

Kvalitetsberättelse för
Vård och Omsorg
2021



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 2022	5
2. Riskanalyser	5
2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen	5
2.2 Riskanalyser inför förändringar m.m.	6
2.3 Riskanalyser på brukarnivå.....	7
2.4 Handlingsplan för 2022.....	7
3. Egenkontroll	7
3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Hemvården?.....	8
3.2 Resultat - Enkätundersökningen	8
3.3 Vad tycker brukarna inom Personlig Assistans?	11
3.4 Vad tycker brukarna på Gruppboende?	12
3.5 Egenkontroll av den sociala dokumentationen	13
3.6 Egenkontroll: Rapportering av ej verkställda beslut till IVO.....	14
3.7 Egenkontroll: Uppföljning av värdighetsgarantier	15
3.8 Baskrav och ansvarsbeskrivning.....	15
4. Avvikelse	15
4.1 Synpunkter och klagomål	15
4.2 Avvikelsehantering.....	17
Lex Sarah	18
4.3 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO	21
4.4 Tillsyn/Inspektion av IVO	21
5. Personalens medverkan och kompetens	21
5.1 Kvalitetsråd.....	22
5.2 Kompetens och utveckling.....	22
Sammanfattning av 2020 och strategier för 2020.....	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 2021 samt Verksamhetsuppföljningen för Hjo Kommun 2021. Dessa redovisar hur Vård och Omsorg arbetat under 2021 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.

Under 2021 har verksamheten undersökt hur ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete skulle kunna utvecklas genom ett processkartläggningsverktyg. Kontakt har tagits med tänkbara leverantör för en demo-visning och kontakt har tagits med närliggande kommuner för att höra hur de arbetar.

I dagsläget identifierar verksamheten arbetet 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 samverka samt olika lagkrav som ställs på verksamheten.

I en processkartläggning identifieras sedan specifika aktiviteter som för verksamheten fram till målen med uppdraget och dessa aktiviteter specificeras i rutiner.

Under 2022 är 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.

Rutiner under året

Pandemin av covid-19 har fortsatt haft stor påverkan på verksamheten. Flödet av ny information och nya rutiner kopplade till pandemin har varit omfattande. Den regionala rutin som togs fram i mitten på mars 2020 har omarbetats och uppdaterats flera gånger. I skrivandets stund är det *version 21* av Regina rutin – Vårdhygien covid-19 som gäller och ligger ute i våra rutinpärmar. Revidering sker kontinuerligt utifrån kunskap och erfarenhet om covid-19, uppdaterade myndighetsdokument, övriga regionala rutiner avseende covid-19 samt aktuellt epidemiologiskt läge i regionen.

Under året har alla brukare på säbo och i hemsjukvården erbjudits vaccin vilket resulterat i tre omgångar vaccination. Vaccination mot covid-19 har inneburit ett eget kapitel med rutiner för Hälso- och Sjukvårdsenheten.

I övrigt har de enskilda enheterna fokuserat på genomgång av befintliga rutiner för att de är korrekt och ändamålsenliga. I takt med arbetet med "Heltid som norm" ökar tillfällena då personalen rör sig över enhetsgränserna. Flera av våra rutiner är redan idag gemensamma och lika för alla, men här finns möjlighet att ensa ytterligare rutiner mellan enheter.

När rutinerna är gemensamma för flera enheter skapas dock en tröghet i möjligheten att snabbt uppdatera när någon del av informationen är föråldrad. Varje ändring kan ha en påverkan på en annan enhets arbete eller vardag.

1.1 Handlingsplan för 2022

I handlingsplanen för 2021 ingick att förstärka arbetet med årshjul. Ett medel för att få systematik i uppföljning och revidering av rutiner. Årshjulet skapar tillfälle för systematiska genomgångar av de rutiner som finns för att öka medvetenhet om dem och följsamheten till rutinerna. Då vi går i riktning mot fler gemensamma rutiner och mer arbete över enhetsgränserna behöver arbete med den omfattande rutinpärmen stärkas med en fördelning av rutiner i grupper och ansvarsområden- där tvärgrupper får ansvar för olika kapitel av rutinpärmen och ett ansvar att hålla dessa korrekta och uppdaterade.

2. Riskanalyser

2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen

Ledningsgruppen för Vård och Omsorgs gjorde i januari 2021 sin årliga genomgång av risker som kan inträffa i verksamheten. Två 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 2021:

Risk	Kontroll	Direkt vidtagna åtgärder	Åtgärd
<p>Att obehöriga får tillträde till medicinskåp i verksamheten. Ex risk för stöld av narkotiska preparat.</p>	<p>Genomgång av rutiner för loggning och säkerhet kring skåpen.</p> <p>Resultat av kontroll:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rutin saknas för loggning av digitala medicinskåp. Detta medför en risk för oönskad användning och öppning av skåpen, då det inte finns en systematik i hur detta skall kunna upptäckas - Behov finns av back-upskåp då tekniska problem kan uppstå vilket skulle kunna medföra att skåpen måste brytas upp och dröjsmål uppstår innan skåpen kan användas korrekt igen 	<p>För att säkerställa att det finns backupskåp har två extra skåp köpts in till Sigghusberg.</p> <p>Idag görs ingen regelbunden loggning av skåpen och det bedöms inte finnas behov av detta i framtiden heller. En slumpmässig kontroll av skåpen har mycket liten möjlighet att hitta eventuella felaktiga inloggningar. I varje medicinskåp loggar flera personer ofta in dagligen och i många av skåpen förvaras inte heller några läkemedel av hög risk för stöld. Hanteringen med en generell loggning bedöms därmed inte som en relevant metod för att uppnå resultat.</p>	<p>VoO kommer att se över rutinen kring hantering av läkemedelsavvikelse i de fall där läkemedel försvunnit, främst gäller detta då narkotikapreparat saknas. Loggning av skåp några dagar före samt efter avvikelsen kan vara ett värdefullt verktyg att kunna ta till för att reda ut händelseförlopp i dessa fall.</p>

Risk	Kontroll	Direkt vidtagna åtgärder	Åtgärd
<p>Att kommunen inte utför assistans i enlighet med den enskildes beslutade behov. Risk för ekonomisk förlust</p>	<p>Genomgång av samtliga ärenden.</p> <p>Resultat av kontroll: Under året har samtliga ärenden granskats utifrån gällande beslut om personlig assistans.</p> <p>Granskningen av besluten visade att det i vissa ärende fanns brister gällande överrensstämmande beslut och utförande.</p> <p>I ett antal scheman stämde inte de timmar som utfördes med det beslut som låg till grund från Försäkringskassan. Vidare fanns inte tydliga rutiner för hur och när personalen rapporterar in förändringar i behovet hos brukare.</p>	<p>Stödpedagog har i samarbete med enhetschef och medarbetare gått igenom samtliga genomförandeplaner. Arbetet har resulterat i uppdaterade genomförandeplaner av god kvalitet.</p> <p>Samtliga brukares genomförandeplaner har även gått igenom för att säkerställa att dessa även överensstämmande med de beslut som finns från Försäkringskassan.</p> <p>I ett antal av de grupper som har granskats har arbetet lett till att scheman förändrats i syfte att stämma överens med beslutet från Försäkringskassan.</p> <p>En genomgång gjorts av innehållet i den sociala dokumentationen - att den inkluderar brukarens delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen samt skydds- och begränsningsåtgärder där detta är nödvändigt.</p>	<p>Arbetet med att gå igenom samtliga beslut avseende ovanstående kommer att fortsätta under hösten. I samband med detta kommer även rutiner arbetas fram för att säkerställa att verkställda insatser i framtiden inte avviker från brukarens beviljade insatser:</p> <p>Rutiner och ansvarsfördelning gällande att rapportera in förändringar i behov till Försäkringskassan.</p> <p>Rutiner för att uppmärksamma och rapporterade ändrade behov hos brukare</p> <p>Rätt förutsättningar gällande kompetens, stöttning och fungerande IT infrastruktur för Personliga assistenter för att kunna klara dokumentationsuppgiften.</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 som ligger i verksamhetspärmen. De risker man ser ska sedan

förebyggas och åtgärdas i möjligaste mån.

Under 2021 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 2022

Kvalitetsrådet för Vård och omsorg har i sin genomgång av kvalitetsarbetet för 2021 konstaterat att arbetet med riskanalyser bör belysas särskilt under 2022. 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. En utflykt innebär tex. riskanalys både för personal och brukare.

Sedan finns även risker av mer övergripande karaktär – utifrån perspektiven internkontroll, kvalitets- och patientsäkerhet.

När så många olika områden använder riskanalys som metod med olika mallar och rutiner finns en risk att syfte och metod blir otydligt samt att viktiga riskanalyser faller bort – till förmån för andra områden.

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 genomför Socialstyrelsen sin rikstäckande brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Genomförande är en omfattande process där kommunerna först laddar upp data kring vilka brukare som finns i verksamheterna såbo respektive Hemtjänst. Sedan skickas en enkät ut i pappersform till hemadresserna för dessa brukare. De svarar via enkät eller online och sedan sammanställs resultatet för varje kommun. Resultatet kan då även jämföras mot riket och närliggande kommuner. Under 2021 upphandlade Socialstyrelsen en ny leverantör av enkäten. Upphandlingen drog ut på tiden och under hösten 2021 kom besked att den är försenad och kommer att distribueras till brukarna under januari 2022. Resultatet beräknas komma i juni 2022.

Förvaltningen har under hösten tagit tillfället i akt att skapa en egen enkät till brukarna i Hemvården för

att ställa lite andra typer av frågor än den årliga undersökningen från Socialstyrelsen.

3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Hemvården?

Till brukarna i Hemvården har en enkät i pappersform distribuerats med både graderade frågor samt möjlighet att lämna in synpunkter i fritext. Vi har bla frågat om man får de insatser man behöver, i rätt omfattning och även frågat och gett utrymme för kommentaren kring personalkontinuiteten.

Det gavs möjlighet att förmedla hur brukarna upplever att det inte alltid är samma personal som kommer – då verksamheten länge arbetat med frågan om personalkontinuitet.

Vidare fanns möjlighet att anmäla sitt intresse för att bli uppringd i en djupare intervju av Verksamhetsutvecklare – för att där få förmedla mer kring sin upplevelse av Hemvården. 12 personer lämnade in intresse 8 namn valdes slumpvis.

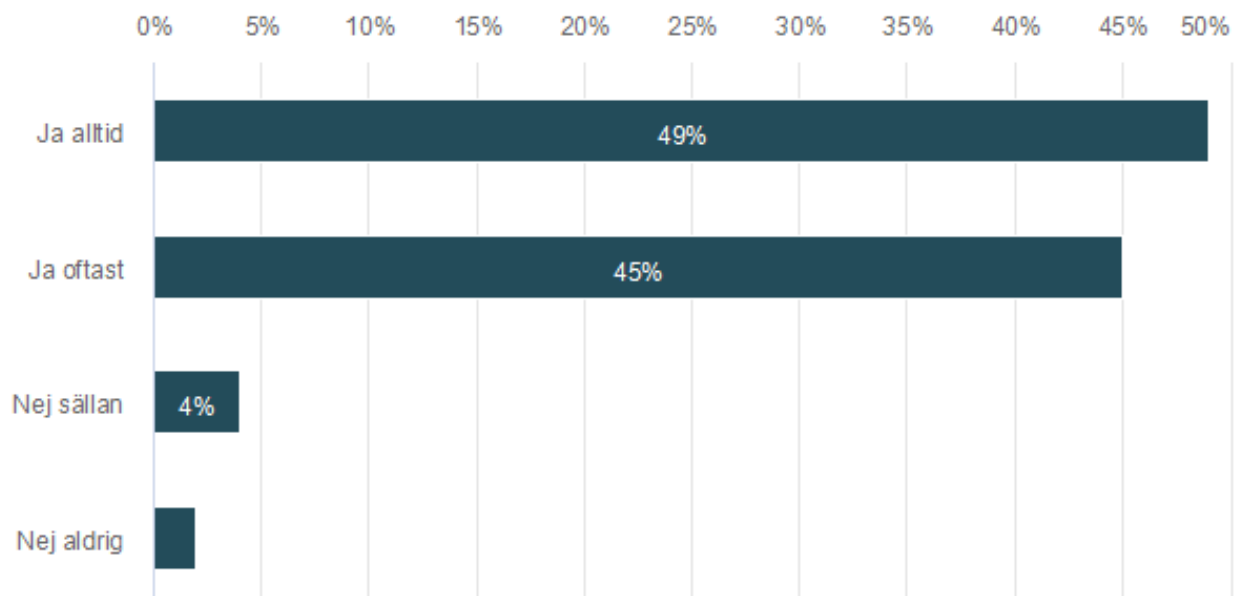
3.2 Resultat - Enkätundersökningen

Totalt har 108 svar inkommit (av 250 utskickade). Svaren visar på en genomgående mycket hög nivå av nöjdhet och hela 94% anser att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för dem och 96% anser att de får den omsorg de behöver.

Majoriteten, 92 % är nöjda eller mycket nöjda med personalens bemötande och 94 % tycker det känns tryggt eller mycket tryggt att bo hemma med stöd av hemvården.

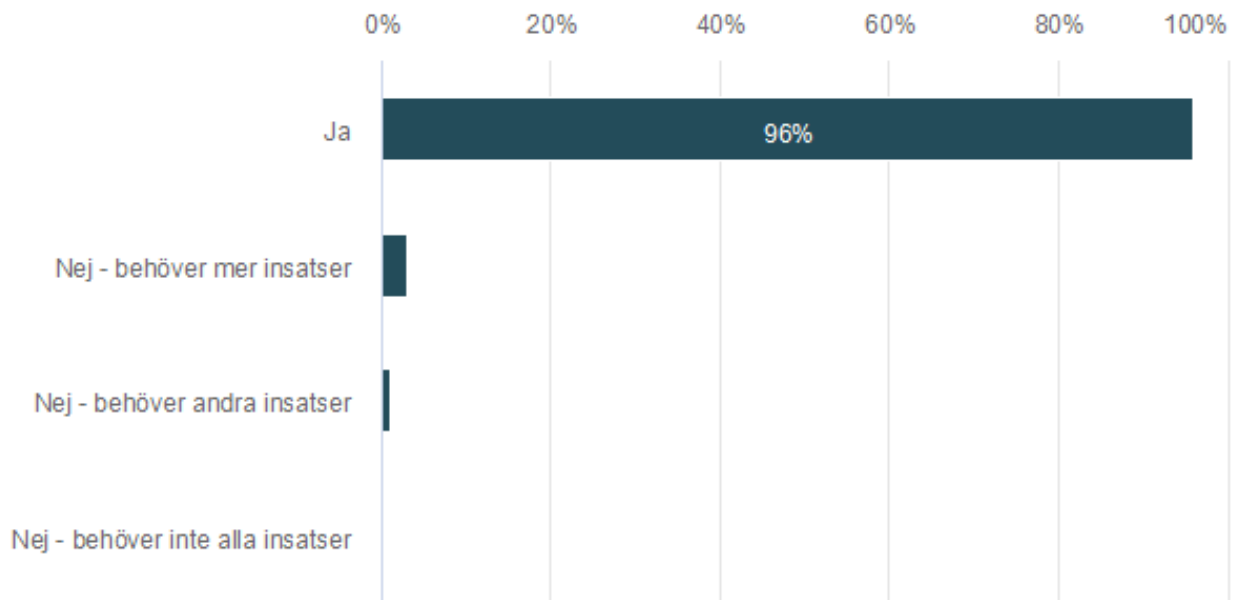
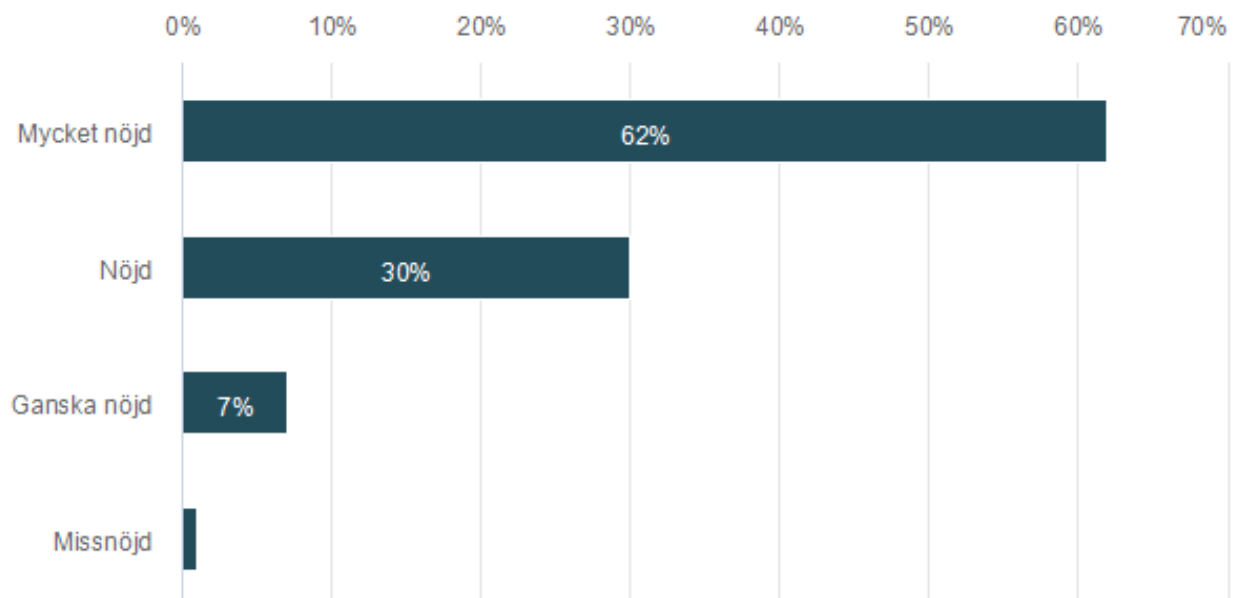
Nedan finner ni resultatet per fråga:

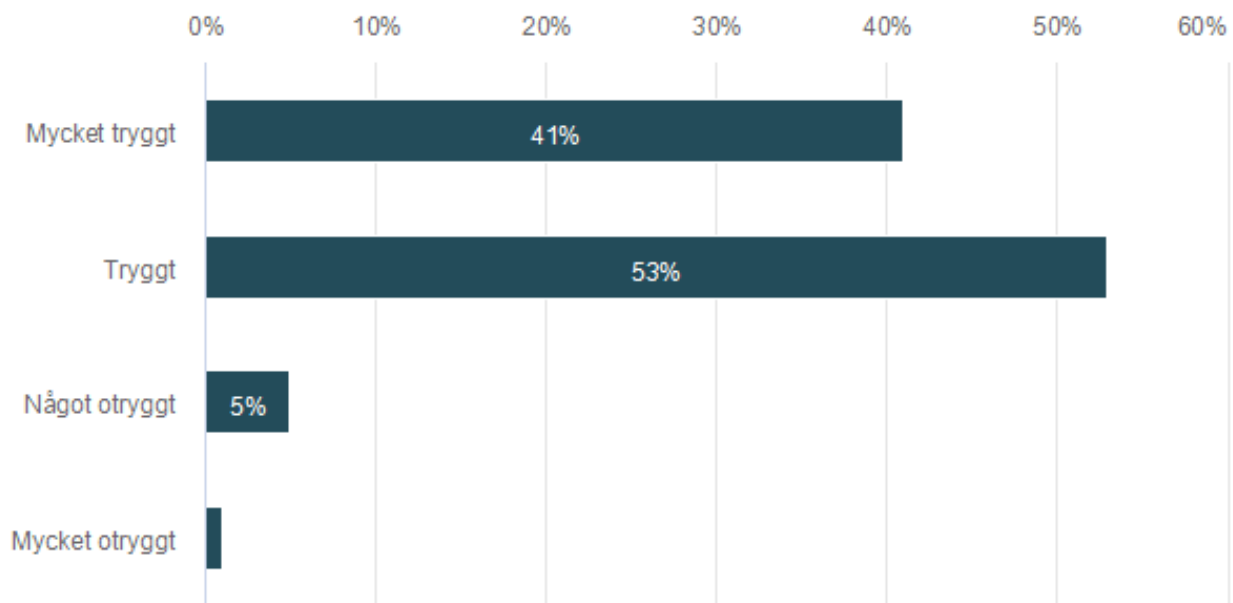
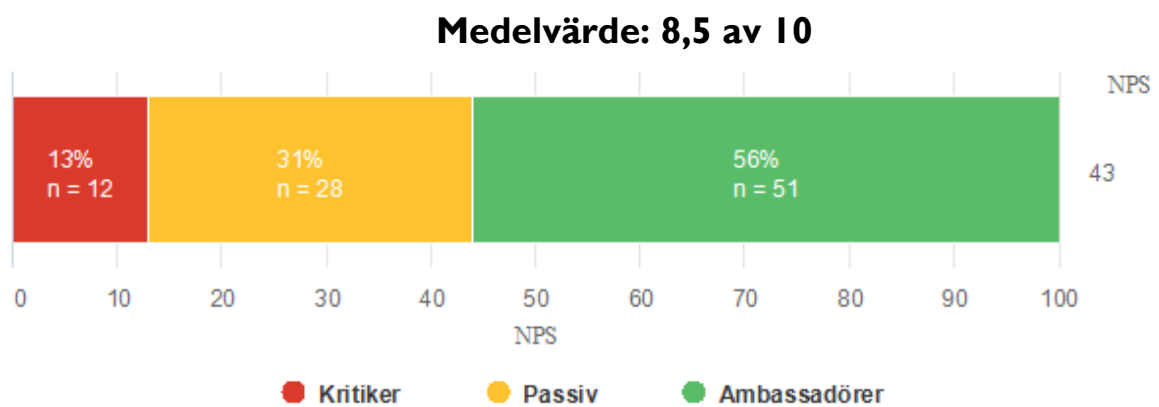
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att utföra arbetet hos dig?



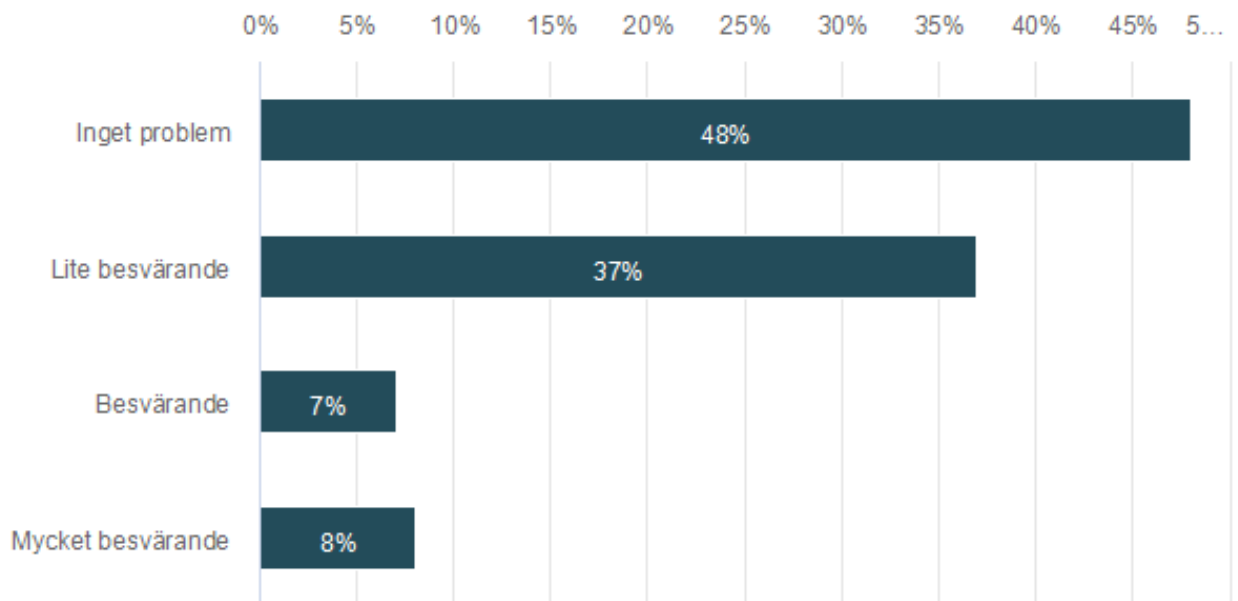
Om du svarade Nej - vilken typ av insats behövs det mer tid för?

Av de 9 fritextsvar som inkom rörde tex 3 städning och 3 att personalen är stressad och för snabb.

Får du den omsorg av Hemvården som du behöver?**Hur nöjd är du med personalens bemötande?**

Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från Hemvården?**Hur nöjd är du sammantaget med ditt stöd från Hemvården?**

Hur upplever du att det inte alltid är samma personal som kommer hem till dig?



3.3 Vad tycker brukarna inom Personlig Assistans?

Gällande brukarundersökningar inom personlig assistans ligger utmaningen i att hitta rätt frågor som går att formulera så att brukare med kommunikationssvårigheter kan uppfatta och svara på frågan. I utförande lades även stor vikt att få så stort deltagarantal som möjligt och att hela mötet kändes bekvämt för brukaren.

Metod och formulär:

Inom personlig assistans har en stödpedagog kontaktat assistentgrupperna för att förklara syftet med brukarundersökningen och vikten av att det är brukaren som besvarar frågorna.

Personlig assistent har sedan fått förklara för brukaren och frågat om det känns bra att stödpedagog kommer ut och träffar brukaren utan personlig assistents närvaro.

Brukarundersökningen är en färdigmall som använts i andra kommuner inom personlig assistans.

Frågorna finns formulerade på olika sätt men med samma innebörd utifrån den enskildas behov för att alla ska ha möjlighet att besvara frågorna.

Då det är första året som undersökningen genomförs har man valt att bara fråga de personer som har Hjo kommun som utövar assistansen. Verksamheten har också tagit hänsyn där det funnits särskilda skäl att inte genomföra undersökningen så som att brukare befunnit sig på annan plats under längre period.

Frågor till brukarna rörde områdena:

- Delaktighet
- Bemötande och trygghet

- **Kommunikation**
- **Ett självständigt liv**
- **Synpunkter och klagomål**

Delaktighet:

Resultatet visade på hög delaktighet där majoriteten fått vara med och bestämt vilka som är dess assistenter och alla svarar att de får den hjälp de vill ha av sina assistenter (alltid 82% och ibland 18%).

Bemötande och trygghet:

Majoriteten, 82% upplever att assistenterna bryr sig om dem, 18 % att de ibland gör det – ingen uppger att de aldrig bryr sig om. En hög andel, 82% är alltid trygga med sina assistenter

Kommunikation:

På området kommunikation svarar 45% att de upplever att alla assistenterna förstår vad de säger, medan 55% upplever att några assistenter förstår vad de säger

Det är 55% som tycker att assistenterna alltid pratar med dem så att de förstår vad assistenterna menar och 45% som tycker att det gör det ibland

Ett självständigt liv:

Majoriteten, 82% tycker att de kan göra det de vill med hjälp av sina assistenter medan 18 % tycker att de ibland kan göra de

Ingen tycker att de aldrig kan göra det de vill med hjälp av sin assistenter

Det är 72% som anger att de trivs med sina assistenter och 18% som uppger att de ibland trivs med sina assistenter. Av de svarande är det 10% som anger att de aldrig trivs med dem.

Synpunkter och klagomål

På frågan: Vet du vem du ska prata med om det fungerar dåligt med dina assistenter? Svarar 55% att de vet var de skall vända sig och 45% vet det inte.

Fortsatt utveckling

Verksamheten har analyserat svaren och fortsätter utvecklingsarbetet inom ramen för sin verksamhetsplan för 2022. De områden som de främst kommer att arbeta med att förbättra handlar om kommunikation.

3.4 Vad tycker brukarna på Gruppboende/Stödboende?

Även inom Gruppboende/Stödboende har en brukarundersökning utförts under året. Enkäten innehöll frågor kring trygghet, trivsel, delaktighet och kommunikation samt en djupdykning kring måltidssituationen. Totalt kom det in 14 svarande.

Trygghet och trivsel

Resultatet visade att alla, 100% av de svarande känner att de kan lita på personalen. Det är 71% som känner sig trygga i sin lägenhet och 79% trivs med sin lägenhet. För de som använder sig av basen i Stödboende kände sig 93% trygga med att komma till basen.

På frågan hur bra trivs du på ditt boende (på en skala 1-10) svarade alla svarande och medelvärdet blev 8.2 av 10.

Måltidssituationen

Alla svarande upplever att de får den hjälp de behöver med att planera, laga och köpa mat. Till stöd har de boende möjlighet att använda en app, MatGlad appen. Det är endast 20% som uppger att de använder den aktivt och 43% anger att de vill ha ytterligare hjälp att komma igång och använda den. MatGlad är en digital kokbok med härliga matbilder och instruktioner steg-för-steg. Appen MatGlad finns tillgänglig för alla plattformar. Den är framtagen av Hushållningssällskapet.

Delaktighet

93 % av de svarande känner att de kan vara med och bestämma vad som skall göras då de har besök av personalen.

Kommunikation

79% upplever att de blir lyssnade på och 64% tycker att personalen talar så de kan förstå dem. I fritextsvaren anges svårigheter med missförstånd som kan uppstå i kommunikationen och att alla inte säger samma sak på samma sätt.

3.5 Egenkontroll av den sociala dokumentationen

Då även enhetsundersökningen från Socialstyrelsen utgått under 2021, pga pandemins påfrestning på verksamheten så har inte den sociala dokumentationen granskats likt tidigare år i jämförbara procentsatser – med andel aktuella genomförandeplaner i varje enskild kommun.

Genomförandeplanen är 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.

Hur väl Hjo kommun står sig i jämförelse med riket kommer att granskas i vanlig ordning genom enhetsundersökningen från Socialstyrelsen under 2022.

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:

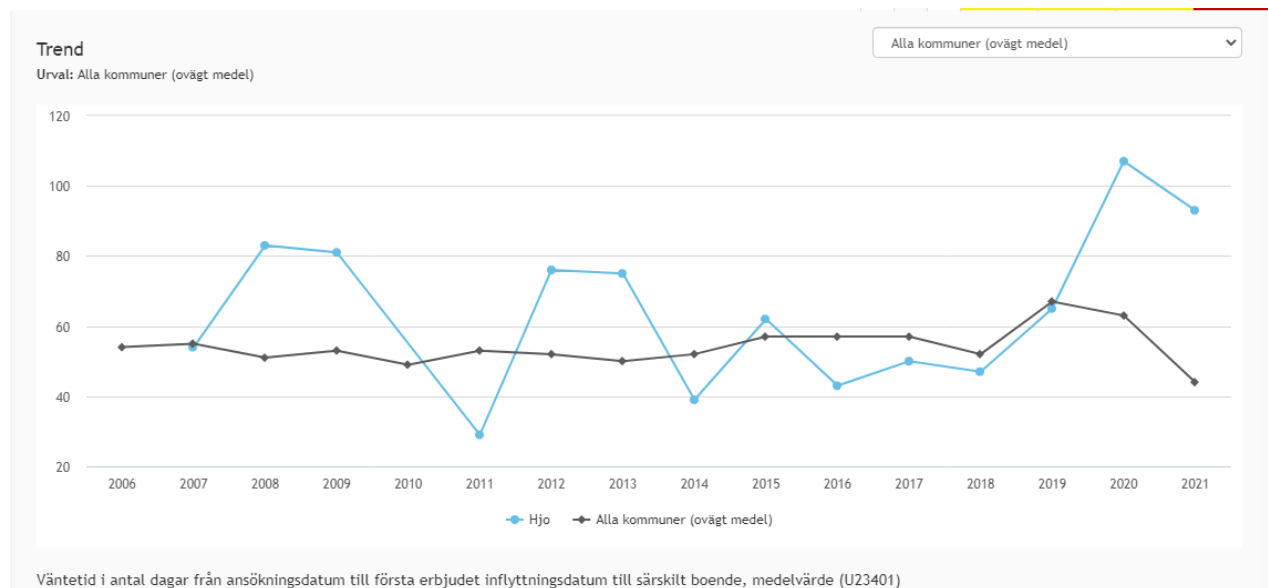
LSS

Under året har samtliga beslut verkställts inom tre månader. Inga rapporterades till IVO.

SoL - väntetid till särskilt boende

Under 2020 har Hjo kommun rapporterat in till IVO att 15st 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. Några har erbjudits plats men tackat nej i väntan på annat, likvärdigt önskemål om boendeplats.

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.



Under 2021 var den genomsnittliga väntetiden i Hjo 93 dagar från ansökan till erbjudande (att jämföra med 44 i riket och för Hjo 2019 var den 107 dagar). Väntetiden under 2020 ökade 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.

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, somatisk är det balans i sökande och antal tillgängliga platser. Förvaltningen ser en ökad tendens till att sökande tackar nej till erbjuden plats för att man har egna specifika önskemål om tex vilka boende man önskar trots att boendena är att betrakta som likvärdiga alternativ. Detta förorsakar längre väntetid i antal köddagar.

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 12st synpunkter under året inom Vård och Omsorg (att jämföra med 21st 2020). Av de inkomna var 5 av dessa anonyma och önskade/kunde ej få svar på sina synpunkter.

Av de 12 inkomna är 8st klagomål, 6st förslag och 2st är frågor. Hela 40% handlade om utformning av den fysiska miljön på säbo samt om trivseln på korttiden. Främst är det frågan om möjligheten att få ett kylskåp på rummet på Sjöryd som engagerar. Men även en känsla av kalt mottagande på korttiden, vilket den berörda chefen förklarar har att göra med den smittorisk om föreligger på just korttiden där brukare

kommer kortare tid och bor i rummet och byter sedan med någon annan. Inte sällan kommer brukaren direkt från sjukhuset.

Som lärdom tar vi med oss att bli än mer tydliga i kommunikationen varför det ser ut som det gör. För just brukare på korttiden och dessa anhöriga är korttiden inte sällan det första mötet med denna typ av miljö. Det som snabbt blir en ny vardag för våra medarbetaren kan vara en helt ny situation för brukaren eller anhörig.

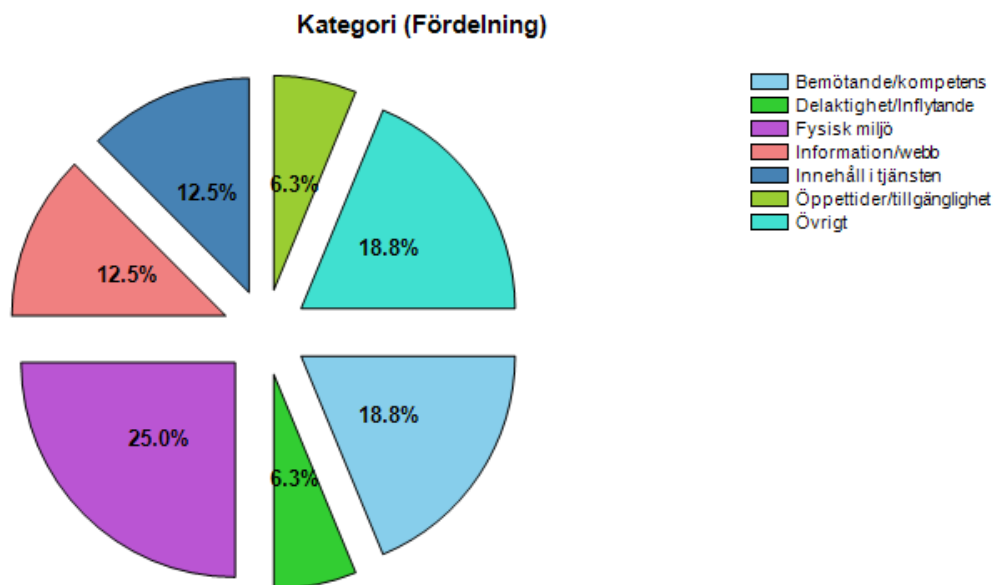
Frågan om utrustningen i lägenheterna på Sjöryd har behandlats under året och i skrivandets stund kan förvaltningen glädjande konstatera att en standardhöjning av lägenheterna på Sjöryd inletts vilket innebär att de boende får tillgång till eget kylskåp på rummet.

En annan fråga som ständigt engagerar är Hemvårdens bilar, det har inkommit både synpunkter på att de framförs med för hög hastighet samt att de är ”pinsamt smutsiga”. Hastigheten är en ständigt återkommande fråga och enhetscheferna arbetar med frågan genom APT och enskilda samtal. Gällande tvätt av bilar finns en rutin för detta och de tvättas regelbundet, tyvärr blir de dock fort smutsiga, särskilt under vinterhalvåret. Det har även kommit in en ytterligare synpunkt som rör hemvården och en försenad leverans av lunch.

Fler synpunkter är relaterade till covid-19 och handlar bla om oro kring smitta inom VoO, frågan kring visir och munskydd samt en önskan om mer information gällande vaccinationer.

Kategori

En synpunkt kan kategoriseras inom flera områden. Den vanligaste kategorin av frågor handlar om den fysiska miljön, i dessa fall gällde det säbo.



Kategori	Antal
Bemötande/kompetens	3
Delaktighet/Inflytande	1
Fysisk miljö	4
Information/webb	2
Innehåll i tjänsten	2
Öppettider/tillgänglighet	1
Övrigt	3
	Totalt: 16

4.2 Avvikelsehantering

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. Då avvikelserna nu rapporteras in till DF respons finns utökade möjligheter att sammanställa statistik över det inrapporterade både på enhetsnivå och sammantaget.

Under året har 1072 st avvikelser rapporterats in, vilket är en ökning från tidigare år (1016 st avvikelser rapporterats in 2020 och 821 st inrapporterade avvikelser år 2019).

Sedan införande av 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 föreligger en risk för en avvikelse. Majoriteten av de inrapporterade ärendena är en faktisk avvikelse, 93,6% att jämföra med 6,4% inrapporterade risker för avvikelser. Att rapportera en risk för avvikelse tyder på en förmåga i organisation att arbeta medvetet och förbyggande. Antalet inrapporterade risker har ökat från föregående år, då antalet inrapporterade risker för avvikelse var 3,8%. I Patientsäkerhetsberättelsen för 2021 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 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.

Team i Hemvården och Kvalitetsråd

Ett viktigt del av analys och lärande är den återkoppling som sker av avvikelsehantering på de enskilda enheterna. Under hösten 2021 startade Hemvården upp Team-möten där enhetschef, omvårdnadspersonal, legitimerad personal samt biståndshandläggare samlas för att lära och analysera avvikelser samt ha möjlighet att arbeta samlat kring specifika brukare.

Vidare har VoO fortsatt arbete med Kvalitetsråd, för att där hitta samarbetsformer för systematisk återkoppling på systemnivå där lärdomarna från avvikelsehanteringen kommer hela organisationen till godo.

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.

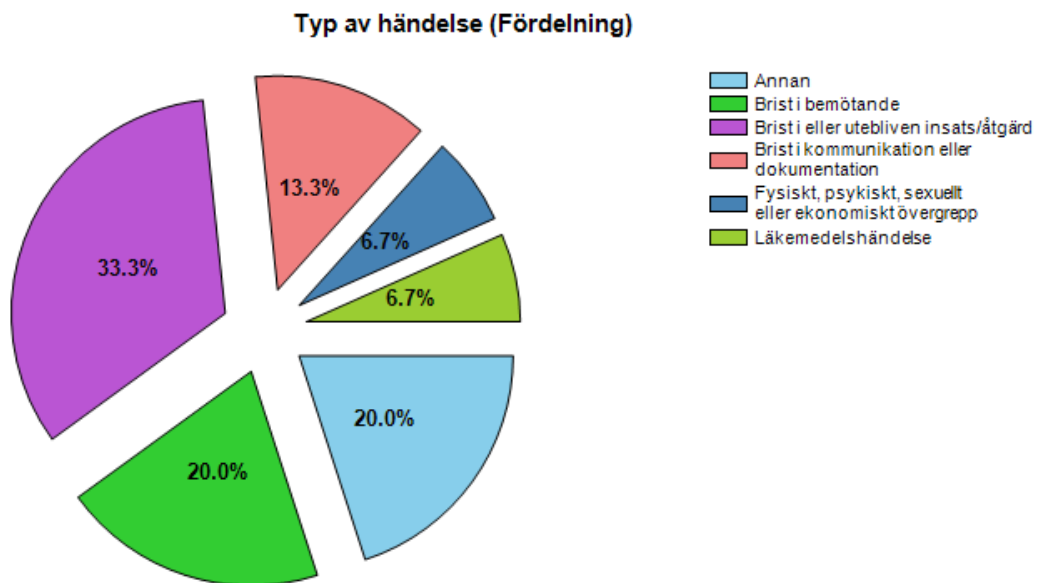
Personalen har skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas. Lex Sarah rapporter utreds av särskilt utsedd utredare, beslutas av vård- och omsorgschef 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 2021 har 11 st Lex Sarah rapporter inkommit och utretts (att jämföra med 14 st 2020).

Av de inkomna Lex Sarah har ingen bedömts vara av den art att det föranleder en anmälan till IVO om allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden.

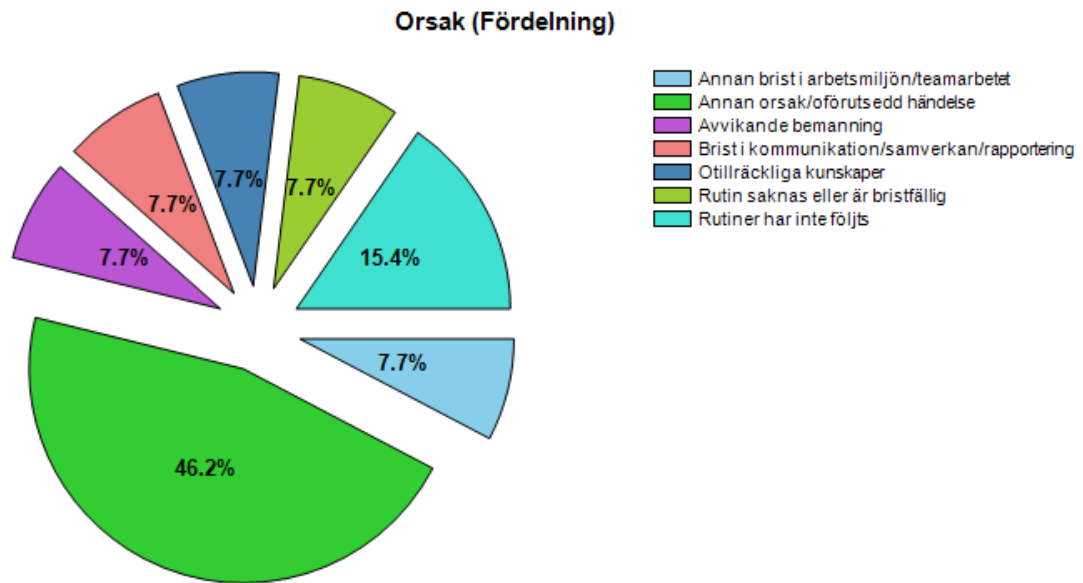
Vilken typ av händelse var mest förekommande?



Typ av händelse	Antal
Annan	3
Brist i bemötande	3
Brist i eller utebliven insats/åtgärd	5
Brist i kommunikation eller dokumentation	2
Fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt övergrepp	1
Läkemedelshändelse	1
Totalt: 15	

Den vanligast förekommande typen av händelse är Brist i utebliven insats/åtgärd. De rapporterade fallen rör tex:

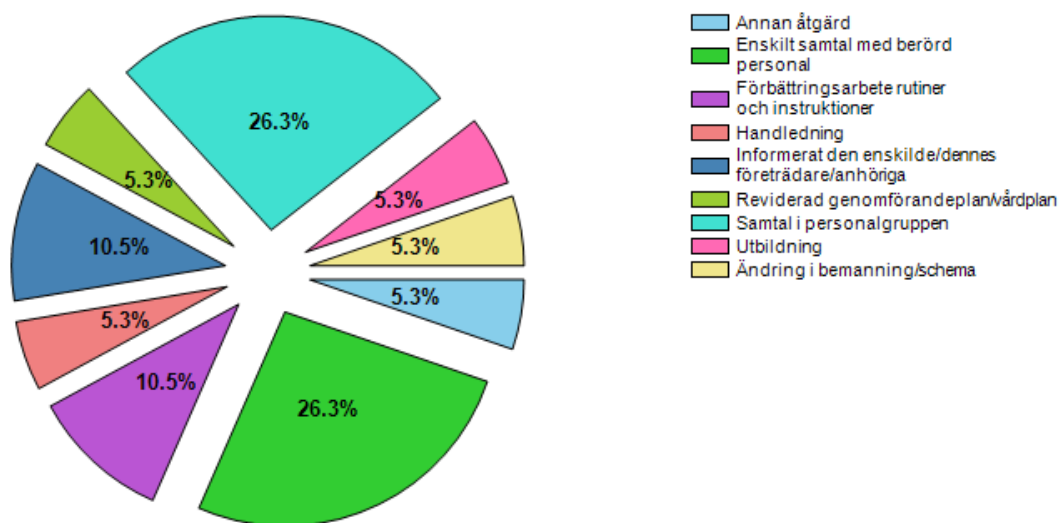
- Ett ärende då personal försov sig och inte kom till sitt arbetspass hos brukaren. Åtgärd: samtal med berörd personal angående allvar och förståelse för situationen. Personalen vidtar åtgärder för att se till att det inte sker igen.
- En anhörigavlösning som inte blivit korrekt registrerad och ej utförd. Åtgärd: ny rutin för registrering av anhörigavlösning vilket inkommer per telefon och är ett manuellt moment.
- 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 den personliga assistenten inte dykt upp till sitt morgonpass hemma hos brukaren. Ett planerat databasbyte genomfördes under perioden, vilket innebar att alla beställningar till Bemanningenheten, flyttades över manuellt av personalen på Bemanningenheten. Det var ca 200 arbetspass, som skulle hanteras manuellt i samband med detta. Det var en intensiv arbetsperiod för personalen. Orsaken till rapporterad händelse är att personalen missade att lägga in morgonpasset hos den här brukaren manuellt inför databasbytet. Åtgärd: Rutin upprättas för de grupper där PA inte direkt avlöser en annan PA och risk finns att brukaren lämnas ensam om PA inte skulle dyka upp av någon som helst anledning. Säkras via sms från gruppen varje morgon som kontrolleras av Bemanningenheten. Skulle Bemanningenheten sakna ett OK från någon grupp ringer de gruppen för att kontrollera läget. Är ingen personal på plats lämnar de över till ansvarig enhetschef/chef i beredskap att lösa att få personal på plats så snart som möjligt samt utreda vad som hänt.



Orsak	Antal
Annan brist i arbetsmiljön/teamarbetet	1
Annan orsak/oförutsedd händelse	6
Avvikande bemanning	1
Brist i kommunikation/samverkan/rapportering	1
Otillräckliga kunskaper	1
Rutin saknas eller är bristfällig	1
Rutiner har inte följts	2
Totalt: 13	

I majoriteten av de inrapporterade Lex Sarah är orsaken kopplad till enskilda, specifika händelser – som att en enskild personal brustit i rutiner eller bemötande eller förändrat hälsotillstånd hos brukaren. 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.

Vidtagna åtgärder (Fördelning)



Vidtagna åtgärder

Vidtagna åtgärder	Antal
Annan åtgärd	1
Enskilt samtal med berörd personal	5
Förbättringsarbete rutiner och instruktioner	2
Handledning	1
Informerat den enskilde/dennes företrädare/anhöriga	2
Reviderad genomförandeplan/vårdplan	1
Samtal i personalgruppen	5
Utbildning	1
Ändring i bemanning/schema	1
Totalt:	19

4.3 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO

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

4.4 Tillsyn/Inspektion av IVO

Under 2021 har inga inspektioner eller tillsyner av Vård och Omsorgs verksamheter ägt rum i verksamheten. IVO har med anledning av corona-pandemin gjort en uppföljning på sin landsomfattande tillsyn av avseende förutsättningarna för att ge medicinsk vård och behandling till personer som bor på säbo. IVO har begärt in journaler bla från Hjo kommun från boende på säbo under pandemin. Tillsyner är nationell och ej riktad specifikt mot Hjo kommun.

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 2021 har Hemvården startat Team – möten vilket är ett viktigt steg mot en ökad delaktighet i kvalitetsarbete från denna grupp av medarbetare. Samverkan och kunskap är extra viktigt då Hemvårdens medarbetare möter den största gruppen brukare i antal, som är beroende av deras kunskap och förmåga att tex läsa av förändrade hälsotillstånd, risker, avvikelser eller ökade behov av hjälp och stöd.

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.

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. Kvalitetsrådet har haft sex möten under året 2021. Rådet har bland annat behandlat frågor som:

- **Läkemedelavsavvikelser**
- **Brukarundersökningar (alternativ till Socialstyrelsen enkät som uteblivit 2021)**
- **Lex Sarah**
- **Identifierat behovet av processkartläggning**
- **Statistik avvikelser, kvartalsvis och helår.**
- **Genomgång av riktlinje för Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**
- **Utvärdering sommaren 2021**
- **Kvalitetsberättelse 2021 – strategiska punkter**

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 2021 fanns en utbildningsplan framtagen som till stora delar har följts dock har vissa moment varit svåra att genomföra. Det har till exempel inte varit möjligt att ta hit externa instruktörer för utbildning i grupp. Detta har påverkat möjligheten till fortbildning inom till exempel Durewallmetoden.

Durewallmetoden är en lågaffektiv och konfliktdämpande metod med fokus på ett medmänskligt bemötande. Med minsta möjliga kraftanvändande går det att bemöta oroliga patienter och att vänligt men bestämt lossa hårda grepp. Fokus ligger på att förebygga att en utagerande situation uppstår genom bemötande, kroppsspråk, tal och ton. Till viss del kan utbildning tillgodoses genom webbkurser, men det krävs fysisk fortbildning för att få rätt effekt av utbildningen.

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 2022 har ledningsgruppen 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
- Munhälsa – webbutbildning
- Visible Care - utbildningsapp
- Handledning/Mi utbildning

Sammanfattning av 2020 och strategier för 2020

Vård och Omsorgs ledningsgrupp har genom sitt Kvalitetsråd gått igenom och analyserat avvikelser och egenkontroll för att identifiera de viktigaste förbättringsområdena. Resultatet av vår egenkontroll visar inga indikationer på allvarliga, systematiska kvalitetsbrister. Brukarundersökningen i Hemvården visar på trygga brukare som upplever ett gott bemötande. De får i hög grad de insatser de behöver och i rätt tid. Brukarna i hemvården ger verksamheten betyget 8.5 av 10 i medeltal.

Majoriteten av de svarande upplever det som inget problem att det inte alltid är samma personal som kommer, medan 15 % upplever det som besvärande eller mycket besvärande. Hemvården arbetar vidare med den utmaning som planering av insatserna innebär – särskilt i tider med svårigheter att bemanning planerade pass. I planering skall många hänsyn tas så som personalkontinuitet, önskemål om tider, särskild personal men också kompetenskrav och en allt mer avancerad sjukvård i hemmet i takt med att fler bor hemma längre. Patientsäkerheten får inte påverkas negativt. Hemvården fortsätter utvecklingsarbete kring en bättre personalkontinuitet under 2022.

Det vanligast klagomålet avseende tjänstens innehåll rör städningen vilket ger verksamheten anledning att även se över organiseringen och utförandet av dessa tjänster.

De klagomål som inkommer via synpunktshanteringen är främst 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. 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 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.

I aktivitetslistan för Vård och omsorgs 2021 lyftes behovet av checklistor för överrapportering i hemvården. Checklistor har under året skapats för att säkra överrapportering mellan professioner och används idag i verksamheten.

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. Under 2021 har Hemvården för första gången startat Team-möten där omvårdnadspersonal, enhetschef, legitimerad personal, planerare och biståndshandläggare träffas regelbundet för systematisk uppföljning och utveckling av arbete. Ett viktigt steg mot utvecklingsdrivet kvalitetsarbete. Inom funktionsnedsättning finns inte samma möjligheter till Team-möten på grund av arbetets organisering. Här används istället APT och verksamhetsmöten och nära dialoger med enhetschef vid behov.

Det finns också ett behov av att återkoppla andra delar i kvalitetsarbetet till personalen (avvikelser, 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 är 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.

Genom en satsning på ett digitalt verktyg baserat på processer ger möjlighet att levandegöra det systematiska kvalitetsarbetet. Nuvarande arbetssätt med användning bla intranätet har inte fungerat tillfredsställande för medarbetarna. Att inte kunna få en överblick över processer med tillhörande krav och stödmaterial är en källa till felaktigheter och stress. Kartlagda processer är även viktigt för att tydliggöra roller och ansvar.

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. Mycket tid och kraft i vardagen läggs dessutom på att hitta korrekt stödmaterial som blanketter och broschyrer. Ett gediget arbete har under fler år gjorts för att säkerställa kvaliteten och likvärdighet i verksamheternas rutiner. Dock finns det behov av en samlad plats där både rutiner fanns tillgängliga digitalt – och som dessutom fungerar som ett verktyg för att definiera processer och ansvar och roller.

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 2022 där följande förbättringsåtgärder anses vara de mest centrala för att leva upp till kraven i SOSFS 2011:9:

- **Processkartläggning – skapa en gemensam ”grundkarta” av verksamheten genom processkartläggning.**
- **Riskanalyser**
- **Rutiner- i takt med att antalet rutiner hela tiden blir fler och fler - se över möjligheten att skapa ägandeskap över rutinerna gruppvis.**
- **Att fortsätta utveckla Kvalitetsrådet som sammanhållande organ för systemiskt kvalitetsarbete**
- **Kompetens – bemanning och introduktion av nya medarbetare**