpunkter och klagomål.....	13
4.2 Avvikelsehantering.....	14
4.3 Lex Sarah	14
4.4 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO	17
4.5 Tillsyn/Inspektion av IVO	17
5. Personalens medverkan och kompetens	18
Kompetens och utveckling	19
Sammanfattning av 2020 och strategier för 2021	20

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 2020 samt Verksamhetsuppföljningen för Hjo Kommun 2020. Dessa redovisar hur Vård och Omsorg arbetat under 2020 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 snarare med rutiner än med processer. Rutiner är vårt viktigaste verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet. Efter att ha identifierat en önskvärd process tar enhetschefer och berörda medarbetare vid för att gemensamt arbeta fram ett önskvärt arbetssätt för att sedan skriva ned den i punktform som en rutin eller instruktion.

Sedan 2019 har samtliga enheter överfört sina rutinpärmar från den gemensamma mappen på servern-T:katalogen till intranätet EIRA. Införandet av Office 365 medförde att en stor del av personalen inte längre har tillgång till T:katalogen och rutinpärmar på intranätet blev en lösning på detta. Detta förstärker dessutom ytterligare användandet av intranätet som informationskanal.

Rutinerna sätts på prov

Arbetet med att se över arbetet systematiskt och ta fram nya rutiner sker kontinuerligt. Under 2020 ställdes verksamhetens förmåga att arbeta strukturerat med rutiner och information kring dessa på sin spets i samband med pandemin av Coronaviruset.

Coronaviruset spridning börjande blir uppmärksammas ute i världen under januari 2020. Under februari fanns fortfarande inte specifika rutiner framtagna för hanteringen av denna situation inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det fanns dock tidigt ett behov av att samla informationen. Förvaltningen skapade då en särskild sida på vårt intranät med information om smittskydd samt information från Folkhälsomyndigheten. De inledande frågorna handlade då om att agera korrekt kring personal som ev varit utomlands. Under de kommande veckorna gick dock utvecklingen mycket snabbt. WHO deklarerade den 11 mars att covid-19 nu är en pandemi: "Sjukdomen finns nu eller kommer snart att finnas i alla världsdelarna och kommer sannolikt att drabba alla världens länder". I Patientsäkerhetsberättelsen för 2020 redogörs mer grundligt kring agerande och utveckling kopplat till coronavirusets framfart.

Nedan följer en kort bild av hur det påverkat verksamhetens rutiner och processer:

Redan samma dag som WHO deklarerade att det handlade om en pandemi inledde Vård och omsorg i Hjo kommun arbete med att säkra skyddsutrustning samt att förstärka arbetet med god kunskap om och följsamhet kring rutiner för det basala hygienarbetet. Bland annat koncentrerades arbete kring:

- *Vikten av att de basala hygienrutinerna och klädreglerna följs och att det fungerar i alla verksamheter*
- *Påminner även brukare om god handhygien och att brukare med luftvägssymtom ska använda papper att hosta i, instruera och hjälpa till med god handhygien.*
- *Skyddsutrustning ska användas vid ett misstänkt fall av covid-19*

Regional rutin – Vårdhygien

Den 16 mars får verksamheten en regional rutin att följa från Vårdhygien, VGR vars syfte är att tydliggöra de viktigaste åtgärderna för att förhindra smittspridning inom kommunal vård och omsorg.

Denna rutin publiceras på intranätet, på den separata sidan som skapats för information om Covid-19. Det står dock klart att informationen behöver samlas enklare i takt med att det tillkommer fler och fler rutiner. För att skapa en möjlighet för all personal att kunna få en överblick över befintlig och ny information ha en särskild samlingsida för Vård och omsorg avseende allt som rör Covid-19 skapats. Den länkas till från ordinarie Rutinpärm och tack vare arbete under 2019 med att färdigställa digitala rutinpärm har alla verksamheter smidigt kunnat få uppdaterat information samtidigt in i sina rutinpärm genom intranätet.

Flödet av ny information och nya rutiner kopplade till pandemin har varit omfattande. Den regionala rutin som togs fram i mitten på mars har omarbetats och uppdaterats flera gånger. I skrivandets stund är det version 12 av den regionala rutinen som gäller och ligger ute i våra rutinpärm.

Informationen är idag uppdelad i fyra olika områden:

- **Regionala rutiner från VGR**
- **Lokala rutiner (tex basala hygienrutiner, transport av medarbetare, transport av avliden)**
- **Instruktionsfilmer och utbildningsmaterial (tex basala hygienrutiner)**
- **Interna instruktioner (tex regler för besök på säbo)**

Sjukdomen är helt ny för all Vård och omsorg och har ställt stora krav på omställning. Året 2020 är genomgående präglad av pandemin, och för Vård och omsorgs del har det ställt stora krav på snabb omställning – och fungerat som ett test av de existerande rutinerna, arbetssätten och processerna. Genomgående fanns en god beredskap för att identifiera och följa nya arbetssätt och rutiner i verksamheterna – både genom att infrastrukturen fanns på plats och framförallt genom ett tydligt ledarskap och information från ledningen genom den legitimerade personalen till omvårdnadspersonalen.

Den övriga verksamheten har även den fortsatt trots pandemin. Vård och omsorg fortsätter identifiera förbättringsområden och översätta detta till rutiner. Exempel på Rutiner som tillkommit under 2020 är:

- Gemensam checklista vid palliativ vård och dödsfall
- Rutin för åtgärder i samband med väntat dödsfall
- Rutin för koppling Stödboende – Sturebo för stöd via telefon

1.1 Handlingsplan för 2020

I handlingsplanen för 2020 ingick att förstärka arbetet med årshjul. Ett medel för att få systematik i uppföljning och repetition av rutiner. Årshjulet skapar tillfälle för systematiska genomgångar av de rutiner som finns för att öka medvetenhet om dem och följsamheten till rutinerna. Arbetet med ett årshjul fick under 2020 ge plats för uppbygganden av en helt ny uppsättning rutiner kopplade till covid-19. Arbete tas dock vidare under 2021. Under 2021 förstärks arbete med att utöver rutiner även ta fram processer för att kvalitetssäkra flöden och arbetssätt.

2. Riskanalyser

2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen

Ledningsgruppen för Vård och Omsorgs gjord i januari 2021 sin årliga genomgång av risker som kan inträffa i verksamheten. Fyra områden valdes ut där man såg att det fanns risk att verksamheten brister

vilket kan drabba våra brukare och patienter.

Följande risker har kontrollerats av Vård och Omsorg i internkontrollarbetet 2020.

Risk	Kontroll	Åtgärd
<p>Social dokumentation - risk för tapp i kvalitet avseende personcentrerad vård och genomförandeplaner</p>	<p>Genomgång av rutiner och roller för ombud för social dokumentation.</p>	<p>Året 2020 har inneburit många nya utmaningar för Vård och Omsorg. I samband med denna situation har arbetet med en fördjupad genomgång av rutiner och roller för ombuden för social dokumentation inte varit möjligt att genomföra som planerat. En god social dokumentation är en viktig del i kvalitetsarbetet inom vård och omsorg och arbetet fortsätter under 2021.</p>
<p>Sätt Ljus på natten - personcentrerad vård nattetid - Inte personcentrerad vård på natten.</p>	<p>Gå igenom arbetsätt och rutiner.</p>	<p>Nattpersonalen är idag delaktiga i framtagande av genomförandeplanen och inför TEAM-möten. De har väl fungerande rutiner för att fånga upp och föra vidare brukarens önskemål kring omsorgen nattetid.</p> <p>Det finns en ökad medvetenhet kring personcentrerad vård i nattens arbete. På säbo, Villa Rosell är verksamheten igång med fjärtillsyn via kamera nattetid. Ett sätt att öka säkerheten och flexibiliteten då brukarna kan få tillsyn utan att bli störda.</p> <p>På Sigghusberg har man inlett tillfällen med handelning specifik för nattpersonalen.</p> <p>Arbetet kring Sätt Ljus på natten – personcentrerad vård har kommit långt inom säbo i Hjo kommun. Dock handlar det om en kulturförändring, vilket tar tid att åstadkomma. Rutiner och verktyg finns på plats för att möjliggöra denna kulturella förflyttning. Fortsatt stöd och focus från ledningen.</p>
<p>Behörigheter - Obehöriga får tillgång till uppgifter, onödiga kostnader för behörigheter</p>	<p>Genomgång av rutiner</p>	<p>Det finns väl utarbetade rutiner för att avsluta medarbetare i VoOs verksamhetssystem. Problem kvarstår dock avseende mailadresser. Avslutade medarbetare finns ofta kvar i maillistor. Detta innebär onödigt arbete för enhetschefer som får kontrollera dessa listor manuellt. En kommungemensam lösning efterfrågas där anställning och avslut hanteras centralt. Fortsatt arbete med frågan i kommungemensamma - "onboardingprojektet"</p>

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. De risker man ser ska sedan förebyggas och åtgärdas i möjligaste mån.

Under våren 2020 genomfördes flertalet riskanalyser kopplade till situationen pandemin av coronavirus och sjukdomen Covid-19. Denna nytillkomna allvarliga situation ställde krav på riskanalyser av brukarnas situation, med risk för smitta. Dessutom riskanalys av plötsliga och snabba förändringar av verksamheten, så som nedstängning av dagverksamheten, dåvarande Smedjan och daglig verksamhet, Klammern – Alla kan.

De nya lokalerna på Sigghusberg innebar förändringar och här gjordes bland annat en risk och konsekvensanalys av påverkan på deltagarna vid dagverksamheten Regnbågens flytt till nya lokaler.

Riskanalys är idag ett väl inarbetat verktyg som används vid tex all samverkan inför förändringar. Metoden har använts för att säkra verksamheten för brukare och personal inför olika typer av förändringar.

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 2020

Riskanalyser är idag väl inarbetat och en del i alla typer av förändringar.

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.

Socialstyrelsens brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" genomfördes under våren 2020. Det finns två olika delar; en för hemtjänst och en för äldreboende. Båda finns på www.hjo.se.

3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen-särskilt boende?

I undersökningen svarar 83% av de boende på Hjo kommuns äldreboende att de är ganska eller mycket nöjda med sitt äldreboende. Det kan jämföras med 81% för hela riket. De boende känner ett gott

förtroende för personalen och 89% upplever ett gott bemötande. 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 boende uppger att de har en god tillgänglighet till vård och så många som 89% svarar att de är lätt få träffa en sjuksköterska vid behov (jämfört med 75% i riket) och 69% att det är lätt att träffa en läkare vid behov (53% i riket).

Många äldre besväras av ensamhet, dock besväras de boende på äldreboendena i mindre hög grad av ensamhet än i riket. I Hjo uppger 50% att de besväras av ensamhet mot rikets 70%.

Brukarundersökning visar även på områden som kan förbättras. Till exempel uppger endast 69% att måltiden är en trevlig stund på dagen. God, näringsrik mat och en god aptit är viktigt för våra äldre och måltidssituationen är ett område som Hjo kommun ständigt försöker förbättra.

Enheternas resultat

Nedan följer en sammanfattande jämförelse av enheternas resultat:

Enhet	Andel positiva svar % (2019)
Fick plats på önskat äldreboende	87 i riket
Sigghusberg	89 (94)
Sjöryd	90 (91)
Villa Rosell	95 (100)
Trivs med sitt rum/sin lägenhet	74 i riket
Sigghusberg	78 (90)
Sjöryd	82 (83)
Villa Rosell	86 (85)
Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet	67 i riket
Sigghusberg	67 (85)
Sjöryd	100 (73)
Villa Rosell	79 (83)
Möjligheterna att komma utomhus är bra	58 i riket
Sigghusberg	80 (71)
Sjöryd	82 (54)
Villa Rosell	37 (47)
Tycker att maten smakar bra	74 i riket
Sigghusberg	80 (83)
Sjöryd	91 (77)
Villa Rosell	57 (75)
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	74 i riket
Sigghusberg	90 (83)
Sjöryd	73 (85)
Villa Rosell	64 (83)
Får bra bemötande från personalen	94 i riket
Sigghusberg	100 (100)
Sjöryd	91 (92)
Villa Rosell	83 (90)

Personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	79 i riket
Sigghusberg	90 (90)
Sjöröd	82 (100)
Villa Rosell	60 (83)
Känner sig trygg på sitt äldreboende	87 i riket
Sigghusberg	100 (90)
Sjöröd	82 (100)
Villa Rosell	78 (95)
Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet	61 i riket
Sigghusberg	75 (78)
Sjöröd	63 (67)
Villa Rosell	53 (67)
Besväras inte av ensamhet	30 i riket
Sigghusberg	44 (39)
Sjöröd	63 (18)
Villa Rosell	45 (31)
Har lätt att få träffa läkare vid behov	53 i riket
Sigghusberg	För få svarande
Sjöröd	70 (56)
Villa Rosell	59 (81)
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	81 i riket
Sigghusberg	100 (85)
Sjöröd	82 (85)
Villa Rosell	76 (95)

3.2 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen-hemtjänst?

Resultatet från brukarundersökningen för Hemvården i Hjo visar att 86% av brukarna sammantaget är nöjda eller mycket nöjda med den hemtjänst de har. Det är 94% som svarar positivt på frågan om de får ett gott bemötande.

Undersökningen visar på trygga brukare i Hemvården då 89% tycker det känns tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten. Lika hög andel känner förtroende för personalen som kommer hem till dem. I årets undersökning uppger 81% av de svarande att de tycker det är lätt att få kontakt med hemvårdens personal vid behov. Tillgängligheten är ett område som verksamheten arbetat med vilket visar sig i ökningen av positiva svar:

År	Andel som upplever god tillgänglighet
2020	81%
2019	76%
2018	69%

Årets undersökning – präglad av pandemin

Enkäterna till årets undersökning skickades ut till respondenterna samma vecka som Folkhälsomyndigheten konstaterade att det fanns tecken på en samhällsspridning av virussjukdomen covid-19 i de två största regionerna i Sverige. Folkhälsomyndigheten rådde alla att undvika att träffa andra människor, framförallt riskgrupper och personer 70 år och äldre.

Den 30 mars beslutade regeringen om besöksförbud på samtliga äldreboenden. Beslutet trädde i kraft den 1 april, men redan tidigare lämnade regeringen en skarp rekommendation mot att besöka äldreboenden, för att minska risken för smittspridning bland äldre personer.

Med tanke på att det fanns en samhällsspridning av covid-19, råd om att undvika att träffa andra människor och att det var besöksförbud på särskilda boenden under den större delen av svarsperioden, vilket hindrade många anhöriga från att kunna hjälpa till att besvara enkäter, så är svarsfrekvensen som förväntat sämre i båda grupperna jämfört med föregående år. Hos personer som bor i ordinärt boende och har hemtjänst är svarsfrekvensen i riket 3 procentenheter lägre och hos personer som bor på särskilt boende är den 10 procentenheter lägre år 2020 jämfört med år 2019.

I Hjo var svarsfrekvensen för svarande på säbo hela 16% lägre år 2020 än året innan, för svarande i ordinärt boende var det dock samma svarsfrekvens som tidigare år, 60 %.

3.3 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.

För att få en jämförelse hur verksamheten i Hjo kommun står sig gentemot övriga landet på området aktuella Genomförandeplaner använder vi oss i normala fall av Socialstyrelsens "Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård". Detta är en nationell undersökning som berör hemtjänstverksamheter och särskilda boenden. Undersökningen riktar sig till verksamhetsansvariga. Undersökningen genomfördes inte 2020 på grund av Coronapandemin.

Så här så siffrorna ut för 2019:

Källa: Enhetsundersökningen (Socialstyrelsens undersökning)	Andel boende med aktuellt Genomförandeplan 2019	Andel 2018	Andel 2017
Äldreomsorg			
Sjöryd	92% (92% med delaktighet)	77%	58%
Sigghusberg	95% (76% med delaktighet)	74%	93%
Villa Rosell	59% (38% med delaktighet)	81%	97%
Säbo totalt	83% (67% med delaktighet)	83%	83%
Hemvården	58% (58% med delaktighet)	72%	63%
Funktionshinder	Resultatet anges ej i procent, utan bara att merparten av brukarna har en.	-	-

3.4 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. För året 2020 redovisas en del undantag. Det handlar om ett antal beslut om daglig verksamhet som inte kunnat verkställas – detta beroende på en stängning av verksamheten pga pandemin. Vidare uppstod inför öppnandet av nya Sigghusberg en del väntan för ett antal brukare innan de kunde flytta in.

LSS – daglig verksamhet

Under året har 27st brukare med beslut om daglig verksamhet ej kunnat få dessa verkställda under en period på grund av den rådande coronapandemin.

SoL - daglig verksamhet

Under året har 8st brukare med beslut om daglig verksamhet ej kunnat få dessa verkställda under en period på grund av den rådande coronapandemin.

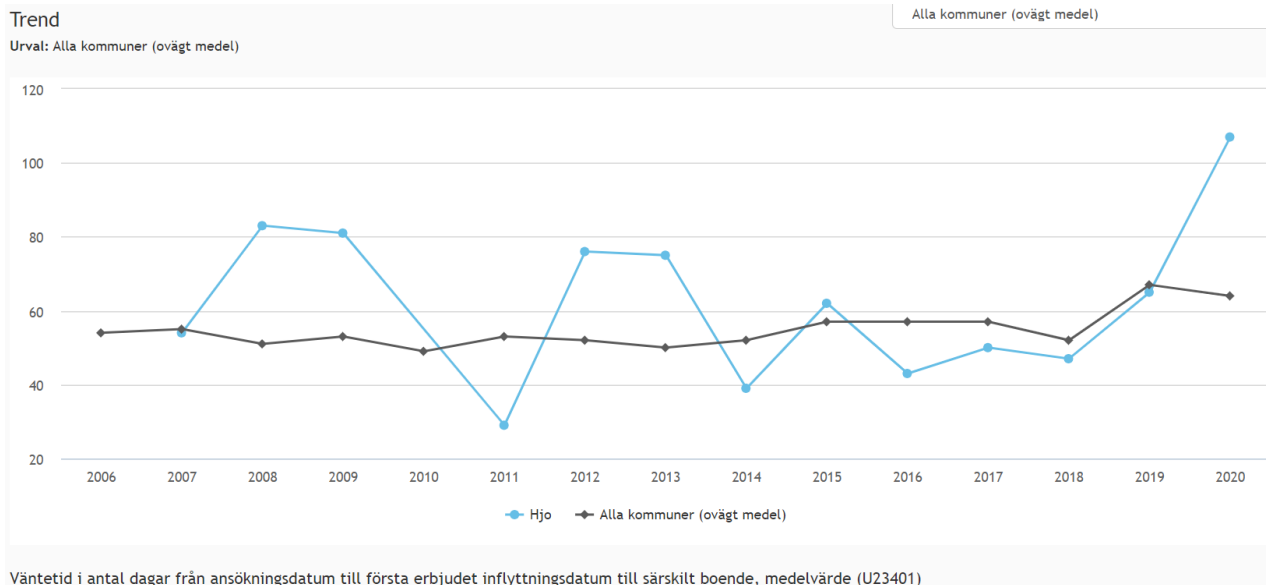
SoL - väntetid till särskilt boende

Under 2020 har Hjo kommun rapporterat in till IVO att 28 st 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.

Inför den väntade öppnandet av en ny boendeavdelning på Sigghusberg uppstod en del väntetid för ett antal individer. Dessa fick dock plats i samband med öppnandet i april 2020. Det är dock ett fortsatt högt söktryck mot Säbo, demens och Sigghusberg. Ett antal individer väntar därför på korttiden för att få en plats på Sigghusberg. För sökande mot säbo, somatik råder det balans i sökande och antal tillgängliga platser.

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.

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde:



Under 2020 var den genomsnittliga väntetiden i Hjo 107 dagar från ansökan till erbjudande (att jämföra med 64 i riket och för Hjo 2019 var den 65 dagar). Väntetiden har ökat betydligt i Hjo under året, från 65 dagar till 107, detta är en direkt konsekvens av att fler individer väntat på plats på nya Sigghusberg. Flera av dem har flyttat in under våren 2020 då en helt ny avdelning öppnades och fylldes direkt. Vidare kvarstår det ett söktryck till Sigghusberg. I övrigt är det som tidigare nämnt ingen anmärkningsvärd väntetid till Särskilt boende, somatisk inriktning.

3.6 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.

- 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.

3.7 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 hen 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.

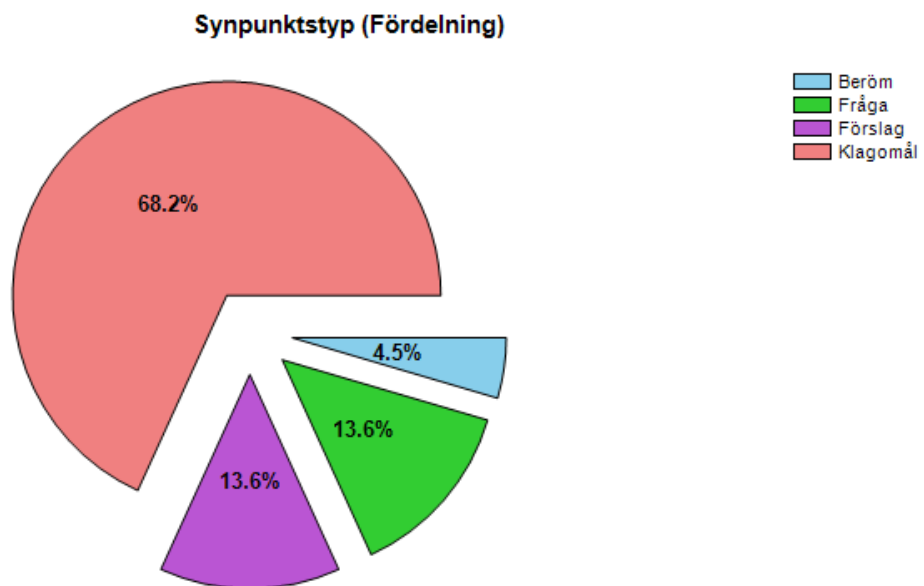
4. Avvikelser

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. I Hjo kommun är det fler än riksgenomsnittet som vet var man ska vända sig med klagomål 56% i Hjo mot 47% i riket.

Totalt registrerades 21st synpunkter under året inom Vård och Omsorg (att jämföra med 18st 2019 och 22st 2018). Tyvärr var 8 av dessa anonyma och önskade/kunde ej få svar på sina synpunkter. Majoriteten är klagomål, 70% men det har även inkommit flera förslag, 14% samt beröm 5%. En fråga som engagerar är Hemvårdens bilar, hela 5 av 21 synpunkter handlade om deras hastighet och/eller parkering. Detta är en ständigt återkommande fråga och enhetscheferna arbetar med frågan genom APT och enskilda samtal.



Tre av synpunkterna rör frågor kring Hemvårdens arbetskläder och det faktum att personalen kan ses tex utföra arbetsuppgifter inne på ICA bärandes dessa kläder. Coronapandemin har lyft frågan om smittspridning till en av högsta intresse för alla i samhället och naturligtvis väcker detta frågor. Pandemin accelererade en redan pågående process med ett abonnemang av arbetskläder från en cirkulationstvätt. Detta innebär samma system som på sjukhus då tvättade kläder levereras till arbetsplatsen och smutsvätten tas omhand av ett professionellt tvätteri. På det sättet säkrar vi att det alltid finns rena kläder till all personal i tillräcklig omfattning vid varje arbetspass.

Gällande frågan om Hemvårdens personal i arbetskläder inne i matvaruaffären, så är det en pedagogisk utmaning för den som besvarar synpunkten att förklara att inköp tillhör hemvårdspersonalens arbetsuppgifter och de ska även då använda arbetskläder – dock finns fungerande rutiner för hur kontaminering skall undvikas vid riskfyllda moment.

4.2 Avvikelsehantering

Med start i januari 2020 övergick samtliga enheter till avvikelsehantering 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. Då avvikelserna nu rapporteras in till DF respons finns utökade möjligheter att sammanställa statistik över det inrapporterade både på enhetsnivå och sammantaget.

Den kartläggning i form av en enkät till alla medarbetare inom VoO som gjordes 2019 visade på tre områden som behövde förstärkas för att öka kvaliteten i avvikelsehantering: Bemanning, Benägenhet att rapportera och Återkoppling och lärande. Övergången till DF respons väntades ge positivt resultat bland annat avseende:

Benägenhet att rapportera – genom ett mer användarvänligt system för inrapportering.

Återkoppling – genom att systemet ger bättre förutsättningar att systematiskt samla in information om och lära av det inträffade

Ökad benägenhet – fler inrapporterade avvikelser

Under året 2020 – som inte varit som vilket år som helst på grund av pandemin - har hela 1016 st avvikelser rapporterats in inom VoO. Detta att jämföra med 821 st inrapporterade avvikelser år 2019. Ett mycket gott resultat – inte för att ett stort antal avvikelser i sig är något att sträva emot. Det är naturligtvis tecken på en negativ risk eller händelse – med då verksamheten under ett år utför flera hundra tusen signerade hälso- och sjukvårdsinsatser (år 2019 var det 808 083st signerade insatser) är det naturligt att avvikelser sker. Det är därför positivt att vi ser att rapportering av avvikelser är väl fungerande.

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 ens personal 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 avvikelsehanteringen uppfylls.

Kvalitetsråd och utmaningar framöver

För att få en genomgående och samlad affekt av kvalitetsarbete har VoO inrättat ett Kvalitetsråd. Idag sker återkoppling och lärande på de enskilda enheterna. Vid APT, handledning eller teammöten. En utmaning ligger i att hitta samarbetsformer för systematisk återkoppling på systemnivå där lärdomarna från avvikelsehanteringen kommer hela organisationen till godo. Formerna för detta kommer fortsätta att utarbetas av Kvalitetsrådet under 2021.

4.3 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 Verksamhetschef VoO 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 rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah

Under året 2020 har 14st Lex Sarah rapporter inkommit och utretts (att jämföra med 22 st 2019). Ytterligare 4 avvikelser har rapporterats in som Lex Sarah dock har utredaren bedömning visat att det snarare handlar om avvikelser – avseende ett fall, en medicinskteknisk produkt, missad tablett samt hygien och smittrisk.

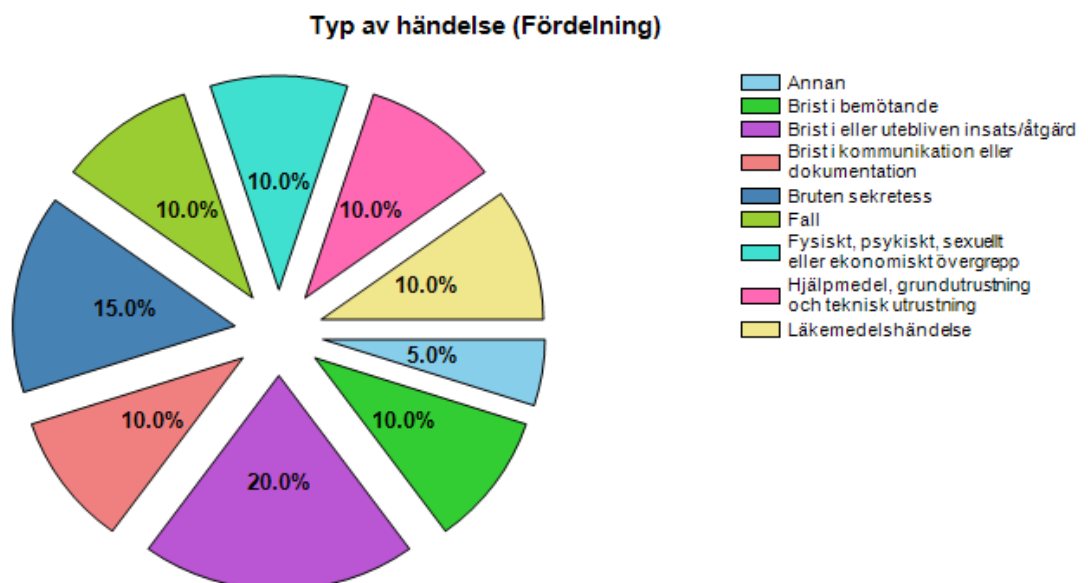
Av de inkomna Lex Sarah har två stycken anmälts till IVO som allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden. IVO har i samtliga fall bedömt att händelserna är tillräckligt utredda och åtgärdade för att kunna avslutas, i ett fall direkt och i det andra fallet efter en komplettering.

Exempel på inkomna Lex Sarah 2020:

Enhet	Rapport om	Åtgärd
Villa Rosell (<i>föranlett anmälan till IVO</i>)	Bruten sekretess då en medarbetare i en sluten facebookgrupp uttalat sig nedlåtande, dock anonymt om en av brukarna och om dennes hälsostatus.	Omgående enskilda samtal med medarbetaren samt utfärdande av skriftlig varning. Fortsatta samtal/erbjudande om kontakt via företagshälsovård. Samt gemensam diskussion kring sekretess på APT.
Hemvården	En inkommen Synpunkt gällande uteblivet besök från hemtjänsten hos brukare har av misstag publicerats på kommunens hemsida. Synpunkten innehåller uppgifter kring brukarens hälsosituation och ska omfattas av sekretess	Genomgång av rutiner för sekretessmarkering av synpunkter med förtydligande av rollfördelning. Ny spärr i systemet av sekretessbelagda synpunkter inte ska kunna publiceras vilket är den rådande rutinen. Ökat fokus på introduktion i systemet.
Hemvården Nattpatrull	Vid tillsynsbesök upptäcker nattpatrullen att dörrlarmet inte fungerar. Utredningen visar att det kan bero antingen på en miss i information angående ändrad tid på dörrlarmet till just nattpatrullen – eller ett rent handhavandefel där larmet stängts av manuellt.	Ta fram skriftlig rutin/checklista för hur dörrlarmsärenden ska hanteras. Framtagande av en kortfattad informationslapp angående hur personal ska hantera dörrlarm. Informationen ska alltid sättas upp i brukarens hem i samband med installation av dörrlarm. Årlig genomgång på APT för samtlig hemvårdspersonal beträffande handhavande och rutiner av dörrlarm.
Socialpsykiatri	Brukare upplever sig ha blivit	Personal i Boendestöd ska turas om

	kränkt genom sexuella anspelningar av boendestödjare, en längre tid tillbaka i tiden. Har tidigare inte orkat berätta.	att besöka alla brukare, för att få en transparens hur man utför arbetsuppgifterna samt för att få ett likartat arbetssätt. Vidare kan personalen då och då även utföra besök hos brukare tillsammans. Rutiner skrivs ned för att säkerställa hur arbetet inom Boendestöd ska planeras, utföras och följas upp.
Hemvården Nattpatrull	När HV kom till brukaren då hen skulle lägga sig satt hen i fätöljen utan larmet på sig. Hade försökt ringa på telefonen för att få hjälp att stänga balkongdörr och fönster, men kom inte i kontakt med någon. Larmet låg på köksbordet. Brukaren hade tidigare nekat hjälp med att få på larmet. Hen hade nyligen flyttat till Hjo, har bott här tidigare och hade inaktuellt nummer sparat i sin telefon.	Brukaren behöver tydlig information kring hur kontakt med personal ska ske, vilka telefonnummer som är aktuella osv. Det måste dokumenteras/rapporteras om B lämnats i sin lägenhet utan larmet på sig. Alternativa lösningar (larm på möbel, runt halsen) bör tas fram.
Personlig assistans	I samband med flytt till säbo saknas personliga ägodelar.	Olyckliga omständigheter utanför verksamhetens område och kontroll. Flyttning ingår ej i en i PAs arbetsuppgifter.

Vilken typ av händelse var mest förekommande i rapportering av Lex Sarah?



Typ av händelse	Antal
Annan	1
Brist i bemötande	2
Brist i eller utebliven insats/åtgärd	4
Brist i kommunikation eller dokumentation	2
Bruten sekretess	3
Fall	2
Fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt övergrepp	2
Hjälpmedel, grundutrustning och teknisk utrustning	2
Läkemedelhändelse	2
Totalt:	20

Bruten sekretess

Under 2020 har fler fall av bruten sekretess uppdagats. Även om händelsen varit av skiftande karaktär såg VoOs ledningsgrupp en anledning att stärka medvetenheten kring sekretess. Under året, i samband med att coronapandemin tog fart förstärktes information bla på intranät och med posters bland medarbetarna med både en påminnelse om och information kring sekretess och det togs även fram ett material som stöttade både medarbetare och ledning i hur frågor från allmänheten kan hanteras – utan att röja sekretess eller patientinformation men ändå möta behovet av information kring till exempel smittläget.

Brist i utebliven insats

Den största kategorin är brist i utebliven insats. Denna grupp innehåller fler olika typer av händelser. För att komma tillrätta med problemet har ett arbete med förbättrade rutiner för rapportering mellan yrkesgrupper inletts och skall vara klart under våren. Detta inkluderar checklistor för både muntlig och skriftlig rapportering, vilket skall ge ökad säkerhet att all personal får del av viktig information kring brukaren, oavsett när man startar sitt arbetspass.

Vidare har hemvården inlett arbete med att få ut sina rutter digitalt i mobilen. Detta ger både säkrare former för ruttplaneringen samt ökar benägenheten att utföra insatsen utifrån GenomförandepLANEN. Hemvården har dessutom tagit fram en ny mall för hur genomförandepLANERNA utformas. Detta arbete inkluderar arbete med en mall för direkt kommunikation med brukaren under utförande av insatsen – och dokumentation utifrån detta, vilket i högre grad fångar hur brukaren vill ha sin insats än om det beskrivs teoretisk vid en vårdplanering.

4.4 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO

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

4.5 Tillsyn/Inspektion av IVO

Under 2020 har inga inspektioner eller tillsyner av Vård och Omsorgs verksamheter ägt rum i verksamheten. IVO har med anledning av Corona pandemin utfört en landsomfattande tillsyn avseende ”Ej verkställda beslut” vilken besvarats elektroniskt.

IVO har utfört en tillsyn avseende förutsättningarna för att ge medicinsk vård och behandling till personer som bor på säbo i Hjo kommun. IVO har i tillsynen intervjuat MAS i Hjo kommun samt hälso- och sjukvårdsdirektören i Västra Götaland.

De uppgifter som framkommit i intervjuer har ej föranlett någon ytterligare granskning av Hjo kommun och IVO har avslutat ärendet.

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.

I den enkätundersökning som genomfördes 2019 på området Brukar-/Patientsäkerhetskulturen tyder svaren från medarbetarna på en medveten kringfrågorna och ett gott självskattat läge för verksamheten gällande patientsäkerhet.

Dock fanns en tydlig diskrepans i detta resultat mot det faktiska antalet avvikelser som rapporterats in. Tex har så många som 75% inte rapporterat in någon enda risk (möjlighet till att en vårdskada/missförhållande ska inträffa) under de senaste 12 månaderna.

Under året 2020 har betydligt fler avvikelser rapporterats in, samt fler risker även om dessa ännu utgör endast ett par procent av alla inrapporteringar. Sammantaget visar personalens agerande på en hög medvetenhet, ökad benägenhet att rapportera och en förenkling av systemet.

Det sammanlagda resultatet ur enkäten visade på att de främsta utvecklingsområdena återfinns inom områdena:

- **Återföring och kommunikation kring avvikelse**
- **Benägenhet att rapportera händelser**
- **Bemanning**

Återkoppling och dialog

Benägenheten att rapportera tycks ha ökat under året. Och flera av de frågor som rör bemanning omhändertas inom ramen för den kommunövergripande arbete med Heltid som norm – hållbart arbetsliv. Frågor kring återkoppling och kommunikation kring avvikelser är viktigt både för att faktiskt kunna förbättra verksamheten och öka känslan av att arbetsinsatsen som rapportering innebär är meningsfull.

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 för god återkoppling.

Under 2021 kommer arbetet i det nyinrättade Kvalitetsrådet för VoO att påbörjas. Kvalitetsrådet som organ är nytt för verksamheten och behöver hitta sin form för att nå mesta möjliga nytta.

Kompetens och utveckling

Kvalitet i vården förutsätter god kompetens bland medarbetarna. Kontinuerlig kompetensutveckling skall därför bedrivas för att bibehålla och öka kompetensen.

För 2020 fanns en utbildningsplan framtagen som till stora delar har följts dock har vissa moment varit svåra att genomföra så som HLR utbildning/uppföljning i grupp samt ta hit externa instruktörer för utbildning i grupp. 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 2021 har ledningsgruppen därför bla valt att fokusera på:

- Durewall – förflyttning och bemötande vid utåtagerande beteende samt Vidareutbildning av instruktörer i lågaffektivt bemötande
- Basutbildning - (lagar, hygien, läkemedel, delegering, förflyttning, värdegrund och personcentrerad vård)
- Förflyttningsutbildning
- Diverse modulutbildningar/webbutbildningar (bl a social dokumentation)
- 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
- Stjärnmärkt demensomvårdnad
- Munhälsa – webbutbildning
- Visible Care - utbildningsapp
- Handledning/Mi utbildning

Sammanfattning av 2020 och strategier för 2021

Vård och Omsorgs ledningsgrupp har genom sitt Kvalitetsråd har gått igenom och analyserat avvikelser och egenkontroll för att identifiera de viktigaste förbättringsområdena. Resultatet av vår egenkontroll visar inga indikationer på allvarliga, systematiska kvalitetsbrister. Brukarundersökningarna i Särskilt boende visar på ett gott resultat i jämförelse med riket och Västra Götalandsregionen. För Hemvården ligger resultatet i nivå med riket och visar på trygga brukare. Vidare får Hemvården mycket få klagomål gällande utförandet av insatserna. De klagomål som inkommer via synpunktshanteringen är främst från medborgare i övrigt i samhället samt enstaka klagomål kring en enskild personal.

Synpunkterna som tas emot hanteras inom utlovad tid och leder i de fall det är möjligt till konkreta förbättringar eller åtgärder. Antalet rapporterade missförhållande ligger på en lägre nivå än förra året. Kvaliteten på utredningarna är hög och leder till tydliga 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 en ska vara närvarande och ge ett gott bemötande kan vara en utmaning, särskilt för det relativt höga andel medarbetare som saknar tidigare erfarenhet eller utbildning inom vård och omsorg.

Kompletterande mätningar

Socialstyrelsens brukarundersökning mäter brukarnas synpunkter endast en gång per år. Ett behov finns av att hitta andra former av mätning, närmare brukaren. Som ett komplement till brukarundersökningen kommer våra säbo (med somatisk inriktning) använda sig av en mätsticka. Detta är ett kortare frågeformulär som brukarna kan fylla i och personalen tar om hand – för att kunna fånga åsikter och önskemål närmare brukaren. Utgångspunkten är de områden som tas om hand i brukarenkäten – och fungerar som en fördjupning kring dessa. Tex kan frågorna en period handla om mat och måltidssituationen.

Delaktighet och återkoppling

Idag används teamträffar och APT för att göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet, men det råder stora skillnader mellan hur enheterna gör personalen delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet. På teamträffarna arbetar de flesta enheter med gemensam analys och förbättringsarbete utifrån kvalitetsregistren, men fortfarande har vi inte nått i mål så att samtliga enheter har motsvarande arbetsätt.

Det finns också ett behov av att återkoppla andra delar i kvalitetsarbetet till personalen (avvikelser, Lex Sara rapporter, klagomål, brukarundersökningar, internkontrollrapporter osv). Inrättandet av ett Kvalitetsråd är ett viktigt steg mot att skapa förutsättningar för att nå ut med rätt återkoppling till medarbetarna.

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 viktig pusselbit blir den Kompetensförsörjningsplan som Vård och omsorg tagit fram för 2020. En viktig grund för att hålla i möjligheten att bemanna med välkänd och rutinerad personal är att säkra tillgången på personal, både fast anställd och lämpliga vikarier.

Året 2020 avslutas mitt i en pågående pandemi och med det en osäkerhet i hur klänge verksamheten kommer att vara under denna ytterligare påfrestning. Yttersta har kvalitetsarbete handlat om att hantera pandemin på ett så säkert och humant sätt som möjligt. Lärdomarna som dragits tar verksamheten med sig - både i det stora och detta lilla!

Vård och Omsorgs ledningsgrupp har gemensamt tagit fram en aktivitetslista och verksamhetsplan för 2021 där följande förbättringsåtgärder anses vara de mest centrala för att leva upp till kraven i SOSFS 2011:9:

- **Implementera Kvalitetsråd - För att på ett mer systematiskt sätt arbeta med uppföljning av kvalitetsarbetet**
- **Överrapportering Hälso- och sjukvård - Checklistor, både muntliga och skriftliga vid överrapportering mellan professioner**
- **Utbildning - Visible Care, utbildningsapp med syfte att snabbt ge grundläggande kunskaper inom olika områden som berör vård och omsorg**
- **Introduktion - Introduktionsutbildning via nanolearning/EIRA**
- **Digitalt planeringsverktyg - Hemvården inför daglig planering i mobiltelefonerna**
- **Teamarbete i Hemvården -Skapa forum för teamarbete där avvikelser hanteras systematiskt och ett förbättringsarbete sker där medarbetarna är delaktiga**
- **Ta fram brukarundersökning inom Funktionsnedsättning - Genomföra brukarundersökningar inom Funktionsnedsättningsenheten men önskat mål att 80% deltagande.**
- **Social dokumentation - En fördjupad genomgång av rutiner och roller för ombuden för social dokumentation**
- **Mätsticka SÄBO - Enkel mätsticka där kontaktombud 1 ggr/månad genomför mätning - ex "Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål"**