

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2024

Sektor vård och omsorg



Innehåll

Innehåll.....	1
Inledning.....	3
Sammanfattning	3
Nämndens målbild.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Vård- och omsorgsnämnd	5
Sektorschef	5
Stabschef	5
Medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS	6
Socialt ansvarig samordnare - SAS	6
Avdelningschef.....	6
Enhetschef.....	6
Medarbetare.....	6
Processororienterat arbetssätt	7
Processarbete 2024	7
Systematiskt förbättringsarbete	8
Förbättringar	8
Individens behov i centrum (IBIC)	10
Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2024.....	10
Dokumentation	10
Individbaserad systematisk uppföljning	10
Följsamhet till hygienregler.....	11
Verksamhetsbesök internt	11
Verksamhetsbesök externa utförare	11
Samverkan för att för att förebygga kvalitetsbrister och vårdskador	12
Brukarens/patientens och närståendes delaktighet	12
Välfärdsteknik	13
Medarbetarens rapporteringsskyldighet.....	14
Klagomål och synpunkter.....	14
Resultat och analys av egenkontroll 2024	14
Systematiskt förbättringsarbete	14
Dokumentation	15
Kvalitetsarbete/samverkan - intern.....	15
Kvalitetsarbete/samverkan - extern.....	15
Förebyggande vård	15

Hygien	15
Skydds- och begränsningsåtgärder.....	16
Egenvård.....	16
Uppföljning insatser	16
Sammanfattning och åtgärdsförslag	16
Sammanfattning av kvalitetsarbetet på avdelningsnivå.....	18
Bemanning och kompetens.....	18
Avdelningen för personlig assistans.....	18
Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet	19
Avdelningen för hemtjänst.....	19
Avdelningen för hälso- och sjukvård	20
Avdelningen för äldreboende	20
Systematiskt kvalitetsarbete	21
Avdelningen för personlig assistans.....	21
Avdelningen för bostad med särskild service	21
Avdelningen för hemtjänst.....	22
Avdelningen för hälso- och sjukvård	22
Avdelningen för äldreboende	22
Avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria.....	24
Avdelningen för personlig assistans.....	24
Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet	24
Avdelningen för hemtjänst.....	24
Avdelningen för hälso- och sjukvård	24
Avdelningen för äldreboende	25
Avvikelser.....	26
Händelser och vårdskador (lex Sarah och lex Maria)	28
Lex Sarah.....	28
Lex Maria.....	28
Riskanalys.....	28
Mål och strategier för patientsäkerhet- och kvalitetsarbetet under kommande år	29

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. Dessa båda är sammanfogade i detta 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 öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten och kvalitetsarbetet.

Sammanfattning

Under 2024 har sektor vård och omsorg fortsatt att utveckla ett processorienterat och systematiskt kvalitetsarbete enligt gällande lagkrav. Arbetet har stärkts genom regelbundna riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering i nytt digitalt system, vilket underlättat rapportering och uppföljning.

Egenkontrollen visar på god följsamhet till rutiner inom bland annat basala hygienregler och dokumentation, men pekar också ut förbättringsområden såsom ökad delaktighet i analys av avvikelser, tydligare rutiner för egenvård och rutiner kring skydds- och begränsningsåtgärder.

Brukarmedverkan har prioriterats genom fler enkätundersökningar, införandet av Boråd samt satsningar på tydligare kommunikation med närstående och brukare. Inom personlig assistans och korttidshem ställs fortsatt krav på att säkra kompetens och närvarande ledarskap, medan hemtjänsten behöver fler utbildade undersköterskor för att möta lagkrav om fast omsorgskontakt. Även äldreboendena satsar på utbildning för att förbättra bemötande och dokumentation.

Avvikelserna har ökat i antal, vilket framför allt förklaras av bättre rapporteringsrutiner i det nya systemet. Den största andelen avvikelser inom hälso- och sjukvårdsinsatser rör fall och läkemedelshantering.

För kommande år lyfter verksamheten behovet av att ytterligare förstärka dokumentation och delegeringsrutiner, samt att fortsätta öka brukardelaktigheten. Digitalisering och välfärdsteknik exempelvis mobila trygghetslarm, digital nattillsyn och AI-lösningar är fortsatt prioriterade områden för att höja kvalitet och effektivitet. Sammanfattningsvis fortsätter sektorn att utveckla ett hållbart och säkert arbetssätt, där gemensamma processer, förbättrad rapportering och nära samarbete med patient/brukare skapar förutsättningar för hög patientsäkerhet och god kvalitet.

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 prioriterade utvecklingsmål:

Den enskilde ska vara delaktig och ha inflytande över sin vård och omsorg

Varför är målområdet viktigt?

Delaktighet är viktigt för den enskilde. Den enskilde ska ha inflytande över sin vård och omsorg och den ska vara individanpassad. Vi ska lyssna på de vi finns till för och ta tillvara deras synpunkter i arbetet med kvalitetsutveckling. Detta leder till god livskvalitet för den enskilde och bättre verksamhet.

Konkreta effekter som ska uppnås

- God upplevd livskvalitet, ökad delaktighet och inflytande
- Stärkt påverkansmöjlighet och självbestämmande över sitt liv
- Öka den enskildes involvering vid verksamhetsutveckling

Vi ska förebygga och möta medborgarnas behov av vård och omsorg

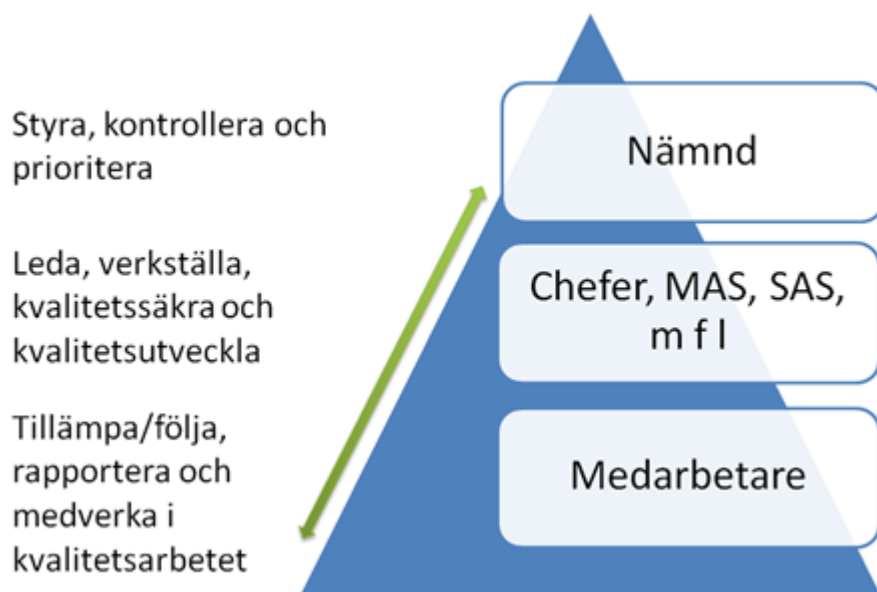
Varför är målområdet viktigt?

Den demografiska utvecklingen går mot att antal äldre invånare ökar samtidigt som invånare i arbetsför ålder blir färre. Behovet av stöd till personer med funktionsnedsättningar ökar också. Balansen mellan ökat behov och tillgängliga resurser är en utmaning. För medborgare är det viktigt att få vård och omsorg inom rimlig tid och efter sina behov.

Konkreta effekter som ska uppnås

- Stärkt självständighet genom förebyggande insatser och användning av välfärdsteknik
- Tillgodose behovet av särskilda boendeformer
- God och säker vård
- Tillgänglig omsorg, stöd och service

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

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

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

Stabschef

Stabschefen 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. Stabschefen stödjer sektorschef 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 (SOFs 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. Avdelningschef ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla arbetet inom avdelningen.

Avdelningschef 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. Avdelningschef leder avdelningens arbete med att uppfylla mål och krav.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten och att medarbetarna är delaktiga i det. Enhetschef ska kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla enhetens arbete inom lagrummen SoL, LSS och HSL. Enhetschef leder enhetens arbete med att uppfylla mål och krav. Enhetschef 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, där medarbetarna samarbetar mot gemensamma mål. En stabil process skapar förutsättningar för kontinuerlig förbättring.

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 2024

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

Processer
Hälso och sjukvård
Rehabilitering (hälso- och sjukvård)
Särskilt boende äldre
Boendestöd SVO
Korttidsvistelse
Avgifter SVO

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
Bemannning SVO
Kontaktperson
Daglig verksamhet
Hemtjänst
Personlig assistans

Systematiskt förbättringsarbete

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

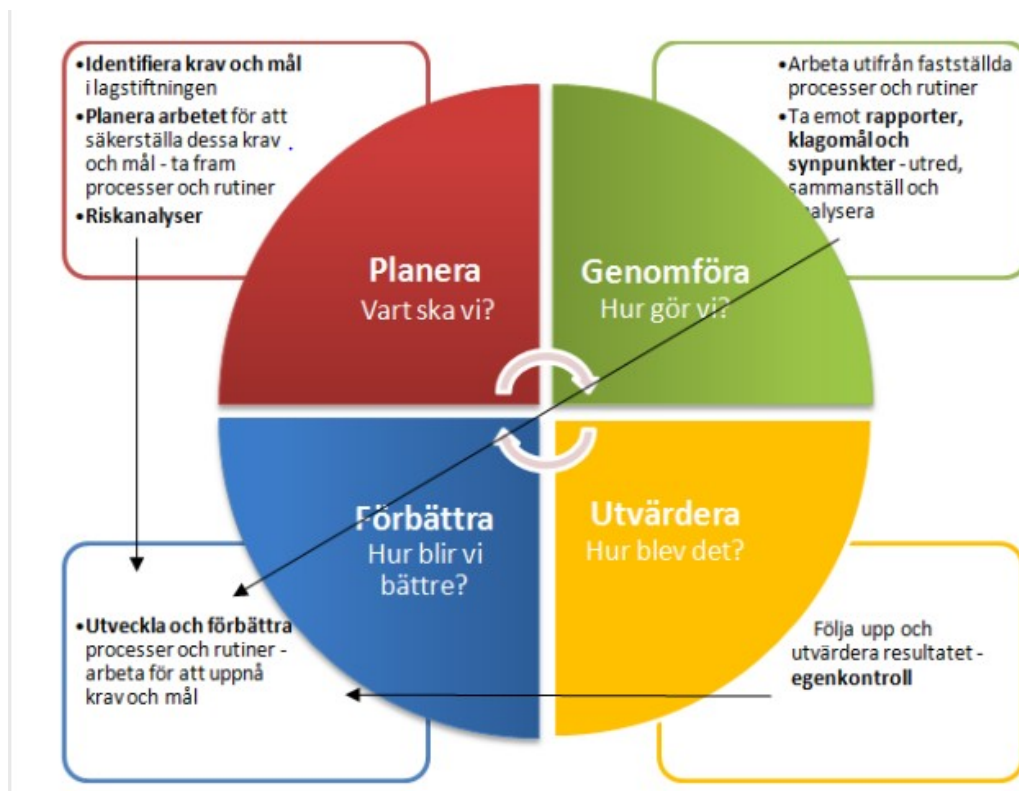
- Riskanalyser
- Egenkontroll
- Utredning av avvikelser

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)

Arbetssättet 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 2024

Dokumentation

Under året har en mall för kollegial kvalitetsgranskning av genomförandeplaner tagit fram som ett stöd för verksamheterna att själva kunna kvalitetsgranska sin dokumentation. Det har genomförts stickprovsvisa granskningar av dokumentationen i samband med att workshops runt dokumentation har genomförts i olika arbetsgrupper. I hemtjänsten har genomförandeplanerna granskats.

Biståndsenheten har fortsatt att ha kollegiegranskningar utifrån en mall av utredningar.

Dokumentationsombudsträffar har genomförts under hösten 2024. Både grundutbildning dokumentation/IBIC och fördjupningsutbildning genomförandeplan/IBIC finns nu digitala att genomföra för att få en bättre spridning och möjlighet att gå. Granskning av övrig dokumentation har under 2024 genomförts i samband med verksamhetsbesök och vid särskilda händelser.

Dokumentation granskas även vid avvikelser, journalutlämningar och vissa utbildningssatsningar. Inom dokumentation hälso- och sjukvård har en fördjupningsutbildning tagits fram för att förstärka kunskapen kring dokumentation för legitimerad personal.

Individbaserad systematisk uppföljning

Arbetssättet individbaserad systematisk uppföljning (ISU) infördes under 2022. 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 och ger verksamheten en bild över hur behovet ser ut. Under 2024 har arbetet fortgått med att integrera ISU med det löpande kvalitetsarbetet, bland annat i våra processer. Ett utbildningskoncept finns för att kunna sprida kunskapen om ISU i våra verksamheter.

Följsamhet till hygienregler

Under 2024 har det genomförts grundutbildning för hygienombud i sektorn. Sektorn använder Socialstyrelsens webbaserade hygienutbildning som innehåller fyra inriktningar, hemsjukvård, LSS, SÄBO och personlig assistans. All vård och omsorgspersonal genomgår utbildningen årligen.

Verksamhetsbesök internt

Under 2024 har MAS och SAS genomfört verksamhetsbesök internt i form av dialogmöten med olika enheter. Under våren 2024 har det genomförts verksamhetsbesök. 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 2024 har verksamhetsbesök genomförts hos externa utförare LOV (lagen om valfrihetssystem) genomförts. Dessa genomförs genom att MAS och SAS besöker verksamheterna och går igenom kvaliteten med verksamheten.

Samverkan för att 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 med regionen sker även genom Samordnad individuell plan (SiP). Avvikelsehantering sker i samverkan med regionen när det uppstått avvikelse 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 2024 har trepartssamverkan avseende vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och eller missbruks- och beroendeproblematik fortlöpt enligt plan. 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

Under 2024 har vi gjort viktiga framsteg för att förbättra vård och omsorg genom ökad brukarmedverkan och kvalitetsuppföljning. Här är en sammanfattning av vad som har genomförts.

Personlig assistans: Under 2024 har vi inlett en inventering av hembesök och närvarande ledarskap för att skapa en tydligare struktur och bättre uppföljning.

Korttidsverksamheter LSS: Enkäter har genomförts med brukare och vårdnadshavare under 2024, och vi har identifierat ett viktigt förbättringsområde: att ge brukarna fler möjligheter att bli lyssnade på.

Särskilt boende för äldre: Enkäten kring mat och måltidssituationen som genomfördes under 2024 bland brukarna visade på hög nöjdhet. Detta område fortsätter vi vårt arbete kring för att ytterligare förbättra kvaliteten. Systematiska Boråd är införda inom SÄBO 2024.

Hemtjänst: En fördjupad enkät genomfördes bland brukarna under 2024 som handlade om kontakten med

oss samt inflytande i stödet. Det identifierades även förbättringsområden avseende hur man kommer i kontakt med hemtjänsten samt inflytande över utförandet.

Bostad med särskild service LSS: Under 2024 har vi infört systematiska Boråd för att ge alla brukare direkt, lokalt inflytande.

Daglig verksamhet: Vi har länge haft ett systematiskt arbete med brukarundersökningar, och resultaten från den senaste undersökningen har visat att förbättrad kommunikation är ett fokusområde och kommer att arbetas vidare med framåt.

Tillsammans fortsätter vi att arbeta för att skapa en mer lyhörd, engagerad och kvalitetsinriktad omsorg där varje individs röster och behov är i centrum.

Välfärdsteknik

För att öka kommuninvånares delaktighet, självständighet och trygghet används välfärdsteknik på olika sätt i verksamheten. Under 2024 har vi fortsatt att utifrån ”plan för digitalisering och användandet av välfärdsteknik 2024–2028” och aktivitetsplan för 2024. Detta med målet att förbättra livskvaliteten för brukare och effektivisera verksamheterna.

Under året har implementeringen av mobila trygghetslarm, som möjliggör för brukare att bo kvar hemma längre och ökar tryggheten påbörjats men breddinförandet har försenats då Västkoms upphandling inte kunnat leverera enligt plan. Även användningen av digital natttillsyn har utökats, vilket skapar både tryggare natt sömn för brukarna och effektivare personalresurser. Alla nya beslut om tillsyn nattetid verkställdes under året med en tillsynskamera där det var möjligt. Ett strategiskt initiativ för att utforska AI-lösningar har också påbörjats med tester av chatbotar för att stödja personal i verksamheten, även om utmaningar kvarstår. Inom infrastrukturområdet har arbetet med att förbättra nätverk på kommunens boenden slutförts, och ett boendenätverk har implementerats, vilket möjliggör bättre digital tillgång för både brukare och personal. Dessutom har övergången till e-arkiv påbörjats, vilket förbättrar lagringen av journaler och minskar miljöpåverkan. I verksamhetssystemen har steg tagits för att slutligen helt kunna byta från Procapita till Lifecare, med implementering av moduler som Lifecare Handläggare och Lifecare Utförare, vilket skapar enhetligare och mer effektiva arbetsflöden.

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.

Resultat och analys av egenkontroll 2024

Årligen genomförs en egenkontroll som varje enhet svarar på. Resultat och analys för 2024 års egenkontroll redovisas på följande sidor.

Systematiskt förbättringsarbete

Följsamhet: 86%

Analys: Personal informeras till stor del om rutiner, men delaktighet i analys av avvikelser brister (12 av 86 enheter). Introduktionsutbildning genomförs delvis av 10% av personalen, vilket påverkar

kompetensnivån. Brister i rapportering och analys riskerar att dölja förbättringsområden. Ledningen behöver stärka delaktigheten.

Dokumentation

Följsamhet: 90%

Analys: 3 avvikelser kring säker förvaring av dokumentation. 7% av genomförandeplanerna är inte godkända, och det finns brister i att utse kontaktman med undersköterskekompetens. Risk för otillräcklig planering och trygghet för brukarna.

Kvalitetsarbete/samverkan - intern

Följsamhet: 90%

Analys: Teamträffar genomförs, men i vissa fall delvis. Brister finns i kontaktmannaskap med undersköterskekompetens och introduktionssamtal är delvis dokumenterade. Intern samverkan varierar och kan påverka kontinuitet och kvalitet i insatserna.

Kvalitetsarbete/samverkan - extern

Följsamhet: 80%

Analys: Medicinsk vårdplanering utförs inte konsekvent och personal deltar delvis. 3 avvikelser gällande uppdaterad information på hemsidan. Bristande extern samverkan kan försvåra vårdinsatser.

Förebyggande vård

Följsamhet: 80%

Analys: Munhälsobedömningar erbjuds inte konsekvent. Bristande följsamhet till rutiner eller samverkan med tandvården kan vara en orsak. Försämrade munhälsa kan påverka brukarnas välbefinnande.

Hygien

Följsamhet: 98%

Analys: Basala hygienrutiner följs, men 3 avvikelser finns kring byte och tvätt av arbetskläder. Även mindre brister i följsamhet kan leda till ökad smittspridning.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Följsamhet: 78%

Analys: Checklistor används delvis (9 avvikelser) eller är obesvarade (10 svar), vilket tyder på bristande kontroll. Risk för otillräcklig uppföljning och analys av skyddsåtgärder.

Egenvård

Följsamhet: 72%

Analys: Skriftliga beslut om egenvård saknas i 11 fall, och i 5 fall är de endast delvis utförda. Avsaknad av dokumentation kan skapa osäkerhet kring ansvar och insatser.

Uppföljning insatser

Följsamhet: 75%

Analys: Anpassade aktiviteter erbjuds i stor utsträckning. Uppföljning av beslut sker inte konsekvent. 3 enheter rapporterar avvikelser. Bristande uppföljning kan minska verksamhetens kvalitet och måluppfyllelse.

Sammanfattning och åtgärdsförslag

Systematiskt förbättringsarbete

Sammanfattning: Följsamheten är 86%. Personalen informeras om rutiner, men delaktighet i analys av avvikelser är bristfällig i 12 av 86 enheter. Introduktionsutbildningen genomförs delvis av endast 10%.

Åtgärdsförslag:

- Införa obligatoriska, regelbundna möten för avvikelseanalys där personal deltar.
- Cheferna ska följa årshjulet för egenkontroller för att säkerställa att medarbetarna kontinuerligt uppdateras om viktiga områden utanför det dagliga arbetet.

Dokumentation

Sammanfattning: Följsamhet är 90%. Det finns 3 avvikelser gällande säker förvaring och 7% av genomförandeplanerna är inte godkända. Kontaktman med undersköterskekompetens saknas.

Åtgärdsförslag:

- Ökad följsamhet till befintliga rutiner
-

Kvalitetsarbete/samverkan - intern

Sammanfattning: Följsamheten är 90%. Teamträffar och introduktionssamtal genomförs delvis, och det finns brister i kontaktmannaskap.

Åtgärdsförslag:

- Säkerställa följsamhet till befintliga rutiner och arbetssätt
-

Kvalitetsarbete/samverkan - extern

Sammanfattning: Följsamheten är 80%. Medicinsk vårdplanering och personalens deltagande sker inte konsekvent. Det finns 3 avvikelser om uppdaterad information på hemsidan.

Åtgärdsförslag:

- Stärka rutiner för årlig medicinsk vårdplanering och säkerställa personalens deltagande.
-

Förebyggande vård

Sammanfattning: Följsamheten är 80%. Munhälsobedömningar erbjuds inte konsekvent.

Åtgärdsförslag:

- Utveckla arbetet med att säkerställa att munhälsobedömningar erbjuds
-

Hygien

Sammanfattning: Följsamheten är 98%, men det finns 3 avvikelser kring byte och tvätt av arbetskläder.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Sammanfattning: Följsamheten är 78%. Checklistor används delvis, och vissa är obesvarade.

Åtgärdsförslag:

- stärka följsamheten till befintliga rutiner och arbetssätt
-

Egenvård

Sammanfattning: Följsamheten är 72%. Skriftliga egenvårdsbeslut saknas i flera fall.

Åtgärdsförslag:

- fortsätta det pågående förbättringsarbetet genom att säkerställa dokumenterade egenvårdsbeslut.
-

Uppföljning insatser

Sammanfattning: Följsamheten är 75%. Anpassade aktiviteter erbjuds, men uppföljning av beslut sker inte konsekvent.

Åtgärdsförslag:

- Arbeta vidare med att skapa en bättre koppling mellan myndighetsutövning och utförande verksamheterna

Sammanfattning av kvalitetsarbetet på avdelningsnivå

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

Avdelningen för personlig assistans

Inom avdelningen personlig assistans och korttidshem är det låg personalomsättning och få vakanta rader. En enhetschef har slutat under året och en ny enhetschef har tillsatts till följd av det.

Korttidshemmen har tillsatt två stödpedagoger. Avdelningen har under året genomfört anpassade utbildningar och en plan för personliga assistenter med PAN anställningar behöver tas fram för att säkerställa den kompetensen. Avdelningen har påbörjat yrkesresan vilket är en nationell kompetenssatsning inom funktionshinder. Ledningen har haft extern handledning och ett par chefer har genomfört utbildning i utvecklande ledarskap.

Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet

Avdelningen arbetar med att säkerställa bemanning efter brukarnas behov och för att täcka egen frånvaro är en ständig utmaning för verksamheten. Kompetenshöjande åtgärder har genomförts med stöd av utvecklingsenheten utifrån identifierade behov inom avdelningen. Arbetet med att möta nya EU direktiv rörande arbetstider har varit en utmaning och ett arbete har pågått runt frågan. För att stödja kompetensutvecklingen får avdelningen stöd från utvecklingsenheten i form av metodstöd och vissa utbildningsinsatser, exempelvis inom skydds- och begränsningsåtgärder. Kompetensutveckling inom samtalsmatta, lågaffektivt bemötande och mjukt självskydd har genomförts. Yrkesresan har påbörjats inom avdelningen. Det finns sju medarbetare som utbildar sig till stödpedagoger.

Avdelningen för hemtjänst

Hemtjänsten har 264 undersköterskor och 82 vårdbiträden anställda. Det finns ett behov av fler utbildade undersköterskor inom hemtjänsten utifrån lagkravet om fast omsorgskontakt. En fast omsorgskontakt måste vara undersköterskeutbildad. Arbetet kräver också i hög grad att personalen har delegering på medicinska insatser. Bemanning och kompetens på avdelningen visar en varierande personalstyrka och arbetsbelastning mellan enheterna. Antalet brukare och personal skiljer sig åt, till stor del utifrån geografi/demografi ser ut i enheten. Fördelningen av undersköterskor, vårdbiträden och stödfunktioner är också olika beroende på enhet, där många har en hög andel undersköterskor, vilket stärker kompetensen.

När det gäller kompetens är utbildningsnivån generellt hög, där minst 80% av personalen i flera enheter har undersköterskeutbildning. Flera fortbildningar har genomförts under året, bland annat utbildningar i läkemedelshantering, HLR och dokumentation. Dock finns vissa brister som avdelningen behöver arbeta vidare med. Personalomsättning och generell hög sjukfrånvaro är ett problem i flera enheter, vilket leder till hög arbetsbelastning och ibland till att administrativa uppgifter, såsom uppdatering av genomförandeplaner, prioriteras ner. Arbeta med sjukfrånvaro/frisknärvaro pågår och kommer att pågå under 2025 med stöd av HR. Under året har samarbetet inom avdelningen ökat, dvs att medarbetarna i högre utsträckning utför resurspass i andra enheter än sin egen. Projektarbete startar 2025 i januari för att stärka kompetensen kring planering i hemtjänsten.

Avdelningen för hälso- och sjukvård

Till följd av en hög personalomsättning på både medarbetare och chefer inom avdelningen genomfördes en omorganisation som innebar fyra likvärdiga enheter. Nu finns chefer till samtliga enheter. Det är en fortsatt hög omsättning på sjuksköterskor. Nyrekrytering och tillsättning av dessa tjänster har fungerat väl. Inom rehab är personalomsättningen låg. Ingen arbetsterapeut eller fysioterapeut har slutat under året. Alla medarbetare inom HSL har varit på verksamhetsdagar under hösten, där rehab hade sittutbildning av extern utbildare och sjuksköterskeenheten hade föreläsning inom bemötande och samarbete. Två sjuksköterskor har slutfört vidareutbildning till äldresjuksköterska i början av året där arbetsgivaren stått för en del av kostnaden. En sjuksköterska har läst till distriktsköterska. Två arbetsterapeuter har läst handledarutbildningen. Kompetensutveckling har bl.a. skett genom olika utbildningar inom palliativvård, demensvård, sårvård, kompressionsbehandling, förflyttning med personlyft, lyft och lyftselar samt manuella förflyttningar. Alla arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor har gått fördjupningsutbildning i verksamhetssystemet Lifcare HSL samt i ICF och KVÅ koder. Hela rehabenheten har genomgått hot- och våldsutbildning.

Avdelningen för äldreboende

På ledningsfunktionerna har sammanlagt 4 nya chefer tillsatts. En alltför hög omsättning av chefer kan leda till kvalitetsbrister och minskad ledningskontinuitet. Detta uppmärksammas även på kommunövergripande nivå och initierat ett arbete kring chefers förutsättningar. Personalomsättningen har under året varit lägre än tidigare år och där bland annat kompetensutvecklingsinsatser och det systematiska arbetsmiljöarbetet sannolikt spelat en viktig roll. Några enheter har dock haft en högre personalomsättning vilket har påverkat kontinuiteten. Äldreomsorgslyftet har under året gett möjlighet för ca 25 vårdbiträden att studera. Detta för att vid avslutad utbildning få behörighet undersköterska. Inför 2025 fortsätter Äldreomsorgslyftet men det finns också ett fortsatt behov av särskilt fokus på kompetensutveckling inom områden såsom bemötande, dokumentation och svenska språket. Ett ytterligare fokus för 2025 är att inom vissa enheter stärka kontakten mellan dokumentationsombud och övrig personal för att säkerställa genomförandeplanernas kvalitet. Enheten Skaraborgs läns sjukhem har under året övergått till kommunens regi. Verksamheten har nu anpassats för att passa kommunens strukturer och krav. Detta har inkluderat förändringar i rutiner, schemaläggning och arbetssätt. Daglig styrning med Styrtavla och veckoplanering har implementerats enligt kommunens riktlinjer. Avdelningen har fokuserat på dialog med personalen och genomfört utbildningsinsatser för att underlätta övergången.

Systematiskt kvalitetsarbete

Avdelningen för personlig assistans

Inom avdelningen har vi följande processer:

- Kontaktperson
- Korttidsvistelse
- Personlig assistans

Avdelningen arbetar med processarbete som bidrar till struktur, samsyn och tydlighet. Under 2024 har brukar- och vårdnadshavare undersökning skett på korttidshem. Kommunikation med vårdnadshavarna samt ökad delaktighet för brukarna har valts att jobba vidare. En del uppdrag har tydliggjorts under året som rör bemanning och sjukfrånvaro. Detta för att tydliggöra uppdraget samt underlätta uppföljning.

En bättre överblick över genomförande planer när vi bytte system till Lifecare vilket underlättar arbetet. Viss problematik finns med kompetens och kunskapsnivå. Aktuell genomförandeplan har ökat från 92 % (T3 2023) till 94% (T3 2024).

Avdelningen för bostad med särskild service

Under året har ett omfattande och systematiskt kvalitetsarbete bedrivits inom avdelningen, där fokus har legat på att implementera nya rutiner, följa upp befintliga rutiner samt främja brukarnas delaktighet och självbestämmande.

Avdelningen arbetar processororienterat, där varje del har sin specifika process:

- Process Bostad med särskild service (BmSS)
- Process Daglig verksamhet
- Process Boendestöd

Flera enheter har prioriterat arbete med brukarnas delaktighet och självbestämmande. Ett konkret exempel på förbättrad delaktighet är där brukarna själva varit med i utformningen av aktiviteter. Detta har både ökat deras engagemang och resulterat i mer individanpassade lösningar.

Bland de utmaningar som identifierats har digitalisering och användningen av verktyg som Lifecare varit en återkommande punkt för förbättring. Vissa enheter har uttryckt behov av mer utbildning och stöd för att fullt ut kunna integrera dessa verktyg i arbetet. Detta behov hanteras inom ramen för processarbetet.

Avdelningen för hemtjänst

Det systematiska kvalitetsarbetet på avdelningen bygger på väletablerade rutiner och processer, där enhetschefer och samordnare aktivt deltar i uppdateringar och processarbete för att säkerställa att enheterna följer de riktlinjer som finns. Ett tydligt årshjul finns med checklista där enhetscheferna kan följa och utföra vad som är på gång. Den process som är den centrala för avdelningen är hemtjänstprocessen, där enhetschefer, enhetssamordnare och undersköterskor deltar. Processen arbetar med förbättringsarbeten inom områden där man upplever behov av förbättring eller utveckling. Implementeringen av Lifecare har förbättrat hanteringen av avvikelser och läkemedelssigenering. Bemötande- och klagomålsfrågor hanteras kontinuerligt, och genomförandeplaner för brukarna är ett centralt inslag i kvalitetsarbetet. Dock finns vissa brister, främst när det gäller att hålla genomförandeplaner uppdaterade och påfyllda med tillräcklig information. En granskning av samtliga genomförandeplaner har gjorts under året som visar att det finns brister på innehåll samt deltagande av brukarna. Enhetscheferna har fått resultaten på "sina" enheter för att vidta åtgärder.

Avdelningen för hälso- och sjukvård

Utifrån en enkät och efterföljande workshop identifierades att det fanns en otydlighet i när rutiner var uppdaterade och vart de fanns. Åtgärder är vidtagna utifrån det och ett tydligare flöde har förbättrat arbetet. HSL processen har startats om under hösten och fokus för processen har varit verksamhetssystemet, utbildning i läkemedelshantering för läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt digital utbildning i personlyft. Arbete är även påbörjat med framtagande av en ny checklista för inskrivning samt att fördela samtal till HSL-telefon på ett annat sätt. Avdelningen har deltagare i in och utskrivningsprocessen samt korttidsprocessen. På rehabenheten har en grundlig genomgång av rutiner gjorts samt ett arbete med uppföljning av vissa hjälpmedel som lett till minskade kostnader.

Avdelningen för äldreboende

På enhetsnivå följer varje enhetschef upp kvalitet via egenkontroll. Identifierade utvecklingsområden och brister omsätts i handlingsplan. Följs upp av SAS och MAS samt avdelningschef. Nationell brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" har genomförts och resultatet har följts upp på enhetsnivå samt blir en naturlig del av det systematiska kvalitetsarbetet i aktuell process. Resultatet visar på god måluppfyllelse och generellt ligger resultaten över riksgenomsnittet. Frågeställning kring bemötande visar förbättringspotential men också ett område där insatser gjorts under året och som fortsätter 2025. Avdelningen arbetar kontinuerligt med ett systematiskt kvalitetsarbete genom att implementera, följa upp och utveckla rutiner och processer. Centrala delar i detta arbete är:

Styrkor:

- Systematiskt arbete med avvikelser och riskbedömningar är väl integrerat.
- Utbildningar och dokumentationsombud har höjt kompetensen inom centrala områden.
- Delaktighet och fokus på brukarnas individuella behov har förbättrats.

Brister:

- Dokumentationskvalitet: Variation i kunskap och språkfärdigheter bland personalen påverkar kvaliteten på genomförandeplaner och dokumentation.
- Avvikelsehantering: Vissa mönster, som upprepade läkemedels- och fallavvikelser, tyder på behov av ytterligare förebyggande åtgärder och utbildning.
- Kompetensbrister: På vissa enheter finns behov av förstärkt kunskap inom områden som omvårdnad och etik, särskilt på enheter med hög personalomsättning.

Avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria

Avdelningen för personlig assistans

Avvikelser som inkommit under året har rört olika områden såsom: läkemedel, taxiresor, fall, hot och våld, förflyttning, utebliven insats och fall. Avdelningen har under året haft en lex Sarah och en lex Maria. Åtgärder har vidtagits till följd av händelserna. Avdelningen behöver arbeta vidare med avvikelser och klagomål då både kompetens och följsamhet till rapportering behöver säkerställas. Synpunkter och klagomål har inkommit och har rört bland annat tolkning av EU direktivet och flytt av personal vid sjukfrånvaro. Inom Korttidshem förekommer det önskemål om när insatsen skall utföras ex fler helger. Önskemål att det finns barn/ungdomar med liknande intresse samt aktiviteter. Att säkerställa att insatsen personlig assistans verkställs har sats fokus på under hösten 2024 och kommer att fortsätta det arbetet.

Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet

Arbetet med bemötande fortsätter och arbetet kommer även omfatta hur vi bemöter anhöriga eller företrädare. Det är avgörande att deras oro tas på allvar samtidigt och att verksamheten inger förtroende och trygghet. En arbetsgrupp kommer att startas under 2025 för att arbeta vidare med dessa frågeställningar. Brukares självbestämmande och delaktighet i insatsen fortsätter att vara i fokus. Analyser från brukarundersökningarna kommer att användas för att identifiera områden som kräver åtgärder, och relevanta aktiviteter kommer att läggas in i processerna för att säkerställa att rätt insatser vidtas. Boråd infördes under 2024, och under 2025 behöver detta arbetssätt fortsätta implementeras för att kunna utvärdera och mäta följsamheten av de implementerade arbetssätten. Det fortsatta arbetet kring skydds- och begränsningsåtgärder genomförs i enlighet med de beslutade arbetssätten.

Avdelningen för hemtjänst

Under året har det varit två Lex Maria inom avdelningen. Det rörde sig om en incident vid ett lyftmoment, samt en läkemedelsavvikelse. Det har förekommit en lex Sarah som rörde fördröjd insats vid larm. Implementeringen av Lifecare avvikelssystem har underlättat avvikelsehanteringen, och systemet används nu även för att registrera klagomål och synpunkter. Detta har förbättrat transparensen och uppföljningen av inkomna ärenden.

Avdelningen för hälso- och sjukvård

Totalt har 4 Lex Maria anmälningar gjorts till IVO som rör sjuksköterskeenheten under året, anmälningar rör förväxling av ordinationshandling, förväxling av läkemedel, läkemedel givna utan ordination samt utebliven

bedömning. Åtgärder för samtliga anmälningar är gjorda. Majoriteten av alla avvikelser är inom läkemedelsområdet, åtgärder som har arbetats med under året är:

- Nya lokala läkemedelsrutiner har tagits fram samt en översyn av läkemedelsrummen är gjorda på alla enheter.
- Som ett led i en säker läkemedelshantering behöver även delegeringsutbildningen göras om vilket Medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetshandledare för HSL påbörjat under hösten.

Rehabenheten har identifierat bristande följsamhet till ordinationer. Några allvarliga avvikelser visar på stora brister i hantering av personlyft. Två sjukgymnaster har under hösten tagit fram en digital utbildning som ska implementeras under 2025 med tillhörande praktisk utbildning. Under senhösten har avvikelsemodulen i Lifecare införts och i samband med detta har arbete påbörjats med kollegialutbildning inom avdelningen för att utreda avvikelser. Arbetet kommer fortgå under 2025.

Avdelningen för äldreboende

Den dominerande typen av avvikelse handlar om fall. Det gäller samtliga enheter. Därefter kommer avvikelser runt läkemedel, felaktigdos eller utebliven dos. Uppföljning av avvikelser sker på framförallt på teamträffar och på APT för att förhindra upprepning och lära av misstag. Regelbundna riskbedömningar görs via Senior Alert, och åtgärder som rörelselarm och tätare tillsyn används för att minska fallolyckor. Totalt tretton lex Sarah-utredningar har genomförts under året, vilket är i paritet med 2023. Av dessa tretton utredningar gällde tre brister i tillsyn, sex brister i bemötande, tre brister i omvårdnad och en misstanke om stöld/förlust av privata medel. Utredningarna har resulterat i förbättringsåtgärder i verksamheterna i syfte att motsvarande avvikelser inte ska uppstå på nytt. Synpunkter och klagomål framförs ofta muntligt från anhöriga. Hantering av dessa sker i dialog med anhörig och åtgärder vidtas då behov och skäl finns. Ersättningsanspråk för förlorade egna medel (värdesaker, pengar) riktas mot kommunen och följsamhet till gällande riktlinjer och rutiner bör uppmärksammas.

Avvikelser

Nedanstående tabeller redovisar fördelningen över inkomna avvikelser och de olika formerna för avvikelser. Under 2024 har det inkommit fler avvikelser inom samtliga lagrum och den största ökningen är inom SoL vilket kan bero på införandet av ett nytt verksamhetssystem för att rapportera avvikelser vilket har blivit enklare. Även ett aktivt arbete med att säkerställa följsamhet till rapportering och vikten av att rapportera avvikelser rörande avvikelser kan vara en bidragande orsak till den ökade mängden avvikelser. En annan orsak kan vara att det förekommit fler händelser men detta går inte att säkerställa. Statistik runt avvikelser kommer fortsatt att följas i sektorn.

Samtliga avvikelser	2022	2023	2024
SoL	271	275	546
LSS	93	111	179
HSL	4258	5133	5213
Information och Personuppgiftsincident	22	38	53

	2022	2023	2024
SoL			
Bemötande	21	22	55
Dokumentation	16	14	38
Intern info. samverkan	32	13	25
Klagomål/Synpunkter	66	64	113
Vård/Stöd/Rehab	98	162	310
LSS			
Bemötande	4	15	37
Dokumentation	12	5	9
Intern info. samverkan	4	10	9
Klagomål/Synpunkter	17	39	47
Vård/Stöd/Rehab	41	42	69
HSL			
Bemötande	10	11	7
Dokumentation	39	42	37
Intern info. samverkan	15	23	39
Klagomål/Synpunkter	36	42	48
Vård/Stöd/Rehab	88	104	181

Fall	2898	3054	2892
Läkemedel	1115	1634	1795
Hjälpmedel/MTP	57	66	90
Resor	84	56	20
Till annan vårdgivare	121	101	124

Ärenden patientnämnden	2022	2023	2024
Antal ärenden	2	1	0

Utöver redovisade avvikelser har det rapporterats 58 stycken avvikelser där det inte har uppgetts vilket lagrum som händelsen har inträffat i, dessa avvikelser har rapporterats på olika avvikelse typer och redovisas inte i tabellerna ovan.

Händelser och vårdskador (lex Sarah och lex Maria)

Lex Sarah

Under 2024 har 22 händelser rapporterats enligt lex Sarah vilket är ungefär i samma nivå som 2023. . Händelserna omfattar förlust av privata medel, brist i utförande, bemötande, tillsyn, och utebliven insats.

Lex Sarah			
År	SoL	LSS	Totalt
2020	6	4	10 + 1 privat
2021	7	7	14 + 1 privat
2022	6	8	14 + 0 privat
2023	21	2	23 + 0 privat
2024	14	8	22 + 0 Privat

Lex Maria

Under 2024 har 10 händelser lex Maria anmälan upprättats och skickats till inspektionen för vård och omsorg. Händelserna omfattar förväxling av ordinationshandling, brist i utförda delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder och brist i läkemedelshantering.

Risikanalys

Risikanalys 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 året har en översyn av kvalitetsledningssystemet genomförts och ett nytt IT- stöd kommer föras in under 2025. Vid översynen har det identifierats att egenkontroller behöver ske med mer regelbundenhet vilket har resulterat i att egenkontroller kommer att fördelas tertialvis under 2025. Egenkontrollerna har även fördelats i olika områden för att kunna arbeta mer systematiskt med kvalitet. Även tidigare egenkontroll rörande genomförandeplan som har rapporteras tertialvis under 2023 och 2024 kommer fortsättningsvis att rapporteras tertialvis som en indikator.

Under 2024 har arbetet med riskanalyser pågått och till följd av införandet av ett nytt system för avvikelshantering har riskbedömning och analys blivit tydligare. Fortsatt arbete med att även genomföra riskbedömningar och analyser i det nya IT stödet för kvalitetsledningssystem kommer fortgå under kommande år.

Arbetet med en ökad brukarmedverkan har fortgått under 2024. Under 2025 kommer vi att arbeta vidare med att säkerställa att varje brukare får det stöd och den närvaro de behöver inom personlig assistans. Inom korttidshem LSS kommer man under 2025 att arbeta för att förbättra både kontakten och kommunikationen med vårdnadshavare för att skapa en mer öppen och stödjande dialog. Under 2025 kommer vi att följa upp arbetssättet med systematiska boråd och se till att vi ständigt förbättrar och anpassar det för att ge brukarna ännu mer delaktighet och inflytande. Förbättrad kommunikation är ett fokusområde för 2025 inom daglig verksamhet. Vi kommer att arbeta med att stärka kommunikationen mellan brukare och personal för att skapa en ännu mer effektiv och stödjande verksamhet.

Under 2025 kommer vi att genomföra systematiska Boråd inom särskilt boende för äldre på alla enheter för att ge brukarna mer direkt inflytande och möjligheter att påverka sin vardag. Enhetscheferna inom hemtjänst kommer under 2025 att arbeta vidare med att förbättra kontakten och ge brukarna mer inflytande i sitt vardagsnära stöd, samt att uppmärksamma förändrade behov för att kunna erbjuda bättre och mer individanpassad hjälp.

Under 2025 kommer vi inom hälso- och sjukvård att påbörja arbetet med patientmedverkan, ett viktigt steg för att ge våra patienter mer inflytande och ansvar i sin egen vård.

Till följd av att det under 2023 inkom flera lex Sarah rapporter som rörde brister i bemötande har det under 2024 startas upp utbildning inom bemötande som kommer fortgå under 2025. De grupper som påbörjat utbildningen i bemötande har varit personal från särskilt boende för äldre.

Inom området dokumentation råder fortfarande en viss osäkerhet till följd av införandet av ett nytt verksamhetssystem inom HSL vilket innebär nya arbetssätt i dokumentation för legitimerad personal samt för vård- och omsorgspersonalen. Fördjupningsutbildning i dokumentation för legitimerad personal påbörjades hösten 2024 och kommer att fortgå under våren 2025. Under 2025 kommer fokus att vara att kvalitetssäkra dokumentationen samt att utbilda och kompetensförsörja samtlig personal inom området för dokumentation.

Arbetet rörande avvikelser och införandet av det nya avvikelssystemet kommer att följas och utvecklas under 2025.

Under 2025 kommer arbetet påbörjas med införandet av ett nytt delegeringssystem i verksamhetssystemet. Införande kommer att innebära nya arbetssätt vid utfärdande av delegering för både legitimerad personal samt för vård- och omsorgspersonalen. En ny delegeringsutbildning för vård- och omsorgspersonal kommer att tas fram och implementeras under 2025.

Vad gäller digitalisering och AI lösningar strävar sektor vård och omsorg inom Skövde kommun efter att stärka vård- och omsorgssektorns förmåga att möta framtidens behov genom innovativa lösningar inom välfärdsteknik och AI. Målen för 2025 inkluderar ökad digital tillgänglighet, effektivisering av arbetsuppgifter och förbättrat beslutsstöd. Fokus ligger på att erbjuda AI-baserade lösningar som exempelvis automatiserar repetitiva uppgifter, analyserar data för att stödja beslut och säkerställer att medarbetare snabbt får tillgång till rätt information.

Välfärdstekniken ska vidareutvecklas med satsningar på tillsyn dagtid via videosamtal och ett bibliotek för test av tekniska lösningar. Strategierna omfattar också förberedelser för ett nytt trygghetslarmsavtal och förbättringar av IT-säkerheten genom bland annat tvåfaktorsautentisering. Kommunen kommer att prioritera kompetensutveckling för personal, integritetsskydd och kvalitetssäkring i alla tekniska lösningar.