

Patientsäkerhets- och kvalitets- berättelse 2022

Sektor vård och omsorg



Innehåll

Innehåll.....	2
Inledning	4
Sammanfattning	4
Nämndens målbild	5
Organisation och ansvar	5
Vård- och omsorgsnämnd	6
Sektorschef.....	6
Kvalitet- och utvecklingschef.....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS.....	7
Socialt ansvarig samordnare - SAS	7
Avdelningschef.....	7
Enhetschefen	7
Medarbetare.....	8
Processororienterat arbetssätt	8
Processarbete 2022	8
Systematiskt förbättringsarbete.....	10
Förbättringar	10
Individens behov i centrum (IBIC)	11
Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022.....	11
Dokumentation	11
Säkra kvalitet för brukarna	12
Individbaserad systematisk uppföljning.....	12
Fast omsorgskontakt.....	12
Läkemedelsautomater.....	12
Förberedelse inför övergång till nytt verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård.....	13
TAIK	13
Följsamhet till hygienregler.....	13
Verksamhetsbesök internt	13
Verksamhetsbesök externa utförare	13
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).....	14
Senior Alert	14
Samverkan för att förebygga kvalitetsbrister och vårdskador.....	14
Brukarens/patientens och närståendes delaktighet.....	15
Medarbetarens rapporteringsskyldighet	15
Klagomål och synpunkter	15

Egenkontroll.....	16
Sammanfattning av egenkontrollerna	23
Kvalitetsrapport.....	24
Bemanning och kompetens.....	24
Rekryteringsutmaningen	24
Kompetenshöjande insatser.....	24
Utmaningar framåt	25
Systematiskt kvalitetsarbete.....	25
Processarbete.....	25
Rutiner och riktlinjer	26
Egenkontroller	26
Brukarundersökningar	26
Förbättringsområde	26
Avvikelse, synpunkter, lex Sarah och lex Maria.....	26
Avvikelse	26
Synpunkter och klagomål.....	26
Lex Sarah och Lex Maria	27
Förbättringsområden	27
Avvikelse	28
Händelser och vårdskador (lex Sarah och lex Maria).....	30
Lex Sarah.....	30
Lex Maria.....	30
Riskanalys.....	30
Mål och strategier för patientsäkerhet- och kvalitetsarbetet under kommande år	31

Inledning

Nämnden ska enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i en sammanhållen kvalitetsberättelse och enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska det upprättas en patientsäkerhetsberättelse årligen. Båda dessa är sammanfogade i följande dokument.

Enligt Socialtjänstlagen, SoL, och Lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta, LSS, ska verksamhet som bedrivs utifrån dessa lagrum vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande säkras och utvecklas, vilket nämnden ska tillse.

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år.

Syftet med patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten och kvalitetsarbetet.

Sammanfattning

2022 års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse innehåller beskrivning av sektorns övergripande mål och strategier. Sektorns organisation och arbete med kvalitet beskrivs. Sektorn arbetar processororienterat och har sexton processer pågående. IBIC är ett arbetssätt som ger stöd för både handläggare och utförare i att dokumentera i ett gemensamt språk. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2022 innefattar dokumentation, kvalitetssäkring för brukarna, ny bestämmelse rörande fast omsorgskontakt, beskrivning av läkemedelsautomater, förberedelse inför övergång av verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård, TAIK, följsamhet till hygienregler, verksamhetsbesök internt och externa utförare, BPSD och Senior alert. Sektorn bedriver samverkan både internt och externt. Brukarens/patientens och närståendes delaktighet kartläggs och ett förbättringsarbete är påbörjat. Medarbetarens rapporteringsskyldighet där medarbetaren ska rapportera risker och händelser säkerställs genom utbildning årsvis. Klagomål, synpunkter och hur dessa inkommer, i vilken form samt hantering beskrivs. Egenkontrollen redovisas i sin helhet för sektorn. Sektorns kvalitetsrapport redovisas i en sammanställning på sektornivå. Avvikelse, lex Sarah och lex Maria i sektorn under året redovisas i text och tabellform. Mål och strategier för kommande år där bland annat en översyn av kvalitetsledningssystemet kommer göras.

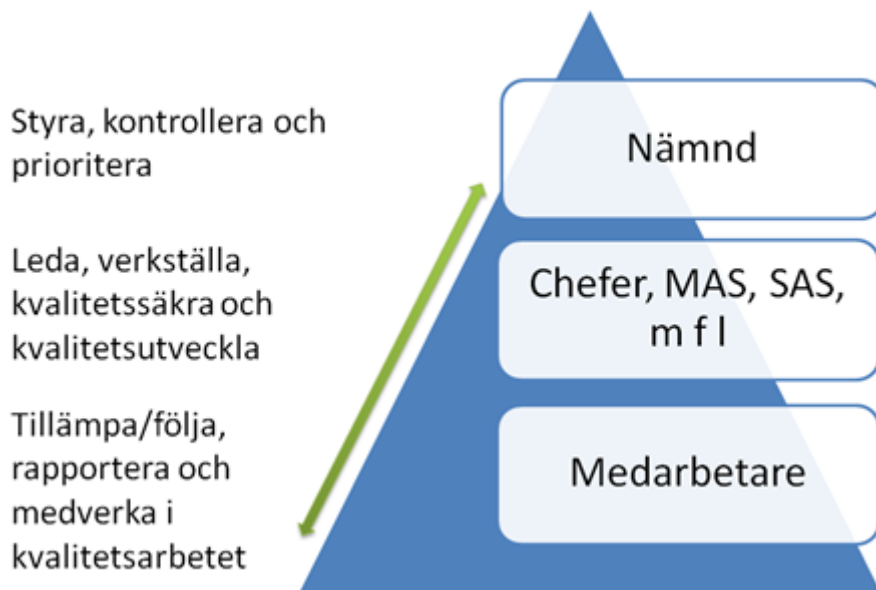
Nämndens målbild

De personer som behöver omvårdnadsinsatser eller annat stöd för sin dagliga livsföring ska så långt som möjligt kunna leva och bo som självständiga medborgare i samhället. Vård- och omsorgsnämndens insatser ska präglas av trygghet, ansvarskänsla och respektfullt bemötande.

Nämndens styrkort är följande:

Mål och strategier	Beslutad av
Medborgarens behov ska utredas och insatser ska verkställas med god tillgänglighet	Vård och omsorgsnämnd
* Individens behov i centrum (IBIC)	
* Ta tillvara välfärdsteknikens möjligheter	
* Ständiga förbättringar och processutveckling	
* Lära av andra och varandra	
* Aktiv kompetens- och personalplanering	
Den enskilde ska ges möjlighet att vara delaktig och ha inflytande i insatsernas utformning och genomförande	Vård och omsorgsnämnd
* Individens behov i centrum (IBIC)	
* Ta tillvara välfärdsteknikens möjligheter	
* Ständiga förbättringar och processutveckling	
* Lära av andra och varandra	
* Aktiv kompetens- och personalplanering	

Organisation och ansvar



Vård- och omsorgsnämnd

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt föreskrifter som finns i lag eller förordning. Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt de mål, riktlinjer och policys som kommunfullmäktige beslutat samt enligt bestämmelser i reglementet.

Nämnden ansvarar för de övergripande delarna och för principiellt viktiga frågor och avgörande inom verksamheten samt anger riktlinjer och prioriteringar inom nämndens verksamhetsområde. Nämnden ansvarar dessutom för långsiktig planering och strategisk utveckling av verksamheten. Nämnden beslutar om mål och strategier.

Sektorschef

Sektorschefen har det övergripande ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet i sektorn. Sektorschefen ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla sektorns arbete på en sektorsövergripande nivå.

Sektorschefen ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt verksamhetsplanen och att uppföljning sker till nämnden. Sektorschefen fastställer vilka särskilda insatser sektorn ska arbeta med för att uppnå mål och kvalitet. En del av detta planeras som aktiviteter till styrkortet.

Kvalitet- och utvecklingschef

Kvalitet- och utvecklingschefen leder utvecklingsenhetens arbete med att stödja, samordna och styra det sektorsövergripande kvalitets- och utvecklingsarbetet som skapar förutsättningar för verksamheten att utvecklas och nå sina mål. Kvalitet- och utvecklingschefen stödjer sektorschefen i det strategiska arbetet med kvalitetsutveckling.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS

MAS har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården så att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, ett omhändertagande av hög patientsäkerhet och god kvalitet samt att kvalitet och säkerhet upprätthålls och utvecklas. MAS har ansvar för att utarbeta och besluta om riktlinjer och rutiner som behövs enligt hälso- och sjukvårdslagen. MAS rapporterar till nämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg) om ärenden enligt Lex Maria.

Socialt ansvarig samordnare - SAS

SAS har ett övergripande ansvar för att säkra och utveckla kvaliteten utifrån SoL och LSS. SAS utreder rapporter, klagomål och anmälningar samt avvikelser och missförhållanden, Lex Sarah (SOF S 2011:5). SAS rapporterar till vård- och omsorgsnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg). I uppdraget ligger också att granska verksamheten och stärka den enskildes rättigheter kring delaktighet och inflytande över sin vardag.

Avdelningschef

Avdelningschef har ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom sin avdelning. Avdelningschefen ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla arbetet inom avdelningen.

Avdelningschefen ansvarar för avdelningens arbete men ser även till helheten såväl i sektorn som i kommunen. Avdelningschef är även verksamhetschef enligt HSL. Avdelningschef deltar i arbetet med att planera aktiviteter till verksamhetsplanen samt har ett ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen.

Avdelningschefen leder avdelningens arbete med att uppfylla mål och krav.

Enhetschefen

Enhetschefen ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten och att medarbetarna är delaktiga i det. Enhetschefen ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla enhetens arbete inom lagrummen SoL, LSS

och HSL. Enhetschefen leder enhetens arbete med att uppfylla mål och krav. Enhetschefen ansvarar för enhetens arbete men ser även till helheten såväl i sektorn som i kommunen.

Medarbetare

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Medarbetare ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare i kommunen har två roller, att utföra arbetet och att utveckla arbetet.

Processororienterat arbetssätt

Inom sektor vård- och omsorg sker arbetet processororienterat vilket innebär att arbetet genomförs tillsammans mot gemensamma mål. Oavsett var i organisationen som medarbetarna befinner sig arbetar medarbetarna i en gemensam process mot gemensamma mål. Genom att vi har en stabil process i grunden kan vi fokusera på att förbättra.

Några av fördelarna är:

- att kundens behov är i fokus.
- ger en helhetssyn över hur det hänger ihop.
- det skapar ordning och reda och tydliggör roll- och ansvarsfördelning.
- vi blir effektivare.
- det visar på förbättringsmöjligheter.
- det ger nöjda medarbetare.

Processarbete 2022

Inom sektor vård- och omsorg finns totalt sexton processer varav nio processer är i aktivt processarbete. Sju processer är i steget följa upp, förbättra och utveckla.

PROCESSER – Aktiva arbeten

Hälso- och sjukvård

Rehabilitering (hälso- och sjukvård)

Hemtjänst

Avvikelse SVO

Daglig verksamhet

Särskilt boende äldre

Personlig assistans

Boendestöd SVO

Korttidsvistelse

Processer som är i steg 6 (följa upp, förbättra och utveckla)

Utreda behov av omsorg för äldre

Introduktion SVO

Utreda behov av LSS-insatser

Bostad med särskild service

Korttid äldre

Bemanning SVO

Kontaktperson

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet är motorn i ledningssystemet. I föreskriften lyfts tre delar fram:

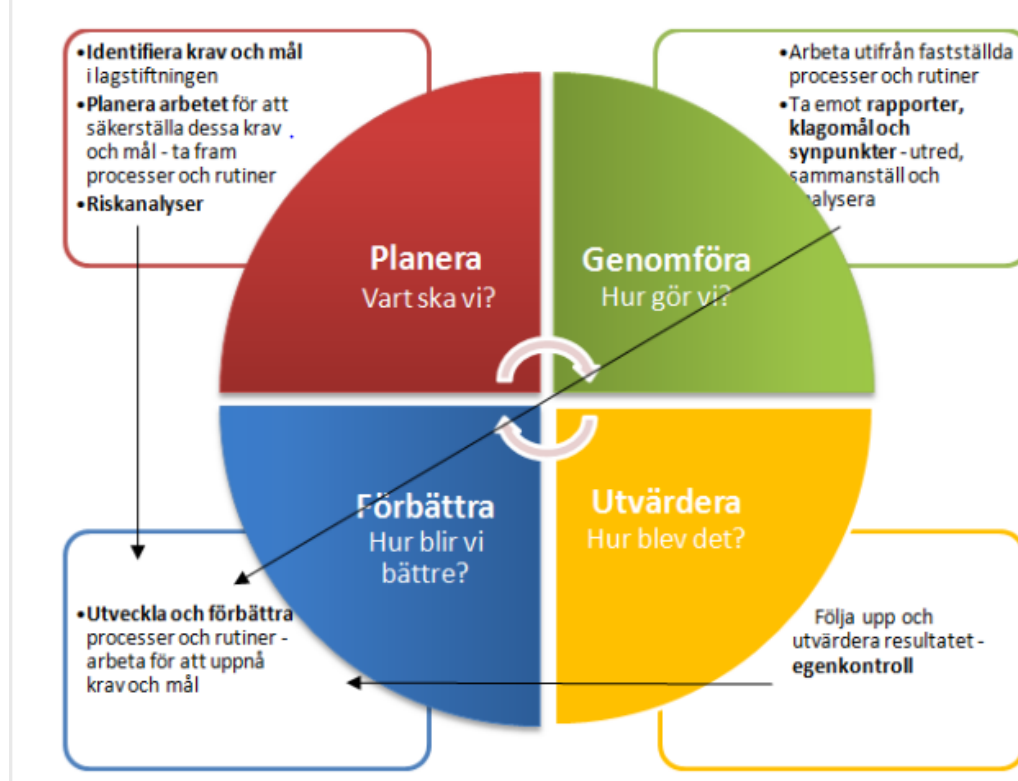
- Riskanalyser
- Egenkontroll
- Utredning av avvikelser

Förbättringar

Utifrån riskanalyser, egenkontroll och avvikelser uppmärksammas behov av att utveckla och förbättra processer och rutiner. En del planeras som aktiviteter till verksamhetsplan i den årliga planeringen.

Det systematiska kvalitetsarbetet kan likställas med ett förbättringshjul som hela tiden rullar runt och aldrig stannar. Förbättringshjulet innehåller följande moment; planera, genomföra, utvärdera och förbättra.

Grafisk bild på förbättringshjulet:



Individens behov i centrum (IBIC)

Arbetsättet utgår från individens behov och är ett systematiskt sätt som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning. IBIC ger stöd för både handläggare och utförare i att dokumentera med ett gemensamt språk. Syftet är att individens stöd utgår från personens individuella resurser, behov och mål. Stödet blir individuellt anpassat och är ett verktyg för att nå resultat med insatserna.

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022

Dokumentation

En kvalitetsgranskning av dokumentationen är genomförd på 20 % av alla genomförandeplaner. Resultatet är en indikation på hur sektorns kvalitet på genomförandeplanerna ser ut. Resultatet ger inte en komplett bild av läget då det enbart handlar om 20% som är slumpmässigt framtagna. Granskning av den totala andelen aktuella genomförandeplaner görs på enhetsnivå. Kvalitetsgranskning av biståndsenhetens utredningar har gjorts genom granskning av två slumpmässigt utvalda utredningar per handläggare granskats med hjälp av en granskningsmall. Under året har utbildningsinsatser för dokumentationsombud inom särskilt boende för äldre genomförts dock går det inte ännu att utvärdera effekten av

utbildningssatsningen då de nyligen är slutförda. Övriga insatser under året är utbildningsinsatser i IBIC, information på arbetsplatsträffar, uppstart av IBIC team, digitala drop-in träffar, studiecirklar och fortlöpande stöd vid behov.

En kollegial journalgranskning genomfördes av legitimerad personal där urvalet gjordes utifrån patienter med insatser från rehab som granskades utifrån kvaliteten och vissa parametrar i en granskningsmall.

Säkra kvalitet för brukarna

Under 2022 har det uppmärksammats genom lex Sarah anmälningar, lex Maria anmälning och utredningar att stödet till brukarna behöver kvalitetssäkras utifrån att brukarens självbestämmande och brukarens behov av stöd. Det har identifierats att självbestämmandet har lett till att brukare som återkommande avböjer stöd inte fått sitt behov av stöd tillgodosett. Ett arbete med att skapa kvalitetssäkrade arbetssätt för brukarna är påbörjat under 2022 och kommer fortgå under 2023.

Individbaserad systematisk uppföljning

Under 2022 har arbetssättet individbaserad systematisk uppföljning (ISU) införts. Arbetssättet innebär att på ett systematiskt sätt inhämta information på individnivå som ger verksamheten underlag för att utveckla arbetssätt och verksamhet för att bättre möta de behov som brukarna har. Informationen sammanställs även på gruppnivå som ger underlag för utveckling av verksamheten. Inhämtning av information sker ofta via verksamhetssystem eller på annat sätt. Informationen sammanställs i ett verktyg som ger verksamheten en bild över hur behovet ser ut. Arbetssättet är påbörjat under 2022 och kommer utvecklas och användas inom fler områden.

Fast omsorgskontakt

En ny lagstiftning infördes under 2022 och innebär att brukare som erhåller hemtjänst ska ha en utsedd fast omsorgskontakt. Den fasta omsorgskontakten ska säkerställa att brukaren får trygghet, individanpassad omsorg, kontinuitet och samordning. En utökning och justering av kontaktmannaskap inom hemtjänst har genomförts för att möta kravet kring fast omsorgskontakt. Den fasta omsorgskontakten innefattar från och med 2023 ett krav på att personal som utses som fast omsorgskontakt ska vara utbildad undersköterska.

Läkemedelsautomater

Under 2022 gjordes en nysatsning för att implementera läkemedelsautomater för patienter med läkemedelsövertag. Syftet med läkemedelsautomater är att säkerställa läkemedelstilldelning på ett säkert sätt och samtidigt öka patientens upplevelse av självständighet.

Förberedelse inför övergång till nytt verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård

Under 2022 påbörjades arbetet med att förbereda inför övergång till nytt verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård. Nuvarande verksamhetssystem procapita kommer att bytas ut till Lifecare HSL. Samtliga journaler ska under 2023 flyttas över från procapita till Lifecare HSL. En arbetsgrupp har under 2022 påbörjat arbetet med att skapa frastexter utifrån Socialstyrelsens klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). I samband med att sektorn byter verksamhetssystem kommer en kvalitetshöjande insats i form av att utveckla dokumentationen med utredande och behandlande KVÅ samt internationell klassifikation av funktionstillstånd (ICF).

TAIK

Tandhygienist i kommunal verksamhet (TAIK) är en intervention där en tandhygienist har integrerats i kommunal verksamhet för att arbeta strategiskt med munhälsofrågor med målet att främja en god munhälsa i den äldre befolkningen. Under året har utbildningsinsatser i munhälsobedömning för sjuksköterskor och vård och omsorgspersonal inom äldreomsorgen fortlöpt. Under året har fler intygsutfärdare utbildats inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänst för att säkerställa att alla med rätt till nödvändig tandvård kan erbjudas intyg. Under 2022 avslutades projektet och resultatet har bidragit till ett förbättringsarbete som skapat förutsättningar för ömsesidig förståelse mellan tandvård och kommunal verksamhet samt möjliggjort samverkan för att säkra den åldrande befolkningens munhälsa. Framåt kommer munhälsofrågor att hanteras i processarbetet där munhälsa berörs.

Följsamhet till hygienregler

Under året har MAS haft ett kontinuerligt samarbete med vårdhygien och smittskyddet på grund av pandemin. Sektorn använder Socialstyrelsens webbaserade hygienutbildning som innehåller fyra inriktningar, hemsjukvård, LSS, SÄBO och personlig assistans. All vård och omsorgspersonal genomgår utbildningen årligen. Sektorn deltar varje år i punktprevalensmätning (PPM) i basala hygienrutiner och klädregler.

Verksamhetsbesök internt

Under 2022 har MAS och SAS genomfört verksamhetsbesök internt i form av dialogmöten med olika enheter. Vid dessa besök får verksamheten möjlighet att gå igenom olika frågeställningar som rör enheten. En genomgång av dokumentation, avvikelser, följsamhet till rutiner och övriga frågor som enheten önskar belysa. Vid dessa dialogmöten deltar representanter från enheten, enhetschefen, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och representant från rehab. Syftet med besöken är att med hjälp av dialogmöten belysa de områden som enheten behöver arbeta vidare med och säkra kvalitén.

Verksamhetsbesök externa utförare

Under 2022 har verksamhetsbesök genomförts hos externa utförare LOV (lagen om valfrihetssystem) genomförts. Dessa genomförs genom att MAS och SAS besöker verksamheterna och går igenom

egenkontrollen, avvikelser, kvalitetsrapporten, kvalitetskraven och samverkan bland annat. Vid dessa besök deltar olika representanter från verksamheten och ledning. Verksamhetsbesöken ger möjlighet för verksamheten att ställa frågor.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom systematisk kartläggning och åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

	Antal registreringar	Antal registrerade personer
SÄBO 2021	249	206
SÄBO 2022	340	221

Under 2022 har 81 medarbetare genomgått utbildning i BPSD. Medarbetare med olika professioner och i tvärprofessionella team för att öka samarbetet kring personer med demenssjukdom. I Sektor vård och omsorg finns idag 418 platser på särskilt boende för äldre med demenssjukdom.

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja det förebyggande arbetet för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Under 2022 har främst särskild boende för äldre använt sig av registret. Fåtal registreringar inom hemtjänsten. Det råder viss osäkerhet kring om Senior Alert ska användas eller inte i sektorn, vilket har lett till en ojämnhet i registreringerna. Detta behöver redas ut under 2023 och om registret ska användas behöver ett omtag göras.

Samverkan för att förebygga kvalitetsbrister och vårdskador

Samverkan sker både internt och externt för att säkerställa god kvalitet till brukare/patienter. Den samverkan som sker med regionen är i form av samordnad vård och omsorgsplanering för brukare/patienter som behöver stöd efter de vårdats på sjukhus. Samverkan vid utskrivning från sjukhus sker med stöd av SAMSA som är ett gemensamt digitalt verktyg regioner och kommuner emellan. SAMSA används även vid behov av samverkan med öppenvård och vid ett påkallat behov från både region och kommun som rör patienter/brukare. Samverkan med regionen sker även genom Samordnad individuell plan (SiP). Avvikelsehantering sker i samverkan med regionen när det uppstår avvikelser där både kommunen och regionen är inblandade. Sektorn har upprättade avtal med regionen avseende läkarmedverkan för att säkerställa patientsäkerheten inom kommunal hälso- och sjukvård. Under 2022 har trepartssamverkan avseende vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och eller missbruks- och beroendeproblematik återupptagits efter pandemin. Trepartssamverkan innefattar slutenvård, öppenvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Internt sker samverkan mellan olika professioner. Alla enheter har teammöten med regelbundenhet som är tvärprofessionella möten rörande brukare/patienter, dessa möten sker med samtycke från brukaren/patienten. Lokal samordnad individuell plan (L-SIP) sker vid behov då används samma struktur som vid samordnad individuell plan (SIP).

Samverkan sker även sektorsövergripande både på individnivå och övergripande nivå. Samverkan sker bland annat med sektor socialtjänst och sektor barn- och utbildning.

Brukarens/patientens och närståendes delaktighet

Brukarens delaktighet ska framgå i den dokumentation som förs kring brukaren både fortlöpande och i genomförandeplanerna. Delaktigheten kontrolleras i egenkontroll social dokumentation.

Ett förbättringsarbete utifrån modellen PDSA har påbörjats under 2022 för att kartlägga hur enheterna i hela sektor vård- och omsorg arbetar med brukarens/patientens och närståendes delaktighet. Alla enheters arbete ska kartläggas och en första enkät har skickats ut för att få en bild av det sammantagna arbetet främst kring brukarmedverkan. Arbetet kommer fortgå under 2023 för att identifiera vilka områden som behöver utvecklas och vad som fungerar idag.

Medarbetarens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare inom sektor vård- och omsorg har en rapporteringsskyldighet.

Rapporteringsskyldigheten innefattar bland annat att medarbetaren ska rapportera risker för vårdskador och händelser som kan medföra eller kunnat medföra en vårdskada. Rapporteringsskyldigheten innefattar även att medarbetaren ska rapportera om det förekommer missförhållande eller risker för missförhållanden. I webbutbildningen som all personal genomför en gång om året ingår delar kring rapporteringsskyldigheten. Utbildningen är obligatorisk för all personal som arbetar med brukare/patienter. Varje år har enheterna en arbetsplatsträff då rapporteringsskyldigheten går igenom.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter inkommer till sektorn på olika vägar. Klagomål och synpunkter kan inkomma från bland annat den enskilda, anhöriga, grannar, allmänhet, via inspektionen för vård och omsorg och via patientnämnden.

Majoriteten av synpunkter och klagomål kommer direkt till verksamhetscheferna för hantering.

Verksamhetscheferna hanterar klagomål i verksamhetssystemet för avvikelser om klagomålet handlar om

avvikelse från planerade insatser. En del klagomål och synpunkter kommer via Skövde kommuns kontaktcenter och skickas där vidare till verksamhetschefer alternativt till annan funktion att utreda.

Klagomål och synpunkter kan innefatta bland annat brister i utförande av insatser, bemötande, tider eller brister i fysiska lokaler.

Av de klagomål och synpunkter som inkommer via Skövde kommuns kontaktcenter handlar de flesta om synpunkter och felanmälningar och majoriteten av dem är klagomål och i övrigt är det förslag och beröm.

Egenkontroll

Årligen genomförs en egenkontroll som varje enhet svarar på. Resultatet för 2022 års egenkontroll redovisas nedan.







Egenkontroll kvalitet – 2022 (Sektor vård och omsorg)

Område	Frågor	Förtydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
Systematiskt förbättringsarbete	Informas all personal årligen om enhetens rutiner för att rapportera avvikelser, händelser och risker?	All personal ska informeras om skyldigheten och ha kunskap om att rapportera händelser och risker. Som chef är det viktigt att skapa ett klimat som tillåter att avvikelser inkommer och åtgärds som en förbättring. Webbintraktionsutbildningen är inte tillräcklig som information utan bör fördjupas med diskussion och praktisk hjälp i system.	<p>4 % 4 % 93 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 76 (st) ● Delvis 3 (st) ■ Ej svarat 3 (st) 	
	Är personal delaktig vid utredning/analys av avvikelser?	Enligt rutin ska alla avvikelser analyseras på enheten i syfte att hitta organisatoriska brister. Enhetschef och personal (flera kan professioner medverka) skall analysera uppkomna avvikelser. I detta ligger t.ex. att diskutera åtgärder, rutiner, arbetssätt samt att vid behov förändra arbetssätt, följa upp åtgärder om det ligger inom enhetens ram. Detta ska ske regelbundet. Vid analysen ska även mönster över inkomna avvikelser på enheten ses över och effekter av vidtagna åtgärder över tid ingå.	<p>2 % 5 % 93 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 75 (st) ● Delvis 4 (st) ■ Ej svarat 2 (st) 	
	Genomför all personal årligen den webbaserade introduktionsutbildningen?	Enligt beslut av ledningsgruppen ska all personal årligen genomföra samtliga delar i den webbaserade introduktionsutbildningen	<p>5 % 1 % 1 % 7 % 86 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Vet ej ■ Nej ■ Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 65 (st) ● Delvis 5 (st) ◆ Vet ej 1 (st) ■ Nej 1 (st) ■ Ej svarat 4 (st) 	
	Säkerställer du att all personal har genomfört samtliga aktuella delar i den webbaserade introduktionsutbildningen?	För delarna hygien och läkemedel bifogas ett diplom efter genomförd utbildning. Övriga delar signeras med bank-id.	<p>7 % 1 % 18 % 74 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Vet ej ■ Nej ■ Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 56 (st) ● Delvis 14 (st) ◆ Vet ej 1 (st) ■ Ej svarat 5 (st) 	
Dokumentation	Har alla brukare en komplett och aktuell genomförandeplan utifrån beslut?	Genomförandeplanen ska vara upprättad inom 14 dagar efter startad insats. Vid korttid ska genomförandeplanen vara upprättad inom 3 dagar. Revideras löpande vid behov och uppföljd minst en gång var 6:e månad.	<p>2.7 % 40.54 % 56.76 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 42 (st) ● Delvis 30 (st) ■ Nej 2 (st) 	
	Har alla patienter en aktuell hälsoplan?	Patientens hälso- och sjukvårdsåtgärder ska vara dokumenterade i en hälsoplan. Den legitimerade personalen dokumenterar mål och åtgärder. Hälsoplanen ska skrivas ut och förvaras i patientens Vård och omsorgspärm.	<p>4.05 % 8.11 % 13.51 % 28.38 % 45.95 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Vet ej ■ Nej ■ Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 34 (st) ● Delvis 10 (st) ◆ Vet ej 21 (st) ■ Nej 6 (st) ■ Ej svarat 3 (st) 	

Område	Frågor	Förtydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
	Har genomförandeplanen upprättats i samverkan mellan brukaren/företrädaren och dennes personal?	Brukarens delaktighet vid planering och utförande av insatser ska dokumenteras i genomförandeplanen. Brukare som tydligt avstått från deltagande vid upprättande av genomförandeplan ska bortses vid denna bedömning.	<p>87,84 % 2,7 % 1,35 % 8,11 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 65 (st) ● Delvis 6 (st) ● Vet ej 1 (st) ● Ej svarat 2 (st) 	
	Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inläst eller så att inte obehöriga kan läsa den?	För att upprätta säker förvaring av dokumentation krävs att papper förvaras i pärm/skåp i ett låst rum dit endast personal har tillgång. Förvaras dokument hos brukaren för personalens skull (ej brukarens eget ex av genomförandeplanen) ska detta ske efter samtycke från brukaren/patient i vård och omsorgspärm på ett skytt ställe.	<p>96 % 4 %</p> <p>Ja Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 76 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	
	Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner?	Enhetschefen ska godkänna genomförandeplanen innan brukaren tar del av planen. Detta dokumenteras i Procapita/Lifecare med en färdig frästext i anteckningarna.	<p>76 % 7 % 4 % 14 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 56 (st) ● Delvis 10 (st) ● Nej 3 (st) ● Ej svarat 5 (st) 	
	Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförare där samtliga dokument förvaras?	Inkomna och upprättade dokument såsom nyckelkvittens, samtycken, egenvårdsbeslut mm ska förvaras samlat och säkert.	<p>89 % 4 % 4 % 3 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 66 (st) ● Delvis 2 (st) ● Nej 3 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	
Kvalitetsarbete/samverkan - intern	Genomförs teamträffar regelbundet enligt rutin?	På dessa träffar sker all planerad samverkan kring den enskilde mellan sektorns olika professioner. Vård och omsorgspersonal/kontaktman har en viktig roll på dessa teamträffar. Det är viktigt att alla deltagare förstår sin roll och kommer förberedda. Rutin finns för hur träffarna ska genomföras.	<p>91,18 % 2,94 % 4,41 % 1,47 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 62 (st) ● Delvis 1 (st) ● Nej 3 (st) ● Ej svarat 2 (st) 	
	Har alla brukare en utsedd kontaktman, SoL eller ansvarig (stöd)assistent, LSS?	Enligt rutin ska brukaren i samband med uppstart av insats tilldelas och presenteras för en kontaktman/ansvarig (stöd-) assistent enligt uppdrag.	<p>90,91 % 3,03 % 1,52 % 4,55 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 60 (st) ● Delvis 3 (st) ● Nej 1 (st) ● Ej svarat 2 (st) 	

Område	Frågor	Förtydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
	Är kontakman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren?	Den enskilde ska känna till vem utsedd kontakman/ansvarig (stöd)assistent och möjlighet till en god kontakt med denna.	<p>86.3 % 2.74 % 5.48 % 5.48 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 63 (st) ● Delvis 4 (st) ● Nej 4 (st) ● Ej svarat 2 (st) 	
	Genomförs introduktionssamtal och dokumenteras detta i samband med att insatsen startas upp?	Introduktionssamtal kan vara ett samlingsnamn på samtal som innefattar olika delar. Introduktionssamtal dokumenteras i Procapita/Lifecare.	<p>90.54 % 6.76 % 2.7 %</p> <p>Ja Delvis Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 67 (st) ● Delvis 5 (st) ● Ej svarat 2 (st) 	
	Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel?	Viktigt att tänka in att det ska finns skriftlig överenskommelse för de brukare som enheten ska hjälpa med privata medel, att signeringar fungerar, att man regelbundet kontrollräknar och stämmer av kassablad med företrädare.	<p>80 % 15 % 5 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 60 (st) ● Nej 11 (st) ● Ej svarat 4 (st) 	
	Arbetar enheten kontinuerligt med bemötande frågor?	I ett professionellt förhållningssätt är bemötande en viktig del. Man kan arbeta på olika sätt med bemötande information, diskussion och rutiner.	<p>99 % 1 %</p> <p>Ja Delvis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 81 (st) ● Delvis 1 (st) 	
	Arbetar enheten kontinuerligt med sekretess/tystnadsplikt frågor?	Sekretess är en av grundpelarna inom vård och omsorg. Diskussion kring hur sekretess uppnås och vad den innebär i olika situationer bör kontinuerligt ske under möten och i vardagsituationer.	<p>94 % 5 % 1 %</p> <p>Ja Delvis Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 77 (st) ● Delvis 1 (st) ● Ej svarat 4 (st) 	
	Har chef och personal kännedom om kommunens anhörigstöd?	Det är viktigt att all personal känner till vilket stöd som anhöriga kan erbjudas vid behov. Att känna till innebär att man vet vilken kontaktvägen är samt övergripande känna till deras arbete med grupper och enskilda	<p>85 % 10 % 4 % 1 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 70 (st) ● Delvis 8 (st) ● Vet ej 1 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	

Område	Frågor	Förttydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
	Används tolk vid viktiga samtal/möten/uppföljningar?	Enligt förvaltningslagen är vi skyldiga att anlita tolk/personal med språkkunskap i dessa frågor. Anhöriga godkänns ej som tolk. Om enheten inte haft behov av tolk under året svara vet ej	<p>4 % 3 % 35 % 54 % 4 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 40 (st) ● Delvis 3 (st) ● Vet ej 26 (st) ● Nej 2 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	
	Har enheten regelbundna diskussioner kring rutinen för muta/gåva?	Det är viktigt att återkommande föra diskussion kring vad som gäller i dessa frågor. Enbart webbintroduktion räcker inte som åtgärd. Viktigt att tänka in hur man hantera gåvor till kaffekassa, tårter och enskilda gåvor ex chokladask mm	<p>5 % 2 % 93 %</p> <p>Ja Delvis Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 76 (st) ● Delvis 2 (st) ● Ej svarat 4 (st) 	
	Har enheten regelbundna planerade möten för ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård och omsorgspersonal?	Enheten ska ha regelbundna teammöten enligt rutin.	<p>4 % 9 % 9 % 77 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 58 (st) ● Delvis 7 (st) ● Vet ej 7 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	
	Finns det arbetsteknikombud på enheten?	För att arbeta på ett säkert sätt för personal och brukare med förflyttningar mm så ska ombudet kunna vara behjälplig med kunskap.	<p>8 % 8 % 2 % 2 % 78 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 65 (st) ● Delvis 2 (st) ● Vet ej 2 (st) ● Nej 7 (st) ● Ej svarat 7 (st) 	
Kvalitetsarbete/samverkan - extern	Genomförs medicinsk vårdplanering i samband med att en person flyttar in på enheten alt. blir inskriven i hemsjukvård och sedan minst en gång per år? (SSK)	Efter inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård ska en medicinsk vårdplanering genomföras som omfattas av medicinsk genomgång, läkemedelsavstämning och brytpunktssamtal. Sjuksköterskan initierar vårdplaneringen.	<p>33,33 % 33,33 % 33,33 %</p> <p>Ja Delvis Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 1 (st) ● Delvis 1 (st) ● Ej svarat 1 (st) 	
	Deltar vård- och omsorgspersonal vid den medicinska vårdplaneringen?	Vård och omsorgspersonalen har en viktig funktion i planeringen kring den enskilde. Det är viktigt att personalen ges möjlighet att delta i dessa planeringar.	<p>4,55 % 4,55 % 12,12 % 24,24 % 54,55 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 36 (st) ● Delvis 16 (st) ● Vet ej 8 (st) ● Nej 3 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	

Område	Frågor	Förtydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
Förebyggande vård	Utfärdas intyg till alla personer som önskar och har rätt till nödvändig tandvård?	Gratis munhälsobedömning och tandvård till samma kostnad som för övrig sjukvård är en rättighet för personer i vissa utsatta grupper. Intygsutfärdare ansvarar för att bedöma, förskriva intyg och erbjuda munhälsobedömning för berörda personer.	25 %  75 %	Ja 3 (st) Delvis 1 (st)	
	Erbjuds årligen munhälsobedömning?	Alla personer som har intyg om nödvändig tandvård ska varje år erbjudas gratis munhälsobedömning. Personer som tidigare tackat nej ska årligen erbjudas på nytt.	25 %  25 % 25 % 25 %	Ja 1 (st) Delvis 1 (st) Vet ej 1 (st) Ej svarat 1 (st)	
Hygien	Finns kända lokala hygienrutiner på enheten?	Basala hygienrutiner ska tillämpas av all vårdpersonal. Har ni på er enhet tagit fram en lokal hygienrutin?	3,85 %  84,62 % 3,85 % 7,69 %	Ja 66 (st) Delvis 6 (st) Nej 3 (st) Ej svarat 3 (st)	
	Finns hygienombud på enheten?	Varje enhet ska ha utsett hygienombud som är känt för personalen på enheten och arbetar aktivt med hygienfrågor	3,8 %  89,87 % 3,8 % 2,53 %	Ja 71 (st) Delvis 3 (st) Nej 2 (st) Ej svarat 3 (st)	
	Har all personal arbetskläder?	All personal ska använda arbetskläder. Alla arbetskläder ska tvättas i minst 60 grader. Det gäller både för tillsvidareanställd personal och vikarier på enheten.	4 %  94 % 3 %	Ja 74 (st) Delvis 2 (st) Ej svarat 3 (st)	
	Byter all personal om på enheten?	Arbetskläderna ska enbart användas på arbetsplatsen. Alla ska byta om på arbetsplatsen.	5 %  82 % 11 % 1 %	Ja 65 (st) Delvis 9 (st) Nej 1 (st) Ej svarat 4 (st)	

Område	Frågor	Förtydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
	Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen?	<i>Tvätt av arbetskläder ska ske på arbetsplatsen och i minst 60 grader.</i>	<p>5 % 1 % 15 % 78 %</p> <p>Ja Delvis Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 62 (st) ● Delvis 12 (st) ● Nej 1 (st) ● Ej svarat 4 (st) 	
Skydds- och begränsningsåtgärder	Används checklisten för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder ärligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda?	<i>Begränsningsåtgärder är exempelvis dörrlarm, sensorlarm, larm-matt, lås. Anhöriga och gode män räknas inte som samrådspartner. Om enheten inte använder begränsningsåtgärder svara Vet ej.</i>	<p>5 % 1 % 19 % 8 % 66 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 49 (st) ● Delvis 6 (st) ● Vet ej 14 (st) ● Nej 1 (st) ● Ej svarat 4 (st) 	
IBIC	Har införandet av arbetsmodellen IBIC inneburit förändrat arbetssätt med brukarna?	<i>Arbetsmodellen IBIC ska leda till ökad delaktighet och inflytande för brukaren som ökar möjligheten till självständighet.</i>	<p>5 % 3 % 5 % 27 % 60 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 36 (st) ● Delvis 16 (st) ● Vet ej 3 (st) ● Nej 2 (st) ● Ej svarat 3 (st) 	
Egenvård	Finns det ett skriftligt egenvårdsbeslut för samtliga personer på enheten där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras av personen själv eller med hjälp av annan?	<i>Beslut om egenvård innefattar åtgärder som en patient själv kan ansvara för men där patienten behöver hjälp av en medarbetare för att kunna genomföra åtgärden. Medarbetare utför åtgärden efter beslut från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I ett skriftligt egenvårdsbeslut ska det framgå vad som ska göras, vem som får utföra insatsen och vem man kontaktar vid frågor och förändringar.</i>	<p>7 % 7 % 16 % 11 % 59 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 43 (st) ● Delvis 8 (st) ● Vet ej 12 (st) ● Nej 5 (st) ● Ej svarat 5 (st) 	
	Inhämtas skriftligt beslut om egenvård vid ansökan om stöd vid egenvård i samband med SoL eller LSS?	<i>Beslut om egenvård innefattar åtgärder som en medarbetare utför efter beslut från hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. en läkare. Åtgärden ska finnas beskrivet på ett skriftligt "beslut om egenvård", där det ska framgå vad som ska göras, vem som får utföra insatsen och vem man kontaktar vid frågor och förändringar.</i>	<p>100 %</p> <p>Ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 1 (st) 	
Uppföljning insatser	Erbjuder enheten anpassade aktiviteter och utestelser för dem som önskar?	<i>I särskilda boende former ingår det att det finns tillgång till viss social gemenskap och kultur/fritid samt möjlighet att vistas utomhus</i>	<p>4 % 4 % 91 %</p> <p>Ja Delvis Ej svarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 42 (st) ● Delvis 2 (st) ● Ej svarat 2 (st) 	

Område	Frågor	Förtydligande av fråga	Svar, Andel	Svar, Antal	Åtgärder Beskrivning av åtgärd
	Sker uppföljning av beslut innan beslut löper ut eller minst årligen?	Utförare ska bidra med en viktig del av uppföljningen av mål och beslut. För att få detta ska ske krävs en förberedelse av utförare och beställare.	<p>2 % 2 % 38 % 57 %</p> <p>Ja Nej Ej svarat Delvis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 23 (st) ● Delvis 15 (st) ■ Nej 1 (st) ■ Ej svarat 1 (st) 	
	Sker samverkan mellan beställare och utförare innan nya beslut fattas?	Utförare ska bidra med en viktig del av uppföljningen av mål och beslut. För att få detta ska ske krävs en förberedelse av utförare och beställare.	<p>5 % 2 % 2 % 34 % 57 %</p> <p>Ja Vet ej Ej svarat Delvis Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja 25 (st) ● Delvis 15 (st) ◆ Vet ej 1 (st) ■ Nej 1 (st) ■ Ej svarat 2 (st) 	

Sammanfattning av egenkontrollerna

Inom området för dokumentation framkommer det att enheterna behöver säkerställa att alla patienter har en aktuell hälsoplan. Resultatet av egenkontrollen visar att det saknas på flera enheter.

Alla enhetschefer godkänner inte genomförandeplanerna och det saknas utförarakter inom en del enheter.

Uppföljningen inom kvalitetsarbete/samverkan -internt visar att ansvarig kontaktman inte är känd för brukaren inom alla enheter, vilket behöver kvalitetssäkras.

Hantering av privata medel visar ett sämre resultat på grund av att alla enheter inte hanterar privata medel, det samma gäller nyttjandet av tolk.

Samtliga enheter ska ha regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten med legitimerad personal (HSL-möten) vilket resultatet visar att vissa enheter saknar. Följsamhet till rutin för regelbundna HSL-möten behöver säkerställas.

Kvalitetsrapport

En kvalitetsrapport upprättas årligen där enhetscheferna beskriver verksamhetens arbete med kvalitet. Avdelningscheferna sammanfattar sina verksamheters rapporter. I följande text redovisas sektorns kvalitetsrapporter i en sammanfattning.

Bemanning och kompetens

Rekryteringsutmaningen

Svårigheter att rekrytera medarbetare med utbildning har hanterats genom att anställa medarbetare utifrån personlig lämplighet och erbjuda betald utbildning under anställningen.

Det är svårigheter att rekrytera legitimerad personal, Hälso- och sjukvården har ett flertal vakanta tjänster.

Personalomsättning bland sjuksköterskor som arbetar natt har varit stor. Åtgärder är vidtagna under året och situationen är stabil. Tillsammans med HR arbetar avdelningen för att vara en attraktiv arbetsplats för legitimerad personal. På vissa enheter inom SÄBO har personalomsättningen varit stor och rekrytering av nya undersköterskor nödvändig. Rent generellt är omsättningen hög och rekryteringsbehovet är konstant högt.

Bemanning är en utmaning även inom avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet. Det pågår rekryteringar till både stödassistenter och stödpedagoger kontinuerligt. Bemanning efter brukarnas behov och att bemanna vid frånvaro är en utmaning. Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet är fördelade på enhetsnivå i samplaneringsgrupper och arbetet med resurspass fungerar tillfredställande även om fler resurspass behövs. Schemaplanering pågår kontinuerligt för att nyttja resurserna på bästa sätt. Även inom avdelningen för personlig assistans är det en utmaning att bemanna frånvaro genom att öka antalet resurspass.

Förstärkning och komplettering av ledningsresursen på de särskilda boendena Norrmalm och Boken/Hentorp kommer att göras i form av ytterligare enhetssamordnare. Inom avdelningen för personlig assistans har man utökat med en enhetssamordnare. Detta i syfte att stärka förutsättningarna för första linjens chefer och skapa utrymme för fortsatt utvecklings- och kvalitetsarbete.

Kompetenshöjande insatser

Äldreomsorgslyftet har gett möjlighet för ca 30 vårdbiträden inom SÄBO att utbilda sig till undersköterska. 20 medarbetare vidareutbildar sig till specialiserad undersköterska via Yrkeshögskolan. Under året har 16 medarbetare inom avdelningen för personlig assistans fortsatt sin undersköterskeutbildning inom äldreomsorgslyftet. Inom avdelningen för hemtjänst har 86% av de tillsvidareanställda en undersköterskeutbildning. Några medarbetare studerar till undersköterska via äldreomsorgslyftet. Avdelningens målsättning är att ha 100% undersköterskor.

Några hemtjänstgrupper har genomfört BPSD utbildningar för att arbeta evidensbaserat kring patienter med demenssjukdom.

Några enheter inom särskilda boenden har genomfört BPSD utbildning.

Tandhygienist i kommunen, TAIK, har fortsatt med utbildningar kring förebyggande munhälsa inom särskilt boende och hemtjänst.

Personal på de sverigefinska avdelningarna på Ekedal har genomfört utbildning i vårdfinska.

Inom boende med särskild service har kompetenshöjande åtgärder i form av metodstöd och vissa utbildningsinsatser ex skydds- och begränsningsåtgärder och Durewall anordnats.

Utbildning för dokumentationsombud med anledning av förändrat arbetssätt med genomförandeplaner har genomförts 2022 och pågår in i 2023. Även i andra ombudsroller, så som hygienombud, arbetsplatstekniksombud, kost- och nutritionsombud har kompetenshöjande insatser genomförts. HLR-utbildning har erbjudits.

En fortsatt övergång till arbetssättet IBIC och verksamhetssystemet LifeCare har pågått under hela året och kommer fortsätta under 2023.

Utmaningar framåt

Inom korttidshemmen för barn är det en utmaning att få ihop resurser i förhållande till behovet. Behovet är störst på morgon, kväll, helg och lov, men det blir en överkapacitet på dagarna när barnen/ungdomarna är i skolan. Det är en utmaning att nyttja våra resurser på bästa sätt.

En annan utmaning är att hitta rätt balans på antal medarbetare på bemanningsenheten och timvikarier i förhållande till ordinarie medarbetare i verksamheten. Det är viktigt att enheterna bemannar upp och täcker sin egen planerade frånvaro vilket är en utmaning i hela sektorn.

Systematiskt kvalitetsarbete

Processarbete

Flera chefer in om avdelningen för hemtjänst och hemsjukvård deltar i processarbeten för att förbättra verksamheten samt arbeta standardiserat. Det finns en välfungerande hemtjänstprocess som beskriver flödet inom hemtjänsten.

Hälso- och sjukvården tillsammans med utvecklingsenheten arbetar med hälso- och sjukvårdsprocessen. Behov av att se över befintliga rutiner och riktlinjer finns.

Processarbetet på avdelningen för äldreomsorg fungerar bra. Arbete med att skapa standardiserade arbetssätt pågår.

Under året så har process startats kring korttidsvistelse barn. Process kontaktperson är publicerad och har övergått till steget ständiga förbättringar, vilket innebär att den är kartlagd, förankrad och känd. Processen personlig assistans är i steget förbättra och utveckla.

Avdelningen för boende med särskild service och daglig verksamhet har pågående processer med målet att ge stöd och service som är rättssäker, jämlik och stödjer brukarens självständighet, delaktighet och att leva som andra så långt det är som möjligt.

Sektorn arbetar med ständiga förbättringar, styrtavlor, PSDA och andra metoder i processarbetet kring de brister som identifieras.

Rutiner och riktlinjer

I början av 2022 har rutiner kopplat till covid-19 reviderats och omarbetats. Dessa rutiner förmedlas via linjeorganisationen både muntligt och skriftligt. Uppföljning i samband med APT och reflektionsmöten.

Inom personlig assistans har ett arbete genomförts för att få ett utgångsläge gällande vem som har rätt till insatsen och i vilken omfattning. En struktur och rutin har tagits fram gällande rapportering till IVO.

Egenkontroller

Enhetscheferna följer upp kvalitetsarbetet genom egenkontroll. Vid behov upprättas handlingsplaner för att åtgärda eventuella brister. Verksamhetsbesök genomförs av SAS och MAS, uppföljning från dessa görs tillsammans med avdelningscheferna.

Brukarundersökningar

Nationell brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" har genomförts och resultatet har följts upp på enhetsnivå. Resultatet visar på god måloppfyllelse och generellt ligger resultaten över riksgenomsnittet.

Brukarundersökning inom personlig assistans har skett under året. Lågt deltagande gör att användningen av resultatet blir begränsat.

Brukarundersökning har genomförts på boende med särskild service och utifrån resultatet fastslås förbättringsområden att arbeta vidare med. Oftast kopplas det arbetet ihop med pågående processarbete.

Förbättringsområde

Ett identifierat förbättringsområde är att få 100 % upprättade och aktuella genomförandeplaner där delaktigheten tydligt framgår.

Avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria

Avvikelser

Sektor vård och omsorg uppmuntrar medarbetare att skriva avvikelser för att det ska leda till förbättringar. Under 2022 har majoriteten av avvikelser i hemtjänsten handlat om fall i hemmet eller felaktigheter gällande läkemedelshantering. Inom hälso- och sjukvården har avvikelser upprättats gällande brister i följsamhet till ordinerade insatser inom rehab samt om läkemedel.

Inom avdelningen för äldreomsorg handlar majoriteten av avvikelserna om fall och läkemedel. Uppföljning av avvikelser sker på teamträffar och APT för att förhindra upprepning och lära av misstag.

Få avvikelser har inkommit inom personlig assistans, de som inkommit har diskuterats på APT. Vid behov har ändringar i arbetssätt genomförts för att skapa tydlighet och handlingsplaner har upprättats vid behov.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål framförs ofta muntligt från anhöriga. Hantering av dessa sker i dialog med anhörig och

åtgärder vidtas vid behov och då skäl finns. Klagomål/ synpunkterna kan handla om briser i stöd/service, kommunikation eller annat, inom alla verksamheter. Dessa hanteras och åtgärder vidtas där klagomålet/synpunkten uppstått.

Inom Korttidshem förekommer det synpunkter som avser önskemål om aktiviteter och det försöker verksamheten tillgodose om det är inom verksamhetens uppdrag.

Klagomål/synpunkter har inkommit kring taxiresor för brukarna. Klagomålen hanteras via Västtrafiks avvikelssystem samt i dialog med berörda.

Lex Sarah och Lex Maria

Det har förekommit ett fåtal anmälningar enligt lex Sarah och ingen enligt lex Maria på avdelningen för hemtjänst. De som förekommit har diskuterats på APT och genomgång av rutiner har skett.

En anmälning enligt lex Maria och tre anmälningar enligt lex Sarah har inkommit på avdelningen för boende med särskild service och daglig verksamhet som handlar om brister i stöd och service, skydds- och begränsningsåtgärder, samverkan. Åtgärder har vidtagit både på individnivå och övergripande i form av metodstöd och arbete i processerna.

Förbättringsområden

Det finns ett behov av att gå igenom rutinen kring avvikelser inom avdelningen för personlig assistans för att synliggöra vikten av avvikelser.

Ett stort förbättringsområde är kring fallprevention och analys av statistiken i MCSS, det system som används för signering av HSL-insatser. Det finns behov av utbildning för chefer att hantera MCSS och ta ut data för analys.

Ersättningsanspråk för förlorade egna medel (värdesaker, pengar) riktas mot kommunen och följsamhet till gällande riktlinjer och rutiner bör uppmärksammas. En ytterligare revidering för att klargöra ansvar vid eventuella förluster är nödvändig.

Avvikelser

Nedanstående tabeller redovisar fördelningen över inkomna avvikelser och de olika formerna för avvikelser. Under 2022 har det inkommit något färre avvikelser inom SoL (Socialtjänstlagen) än tidigare år. Inom kategorin SoL har även avvikelser rörande vård/stöd/rehab minskat. Inom avvikelsekategorin resor HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) har det ökat under 2022 vilket bedöms bero på byte av utförare.

Samtliga avvikelser	2020	2021	2022
SoL	499	335	271
LSS	95	107	93
HSL	4369	4429	4258
Information och Personuppgiftsincident	24	30	22

	2020	2021	2022
SoL			
Bemötande	27	28	21
Dokumentation	64	25	16
Intern info. samverkan	134	18	32
Klagomål/Synpunkter	103	87	66
Vård/Stöd/Rehab	171	177	98
LSS			
Bemötande	17	22	4
Dokumentation	11	10	12
Intern info. samverkan		5	4

Klagomål/Synpunkter	8	19	17
Vård/Stöd/Rehab	59	51	41
HSL			
Bemötande	10	11	10
Dokumentation	45	47	39
Intern info. samverkan	80	36	15
Klagomål/Synpunkter	35	42	36
Vård/Stöd/Rehab	93	114	88
Fall	2540	2702	2898
Läkemedel	1394	1331	1115
Hjälpmedel/MTP	56	37	57
Resor	9	16	84
Till annan vårdgivare	107	93	121

Händelser och vårdskador (lex Sarah och lex Maria)

Lex Sarah

Under 2022 har 14 händelser utretts enligt lex Sarah vilket är i samma omfattning som 2021. Händelserna omfattar följsamhet rutin, fördröjd insats, teknik, tillsyn och utförande.

Lex Sarah			
År	SoL	LSS	Totalt
2018	14	9	23 + 4 privat
2019	10	6	16 + 4 privat
2020	6	4	10 + 1 privat
2021	7	7	14 + 1 privat
2022	6	8	14 + 0 privat

Lex Maria

Under 2022 har en lex Maria anmälan upprättats och skickats till inspektionen för vård och omsorg. Händelsen omfattar brister i dokumentation, samverkan och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsats.

Risakanalys

Risakanalys används fortlöpande i det dagliga arbetet. I processarbetet görs riskanalyser i de olika stegen. Riskanalys görs vid varje avvikelse och i samband med utredning av avvikelserna. Riskanalys görs vid utredning av risk för missförhållande och missförhållande (lex Sarah) samt vid risk för vårdskada och vårdskada (lex Maria).

Mål och strategier för patientsäkerhet- och kvalitetsarbetet under kommande år

Under nästkommande år kommer sektorns kvalitetsarbete innefatta en översyn av nuvarande kvalitetsledningssystem och säkerställa att kvalitetsledningssystemet motsvarar kraven på tillgänglighet och användarvänlighet.

Sektorn kommer arbeta vidare med området välfärdsteknik, omvärldsbevaka området och kvalitetssäkra att den välfärdsteknik som finns är ändamålsenlig. Ett utvecklingsarbete runt trygghetslarm och digital tillsyn ska genomföras. Området välfärdsteknik kommer under året att byggas in i kvalitetsledningssystemet för att säkerställa att kvaliteten och effekten av den välfärdsteknik som används.

Ett annat område för förbättringar är att utveckla riskanalyserna och dokumentationen kring detta för att synliggöra de iakttagelser som gjorts och underlätta arbetet att minska riskerna som identifierats.

Arbetet med en ökad brukarmedverkan kommer fortgå under 2023.

Införande av en egenkontroll av genomförandeplaner tertiärvis på enhetsnivå kommer införas under 2023 för att säkerställa en ökad följsamhet till upprättade genomförandeplaner och delaktighet.

Kvalitetsrapporten från verksamheten är relativt ny och infördes under 2021 och under 2023 kommer ett systematiskt arbetssätt tas fram för att omhänderta innehållet och de områden som behöver utvecklas.