

Kvalitetsberättelse för Vård och Omsorg 2023



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 2024	5
2. Riskanalyser.....	5
2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen	6
2.2 Riskanalyser inför förändringar m.m.....	7
2.3 Riskanalyser på brukarnivå	7
2.4 Handlingsplan för 2024	7
3. Egenkontroll.....	7
3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen – säbo?	8
3.2 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Hemvården?	11
3.3 Egenkontroll av den sociala dokumentationen	12
3.4 Egenkontroll: Rapportering av ej verkställda beslut till IVO	13
3.5 Egenkontroll: Uppföljning av värdighetsgarantier	14
3.6 Baskrav och ansvarsbeskrivning.....	14
4. Avvikelser	14
4.1 Synpunkter och klagomål.....	14
4.2 Avvikelsehantering.....	16
4.3 Lex Sarah.....	18
4.4 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO.....	20
4.5 Tillsyn/Inspektion av IVO.....	21
5. Personalens medverkan och kompetens.....	23
5.1 Kvalitetsråd	24
5.2 Kompetens och utveckling	25
Sammanfattning av 2023 strategier för 2024	25

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.

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 2023 samt Verksamhetsuppföljningen för Hjo Kommun 2023. Dessa redovisar hur Vård och Omsorg arbetat under 2023 för att uppnå kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens mål.

Vård och Omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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



I. Processer och rutiner

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

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

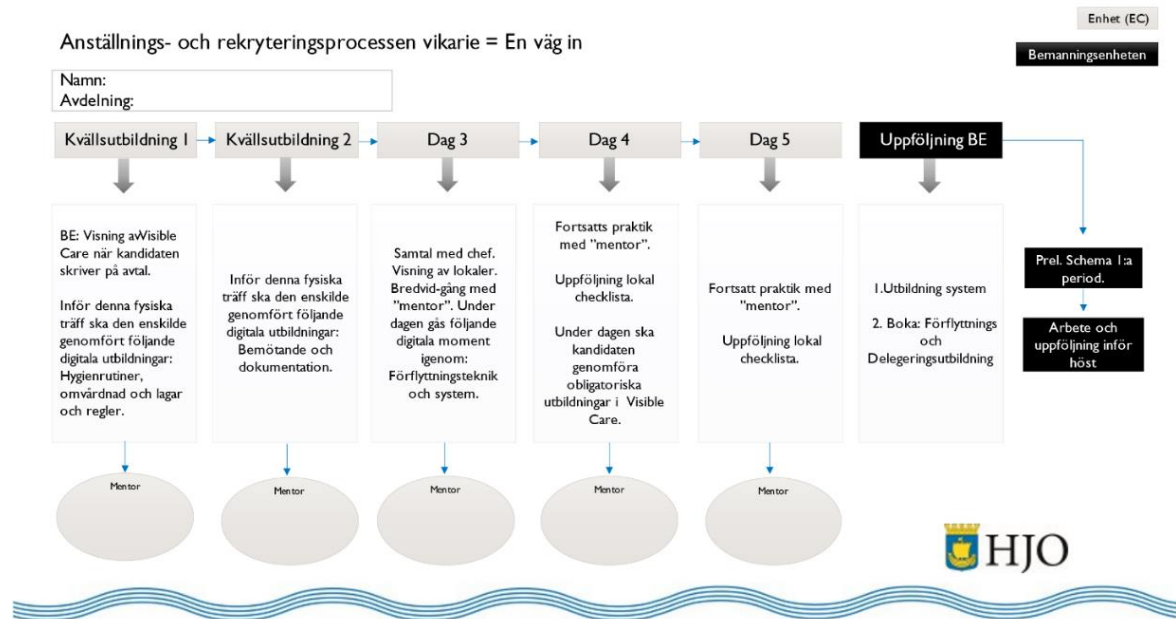
I dagsläget identifierar verksamheten arbetet oftast utifrån specifika rutiner i stället för att ha möjlighet att börja i processledet – identifiera vad som skall göras, i vilken ordning, vilka aktörer som berörs, hur de samverkar samt vilka olika lagkrav som ställs på verksamheten.

Under 2023 har verksamheten fortsatt att närma sig målsättningen att komma i gång med en aktiv processkartläggning i ett ändamålsenligt verktyg. Ett verktyg är införskaffat och vissa processer är kartlagda. I samband med införandet av ett nytt verksamhetssystem i samverkan med 12 andra kommuner gjordes en gemensam processkartläggning som var en del i skapandet av en modellkommun och i införandet. Dessa processer kommer verksamheten bygga vidare på framåt och anpassa utifrån de egna arbetssätten. Att beskriva uppdrag och roller utifrån processer ger en ökad möjlighet för medarbetarna att förstå sitt uppdrag, hur det samverkar med andra och vad som krävs för att kunna utföra det med önskat resultat.

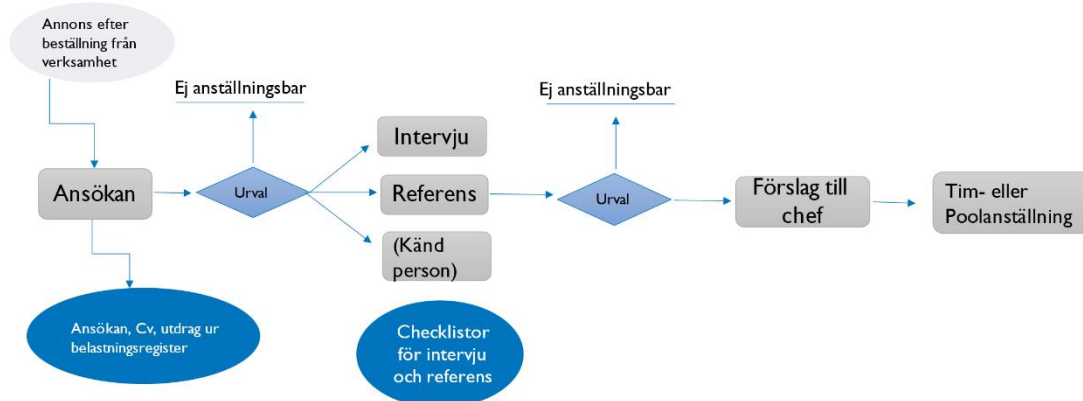
Exempel på rutiner och processer tillkomna under året:

- Hemvård, att tänka på vid varje arbetspass
- Installation och avinstallation av trygghetslarm
- Rutin för nyckelhantering i hemvården
- Rutinkontroller och rutin vid avbrott av trygghetslarm
- Prioritering vid hög arbetsbelastning
- Trygghetslarm sökrutin
- Revidering av process för rekrytering, anställning och introduktion

Ett stort arbete har under året genomförts inom området introduktion. Det tidigare upplägget har reviderats och majoriteten av all utbildning har flyttats från digitala webutbildningar till att från våren 2024 genomföras i appen Visible Care. Appen innehåller det utbildningsmaterial som den nyanställda ska gå igenom och den finns även i samtliga arbetstelefoner som ett kunskapsstöd för alla medarbetare i deras dagliga arbete. Upplägget bygger på ett stort antal korta instruktionsfilmer som beskriver hur man utför både specifika omvårdnadsmoment och serviceinsatser men även redogörelser för vissa rutiner.



Anställnings- och rekryteringsprocessen sommarvikarie = En väg in



1.1 Handlingsplan för 2024

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

Då vi går i riktning mot fler gemensamma processer och rutiner och mer arbete över enhetsgränserna behöver arbete med den omfattande rutinparmen stärkas med en fördelning av rutiner i grupper och ansvarsområden. Ett arbete för att tydliggöra rutinparmen kommer att göras och ansvaret att hålla dessa korrekta och uppdaterade kommer att fördelas ut.

2. Riskanalyser

2.1 Internkontroll-den årliga riskanalysen

Vård och Omsorgs gjorde i januari 2023 en genomgång av risker som kan inträffa i verksamheten. Ett område identifierades där man såg att det fanns risk att verksamheten brister vilket kan drabba våra brukare och patienter och där risken var av den art att den bör vara del i Hjo kommuns internkontrollplan.

Följande risk har kontrollerats av Vård och Omsorg i internkontrollarbetet 2023:

Nr	Rutin/Process	Risk	Risk värde	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Klart
Fara för liv och hälsa – Brand							
I	Brandskydd, fysiska övningar	Risk att brandskyddsarbetet inte får rätt effekt när personalen inte övar praktisk med tillräcklig regelbundenhet. Översyn av rutiner på olika enheter, fungerar de likvärdigt.	12	Genomgång av rutiner kring brandövning	Granskning av rutiner för brandskydd och övning.	Verksamhetschef VoO	2023-10-30

Kontrollen identifierar att det finns en risk att brandskyddsarbetet inte får rätt effekt när personalen inte övar praktiskt med tillräcklig regelbundenhet. En genomgång över den praktiska tillämpningen av rutiner för brandskydd för kommunens vård- och omsorgslokaler har genomförts. Resultatet visar att det saknas övningar för hur man praktiskt evakuerar boenden och agerar i händelse av brand. En av åtgärderna framåt är att ta fram ett stöd för enheter för att praktiskt genomföra brandövningar. Planen är att alla verksamheter årligen ska genomföra en övning i samband med APT. Övningsscenarior är framtagna och kan användas som stöd. Övningarna är inlagda i Vård och omsorgs årshjul över planerade utbildnings och övningsinsatser. Punkten brandskydd och fysiska övningar kommer även finnas kvar som en internkontrollpunkt under 2024.

2.2 Riskanalyser inför förändringar m.m.

Enhetscheferna och Vård och omsorgschef ansvarar för att löpande analysera risker för brukarna inom Vård och omsorg, särskilt innan de fattar beslut om förändringar. De risker man ser ska sedan förebyggas och åtgärdas i möjligaste mån.

Under 2023 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.

2.4 Handlingsplan för 2024

Ledningsgruppen för Vård och omsorg har i sin genomgång av kvalitetsarbetet för 2023 konstaterat att arbetet med riskanalyser bör fortsatt belysas under 2024 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. Inför 2024 behöver verksamheten utveckla arbetssätten när det gäller systematiska uppföljningar av genomförda riskanalyser då detta identifierats som ett förbättringsområde.

3. Egenkontroll

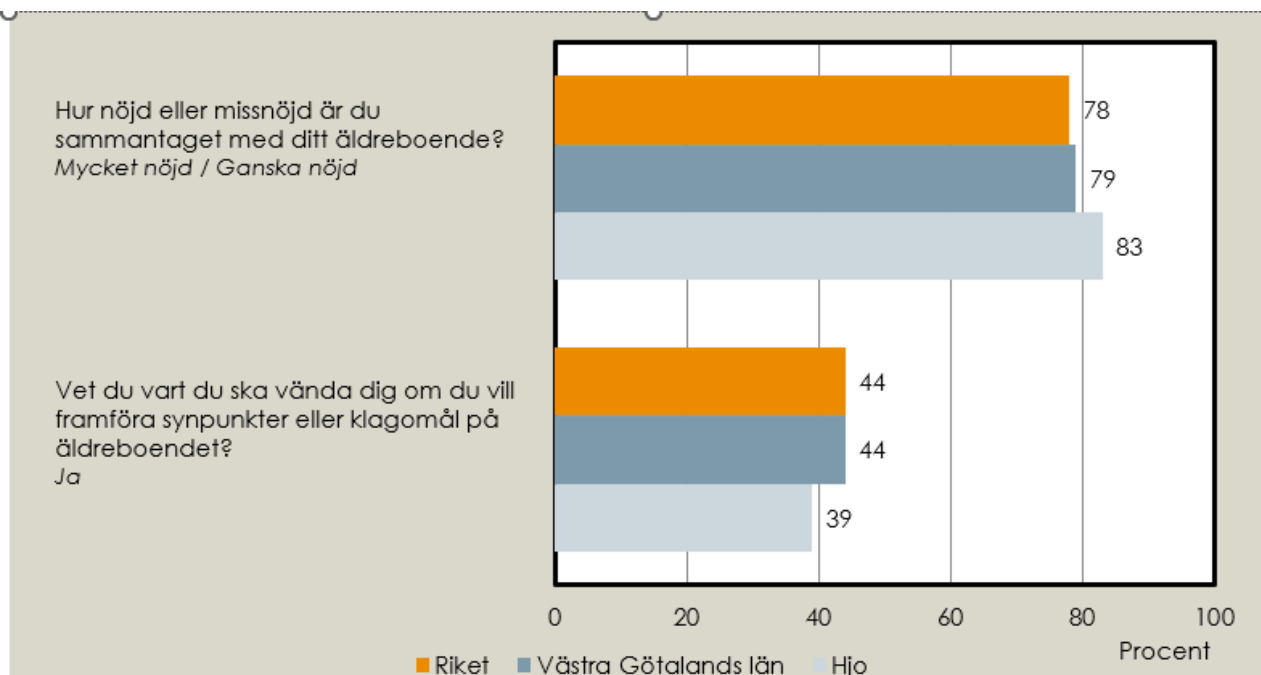
Egenkontroll är verksamhetens sätt att "ta tempen på sig själv". Hur väl står sig vår verksamhet i jämförelse med andra kommuner? Hur utvecklas vi över tid? I egenkontrollen ingår tex brukarundersökningar, öppna jämförelser, kommunens kvalitet i korthet m.m.

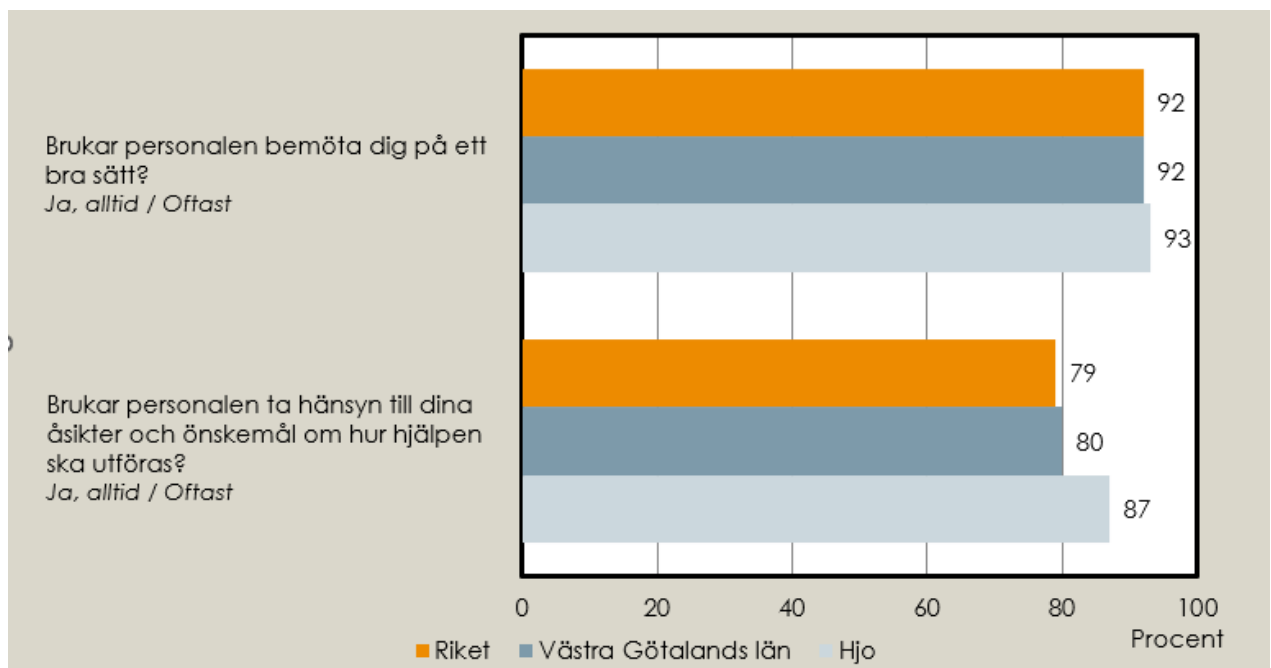
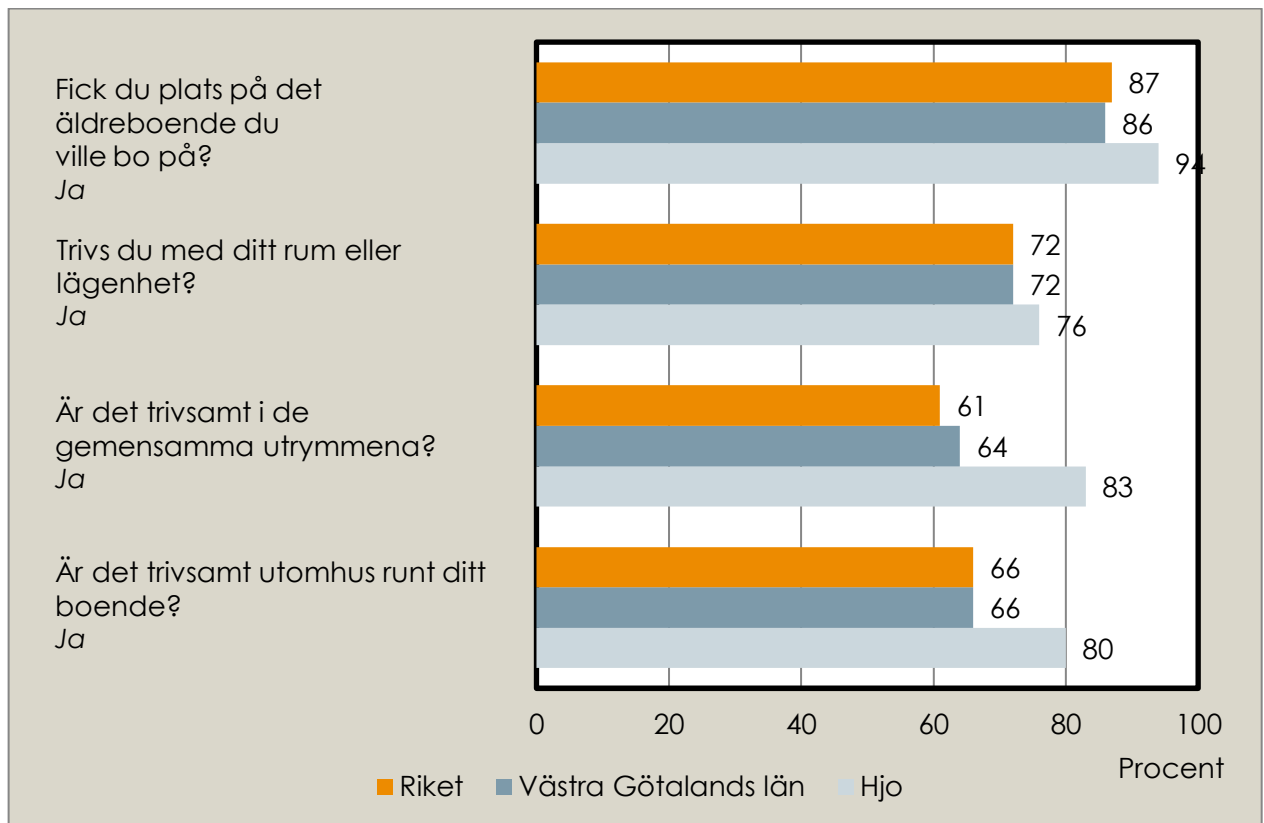
Varje år deltar Vård och Omsorg i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen i Hjo?" Socialstyrelsens brukarundersökning genomförs under våren och resultat presenteras under hösten. Undersökningen skickas ut både till de som har hemvård och de som bor på ett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

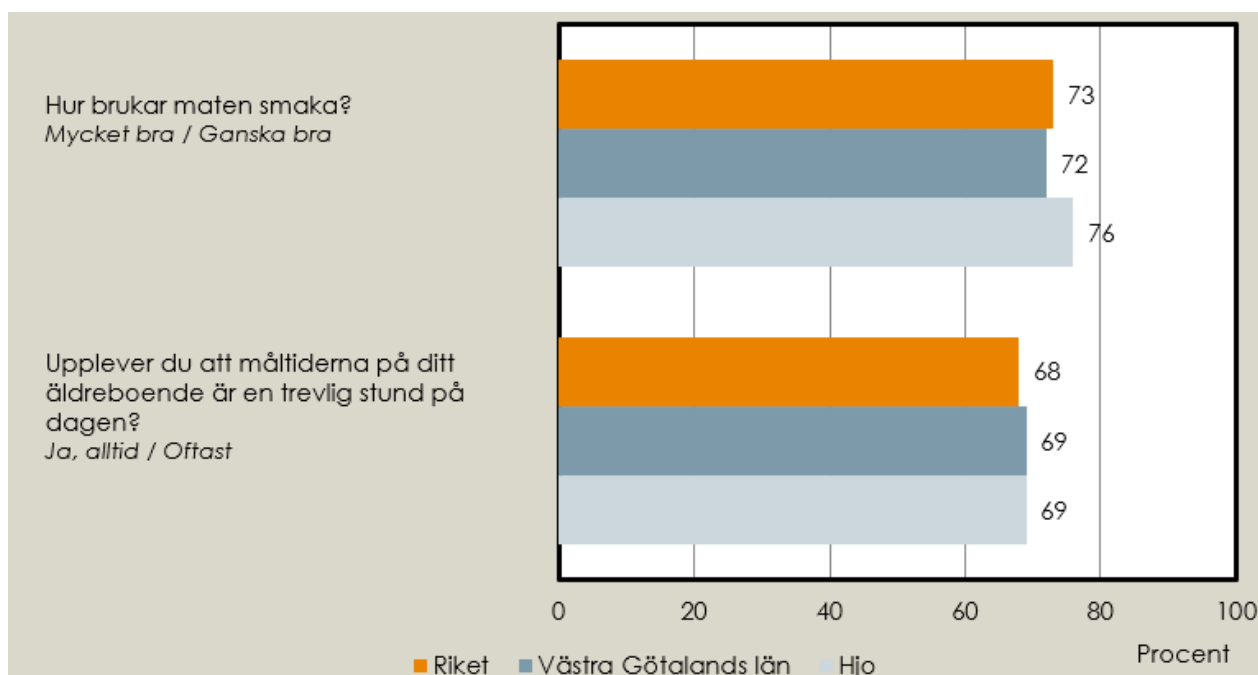
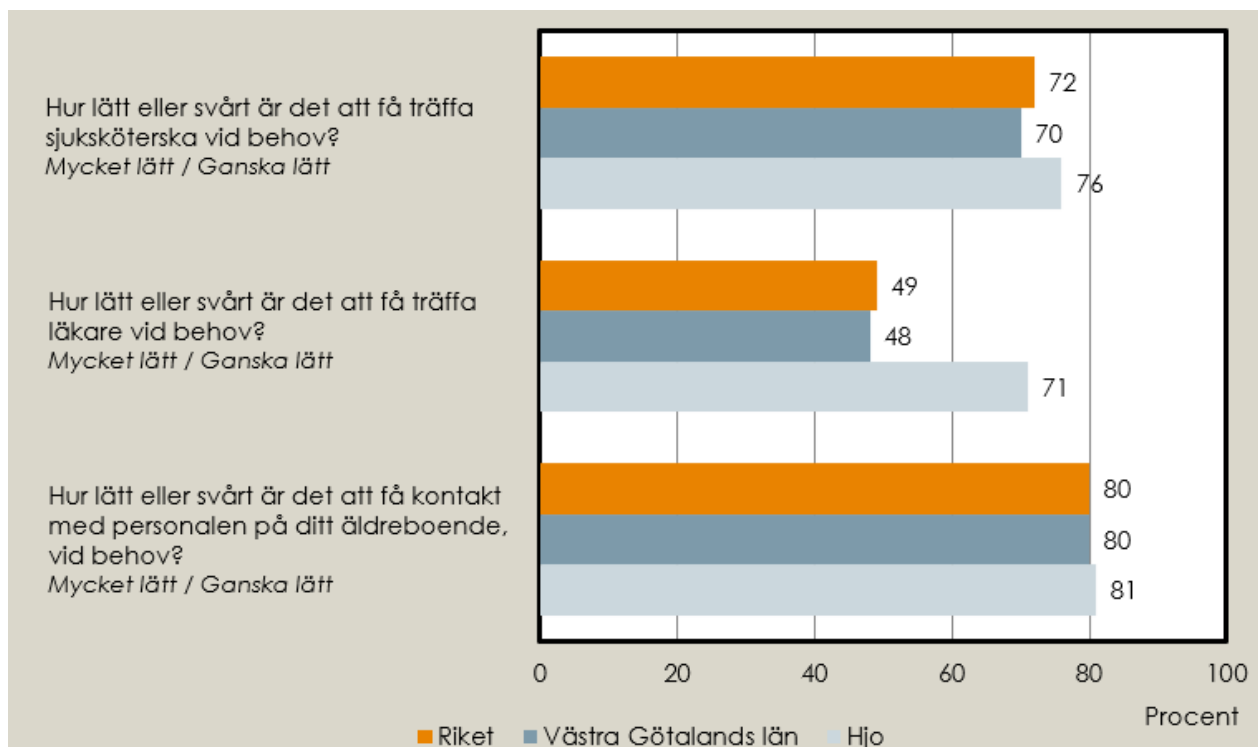
3.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen – säbo?

I undersökningen svarar 83% av de boende på Hjo kommuns äldreboende att de är ganska eller mycket nöjda med sitt äldreboende. Detta kan jämföras med 78% för hela riket. De svarande i Hjo upplever i högre grad än i riket god trivsel både inomhus i de gemensamma utrymmena och utomhus runt boendet. Av de boende upplever 93% att personalen bemöter dem på ett bra sätt, och 87% att det tas hänsyn till deras önskemål och åsikter om hur hjälpen ska utföras. När det kommer till tillgängligheten till läkarvård, uppger 71% att det är lätt att få träffa en läkare vid behov, vilket kan jämföras med rikets 49%. Andelen som svarar att det är lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov är 76% (72% i riket).

Brukarundersökning visar även på områden som kan förbättras. Till exempel uppger 76% att maten smakar bra men 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 vi ständigt försöker förbättra.





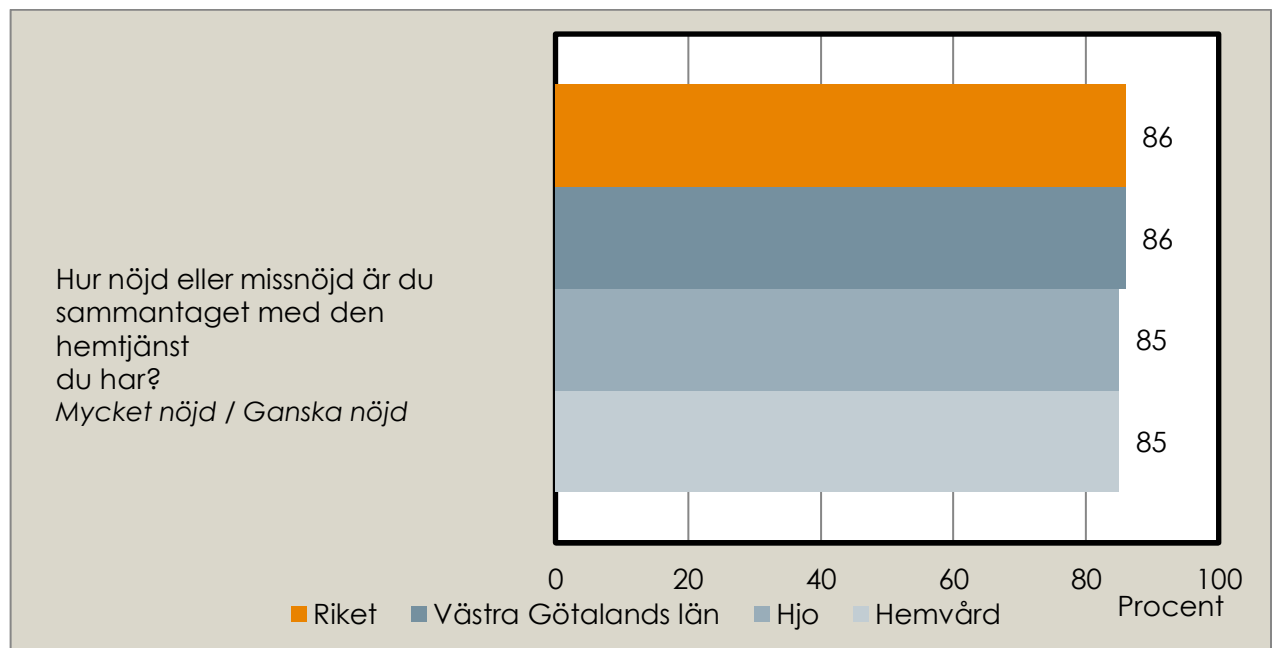


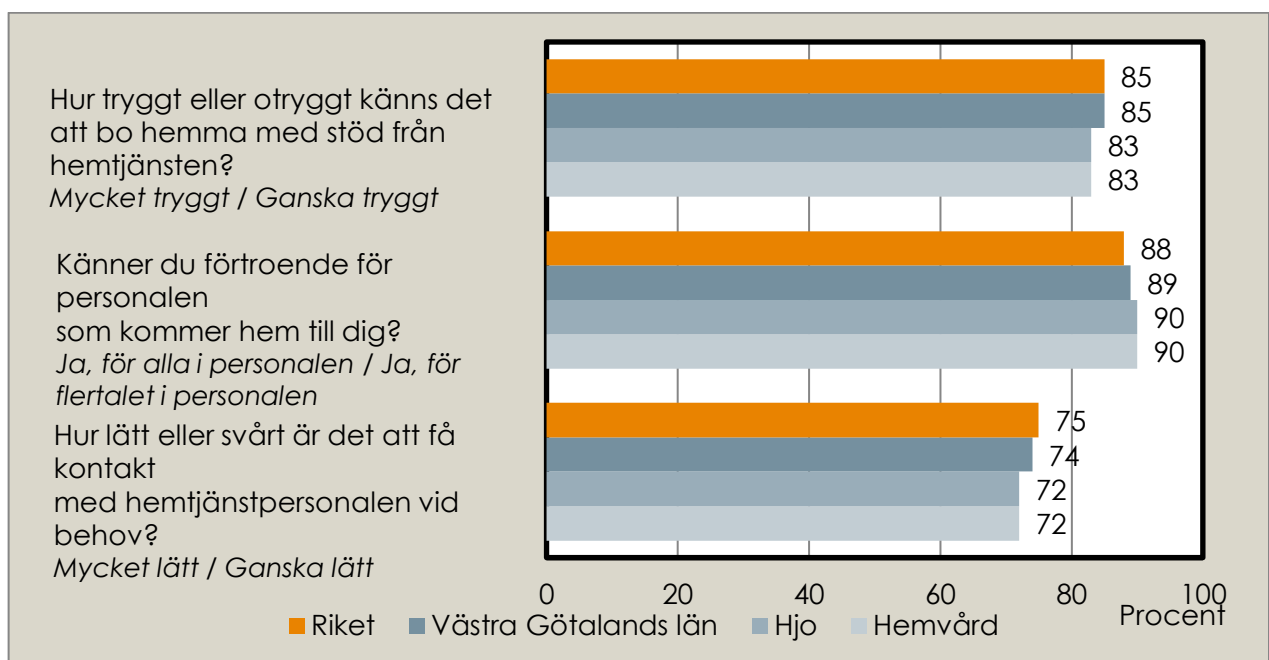
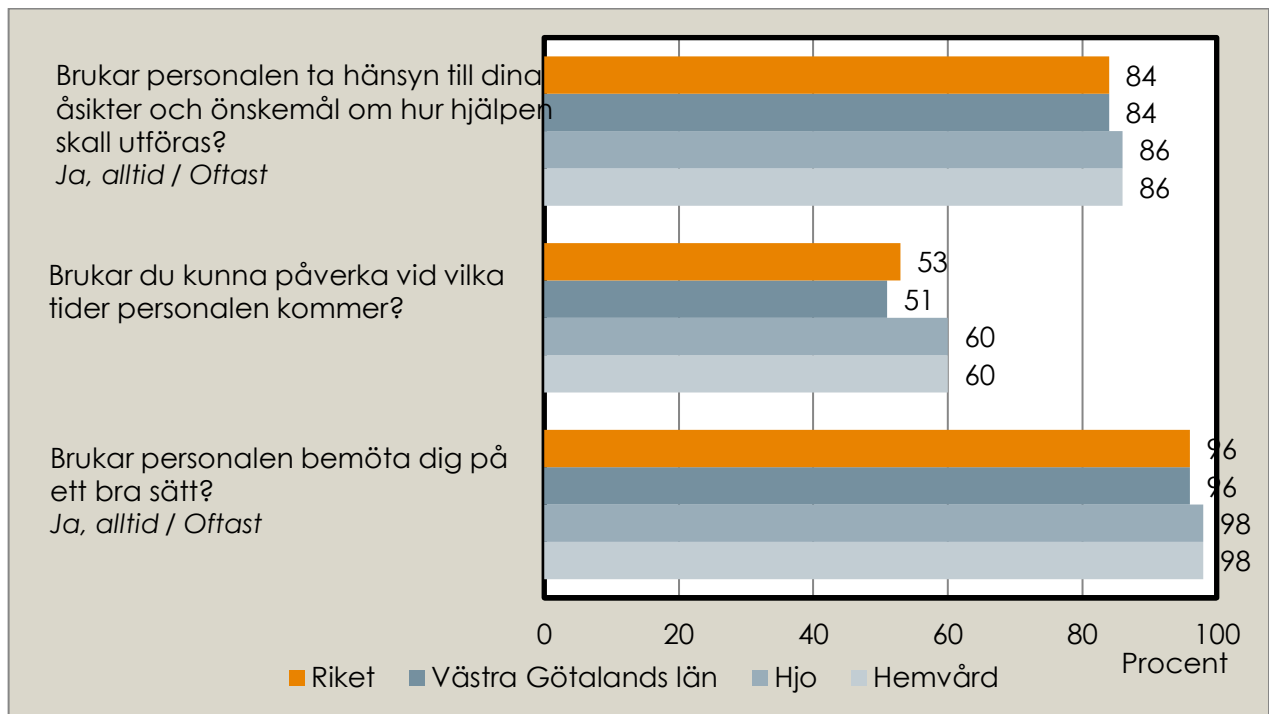
3.2 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Hemvården?

Resultatet från brukarundersökningen för Hemvården i Hjo visar att 85% av brukarna sammantaget är nöjda eller mycket nöjda med den hemtjänst de har. Det är 98% som svarar positivt på frågan om de får ett gott bemötande, och 86% som svarar positivt på frågan om personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.

Undersökningen visar på brukare som känner förtroende för Hemvårdens personal, där 90% känner förtroende för personalen som kommer hem till dem. Andelen brukare som känner trygghet i att bo hemma med stöd från hemvården är 83%.

I årets undersökning uppger 72% av de svarande att de tycker det är lätt att få kontakt med hemvårdens personal vid behov. Tillgängligheten är ett område som verksamheten arbetar med och där andelen positiva svar skiftat över åren (81% år 2022, 81% år 2020, 76% år 2019 och 69% år 2018).





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.

I Socialstyrelsens enhetsundersökning 2023 rapporterades att i genomsnitt 81% av personer i särskilt

boende i Hjo en aktuell genomförandeplan. I riket är genomsnittet 91%. Hjo kommuns äldreboenden hamnar därmed under genomsnittet denna mätning.

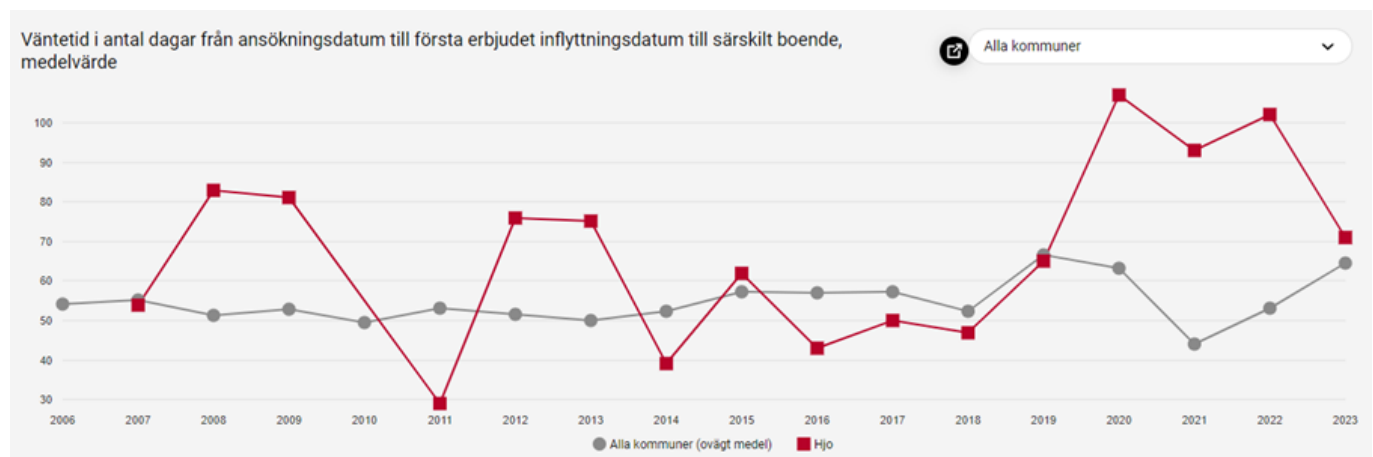
3.4 Egenkontroll: Rapportering av ej verkställda beslut till IVO

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

SoL - väntetid till särskilt boende

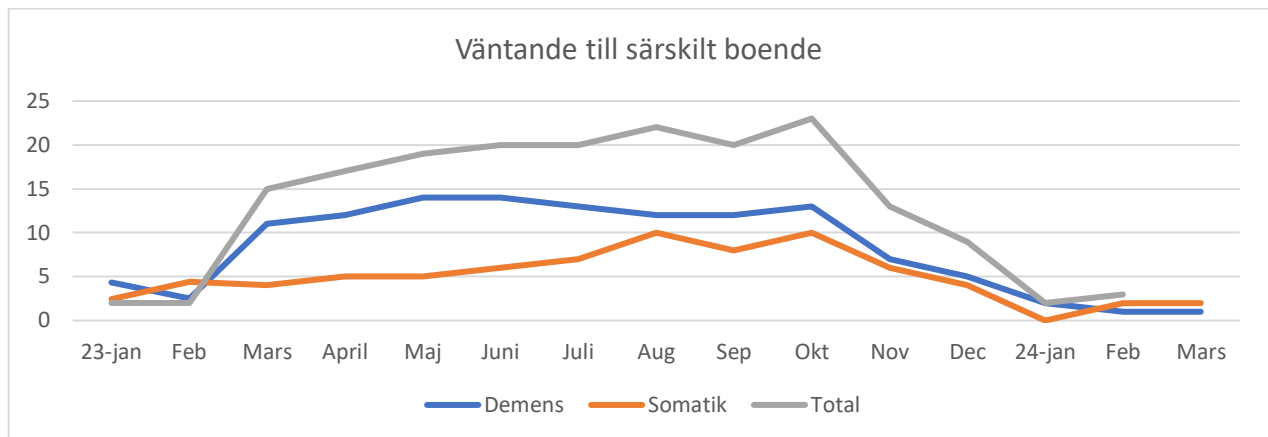
Under 2023 har Hjo kommun rapporterat in till IVO att 16st individer har fått vänta mer än tre månader på att få flytta till ett boende enligt SoL. Vid dessa tillfällen riskerar kommunen att få betala vite. De flesta har vistats på korttiden i väntan på säbo, eller haft hemtjänst och väntat i hemmet. Ett antal har erbjudits plats men tackat nej i väntan på annat önskemål om boendeplats då de haft specifika önskemål om boende/lägenhet trots att det erbjudna var ett likvärdigt alternativ.

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



Sedan 2020 har Hjo kommun haft en jämförelsevis lång väntetid till säbo i dagar räknat. Inför uppstarten av den nybyggda delen av Sigghusberg äldreboende uppstod en kö till boendet. Idag är väntetiden i dagar räknat lägre än föregående år och nere på samma nivå som riket. Samtliga väntande till säbo i Hjo kommun är dock omhändertagna i de flesta fall med ett boende i form av korttid eller fungerande insatser i hemmet, Hemvård kombinerad med dagverksamhet. Söktrycket är fortsatt främst kännbart mot boende med inriktning till demens. För boende inom somatisk äldreboende är kön i det närmaste obefintlig.

Under första delen av 2023 skedde en påtaglig ökning av antalet individer som väntade mot särskilt boende. Som tidigare var trenden att platser med demensinriktning var mest efterfrågade, men även behovet av somatiska platser ökade under en period. Orsaken till ökningen är oklar, sannolikt handlade det om en tillfällig anhopning då kurvan planat ut under senare delen av året för att i början av 2024 ligga på en ovanligt låg nivå.



3.5 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. Under pandemiperioden fanns ingen möjlighet att genomföra brukar och anhörigmöten och tyvärr har det varit vårt att återuppta dessa trots att pandemin är överspelad. En oro för ny smittspridning ligger ofta till grund för att man på enheterna är restriktiv med att samla personer i större grupper. Dessa träffar, samt det generella aktivitetsutbudet, är dock något som verksamheterna kommer att arbeta för att återuppta mer strukturerat under 2024.

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

3.6 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.

Under 2023 har ett arbete inletts med att vidareutveckla detta i syfte att tydliggöra olika roller och deras olika kompetenskrav.

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.

Totalt registrerades 22st synpunkter under året inom Vård och Omsorg (att jämföra med 16st 2022 och 12st 2021). Av de inkomna var tyvärr 14st av dessa anonyma och önskade/kunde ej få svar på sina synpunkter. Av de 22 inkomna är 17st klagomål, 5st förslag, 2st frågor, 1st beröm och 2st klassade som övrigt.

En fråga som ständigt engagerar är Hemvårdens bilar, det har inkommit både synpunkter på att de framförs med för hög hastighet samt på hur de parkerar. Även en synpunkt angående vårdslöshet i trafik. Enhetscheferna har i vissa fall haft samtal med enskilda berörda samt informerat på APT. Hemvårdens personal är ständigt i rörelse och kör mycket bil. Det är en utmaning för dem att tänka sig för i alla svängar, dock kommer säkerheten först och ämnet är ständigt aktuellt.

Under året har ett antal synpunkter berört situationen kring boendet Sigghusberg. Synpunkterna har främst varit interna, men med några som kommit utifrån.

Förhållandet internt – extern

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

De inkomna synpunkterna rör Sigghusberg, ledarskap mm, enskild personal, cykelparkering, samt önskemål om fast hjärtstartare.

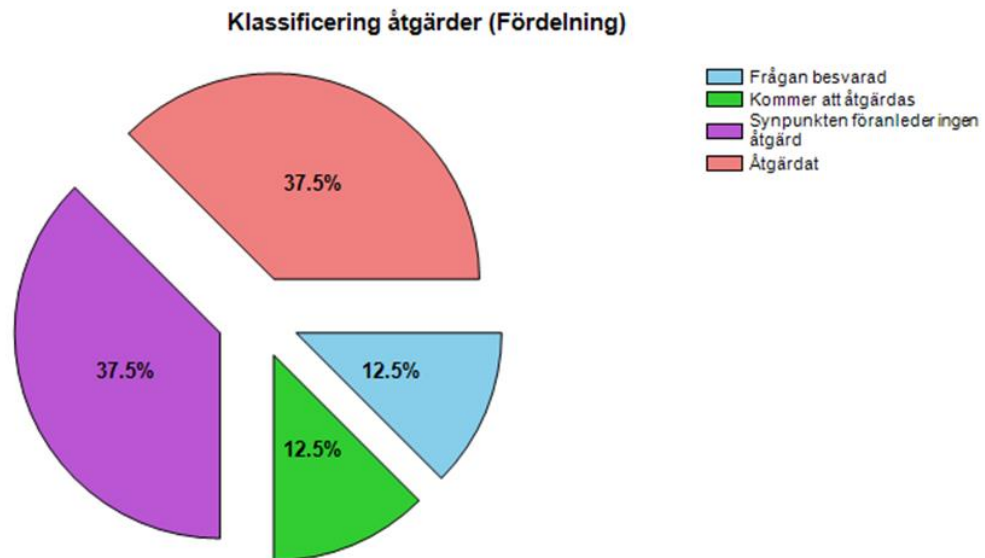
Hur hanterar vi interna synpunkter?

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

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

Åtgärder – klassificering

Bland de klassificerade åtgärderna är de vanligaste klassificeringarna Åtgärdat och Synpunkten föranleder ingen åtgärd. Alla synpunkter är ännu inte avslutade.



Klassificering åtgärder

Antal

Frågan besvarad

1

Kommer att åtgärdas

1

Synpunkten föranleder ingen åtgärd

3

Åtgärdat

3

Totalt: 8

4.2 Avvikelsehantering

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

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

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

avvikelser. Det är den som upptäcker avvikelserna som ska rapportera avvikelserna.

Under året 2023 har 1142 st avvikelser rapporterats in, vilket är i nivå med tidigare år (1110 st avvikelser rapporterades in 2022, 1072 st avvikelser rapporterats in 2021 och 1116 st inrapporterade avvikelser år 2020).

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

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

I systemet rapporterar medarbetare in både faktiska avvikelser och när det föreligger en risk för en avvikelse. Majoriteten av de inrapporterade ärendena är en faktisk avvikelse, 96,3% att jämföra med 3,7% inrapporterade risker för avvikelser. Att rapportera en risk för avvikelse tyder på en förmåga i organisation att arbeta medvetet och förbyggande. Antalet inrapporterade risker är i nivå med hur siffrorna såg ut 2020, och visar på en minskning från föregående år (antalet inrapporterade risker för avvikelse var 6% år 2022, 6,4% år 2021 och år 3,8% år 2020). I Patientsäkerhetsberättelsen för 2023 analyseras avvikelserna ytterligare.

Enhetschefens roll

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

Team i Hemvården

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

Under hösten 2021 startade Hemvården Team möten i samma regi som säbo med tillägget att biståndshandläggarna även deltar och detta arbetssätt har pågått sedan dess. Att skapa förutsättning för teammöten är en organisatorisk utmaning i verksamheten då fler professioner samlas, och just därför en viktig del i återkoppling och lärande.

Checklista, ett verktyg vid teammöten

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

Team-möten hålls var fjärde vecka och på dessa går alla boende igenom utifrån ett rullande schema. Checklistan blir ett förtydligande arbetsredskap för att säkerställa rätt insats och eventuella åtgärder efter behov. Nyinflyttade tas upp på kommande teammöte.

Teamet består av enhetschef, legitimerade patientansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt kontaktombud.

Till team-mötet skall förutom checklistan även följande vara utfört:

- Riskbedömningar
- Patientens aktuella status skall vara uppdaterat av legitimerad personal.
- Ny vikt skall vara taget av kontaktombud.

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.

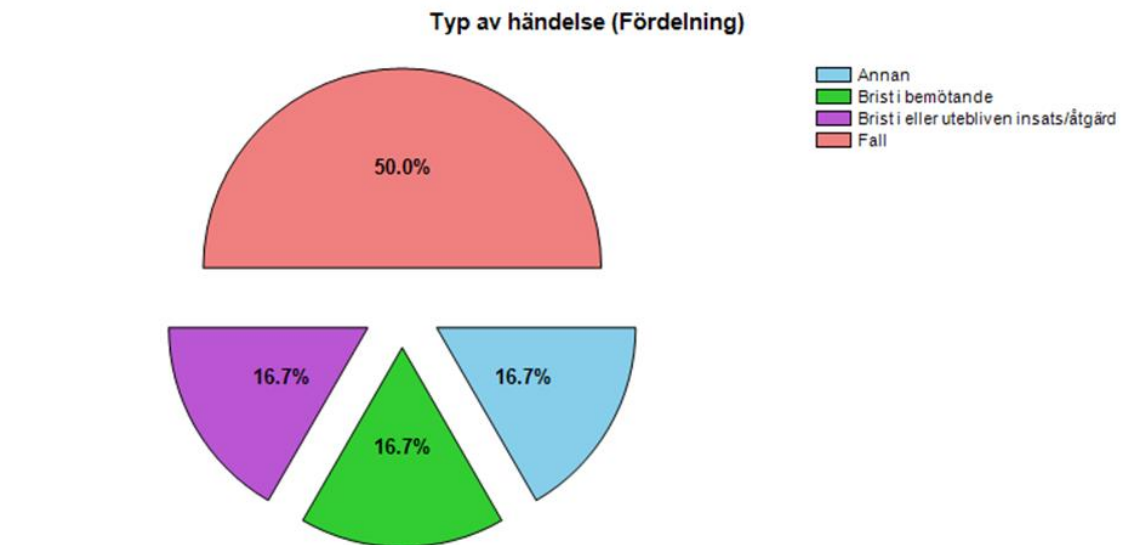
Personalen har skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas. Lex Sarah rapporter utreds av särskilt utsedd utredare, beslutas av vård- och omsorgschef 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 2023 har 6st Lex Sarah rapporter inkommit och utretts (jfr år 2022 var det 18st, år 2021 var det 11st och 2020 14st). Av rapporterna avser alla 6st en rapporterad avvikelse. Av de inkomna Lex Sarah är det ingen som bedömts vara av den art att det föranleder en anmälan till IVO.

En förklaring till det lägre antalet rapporter jämfört med tidigare år är att enheten Funktionsstöd flyttade från Vård och Omsorg till Socialtjänsten.

Vilken typ av händelse var mest förekommande?

Antal ärenden: 6

Typ av händelse	Antal
Annan	1
Brist i bemötande	1
Brist i eller utebliven insats/åtgärd	1
Fall	3
Totalt: 6	

Av de händelser som har rapporterats har två vid utredning bedömts att inte vara Lex Sarah och har därefter utretts som avvikelser. Det berör händelsen kategoriserad som annan och två av de som kategoriserats som fall.

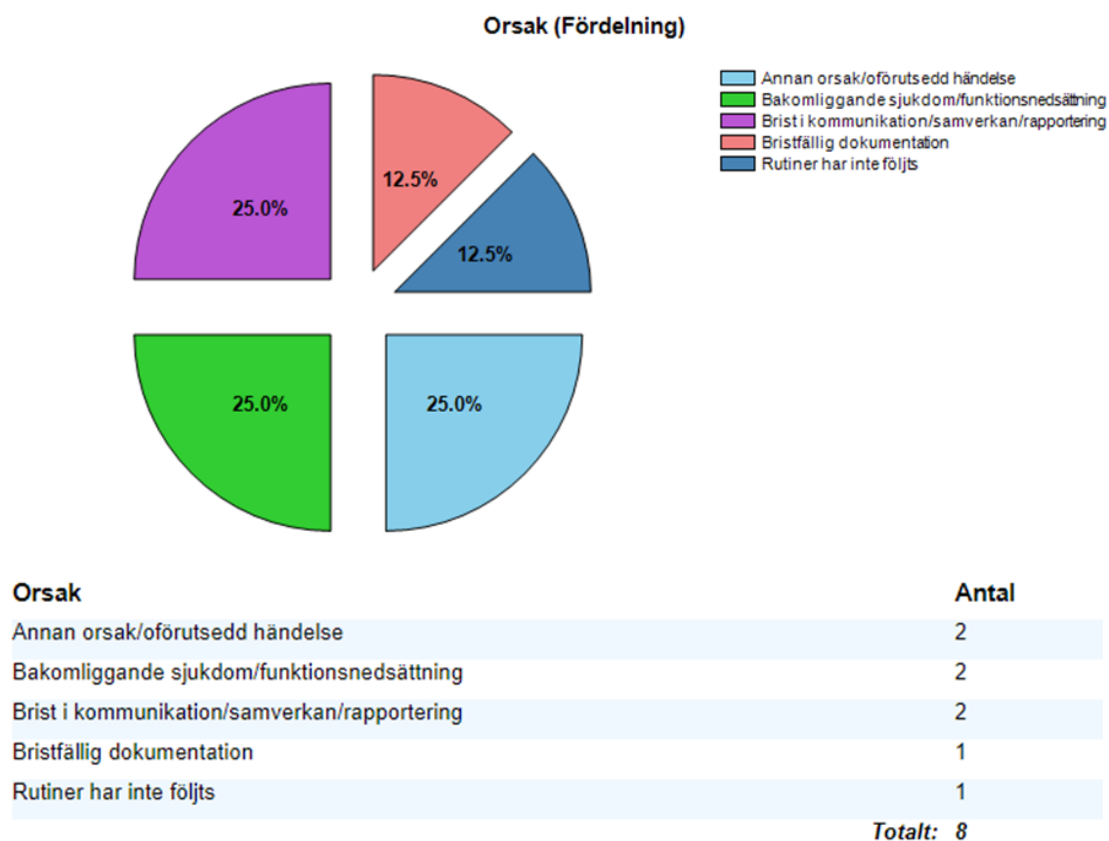
Händelsen angående brist i bemötande är även det en avvikelse, men rapportören råkade av misstag rapportera det som en Lex Sarah.

Av de två händelser som är utredda som Lex Sarah, ett fall och en brist i eller utebliven insats/åtgärd, rör de:

- Det framkom att munvård uteblivit eller knapphändigt utförts på en boende på säbo under första tiden sedan denne flyttat in. Information hade kommit till personal från kollega behov av godkännande innan munvård skulle utföras, dock oklart vem som skulle godkänna. Denna information var felaktig, och ledde till osäkerhet bland personal. Utredningen visar att: tid behöver avsättas för att diskutera rutiner och ansvarsfördelning när brukare flyttar in eller om det uppstår oklarheter hur omvårdnadsarbetet ska utföras. Även legitimerad personal bör delta vid något/några tillfällen, så att man arbetar i team runt brukaren. Viktigt med hållbart arbetssätt för dokumentering inom rimlig tid och att alla har ett ansvar att läsa dokumentationen innan arbetspass påbörjas.
- Brukares larm hade inte nått fram till personal. Det är inte första gången något liknande hänt då tekniken inte fungerat optimalt när personalen är på vissa ställen. Enhetschef kontaktar både Hjo

Energi (beträffande wifi-täckning) och Phoniuro (beträffande själva larmfunktionen). Vid felsökning konstateras att det inte är något fel på vare sig täckning eller larm, men man säkrar upp genom att stärka systemet. Phoniuro installerar en sekundär sökväg som gör att larmtelefonerna kan kommunicera med larmsystemet utan wifi, vilket innebär att när telefonen tappar nätverk går den över till mobilnätet. Servicetekniker ser att flera larmkedjor ligger obesvarade och med lång svarstid, och påminner om att personalen ska kvittera och besvara larm skyndsamt.

Rapporterade orsaker



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

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 rutiner för att undvika likande händelser.

4.4 Klagomål och anmälan om fel i vården till IVO

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

4.5 Tillsyn/Inspektion av IVO

IVO genomförde under början av 2023 en tillsyn av den medicinska vården på SÄBO. Tillsynen genomfördes som en del av den fördjupade granskning som myndigheten genomförde av den medicinska vården på alla Särskilda boenden i alla Sveriges kommuner. I huvudsak var granskningen kopplad till den översyn som gjordes under 2020-2021 där vården av patienter som insjuknat i Covid-19 var i fokus. Tillsynen innefattade en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt intervjuer på plats i kommunen.

Det man ville undersöka vidare var kvalitén av vården inom fyra huvudområden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkunnighet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

Granskningen av journalerna som Hjo skickade in blev klar januari 2023 och IVO var på besök under februari 2023 för att ställa kompletterande frågor och redovisa resultatet.

IVO redovisade att man i patientjournalerna hittat brister som sedan har kompletterats med information från patienter, sjuksköterskor och ledningen på plats under februari.

Nedan följer en redogörelse av påtalade brister samt genomförda och planerade åtgärder.

Den personal som gör medicinska bedömningarna har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte svenska språket i tillräcklig omfattning

Hjo kommun håller med IVO i bedömningen kring svårigheten att alltid ha rätt kompetens närmast patienten. Legitimerad sjuksköterska finns dock att kontakta dygnet runt för bedömningar av patienterna eller som stöd till omvårdnadspersonal.

För att möta denna problematik, som idag får anses vara ett nationellt problem då bristen på personal slår mot hela den offentliga sektorn, så jobbar Hjo kommun med en rad utvecklingsområden.

- Differentiering av arbetsuppgifter bland omvårdnadspersonal – Som anställd inom omsorgen i Hjo kommun ska man kunna arbeta med arbetsuppgifter som matchar den kompetensnivå som medarbetaren besitter. Är man utbildad undersköterska ska man få arbeta mer med kvalificerade vårduppgifter medan den som är utbildad ska kunna få jobba med omsorg & service utan att känna sig tvingad att jobba med mer komplicerade uppgifter.
- Standardiserat introduktionspaket – Samtliga nyanställda inom vård och omsorg i Hjo kommun ska ges rätt förutsättningar att förvärva de kunskaper som krävs för att bedriva ett säkert och tryggt arbete. Detta ska uppnås genom att vi nu utökat grundintroduktionen från tre till fem dagar med ett tydligt schema för vad man förväntas lära varje dag för att sedan kunna efter slutförd introduktion. Introduktionsschemat är baserat på både praktisk och teoretisk inläring inom en rad olika kunskapsområden.
- Utveckling av anställdas förutsättningar – I Hjo kommun ska alla som önskar arbete inom omsorgen ges den möjligheten, detta gäller även dem som inte behärskar det svenska språket fullt ut. För att möjliggöra detta kommer arbetsuppgifter anpassas utifrån språkkunskaperna. I kombination med detta bedrivs även ett utvecklingsarbete inom samtliga enheter där chefer ska utbildas inom språkstödande insatser och språkmentorer kommer att utbildas. Vidare pågår, från våren 2023, utbildning/utveckling inom yrkessvenska till dem som upplever sig ha svårt med svenska språket.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Rörande denna kritik håller Hjo kommun inte med IVO och upplever att man tagit dålig hänsyn till de tekniska förutsättningar som råder i kommunen. Inrapporteringen under 2021 gjordes genom att samtliga journaler vid kommunens särskilda boenden lämnades in till IVO helt orörda från sin ursprungliga form. I Hjo kommun har vi under de senaste 25 åren haft ett och samma journalsystem som inte har gått att utveckla för att efterfölja det kodverk som IVO använder när de granskar journaler. Detta gör att de värden som IVO granskar blir orealistiskt låga när maskininläsning görs. Hjo kommun upplever inte att IVO gjort en vidare granskning för att utreda varför värdena blivit så låga i den automatiska inläsningen. IVO påtalar bland annat att vi har patienter som helt saknar vårdplaner. Här ser Hjo kommun i våra interna mätningar att över 90% av alla patienter har en aktiv vårdplan och då av en mer djupgående variant som kallas medicinsk vårdplan. Här ligger Hjo bland det absolut bästa i Skaraborg. De som idag inte har en medicinsk vårdplan är nästan uteslutande nyinskrivna patienter där träff med läkare för att upprätta en medicinsk vårdplan redan är inplanerad under kommande veckor.

För att ytterligare förbättra detta och säkerställa att vi följer aktuellt kodverk har Hjo kommun nu infört ett nytt modernare journalsystem.

Läkemedelshantering sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO har främst kritik kring att den personal som innehar delegering inte innehar rätt förutsättningar för att genomföra denna uppgift. Man kritiserar även att våra patientjournaler saknar dokumenterade läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare.

Hjo kommun håller med om kritiken kring den delegerade personalen varpå ett nytt delegeringskoncept tagits fram, se mer information nedan. Gällande läkemedelsgenomgångarna i patientjournalerna ser Hjo kommun samma problematik som den kritik som utfärdats under den bristande dokumentationen. Våra interna mätningar påvisar att över 90% av patienterna har en medicinsk vårdplan där läkemedelsgenomgång är ett obligatoriskt moment. Detta syns dock inte i IVOs genomlysning på grund av de brister som finns kring vårt gamla journalsystems möjligheter till att koda insatser.

- Nytt koncept för delegering av medicinska insatser – För att möta den kompetensbrist som IVO beskriver har Hjo kommun startat upp ett nytt koncept kring utbildning av personal som ska inneha delegering. Samtliga anställda som ska inneha delegering för första gången i Hjo kommun skickas på en halvdagsutbildning där de får fördjupad kunskap inom medicinska insatser och behandlande förhållningssätt. Varje kurstillfälle avslutas med ett kunskapsprov som måste vara godkänt för att få inneha en delegering.

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

IVO uttrycker kritik kring att det i kommunens journaler inte går att utläsa så kallade brytpunktssamtal. Återigen ser Hjo kommun att IVO inte har tagit tillräcklig hänsyn till de tekniska förutsättningarna som vårt gamla journalsystem gav oss. Vid mätning via det externa kvalitetsregistret för palliativ vård så har 82% av alla som avlider på särskilt boende i Hjo kommun haft ett brytpunktssamtal tillsammans med läkare vilket ses vara långt mycket bättre än både riket och Västra Götaland som ligger på 23% respektive

25%.

Vidare låter IVO meddela att rutiner inte efterföljs då det kommer till användningen av så kallade palliativa ordinationer hos patienter som är döende. Här ser IVO att Hjo kommun startar upp användningen av dessa läkemedel utan att först informera läkare. Detta kan ske då rondande läkare kan sätta upp dessa läkemedel vid behov innan patienten närmar sig den döende fasen för att på så sätt snabbt kunna sätta in lindring, men starten ska alltid föregås av en kontakt med läkare. Här håller Hjo kommun med om kritiken och ser att vi inte följer våra interna rutiner för uppstart att palliativa ordinationer. Arbete med att säkerställa att dessa rutiner efterföljs är redan uppstartat.

Beslut från IVO

IVO beslutade att avsluta ärendet 230612, då IVO anser att Kommunstyrelsen redovisat adekvata åtgärder för att komma tillrätta med bristerna.

5. Personalens medverkan och kompetens

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

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

Under 2023 har man på Sigghusbergs äldreboende implementerat kvalitetsarbetet Stjärnmärkt boende där 75% medarbetarna deltagit fullt ut. Övriga kommer utbildas under våren 2024. Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. När minst 80 procent av personalen genomfört de olika utbildningsstegen och arbetsplatsen arbetar utifrån utbildningsmodellens intentioner tilldelas den diplomaten Stjärnmärkt. Stjärnmärknigen omprövas sedan varje år. Förhoppningen är att Sigghusberg ska bli ett diplomerat boende under våren 2024.

Heltid som norm

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

God och Nära vård – och systematiskt kvalitetsarbete

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

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

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

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

Vad innebär Nära vård för kvalitetsarbetet?

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

Som ett led i utvecklingen av den nära vården har hälso- och sjukvårdsenheten påbörjat införandet av mobila arbetsplatser för kommunens sjuksköterskor. De mobila enheterna som införskaffats ersätter de traditionella bärbara datorerna som sjuksköterskorna tidigare haft och möjliggör att patientadministration nu kan genomföras ute hos patienten. Detta innebär också att tillgången till aktuell information i journaler och läkemedelslistor alltid finns lättillgänglig för sjuksköterskan vilket är mycket positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv..

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 valde Vård och omsorg att införa ett övergripande kvalitetsråd med syfte att föra en dialog och ett nära utbyte med respektive enhet. Under 2022 tog ledningsgruppen beslut om att integrera Kvalitetsrådet i ledningsgruppen och planen inför 2023 var att regelbundet avsätta tid på ledningsgrupp. Man har dock under året kunnat konstatera att det även på detta sätt är svårt att få till en systematik då det är viktigt att kvalitetsarbete sker nära verksamheterna. Kvalitetsfrågor integreras istället numera systematiskt på varje enhets lokala

¹ <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs6400-302917419-158/surrogate/F%c3%a4rdplan%20-%201%c3%a4nsgemensam%20strategi%20f%c3%b6r%20god%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd.pdf>

ledningsmöte där man nära verksamheten och medarbetarna kan följa upp och utveckla,

5.2 Kompetens och utveckling

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

Under 2023 har utbildningar bl.a följande utbildningar genomförts;

- Förflyttningsutbildning
- Stjärnmärkt – utbildning till all personal på Sigghusberg kring demens och personcentrerad vård
- Språkfördjupning – ”Svenska på jobbet” i samverkan med lärcentrum Hjo
- Jobba säkert med läkemedel, webbutbildning
- Utbildning i basala hygienrutiner
- Grundutbildning för nya hygienombud
- BPSD
- Språkombud
- S-HLR
- Brandutbildning
- Förskrivningsutbildning; inkontinens, diabetes
- Munhälsa – webbutbildning
- Visible Care - utbildningsapp
- Handledarutbildning
- Specialistutbildning för en leg sjuksköterska inom kognitiv svikt
- Undersköterskeutbildning till 8 medarbetare inom ramen för Äldreomsorgslyftet

Sammanfattning av 2023 strategier för 2024

Vård och Omsorg har genom sin ledningsgrupp gått igenom det samlade kvalitetsarbete för året 2023 och analyserat avvikelser och egenkontroll för att identifiera de viktigaste förbättringsområdena. Resultatet av vår egenkontroll visar inga indikationer på allvarliga, systematiska kvalitetsbrister. Brukarundersökningen visar på nöjda brukare på säbo, i nivå med riket. Verksamheten arbetar med ständig utveckling och under 2024 kommer enheterna bl.a. fokusera på ett fördjupat arbete med social dokumentation samt mer strukturerad kvalitetsuppföljning.

I Hemvården visar brukarundersökningen på trygga brukare som upplever ett gott bemötande. De får i hög grad de insatser de behöver och i rätt tid och är i genomsnitt mer nöjda än riket som helhet. Hemvården är en dynamisk verksamhet i ständig förändring utifrån brukarnas behov. Enheten fortsätter under 2024 arbetet med en förbättrad kontinuitet - antalet olika personal som besöker brukaren under en 14-dgars period. Samtidigt som verksamheten kommer att fokusera på en ökad produktivitet - del av den arbetad tiden som spenderas hos brukaren. Både kontinuitet och produktivitet är viktiga faktorer för ökad kvalitet. Att få rätt insats på rätt sätt och känna sig trygg med personalen som kommer.

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

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

Delaktighet och återkoppling

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

I början av 2024 ansluter sig vård och Omsorg till kvalitetsregistret SveDem, ett kvalitetsregister som fokuserar på kvalitet inom demensvården. Genom detta kommer kvalitetsarbetet inom demensomsorgen bli mer riktad och anpassat utifrån de specifika brukarbehoven.

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. Enheterna har under året hittat arbetsformer för enhetschef och personal att tillsammans gå igenom resultat av avvikelser, enkäter och annan egenkontroll för att kunna analysera, förbättra och planera framåt. Det mesta av det arbetet görs i samband med dialogmöten, ledningsmöten och vid APT

Processkartläggning

Under ett par års tid har målsättningen varit att komma igång med en aktiv processkartläggning i ett ändamålsenligt verktyg. Detta kommer ge en ökad möjlighet för medarbetarna att förstå sitt uppdrag, hur det samverkar med andra och vad som krävs för att kunna utföra det med önskat resultat.

Det finns alltid ett behov av att se över våra processer och arbetssätt, identifiera risker och analysera dem. Vi arbetar i dagsläget utifrån detaljerade rutiner men saknar verktyg att tydliggöra processer, ansvar och roller. Då hela Vård och omsorg i maj 2023 bytte verksamhetssystem innebar det flera nyheter på området processkartläggning. Det nya verksamhetssystemet är en gemensam upphandling med 12 andra kommuner och i projektet ingick att kommunerna i så hög grad som möjligt skall ensa sina processer. Det är dock ett stort och omfattande arbete som inte kunnat prioriteras under det gångna året. Förhoppningen är dock att det ska kunna genomföras till viss del under 2024.

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 2024 där följande förbättringsåtgärder anses vara de mest centrala för att leva upp till kraven i SOSFS 2011:9:

- En meningsfull vardag - Säkerställa efterlevnad av värdighetsgarantier, främst med fokus på aktiviteter och egentid
- Social dokumentation – säkerställa kvalitet och vidta kompetenshöjande insatser
- Valfärdsteknik – möjliggöra självständig livsföring
- Strukturerade arbetssätt - Stärka tryggheten hos personalen genom en förändrad introduktion. Implementera styrtavlor och aktivitetsmodul.
- Näringsintag – utveckla måltidsmiljön och ge kompetenshöjande insatser till medarbetare