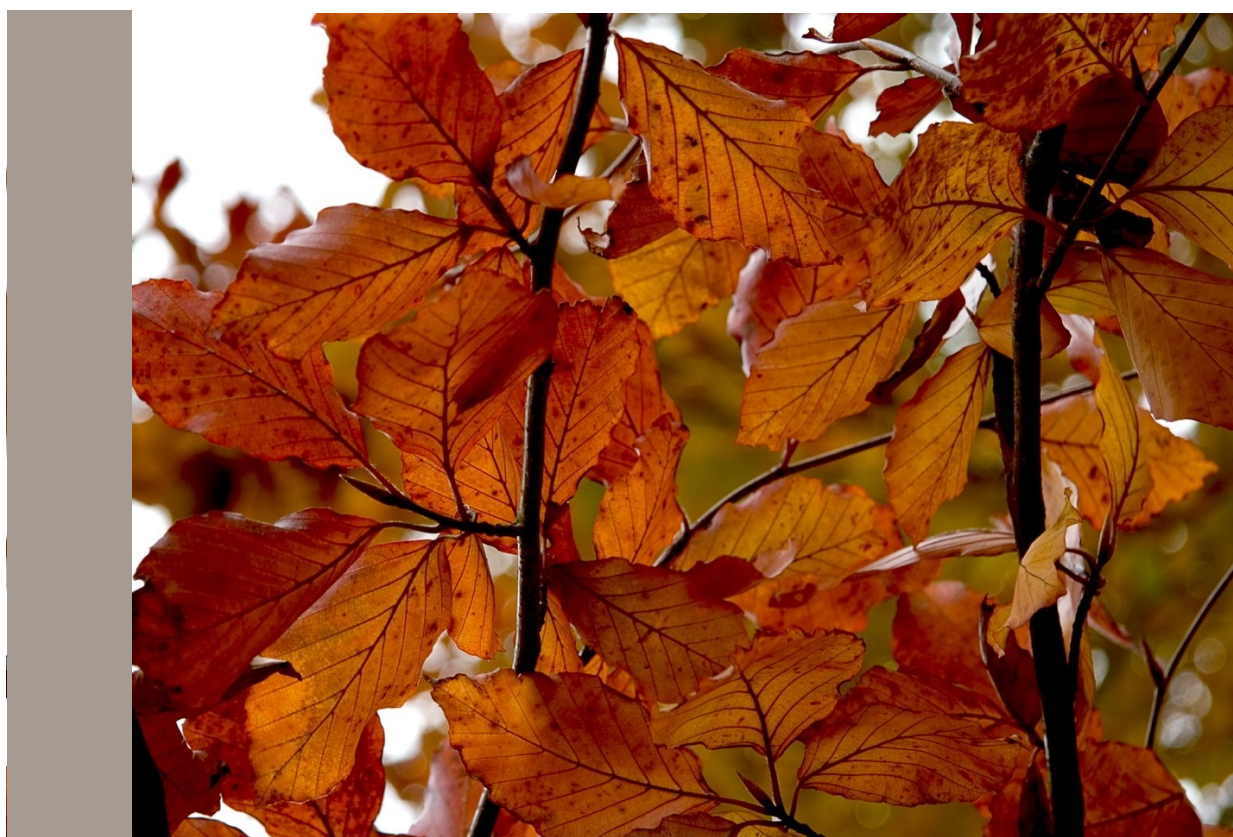


Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2023

Sektor vård och omsorg



Innehåll

| | |
|--|----|
| Innehåll..... | 2 |
| Inledning..... | 4 |
| Sammanfattning | 4 |
| Nämndens målbild..... | 5 |
| Organisation och ansvar | 6 |
| 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 |
| Processorienterat arbetssätt..... | 9 |
| Processarbete 2023 | 9 |
| Systematiskt förbättringsarbete | 10 |
| Förbättringar | 10 |
| Individens behov i centrum (IBIC) | 12 |
| Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2023..... | 12 |
| Dokumentation | 12 |
| Säkra kvalitet för brukarna..... | 12 |
| Individbaserad systematisk uppföljning | 13 |
| Fast omsorgskontakt..... | 13 |
| Övergång till nytt verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård..... | 13 |
| Följsamhet till hygienregler..... | 13 |
| Verksamhetsbesök internt..... | 14 |
| Verksamhetsbesök externa utförare | 14 |
| Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) | 14 |
| Senior Alert..... | 14 |
| Samverkan för att för att förebygga kvalitetsbrister och vårdskador | 15 |
| Brukarens/patientens och närståendes delaktighet | 15 |
| Välfärdsteknik | 16 |
| Medarbetarens rapporteringsskyldighet..... | 16 |
| Klagomål och synpunkter..... | 16 |
| Egenkontroll..... | 17 |
| Sammanfattning av egenkontrollerna..... | 25 |

| | |
|---|----|
| Kvalitetsrapport..... | 27 |
| Bemanning och kompetens..... | 27 |
| Avdelningen för personlig assistans..... | 27 |
| Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet..... | 27 |
| Avdelningen för hemtjänst och hälso- och sjukvård..... | 27 |
| Avdelningen för äldreboende..... | 27 |
| Systematiskt kvalitetsarbete..... | 28 |
| Avdelningen för personlig assistans..... | 28 |
| Avdelningen för bostad med särskild service..... | 28 |
| Avdelningen för hemtjänst och hälso- och sjukvård..... | 28 |
| Avdelningen för äldreboende..... | 28 |
| Avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria..... | 29 |
| Avdelningen för personlig assistans..... | 29 |
| Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet..... | 29 |
| Avdelningen för hemtjänst och hälso- och sjukvård..... | 29 |
| Avdelningen för äldreboende..... | 29 |
| Avvikelser..... | 30 |
| Händelser och vårdskador (lex Sarah och lex Maria)..... | 32 |
| Lex Sarah..... | 32 |
| Lex Maria..... | 32 |
| Riskanalys..... | 32 |
| Mål och strategier för patientsäkerhet- och kvalitetsarbetet under kommande år..... | 33 |

Bilagor kvalitetsrapport från respektive avdelning

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

2023 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 2023 innefattar dokumentation, kvalitetssäkring för brukarna, undersköterskekrav på fast omsorgskontakt, övergång av verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård, följsamhet till hygienregler, verksamhetsbesök internt och externa utförare, BPSD och Senior alert. Sektorn bedriver samverkan både internt och externt. Brukarens/patientens och närståendes delaktighet har kartlagts och ett förbättringsarbete pågår. 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 avdelningsnivå samt bifogas i sin helhet på avdelningsnivå i bilagor. Avvikelser, lex Sarah, lex Maria och ärenden patientnämnden i sektorn under året redovisas i text och tabellform. Mål och strategier för kommande år beskrivs.

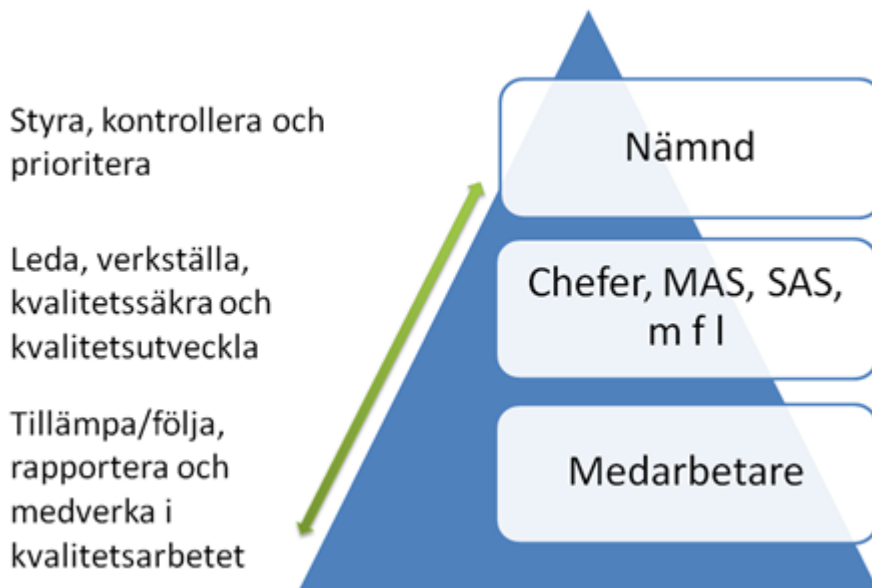
Nämndens målbild

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

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.

Kvalitet- och utvecklingschef

Kvalitet- och utvecklingschef 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 utvecklingschef 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 (SOFSS 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 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 2023

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

| PROCESSER |
|--------------------------------------|
| Hälso- och sjukvård |
| Rehabilitering (hälso- och sjukvård) |
| Särskilt boende äldre |
| Personlig assistans |
| 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

Bemanning SVO

Kontaktperson

Daglig verksamhet

Hemtjänst

Systematiskt förbättringsarbete

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

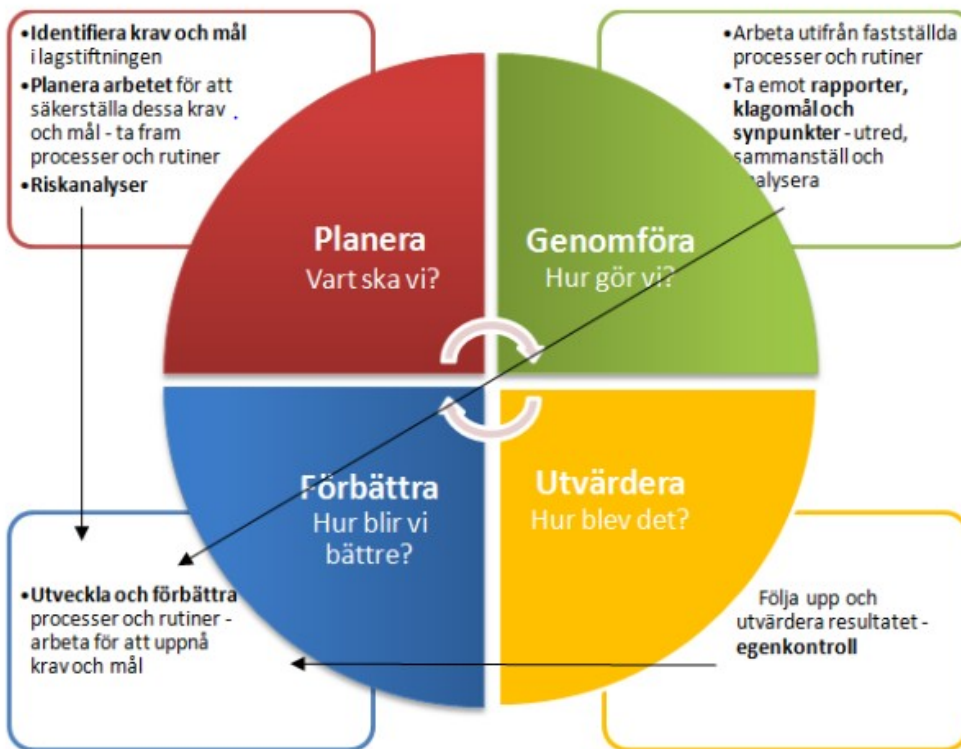
- Riskanalyser
- Egenkontroll
- Utredning av avvikelser

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 2023

Dokumentation

En kvalitetsgranskning har under året genomförts på biståndsenheten. Totalt granskades två ärenden per handläggare både SoL och LSS. Utredningarna är slumpmässigt framtagna och en granskningsmall användes. Granskning av övrig dokumentation har under 2023 genomförts i samband med verksamhetsbesök och vid särskilda händelser. Dokumentation granskas även vid avvikelser, journalutlämningar och vissa utbildningssatsningar.

Under året har dokumentationsombudsträffar genomförts både under vår och höst för samtliga dokumentationsombud. Innehållet har anpassats efter behov och efterfrågan. Utbildningar inom dokumentation har genomförts fortlöpande vilket innefattar både grundutbildning IBIC samt fördjupningsutbildning i genomförandeplan. Utbildning att upprätta genomförandeplan har även genomförts för korttid äldre och särskilt boende för äldre. Vid verksamhetsbesök görs stickprov på dokumentationen och där man på specifika enheter får genomgång i vad en enskild enhet behöver förbättra i sin dokumentation. Under hösten 2023 har verksamhetssystemet Lifecare HSL införts vilket innebär ett förändrat sätt att dokumentera inom kommunal hälso- och sjukvård. Utbildningsinsats runt införandet har genomförts och superanvändare har utbildats och även en utbildningsfilm för vård och omsorgspersonal.

Säkra kvalitet för brukarna

Under 2022 uppmärksammades genom lex Sarah och lex Maria utredningar att stödet till brukarna behöver kvalitetssäkras utifrån att brukarens självbestämmande och brukarens behov av stöd. Det identifierades att självbestämmandet har lett till att brukare som återkommande avböjer stöd inte fått sitt behov av stöd tillgodosett. Under 2023 har en checklista tagits fram för att kunna kvalitetssäkra att de brukarna som avböjer stöd uppmärksammas och att man med hjälp av checklistan kan arbeta på ett mer individbaserat och kvalitetssäkrat sätt för att belysa behoven. Genom att arbeta systematiskt med delaktigheten i genomförandeplanen framkommer brukarens delaktighet tydligare.

Individbaserad systematisk uppföljning

Arbetsättet individbaserad systematisk uppföljning (ISU) infördes under 2022. Arbetsättet 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 2023 har arbetet fortsatt med att implementera och integrera ISU som en del i löpande kvalitetsarbetet, till exempel i våra processarbeten. Ett utbildningskoncept har även tagits fram för att kunna sprida kunskapen om ISU i våra verksamheter.

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. Under 2023 har man inom hemtjänsten tillsett att det är undersköterskor som är fast omsorgskontakt till brukaren, dock finns en utmaning i att ha tillräckligt många undersköterskor i rollen och idag är det inte 100 % undersköterskor.

Övergång till nytt verksamhetssystem för kommunal hälso- och sjukvård

Under 2023 har verksamhetssystemet för kommunal hälso- och sjukvård flyttats över till Lifecare HSL. Samtliga journaler har under hösten 2023 flyttats över från Procapita till Lifecare HSL. Arbetsgruppen har under 2023 arbetat med att skapa frastexter utifrån Socialstyrelsens klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). I samband med att sektorn bytte verksamhetssystem har en kvalitetshöjande insats i form av att dokumentationen struktureras utifrån KVÅ (utredande och behandlande åtgärder) samt internationell klassifikation av funktionstillstånd (ICF). Införandet har förlöpt väl enligt plan.

Följsamhet till hygienregler

Under 2023 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. Sektorn deltar varje år i punktprevalensmätning (PPM) i basala hygienrutiner och klädregler.

Verksamhetsbesök internt

Under 2023 har MAS och SAS genomfört verksamhetsbesök internt i form av dialogmöten med olika enheter. Under 2023 har det genomförts några färre till följd av införande av nytt verksamhetssystem och andra faktorer. 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 2023 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.

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 2022 | 340 | 221 |
| SÄBO 2023 | 429 | 285 |

Under 2023 har 45 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. Även under 2023 är det främst särskild boende för äldre som använder 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 registreringen. Under 2023 har frågan börjat utredas och under 2024 kommer ett förslag tas fram på hur och om registret ska fortsätta att användas.

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 2023 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

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 under 2023 avslutat inventeringsfasen där vi har en god bild av utförarverksamheternas nivå av brukarinflytande. Vi har påbörjat genomförandefasen för att stödja de olika utförardelarna av verksamheten sektor vård- och omsorg i arbetet med brukarens/patientens och närståendes delaktighet. Systematiskt arbete med förbättringar i processarbetet utifrån brukarundersökningarnas resultat är nu ett arbetssätt som kommer användas inom både äldreomsorg och stora delar av LSS. Inom korttid LSS medverkar även brukare som en del i arbetsgruppen i processarbetet.

Välfärdsteknik

För att öka kommuninvånarens delaktighet, självständighet och trygghet används välfärdsteknik på olika sätt i verksamheten. Arbetet med att implementera användandet av välfärdsteknik i kvalitetsledningssystemet har påbörjats under 2023. En plan för digitalisering och användandet av välfärdsteknik 2024-2028 är beslutad under 2023 och en aktivitetsplan är kopplad till detta. Aktivitetsplanen revideras med regelbundenhet. Systematiska arbetsätt för att kvalitetssäkra användandet av välfärdsteknik, följa upp effekter och utvärdera införandet har tagits fram och ska testas under kommande år. De fokusområden som varit under 2023 har varit att öka användandet av läkemedelsautomater, digital natttillsyn samt positioneringslarm. Fokusområden för 2024 är fortsatt implementering runt digital natttillsyn, utbyte av trygghetslarm till mobila trygghetslarm och GPS larm. I övrigt kommer även fler moduler i verksamhetssystemet införas succesivt under året

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 2023 års egenkontroll redovisas på följande sidor.

Egenkontroll kvalitet - 2023 (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 åtgärdas som en förbättring. Webbintrouktionsutbildningen är inte tillräcklig som information utan bör fördjupas med diskussion och praktisk hjälp i system. | <p>93 % 5 % 1 % 1 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 79 (st) ● Delvis 1 (st) ● Vet ej 1 (st) ■ Ej svarat 4 (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, arbetsätt samt att vid behov förändra arbetsätt, 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>79 % 15 % 5 % 1 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 66 (st) ● Delvis 13 (st) ● Vet ej 1 (st) ■ Ej svarat 4 (st) | |
| | Genomför all personal årligen den webbaserade introduktionsutbildningen? | Enligt beslut av ledningsgruppen ska all personal årligen genomföra samtliga delar i den webbaserade introduktionsutbildningen | <p>84 % 6 % 5 % 5 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 66 (st) ● Delvis 4 (st) ● Vet ej 5 (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>75 % 14 % 5 % 5 % 1 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 59 (st) ● Delvis 11 (st) ● Vet ej 1 (st) ■ Nej 4 (st) ■ Ej svarat 4 (st) | |
| | Arbetar verksamheten aktivt med att få in synpunkter och hantera dem genom brukar/patientmedverkan? | Förbättringsarbete bör ske tillsammans med de vi är till för. | <p>70 % 19 % 5 % 5 % 1 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 59 (st) ● Delvis 16 (st) ● Vet ej 1 (st) ■ Nej 4 (st) ■ Ej svarat 4 (st) | |
| | Dokumentation | Har alla patienter en aktuell hälsoplan? | Patient är en individ som har kommunal hälso- och sjukvård. 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. Enhetschef stämmer av omvårdnadsansvarig sjuksköterska att patienten har en aktuell hälsoplan. | <p>68.83 % 18.18 % 6.49 % 3.9 % 2.6 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 53 (st) ● Delvis 2 (st) ● Vet ej 14 (st) ■ Nej 3 (st) ■ Ej svarat 5 (st) |

| Område | Frågor | Förtydligande av fråga | Svar, Andel | Svar, Antal | Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|------------------------------------|--|--|---|--|----------|-----------------------|
| | Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inlåst eller så att inte obehöriga kan läsa den? | <i>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.</i> | <p>6 % 6 % 1 % 1 % 85 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 67 (st) ● Delvis 1 (st) ● Vet ej 1 (st) ● Nej 5 (st) ● Ej svarat 5 (st) | | |
| | Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner? | <i>Enhetschefen ska godkänna genomförandeplanen innan brukaren tar del av planen. Detta dokumenteras i Procapita/Lifecare med en färdig frastext i anteckningarna.</i> | <p>4 % 3 % 5 % 88 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 68 (st) ● Delvis 4 (st) ● Nej 2 (st) ● Ej svarat 3 (st) | | |
| | Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförare där samtliga dokument förvaras? | <i>Inkomna och upprättade dokument såsom nyckelkvittens, samtycken, egenvårdsbeslut mm ska förvaras samlat och säkert.</i> | <p>4 % 3 % 1 % 1 % 91 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 70 (st) ● Delvis 1 (st) ● Vet ej 1 (st) ● Nej 2 (st) ● Ej svarat 3 (st) | | |
| | Har alla brukare en utskriven aktuell genomförandeplan i vård- och omsorgspärmen | <i>Genomförandeplanen behöver finnas i pärmen för att säkra tillgången på information.</i> | <p>4 % 1 % 1 % 8 % 86 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 66 (st) ● Delvis 6 (st) ● Vet ej 1 (st) ● Nej 1 (st) ● Ej svarat 3 (st) | | |
| Kvalitetsarbete/samverkan - intern | Genomförs teamträffar regelbundet enligt rutin? | <i>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.</i> | <p>5,97 % 2,99 % 91,04 %</p> <p>Ja Delvis Vet ej Nej Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 61 (st) ● Delvis 2 (st) ● Ej svarat 4 (st) | | |
| | Har alla brukare en utsedd kontaktman, SoL eller ansvarig (stöd)assistent, LSS? | <i>Enligt rutin ska brukaren i samband med uppstart av insats tilldelas och presenteras för en kontaktman/ansvarig (stöd-) assistent enligt uppdrag.</i> | <p>8,16 % 91,84 %</p> <p>Ja Vet ej Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 45 (st) ● Ej svarat 4 (st) | | |

| Område | Frågor | Förtydligande av fråga | Svar, Andel | Svar, Antal | Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|--------|--|--|---|--|----------|-----------------------|
| | Är kontaktman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren? | Den enskilde ska känna till vem utsedd kontaktman/ansvarig (stöd)assistent och möjlighet till en god kontakt med denna. | <p>91,18 % 4,41 % 1,47 % 2,94 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 62 (st) ● Delvis 2 (st) ● Vet ej 1 (st) ■ Ej svarat 3 (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>89,61 % 3,9 % 2,6 % 3,9 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 69 (st) ● Delvis 3 (st) ● Vet ej 2 (st) ■ Ej svarat 3 (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>81 % 5 % 9 % 5 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 63 (st) ● Delvis 4 (st) ■ Nej 7 (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>95 % 5 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 81 (st) ■ Ej svarat 4 (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 vardagssituationer. | <p>95 % 5 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 81 (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>87 % 5 % 5 % 4 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 74 (st) ● Delvis 3 (st) ● Vet ej 4 (st) ■ Ej svarat 4 (st) | | |

| Område | Frågor | Förtydligande 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 | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 47 (st) ● Delvis 4 (st) ● Vet ej 21 (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 hanterar gåvor till kaffekassa, tårtor och enskilda gåvor ex chokladask mm | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 77 (st) ● Delvis 2 (st) ● Nej 2 (st) ● Ej svarat 4 (st) | | |
| | Har alla brukare en utsedd kontaktman (fast omsorgskontakt)? | Det är lagkrav. Kommentera hur många brukare som saknar utsedd kontaktman och orsak till detta. | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 16 (st) | | |
| | Har alla brukare en kontaktman (fast omsorgskontakt) med undersköterskekompetens? | Det är lagkrav från 1 juli 2023. Kommentera hur många brukare som saknar utsedd kontaktman med undersköterskekompetens och orsak till detta. | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 14 (st) ● Delvis 1 (st) ● Nej 1 (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. | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 59 (st) ● Delvis 5 (st) ● Nej 9 (st) ● Ej svarat 5 (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. | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 60 (st) ● Delvis 3 (st) ● Vet ej 1 (st) ● Nej 8 (st) ● Ej svarat 5 (st) | | |

| Område | Frågor | Förtydligande av fråga | Svar, Andel | Svar, Antal | Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|------------------------------------|---|--|--|---|----------|-----------------------|
| 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>7,25 % 2,9 % 1,45 % 26,09 % 62,32 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Vet ej ■ Nej □ Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 43 (st) ● Delvis 18 (st) ◆ Vet ej 1 (st) ■ Nej 2 (st) ■ Ej svarat 5 (st) | | |
| | Finns uppdaterad information om enheten/verksamheten på hemsidan, skovde.se? | Medborgarna ska ha tillgång till aktuell och lättåtkomlig information. | <p>5 % 5 % 9 % 81 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Vet ej ■ Nej □ Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 64 (st) ● Delvis 7 (st) ◆ Vet ej 4 (st) ■ Ej svarat 4 (st) | | |
| 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. | <p>25 % 50 % 25 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis □ Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 2 (st) ● Delvis 1 (st) ■ Ej svarat 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. | <p>25 % 50 % 25 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis □ Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 2 (st) ● Delvis 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? | <p>4,94 % 6,17 % 1,23 % 3,7 % 83,95 %</p> <p>■ Ja ■ Delvis ■ Vet ej ■ Nej □ Ej svarat</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 68 (st) ● Delvis 3 (st) ◆ Vet ej 1 (st) ■ Nej 5 (st) ■ Ej svarat 4 (st) | | |

| Område | Frågor | Förtydligande av fråga | Svar, Andel | Svar, Antal | Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|----------------------------------|---|--|--|---|----------|-----------------------|
| | Finns hygienombud på enheten? | Varje enhet ska ha utsett hygienombud som är känt för personalen på enheten och arbetar aktivt med hygienfrågor | <p>87.8 % 4.88 % 4.88 % 2.44 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 72 (st) ● Delvis 2 (st) ● Nej 4 (st) ● Ej svarat 4 (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. | <p>91 % 5 % 4 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 75 (st) ● Delvis 3 (st) ● Ej svarat 4 (st) | | |
| | Byter all personal om på enheten? | Arbetskläderna ska enbart användas på arbetsplatsen. Alla ska byta om på arbetsplatsen. | <p>84 % 11 % 5 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 68 (st) ● Delvis 9 (st) ● Ej svarat 4 (st) | | |
| | Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen? | Tvätt av arbetskläder ska ske på arbetsplatsen och i minst 60 grader. | <p>76 % 16 % 7 % 1 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 62 (st) ● Delvis 13 (st) ● Nej 1 (st) ● Ej svarat 6 (st) | | |
| Skydds- och begränsningsåtgärder | Används checklistan för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder årligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda? | Begränsningsåtgärder är exempelvis dörrlarm, sensorlarm, larm-matt, lås. Anhöriga och gode män räknas inte som samrådspartner. Om enheten inte använder begränsningsåtgärder svara Vet ej. | <p>78 % 14 % 4 % 3 % 1 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 60 (st) ● Delvis 1 (st) ● Vet ej 11 (st) ● Nej 2 (st) ● Ej svarat 3 (st) | | |
| IBIC | Har införandet av arbetsmodellen IBIC inneburit förändrat arbetssätt med brukarna? | Arbetsmodellen IBIC ska leda till ökad delaktighet och inflytande för brukaren som ökar möjligheten till självständighet. | <p>55 % 24 % 12 % 5 % 4 %</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 42 (st) ● Delvis 18 (st) ● Vet ej 9 (st) ● Nej 4 (st) ● Ej svarat 3 (st) | | |

| Område | Frågor | Förtydligande av fråga | Svar, Andel | Svar, Antal | Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|----------------------|---|--|-------------|--|--|-----------------------|
| 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? | 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. | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 42 (st) ● Delvis 4 (st) ● Vet ej 15 (st) ● Nej 10 (st) ● Ej svarat 5 (st) | | |
| | Inhämtas skriftligt beslut om egenvård vid ansökan om stöd vid egenvård i samband med SoL eller LSS? | 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. | | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 1 (st) | |
| Uppföljning insatser | Erbjuder enheten anpassade aktiviteter och utställelser för dem som önskar? | I särskilda boende former ingår det att det finns tillgång till viss social gemenskap och kultur/fritid samt möjlighet att vistas utomhus | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 41 (st) ● Delvis 3 (st) ● Ej svarat 3 (st) | | |
| | Skер 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. | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 34 (st) ● Delvis 6 (st) ● Nej 6 (st) | | |
| | Skер 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. | | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ja 45 (st) ● Delvis 13 (st) ● Vet ej 2 (st) ● Nej 14 (st) ● Ej svarat 3 (st) | |

Sammanfattning av egenkontrollerna

Vid egenkontrollen 2022 identifierades att inom området för dokumentation framkommer det att enheterna behöver säkerställa att alla patienter har en aktuell hälsoplan. I egenkontroll för 2023 redovisas ett bättre resultat där fler patienter har en aktuell hälsoplan.

2022 års egenkontroll identifierar att alla enhetschefer godkänner inte genomförandeplanerna och det saknas utförarakter inom en del enheter. 2023 års egenkontroll visar att fler enhetschefer godkänner genomförandeplanen än tidigare vilket är positivt. Utförarakter saknas fortfarande inom vissa enheter en marginell förbättring identifieras 2023.

Uppföljningen inom kvalitetsarbete/samverkan -internt visar i 2022 års egenkontroll att ansvarig kontaktman inte är känd för brukaren inom alla enheter, vilket behöver kvalitetssäkras. I 2023 års egenkontroll framkommer att kontaktmannen är helt eller delvis känd för brukaren vilket är en förbättring sedan 2022.

Hantering av privata medel visar i 2022 års egenkontroll ett sämre resultat på grund av att alla enheter inte hanterar privata medel, det samma gäller nyttjandet av tolk. Vilket kvarstår även under 2023 års egenkontroll.

Samtliga enheter ska ha regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten med legitimerad personal vilket resultatet fortsatt påvisar att vissa enheter saknar. Följsamhet till rutin för regelbundna teammöten behöver säkerställas. En behovsinventering och översyn är påbörjad under 2023 och kommer fortgå under 2024.

I 2023 års egenkontroll framkommer att om personal är delaktig vid utredning/analys av avvikelser svarar några nej och delvis. I föregående års egenkontroll svarade samtliga ja. Detta identifieras som ett förbättringsområde och som en del i arbetet runt avvikelser i sektorn under 2024.

På frågan som berör om all personal genomför webbutbildningen svarar en större andel än under 2022 vet ej. Detta beror troligtvis på att flera enhetschefer är nya i sina roller och inte har fullt ut kunskap om årshjulet.

Nya frågor som tillkommit i 2023 års egenkontroll berör om det finns en utskriven genomförandeplan i brukarens vård och omsorgspärm där ingen svarar nej men en mindre andel 8% svarar vet ej. Övriga svarar ja.

Som ett led i arbetet runt brukarmedverkan finns en ny fråga runt att hantera inkomna synpunkter genom brukar/patientmedverkan och på den frågan har 70% svarat ja och 19% delvis, 5 % svarar nej och 1 % svarar vet ej. Detta kommer tas med i arbetet runt brukarmedverkan under 2024.

En ny fråga som enbart hemtjänsten har svarat på utifrån kravet på fast omsorgskontakt är om alla brukarna har en utsedd kontaktman (fast omsorgskontakt) där svarar samtliga enheter ja. En följdfråga till den är om den utsedda kontaktmannen (fast omsorgskontakt) har undersköterskekompetens och där svarar 81% ja, detta är ett förbättringsområde då det sedan 1 juli 2023 är lagkrav på undersköterskekompetens.

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. De fullständiga rapporterna för avdelningarna bifogas som bilagor.

Bemanning och kompetens

Avdelningen för personlig assistans

Inom avdelningen personlig assistans och korttidshem är det låg personalomsättning och få vakanta rader. Avdelningen har under året genomfört anpassade utbildningar men behöver en plan för hur kompetensutveckling överensstämmer med nuvarande och framtida behov.

Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet

Bemanning är en utmaning inom avdelningen och det pågår rekrytering till både stödassistenter och stödpedagoger. Avdelningen arbetar med att säkerställa bemanning efter brukarnas behov.

Kompetenshöjande åtgärder har genomförts med stöd av utvecklingsenheten utifrån identifierade behov inom avdelningen.

Avdelningen för hemtjänst och hälso- och sjukvård

Inom avdelningen har det under året varit en hög personalomsättning både bland medarbetare och chefer. Den höga personalomsättningen har bidragit till svårigheter runt kontinuitet utifrån kompetens.

En ny enhet har öppnats inom hemtjänst till följd av utökat antal brukare och på en enhet har det minskats med en enhetschef. Avdelningen har arbetat med att kompetenshöjande åtgärder bland annat inom sårvård, hygien, HLR och dokumentation.

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.

Avdelningen har under hösten förberett ledning och personal på Stiftelsen Skaraborgs läns sjukhem på verksamhetsövergång till Skövde kommun. På vissa enheter har personalomsättningen varit stor och rekrytering av nya undersköterskor nödvändig. Rent generellt är omsättningen hög och rekryteringsbehovet är konstant högt.

Äldreomsorgslyftet har gett möjlighet för ca 30 vårdbiträden att fr.o.m. hösten-23 påbörja utbildning till att få behörighet till undersköterska.

Utbildning för dokumentationsombud med anledning av förändrat arbetssätt med genomförandeplaner har genomförts även under 2023.

Förändrat arbetssätt har resulterat i ett avsevärt bättre resultat i fråga om förekomst av aktuella genomförandeplaner för våra brukare.

Kompetenshöjande insatser har genomförts inom flera olika områden såsom bemötande vid demenssjukdom, dokumentation, hygien, förebyggande munhälsa och BPSD.

Systematiskt kvalitetsarbete

Avdelningen för personlig assistans

Avdelningen arbetar med processarbete som bidrar till struktur, samsyn och tydlighet. Utmaningar kvarstår i att få arbetet kring genomförandeplaner att fungera. Avdelningen behöver fortsätta arbeta med egenvårdsfrågor, teammöten, följsamhet till avvikelserapportering och samarbetet med handläggare.

Avdelningen för bostad med särskild service

Avdelningen fungerar som en samplaneringsgrupp och arbetet med resursspass fungerar tillfredställande vilket ses som en kvalitetssäkring. Egenvårdsfrågor är en fortsatt utmaning för verksamheten. Ett behov av att förbättra samverkan mellan handläggare och utförare identifieras.

Avdelningen för hemtjänst och hälso- och sjukvård

Det har varit viss omsättning på chefer vilket gör att det systematiska kvalitetsarbetet fungerar olika i avdelningen. Avdelningen behöver arbeta med resultatet av brukarundersökningar, egenkontroller kring kvalitet, samt de olika måtten i hemtjänstprocessen. Förbättringsarbete har främst skett i processarbetet samt vid avvikelser/lex Sahrör där brister framkommit.

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.

Avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria

Avdelningen för personlig assistans

Få antal avvikelser har rapporterats och har hanterats på respektive enhet. Några av de avvikelser som rapporterats har rört resor och en arbetsgrupp är tillsatt för att ha en dialog med leverantören. Ingen lex Sarah eller lex Maria har förekommit på avdelningen under 2023. Ett fåtal klagomål på avdelningen. Inom Korttidshem förekommer det önskemål om aktiviteter och det försöker verksamheten tillgodose om det är inom verksamhetens uppdrag. Ett behov av att säkerställa rapportering av avvikelser inom avdelningen har identifierats och kommer att arbetas vidare med. Följsamhet till att säkerställa att beslutade insatser verkställs pågår.

Avdelningen för bostad med särskild service och daglig verksamhet

Ett område som identifierats är bemötande där kvaliteten behöver säkras och ett fortsatt arbete runt bemötande under året. Det finns behov av att bredda perspektivet runt bemötande till att omfatta även anhöriga och företrädare. För att kunna ta oro på allvar och inge trygghet och förtroende. Frågorna runt brukares självbestämmande och delaktighet över insatsen behöver förstärkas och kommer att arbetas vidare med. Det finns ett behov av få följsamhet runt beslutat arbets sätt runt skydds och begränsningsåtgärder. Inom avdelningar det förekommit två lex Sarah under året.

Avdelningen för hemtjänst och hälso- och sjukvård

Avvikelser gällande fall och läkemedel är fortsatt de dominerande avvikelse typerna inom avdelningen. Det har förekommit lex Sarah inom brister i bemötande, uteblivet stöd och fördröjd insats. Riktade åtgärder till följd av avvikelser har satts in främst på de enheter där det förekommit. Ett behov av viss kompetensförstärkning identifieras runt bemötande och meningsfulla samtal.

Avdelningen för äldreboende

Den dominerande typen av avvikelse handlar om fall. Det gäller samtliga enheter. Därefter kommer avvikelser runt läkemedel, felaktig dos eller utebliven dos. Uppföljning av avvikelser sker på framförallt teamträffar och på APT för att förhindra upprepning och lära av misstag.

Ständig dialog kring fallprevention och analys av MCSS är utvecklingsområden.

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 som föranlett utredningar enligt Lex Sarah i form av brister i bemötande har ökat under året vilket föranleder riktade åtgärder och handlingsplaner vid de enheter där detta förekommit. Fortsatt fokus på bemötandefrågor är prioriterat område i samband med utbildningsinsatser och vid APT och reflektionsmöten. Trots dessa enskilda händelser kring brister i bemötande och trygghet visar resultatet i den

nationella brukarundersökningen 2023 på en högre grad av nöjdhet kring bemötande och trygghet vid kommunens äldreboenden.

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 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|------|------|------|
| SoL | 335 | 271 | 275 |
| LSS | 107 | 93 | 111 |
| HSL | 4429 | 4258 | 5133 |
| Information och Personuppgiftsincident | 30 | 22 | 38 |

| | 2021 | 2022 | 2023 |
|------------------------|------|------|------|
| SoL | | | |
| Bemötande | 28 | 21 | 22 |
| Dokumentation | 25 | 16 | 14 |
| Intern info. samverkan | 18 | 32 | 13 |
| Klagomål/Synpunkter | 87 | 66 | 64 |
| Vård/Stöd/Rehab | 177 | 98 | 162 |
| LSS | | | |
| Bemötande | 22 | 4 | 15 |
| Dokumentation | 10 | 12 | 5 |
| Intern info. samverkan | 5 | 4 | 10 |
| Klagomål/Synpunkter | 19 | 17 | 39 |
| Vård/Stöd/Rehab | 51 | 41 | 42 |
| HSL | | | |
| Bemötande | 11 | 10 | 11 |
| Dokumentation | 47 | 39 | 42 |
| Intern info. samverkan | 36 | 15 | 23 |
| Klagomål/Synpunkter | 42 | 36 | 42 |
| Vård/Stöd/Rehab | 114 | 88 | 104 |
| Fall | 2702 | 2898 | 3054 |
| Läkemedel | 1331 | 1115 | 1634 |

| | | | |
|-----------------------|----|-----|-----|
| Hjälpmedel/MTP | 37 | 57 | 66 |
| Resor | 16 | 84 | 56 |
| Till annan vårdgivare | 93 | 121 | 101 |

| Ärenden patientnämnden | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Antal ärenden | 0 | 2 | 1 |

Händelser och vårdskador (lex Sarah och lex Maria)

Lex Sarah

Under 2023 har 23 händelser rapporterats enligt lex Sarah vilket är en större omfattning i jämförelse med 2022. Orsaken till ökningen bedöms vara en större följsamhet till rapportering vilket är positivt utifrån kvalitetssäkring och syftet med lex Sarah. Händelserna omfattar förlust av privata medel, fördröjd insats, bemötande, tillsyn, fördröjd insats, utebliven insats och myndighetsutövning.

| Lex Sarah | | | |
|-----------|-----|-----|---------------|
| År | SoL | LSS | Totalt |
| 2019 | 10 | 6 | 16 + 4 privat |
| 2020 | 6 | 4 | 10 + 1 privat |
| 2021 | 7 | 7 | 14 + 1 privat |
| 2022 | 6 | 8 | 14 + 0 privat |
| 2023 | 21 | 2 | 23 + 0 privat |

Lex Maria

Under 2023 har ingen lex Maria anmälan upprättats och skickats till inspektionen för vård och omsorg.

Risakanalys

Risakanalys används fortlöpande i det dagliga arbetet. I processarbetet görs riskanalyser i de olika stegen. Risakanalys görs vid varje avvikelse och i samband med utredning av avvikelserna. Risakanalys 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. På grund av byte av system kommer översynen av kvalitetsledningssystemet att skjutas fram till dess att IT-stödet är på plats.

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 kring riskanalyser är påbörjat och kommer fortgå under 2024. Det kommer till följd av införande av nytt system för att hantera avvikelser att gås igenom både riktlinje och rutin för hanterandet.

Arbetet med en ökad brukarmedverkan har fortgått under 2023. Under 2024 kommer en brukarundersökning för korttid LSS fram tillsammans med brukare från daglig verksamhet som ingår i arbetsgruppen. Två arbetsgrupper inom äldreomsorgen kommer också att inventera mer kring de fokusområden som nämnden prioriterat såsom brukarinflytande samt de områden som visat sig under längre tid ha sämre resultat i brukarundersökningarna. Efter inventeringsfaserna kommer förbättringsarbeten att påbörjas.

Införande av en egenkontroll av genomförandeplaner tertialvis på enhetsnivå infördes under 2023 för att säkerställa en ökad följsamhet till upprättade genomförandeplaner och delaktighet. Under 2023 har rapportering genomförts vid tertial 2 och 3. Resultatet för tertial 2 påvisade att 94 % av brukarna har en aktuell genomförandeplan varav i 91% av dessa har brukaren varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplan. Resultatet för tertial 3 påvisade att 96% av brukarna har en aktuell genomförandeplan varav i 94% av dessa har brukaren varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen.

Kvalitetsrapporten från verksamheten är relativt ny och infördes under 2021. Kvalitetsrapporten för 2023 innehåller en frågeställning där enheterna och avdelningarna gör en sammanfattande analys för att belysa de områden som behöver utvecklas. Fortsatt arbete för att systematisera resultatet kommer fortgå under 2024.

Under 2023 har några lex Sarah rapporter berört området brister i bemötande. Utifrån att det uppmärksammas kommer frågan lyftas i sektorn utifrån de åtgärder som identifierats för ett övergripande arbete runt frågan under 2024.

Inom området dokumentation råder fortfarande en viss osäkerhet bland annat till följd av införandet av ett nytt verksamhetssystem inom HSL vilket innebär ett nytt arbetssätt i dokumentation för legitimerad personal samt för vård- och omsorgspersonalen.

Under 2024 kommer införandet av det nya verksamhetssystemet inom HSL att försätta med fokus på att kvalitetssäkra dokumentation samt följsamhet till de nya arbetssätten. Fokus kommer även ligga på att utbilda och kompetensförsörja samtlig personal inom området för dokumentation.

Bilagor



SKÖVDE

Kvalitetsrapport 2023

Avdelning för hemtjänst, hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Anvisning avdelningschef | 39 |
| 2 | Grunduppgifter vid årets slut | 39 |
| 3 | Bemanning och kompetens | 39 |
| 3.1 | Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (enhetschef och ev. enhetssamordnare) i verksamheten under året | 39 |
| 3.2 | Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året | 39 |
| 3.3 | Beskriv hur verksamheten säkerställt följsamhet till de kvalitetskrav som finns för hemtjänsten? | 39 |
| 3.4 | Beskriv vilka utbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit: | 39 |
| 3.5 | Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas? | 39 |
| 4 | Systematiskt kvalitetsarbete | 40 |
| 4.1 | Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året: | 40 |
| 4.2 | Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året: | 40 |
| 4.3 | Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna? | 40 |
| 4.4 | Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet | 40 |
| 4.5 | 5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport? | 40 |
| 5 | Avvikelse, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter | 40 |
| 5.1 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 40 |
| 5.2 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 41 |
| 5.3 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå. | 41 |
| 5.4 | Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in? | 41 |
| 6 | Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023 | 41 |
| 6.1 | Systematiskt förbättringsarbete | 41 |
| 6.2 | Dokumentation | 42 |
| 6.3 | Kvalitetsarbete/samverkan - intern | 43 |
| 6.4 | Kvalitetsarbete/samverkan - extern | 45 |
| 6.5 | Förebyggande vård | 45 |
| 6.6 | Hygien | 46 |
| 6.7 | Skydds- och begränsningsåtgärder | 46 |
| 6.8 | IBIC | 47 |

6.9 Egenvård 47

6.10 Uppföljning insatser 47

1 Anvisning avdelningschef

2 Grunduppgifter vid årets slut

Kommunala utförare

| | |
|--|-----------------------------|
| Enhetschef: | 13 enhetschefer |
| Antal brukare totalt i verksamheten: | 780 htj, 1337 natt och larm |
| Antal tillsvidareantälld personal: | 366 |
| Antal visstidsantälld personal: | 48 |
| Fördelningen usk/annan personal/stödpedagog | 257 usk, 99 vb 10 annan, |

3 Bemanning och kompetens

3.1 Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (enhetschef och ev. enhetssamordnare) i verksamheten under året

En ny enhet, Hasslum, öppnades under hösten. På källplunda gårde har en enhetschefstjänst tagits bort.

3.2 Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året

Den totala personalomsättningen på avdelningen 2023 var 23,9 %. Den externa stod för 22,7% och den interna för 1,2 %. Sammanlagt var det 85 personer som slutade.

3.3 Beskriv hur verksamheten säkerställt följsamhet till de kvalitetskrav som finns för hemtjänsten?

Verksamheten har genomfört egenkontroller och kvalitetskontroller enligt plan. Följsamheten säkerställs genom processarbete, dialoger på APT:er och genom att följa de rutiner som finns.

3.4 Beskriv vilka fortbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit:

Utbildning i halkkörning har genomförts, liksom jobba säkert med läkemedel, HLR och viss dokumentationsutbildning. Hygienutbildning via socialstyrelsen och flera interna fortbildningar inom bland annat demens, senioralert och liftar. Några enheter har deltagit i hälsoprojektet och därigenom fått viss fortbildning. Några medarbetare är utbildade i sårvård.

3.5 Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas?

Personalomsättningen har varit hög under året, både bland medarbetare och chefer. Det gör att det kan uppstå vissa svårigheter kring kontinuiteten i kompetensen. Det är fortfarande inte 100 % av alla som är fast omsorgskontakt som är utbildade undersköterskor, trots lagkrav kring detta.

Det finns ett behov av strukturer kring digital kompetens och support i arbetsgrupperna.

4 Systematiskt kvalitetsarbete

4.1 Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året:

Från avdelningen har man deltagit i hälsoprojektet, metoddagen för nyanställda, bemanningsprocessen, introduktionsprocessen, hemtjänstprocessen, valideringsspåret i äldreomsorgslyftet, handledning av elever från gymnasie och komvux - samarbete med skolorna, språkbudskapet, dokumentationsombudsträffar, TAIK, påbörjat en kartläggning av larmprocessen

4.2 Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året:

Rutiner för överrapportering har förtydligats genom uppföljning på APT och verksamhetsdagar. Hygienrutinerna har tagits upp på APT, genom mätningar och punktprevalensmätningen.

Rutiner skickas ut till medarbetarna för att de ska läsa på, information ges också på APT.

4.3 Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna?

Det går totalt sett bra med delaktigheten i genomförandeplanerna. De flesta har en aktuell genomförandeplan och de som inte har det är antingen enbart inskrivna i HSL:en eller har svårt att vara delaktiga/är nya. Några tror att man missar att dokumentera delaktigheten vid uppföljningar.

4.4 Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet

Prevalensmätningen av hygien är generellt bra. Brukarenkäten hanteras per enhet för att kunna arbeta med resultatet.

4.5 5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport?

Det har varit viss omsättning på chefer vilket gör att det systematiska kvalitetsarbetet fungerar olika i avdelningen. Vi behöver arbeta med resultatet av brukarundersökningar, egenkontroller kring kvalitet, samt de olika måtten i hemtjänstprocessen. Förbättringsarbete har främst skett i processarbetet samt vid avvikelser/lex Sahrör där brister framkommit.

5 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter

5.1 Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

Fall är den vanligaste avvikelserna, följt av läkemedelshandling och bemötande. Följs upp med berörda, på APT och genomgång av rutiner. Lyfts även på teammöten.

5.2 Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

De lex Sahrer som varit har rört bristande rutinföljsamhet, bristande kommunikation och en kring bemötande. Dessa har hanterats genom samtal med berörda, genomgång av rutiner, professionellt förhållningssätt mm på APT:er samt i vissa fall att arbetsgrupper tillsatts för att se över arbetssätt.

På natt och larm har en lex Sarah upprättats kring långa responstider på larm, ett arbete pågår.

5.3 Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.










klagomål har kommit kring bemötande, utförandet av insatser, att man inte vill ha en viss personal i hemmet och någon brukares anhöriga har klockat hemtjänsten. Inga mönster har identifierats, åtgärderna har hanterats där de uppstått, inte på verksamhetsnivå.











5.4 Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in?

Det ser ut ungefär som tidigare, men fallavvikelser och medicinavvikelser som de vanligaste sorterna. Bemötande och synpunkter på hur insatser utförs kvalitetsmässigt är också vanliga. Åtgärder har främst tillsatts på de arbetsplatser där avvikelserna uppstått. Möjligen kan någon form av utbildning/dialog kring meningsfulla samtal/bemötande vara relevant framåt.










6 Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023







6.1 Systematiskt förbättringsarbete

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Informerar all personal årligen om enhetens rutiner för att rapportera avvikelser, händelser och risker? |  Ja 15 (st)  Vet ej 1 (st)  Ej svarat 1 (st) | |
| Är personal delaktig vid utredning/analys av avvikelser? |  Ja 11 (st)  Delvis 4 (st)  Vet ej 1 (st)  Ej svarat 1 (st) | |
| Genomför all personal årligen den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 15 (st)  Vet ej 1 (st) | |














| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| |  Ej svar at 1 (st) | |
| Säkerställer du att all personal har genomfört samtliga aktuella delar i den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 14 (st)  Del vis 1 (st)  Vet ej 1 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Arbetar verksamheten aktivt med att få in synpunkter och hantera dem genom brukar/patientmedverkan? |  Ja 7 (st)  Del vis 7 (st)  Vet ej 1 (st)  Nej 1 (st)  Ej svar at 1 (st) | |























6.2 Dokumentation


| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inlåst eller så att inte obehöriga kan läsa den? |  Ja 15 (st)  Nej 1 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Har alla patienter en aktuell hälsoplan? |  Ja 8 (st)  Del vis 2 (st)  Vet ej 5 (st)  Ej svar at 2 (st) | |
| Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner? |  Ja 10 (st)  Del vis 2 (st) | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| |  Nej 1 (st) | |
| Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförarakt där samtliga dokument förvaras? |  Ja 10 (st)  Vet ej 1 (st)  Nej 2 (st) | |
| Har alla brukare en utskriven aktuell genomförandeplan i vård- och omsorgsparmen |  Ja 10 (st)  Del vis 3 (st) | |












6.3 Kvalitetsarbete/samverkan - intern

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Arbetar enheten kontinuerligt med bemötande frågor? |  Ja 16 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Arbetar enheten kontinuerligt med sekretess/tystnadsplikt frågor? |  Ja 16 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Har chef och personal kännedom om kommunens anhörigstöd? |  Ja 13 (st)  Del vis 1 (st)  Vet ej 2 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Har enheten regelbundna diskussioner kring rutinen för muta/gåva? |  Ja 16 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel? |  Ja 6 (st)  Del vis 2 (st)  Nej 4 (st) | |





| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| |  Ej svarat 1 (st) | |
| Genomförs teamträffar regelbundet enligt rutin? |  Ja 15 (st)  Ej svarat 1 (st) | |
| Har alla brukare en utsedd kontaktman (fast omsorgskontakt)? |  Ja 12 (st) | |
| Är kontaktman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren? |  Ja 9 (st)  Delvis 2 (st)  Vet ej 1 (st) | |
| Genomförs introduktionssamtal och dokumenteras detta i samband med att insatsen startas upp? |  Ja 10 (st)  Delvis 2 (st)  Vet ej 1 (st) | |
| Har alla brukare en kontaktman (fast omsorgskontakt) med undersköterskekompetens? |  Ja 11 (st)  Delvis 1 (st) | |
| Används tolk vid viktiga samtal/möten/uppföljningar? |  Ja 8 (st)  Vet ej 3 (st)  Nej 1 (st) | |
| Har enheten regelbundna planerade möten för ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård och omsorgspersonal? |  Ja 14 (st)  Delvis 1 (st)  Nej 1 (st)  Ej svarat 1 (st) | |
| Finns det arbetsteknikombud på enheten? |  Ja 11 (st)  Vet ej 1 (st)  Nej 3 (st) | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--------|---|--|
| |  Ej svar at 2 (st) | |

















6.4 Kvalitetsarbete/samverkan - extern

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Deltar vård- och omsorgspersonal vid den medicinska vårdplaneringen? |  Ja 4 (st)  Delvis 5 (st)  Vet ej 1 (st)  Nej 2 (st) | |
| 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) |  Ja 1 (st)  Delvis 1 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Finns uppdaterad information om enheten/verksamheten på hemsidan, skovde.se? |  Ja 10 (st)  Delvis 3 (st)  Vet ej 3 (st)  Ej svar at 1 (st) | |

6.5 Förebyggande vård

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Utfärdas intyg till alla personer som önskar och har rätt till nödvändig tandvård? |  Ja 2 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Erbjuds årligen munhälsobedömning? |  Ja 2 (st)  Ej svar at 1 (st) | |

6.6 Hygien





| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Har all personal arbetskläder? | <p> Ja 15 (st)</p> <p> Del vis 1 (st)</p> <p> Ej svar at 1 (st)</p> | |
| Byter all personal om på enheten? | <p> Ja 10 (st)</p> <p> Del vis 6 (st)</p> <p> Ej svar at 1 (st)</p> | |
| Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen? | <p> Ja 13 (st)</p> <p> Del vis 3 (st)</p> <p> Ej svar at 1 (st)</p> | |
| Finns kända lokala hygienrutiner på enheten? | <p> Ja 13 (st)</p> <p> Vet ej 1 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Ej svar at 1 (st)</p> | |
| Finns hygienombud på enheten? | <p> Ja 14 (st)</p> <p> Nej 2 (st)</p> <p> Ej svar at 1 (st)</p> | |

6.7 Skydds- och begränsningsåtgärder




| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| Används checklistan för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder årligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda? | <p> Ja 4 (st)</p> <p> Vet ej 7 (st)</p> | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--------|---|--|
| |  Nej 2 (st) | |





6.8 IBIC

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Har införandet av arbetsmodellen IBIC inneburit förändrat arbetssätt med brukarna? |  Ja 4 (st)  Del 3 vis (st)  Vet 2 ej (st)  Nej 3 (st) | |

6.9 Egenvård

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| 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? |  Ja 8 (st)  Vet 4 ej (st)  Nej 1 (st) | |

6.10 Uppföljning insatser

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Sker uppföljning av beslut innan beslut löper ut eller minst årligen? |  Ja 11 (st)  Del 2 vis (st) | |
| Sker samverkan mellan beställare och utförare innan nya beslut fattas? |  Ja 10 (st)  Del 3 vis (st) | |

Kvalitetsrapport 2023

Avdelning för bostad med särskild service och daglig verksamhet

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Anvisning avdelningschef | 51 |
| 2 | Grunduppgifter vid årets slut | 51 |
| 3 | Bemanning och kompetens | 51 |
| 3.1 | Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (enhetschef och ev. enhetssamordnare) i verksamheten under året | 51 |
| 3.2 | Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året | 51 |
| 3.3 | Beskriv vilka utbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit: | 51 |
| 3.4 | Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas? | 51 |
| 4 | Systematiskt kvalitetsarbete | 52 |
| 4.1 | Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året: | 52 |
| 4.2 | Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året: | 53 |
| 4.3 | Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna? | 53 |
| 4.4 | Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet | 53 |
| 4.5 | 5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport? | 53 |
| 5 | Avvikelse, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter | 54 |
| 5.1 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 54 |
| 5.2 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 54 |
| 5.3 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå. | 54 |
| 5.4 | Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in? | 54 |
| 6 | Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023 | 55 |
| 6.1 | Systematiskt förbättringsarbete | 55 |
| 6.2 | Dokumentation | 55 |
| 6.3 | Kvalitetsarbete/samverkan - intern | 56 |
| 6.4 | Kvalitetsarbete/samverkan - extern | 58 |
| 6.5 | Hygien | 58 |
| 6.6 | Skydds- och begränsningsåtgärder | 59 |
| 6.7 | IBIC | 59 |
| 6.8 | Egenvård | 60 |
| 6.9 | Uppföljning insatser | 60 |

7 Anvisning avdelningschef

8 Grunduppgifter vid årets slut

Kommunala utförare

| | |
|--|--|
| Enhetschef: | |
| Antal brukare totalt i verksamheten: | |
| Antal tillsvidareantälld personal: | |
| Antal visstidsantälld personal: | |
| Fördelningen usk/annan personal/stödpedagog | |

9 Bemanning och kompetens

- 9.1 Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (enhetschef och ev. enhetssamordnare) i verksamheten under året
- 9.2 Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året
- 9.3 Beskriv vilka fortbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit:
- 9.4 Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas?

Bemanning är en utmaning i avdelningen. Det pågår rekryteringar till både stödassistenter och stödpedagoger kontinuerligt.

Bemanning efter brukarnas behov, att täcka egen frånvaro och utifrån budgeterad ram utmanar verksamheten.

Arbete med schema pågår kontinuerligt för att nyttja resurserna på bästa sätt. Inför nya scheman som kommer införas den 1/2 utifrån skärpta eu-direktiv kring dygns- och veckovila tillsattes en arbetsgrupp. I den ingick en två enhetschefer, en enhetssamordnare och sektorns bemanningscontroller. Arbetsgruppen länkades ihop med Sektorns processarbete kring bemanning. Avdelningen fungerar som en samplaneringsgrupp och arbetet med resurspass fungerar tillfredställande.

Det har anställts tre nya enhetschefer under året pga uppsägningar.

Ny Avdelningschef från 1/5.

Som stöd i kompetenshöjande åtgärder får avdelningen även stöd från utvecklingsenheten i form av metodstöd och vissa utbildningsinsatser ex skydds- och begränsningsåtgärder och Durewall.

Avdelningen har arbetat med Ledningsgruppsutveckling för enhetschefer.

10 Systematiskt kvalitetsarbete

10.1 Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året:

Avdelningen arbetar i tre processer

Process Bostad med Särskild Service

- Brukare har behov av att flytta
- Brukare vill bli sambo
- Arbetsordning
- Boråd
- Avsluta insats boende
- Brukare tackar nej till stöd
- Hantering av nyckel/tagg

Process Daglig verksamhet

- Från skola till DV
- Information om daglig verksamhet
- Valmöjlighet efter placering
- Sysselsättningsresor
- Administrativt flöde efter beviljad insats
- Slutet av arbetslinjen
- Ta emot och placera

Process Boendestöd SVO

- Information om insatsen
- Verkställa nya beslut
- Boendestöd verkställer BmSS
- Akuta situationer
- Växande stödteam

Arbetsgrupper, ständiga förbättringar, utbildningar.

- Ledningsgruppsutveckling för avdelningens enhetschefer.
- Schemagrupp för avdelningen - utifrån EU-direktiv dygns- och veckovila
- Förbättringstavla - ständiga förbättringar
- Serviceassistenter BmSS
- Verksamhetsdagar för medarbetare med olika teman.
- Utvecklingsinsatser riktade till specifik verksamhet på avdelningen genom uppdrag till utvecklingsenheten eller externa utbildare.
- Deltagande och föredragande på dokumentationsträff och verksamhetsdag för SVO
- Sammanställning, kartläggning av behov samt effektivisering av IT - utrustning, både för personal och brukare
- Bil- och bussbokning - förbättrat rutin kring bokning av fordon som ägs av daglig verksamhet, men som kan nyttjas av BmSS på kvällar och helger.
- Arbetsgrupp psykisk hälsa för vuxna

Representanter i arbetsgrupper och processer utanför avdelningen

- Bemanningsprocessen
- Introprocessens processteam
- Metoddagen
- Attrahera och rekrytera-gruppen
- Barn och fritidsprogrammets branschråd
- Anpassat gymnasiets programråd
- YHs ledningsgrupp för stödpedagoger
- Vård- och omsorgscollage
- Arbetsgrupp introduktionspärmar
- SVOs nätverk för stödpedagoger
- Winlas kompetensmodul
- Träff med anhörigstöd

10.2 Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året:

- Avdelningens ledningsgrupp med återkommande besök från ekonom, hr, utvecklingsenhet, samordnare. Stående punkt kring avvikelser, ständiga förbättringar
- Enhetschefernas operativa ledningsgrupp för mer detaljerad uppföljning och uppdrag
- Avvikelsehantering
- Loggkontroll
- Kvalitetsrapport
- Uppföljning SAMLI
- Uppföljning T1, T2, T3
- Utbildning IBiC och Lifecare
- Ombudsutbildningar för medarbetare
- HLR- utb enligt årshjul
- Brandskyddsutbildning enl årshjul

10.3 Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna?

Måluppfyllelse

T1 98%

T2 96%

T3 94%

Det märks tydligt i utfallet att det dippar där byte av enhetschef har förekommit. Enhetschefens pådrivande och säkerställande av måluppfyllelse kring genomförandeplaner är avgörande.

Råder fortfarande viss kunskapslucka hos medarbetarna att det inte bara är att flytta fram uppföljningsdatumet utan att det ska göras en ny genomförandeplan för att den ska ses som aktuell.

Gällande delaktighet så förbättras den med tydlighet där avdelningen har stödpedagoger närvarande. Stödpedagogerna bidrar med den kunskapen som behövs för att föra arbetet kring delaktighet framåt.

10.4 Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet

Hösten 23 genomfördes brukarundersökningen för daglig verksamhet. Utifrån resultatet kommer det göras aktiviteter.

HME-mätning har genomförts på avdelningen och det samlade resultatet låg på 76.

Mätstickan genomförs i verksamheterna.

Målgruppsanalys på Stödteamet för att säkerställa jämn kvalitet av stöd.

Stöd från företagshälsovård vid behov av insats för enskilda arbetsgrupper och kopplade åtgärder.

10.5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport?

Avdelningen fungerar som en samplaneringsgrupp och arbetet med resursspass fungerar tillfredställande.

Egenvård är en utmaning för verksamheten.

Bättre samverkan mellan beställare och utförare efterfrågas från verksamheten.

Delar som är ej relevanta för Daglig verksamhet och därmed påverkar resultatet

- Har alla patienter en aktuell hälsoplan

- Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel

- Har enheten regelbundna planerade möten för ordinarie hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal.

11 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter

11.1 Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

Övervägande avvikelse kring missad överlämning av läkemedel och övriga hsl-insatser. Avvikelser följs upp på enheternas apt.

Några avvikelser kopplat till bemötande.

Några avvikelser kopplat till inkommen synpunkt/klagomål.

11.2 Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

Brukare som avvikit från sitt boende. Åtgärder kring förbättring av larm och utbildning för personal med syfte att minimera att risken uppstår igen.

Personals bemötande till brukare. Är under utredning.

Lex Sarah utreds med stöd från SAS och aktiviteter kopplas för att motverka att det upprepas.

11.3 Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.

Brukarens självbestämmande och delaktighet kontra önskemål från anhöriga eller företrädare. Synpunkter från anhöriga kopplat till lagstiftningen om goda levnadsvillkor. Hanteras i verksamheten bla på apt och verksamhetsmöten. En direkt dialog mellan anhörig, företrädare och verksamheten. Dialog med brukaren.

Anhörigas oro kring brukare som tackar nej till stöd från personal. Finns omhändertaget i processarbetet "brukare som tackar nej" och arbetas med på berörd enhet.

I ett par fall har det inkommit klagomål/synpunkter kring personalomsättning och kontinuitet i verksamheten.

Klagomål/ synpunkter ser kring taxiresor kopplat till DV. Klagomålen hanteras via Västtrafiks avvikelssystem samt i dialog med berörda.

Begränsning av gemensamhetsutrymme på en enhet. En föranmäld inspektion från inspektionen för vård och omsorg genomfördes på en gruppbostad. Myndigheten hade synpunkt på begränsning av gemensamhetsutrymme och att en grind på gården till gruppbostad var låst nattetid och brukarna hade inte tillgång till den. Ärendet avslutades med svaret att verksamheten under tiden för utredningen redan gjort och vidtagit åtgärder. Därmed avslutades utredningen.

11.4 Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in?

Fortsatt arbete kring bemötande. Min analys är att vi behöver bredda perspektivet "bemötande" till hur vi bemöter anhöriga eller företrädare. Att ta deras oro på allvar, samtidigt inge förtroende och trygghet från verksamhetens perspektiv.

Brukarens självbestämmande och delaktighet över insatsen.













Fortsatt arbete kring skydds- och begränsningsåtgärder utifrån beslutat arbetsätt.

I takt med att verksamheten utökar och befäster arbetet med stödpedagoger förbättras måldata för målindikatorerna kring självständighet och delaktighet. Detta genom att viktig kunskap tillförs till verksamheten.



Utifrån den kompetensförsörjning som verksamheten har en allt större utmaning kring, så är det viktigt att verksamheten kan tillhandahålla en god kunskapsgrund hos medarbetarna. Det arbetet behöver säkras med systematik.











12 Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023

12.1 Systematiskt förbättringsarbete

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Informeras all personal årligen om enhetens rutiner för att rapportera avvikelser, händelser och risker? |  Ja 28 (st)  Ej svar 3 (st) at | |
| Är personal delaktig vid utredning/analys av avvikelser? |  Ja 28 (st)  Ej svar 3 (st) at | |
| Genomför all personal årligen den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 28 (st)  Ej svar 3 (st) at | |
| Säkerställer du att all personal har genomfört samtliga aktuella delar i den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 24 (st)  Del vis 4 (st)  Ej svar 3 (st) at | |
| Arbetar verksamheten aktivt med att få in synpunkter och hantera dem genom brukar/patientmedverkan? |  Ja 24 (st)  Del vis 4 (st)  Ej svar 3 (st) at | |








12.2 Dokumentation






















| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Har alla patienter en aktuell hälsoplan? |  Ja 25 (st)  Nej 3 (st) | |







| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| |  Ej svar at 3 (st) | |
| Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inlåst eller så att inte obehöriga kan läsa den? |  Ja 24 (st)  Ej svar at 4 (st) | |
| Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner? |  Ja 27 (st)  Del vis 1 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförarakt där samtliga dokument förvaras? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har alla brukare en utskrivnen aktuell genomförandeplan i vård- och omsorgspärmen |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |

Har alla patienter en aktuell hälsoplan
 - Ej relevant för Daglig verksamhet. Därav 3 på nej.

12.3 Kvalitetsarbete/samverkan - intern

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Genomförs teamträffar regelbundet enligt rutin? |  Ja 24 (st)  Del vis 1 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har alla brukare en utsedd kontaktman, SoL eller ansvarig (stöd)assistent, LSS? |  Ja 25 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Är kontaktman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |






| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| Genomförs introduktionssamtal och dokumenteras detta i samband med att insatsen startas upp? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel? |  Ja 23 (st)  Del vis 2 (st)  Nej 3 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Arbetar enheten kontinuerligt med bemötande frågor? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Arbetar enheten kontinuerligt med sekretess/tystnadsplikt frågor? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har chef och personal kännedom om kommunens anhörigstöd? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Används tolk vid viktiga samtal/möten/uppföljningar? |  Ja 19 (st)  Vet ej 8 (st)  Nej 1 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har enheten regelbundna diskussioner kring rutinen för muta/gåva? |  Ja 24 (st)  Del vis 2 (st)  Nej 2 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Har enheten regelbundna planerade möten för ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser mellan |  Ja 25 (st) | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| legitimerad personal och vård och omsorgspersonal? |  Nej 3 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Finns det arbetsteknikombud på enheten? |  Ja 25 (st)  Del vis (st) 1 (st)  Nej 2 (st)  Ej svar at 3 (st) | |




Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel?
 - Ej relevant för Daglig verksamhet. Därav 3 nej.











Har enheten regelbundna planerade möten för ordinarie hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal.
 - Ej relevant för Daglig verksamhet. Därav 3 nej.

12.4 Kvalitetsarbete/samverkan - extern




| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Deltar vård- och omsorgspersonal vid den medicinska vårdplaneringen? |  Ja 25 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Finns uppdaterad information om enheten/verksamheten på hemsidan, skovde.se? |  Ja 27 (st)  Del vis (st) 1 (st)  Ej svar at 3 (st) | |

12.5 Hygien




| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Finns hygienombud på enheten? |  Ja 28 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Finns kända lokala hygienrutiner på enheten? |  Ja 28 (st) | |


| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| |  Ej svar at 3 (st) | |
| Har all personal arbetskläder? |  Ja 27 (st)  Del vis 1 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Byter all personal om på enheten? |  Ja 25 (st)  Del vis 3 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen? |  Ja 24 (st)  Del vis 3 (st)  Ej svar at 4 (st) | |

12.6 Skydds- och begränsningsåtgärder






| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| Används checklistan för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder årligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda? |  Ja 27 (st)  Del vis 1 (st)  Ej svar at 3 (st) | |

12.7 IBIC






| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Har införandet av arbetsmodellen IBIC inneburit förändrat arbetssätt med brukarna? |  Ja 25 (st)  Del vis 2 (st)  Nej 1 (st) | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--------|---|--|
| |  Ej svar at 3 (st) | |

12.8Egenvård

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| 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? |  Ja 22 (st)  Delvis 1 (st)  Vet ej 2 (st)  Nej 3 (st)  Ej svar at 3 (st) | |

12.9Uppföljning insatser

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| Erbjuder enheten anpassade aktiviteter och utevistelser för dem som önskar? |  Ja 25 (st)  Ej svar at 3 (st) | |
| Sker samverkan mellan beställare och utförare innan nya beslut fattas? |  Ja 24 (st)  Nej 4 (st)  Ej svar at 3 (st) | |

Kvalitetsrapport 2023

Avdelning för personlig assistans

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Anvisning avdelningschef | 64 |
| 2 | Grunduppgifter vid årets slut | 64 |
| 3 | Bemanning och kompetens | 64 |
| 3.1 | Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (enhetschef och ev. enhetssamordnare) i verksamheten under året | 64 |
| 3.2 | Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året | 64 |
| 3.3 | Beskriv vilka utbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit: | 64 |
| 3.4 | Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas? | 65 |
| 4 | Systematiskt kvalitetsarbete | 65 |
| 4.1 | Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året: | 65 |
| 4.2 | Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året: | 65 |
| 4.3 | Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna? | 65 |
| 4.4 | Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet | 66 |
| 4.5 | 5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport? | 66 |
| 5 | Avvikelse, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter | 66 |
| 5.1 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 66 |
| 5.2 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 66 |
| 5.3 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå. | 67 |
| 5.4 | Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in? | 67 |
| 6 | Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023 | 67 |
| 6.1 | Systematiskt förbättringsarbete | 67 |
| 6.2 | Dokumentation | 68 |
| 6.3 | Kvalitetsarbete/samverkan - intern | 68 |
| 6.4 | Kvalitetsarbete/samverkan - extern | 69 |
| 6.5 | Hygien | 70 |
| 6.6 | Skydds- och begränsningsåtgärder | 70 |
| 6.7 | IBIC | 70 |
| 6.8 | Egenvård | 71 |
| 6.9 | Uppföljning insatser | 71 |

13 Anvisning avdelningschef

14 Grunduppgifter vid årets slut

Kommunala utförare

| | |
|--|-----|
| Enhetschef: | |
| Antal brukare totalt i verksamheten: | 141 |
| Antal tillsvidareantälld personal: | 200 |
| Antal visstidsantälld personal: | 64 |
| Fördelningen usk/annan personal/stödpedagog | |

15 Bemanning och kompetens

15.1 Beskriv eventuella förändringar inom ledningsstrukturen (enhetschef och ev. enhetssamordnare) i verksamheten under året

Utökning av en enhetschef inom Personlig assistans till 8.

Två EC har sagt upp sig och ersatts av nya.

En EC har gått på föräldraledighet och uppgiftsfördelning har skett istället för att ersätta henne under föräldraledigheten.

Ny Enhetssamordnare började i oktober då tidigare fick anställning som EC.

Ytterligare ES har stöttat under hösten med schema på ca 50%.

15.2 Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året

14 externa avgångar under året.

15.3 Beskriv vilka fortbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit:

Personlig assistans har gått över i IBIC och Lifecare och medarbetare har gått utbildning i detta under året.

Jobba säkert med läkemedel har gjorts när ny delegering behövts.

HLR har genomförts för vissa medarbetare.

Brandutbildning har genomförts för vissa medarbetare.

Arbets teknikombud utbildning för ombuden.

6 medarbetare har hösten 2023 påbörjat utbildningen till Stödpedagog på 50 % av sin arbetstid.

Vi har ett fåtal medarbetare som går äldreomsorgslyftet och läser till undersköterska.

Vissa enheter:

- Sociala berättelser och seriesamtal
- Ritprat
- Durewall
- Stöd i bemötande från verksamhetspedagog
- Säkerhetsgenomgång med kommunens säkerhetssamordnare.

- Epilepsi
- Huntington
- Handledning av logoped och arbetsterapeut från habiliteringen

15.4 Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas?

Beskrivning finns i ovanstående svar.

Flera brukare har avslutats under året och nya har kommit till. Övertaligheten av personal hjälpte oss att lösa sommaren. Finns en utmaning att omplacera medarbetare både emotionellt och ekonomiskt.

Låg personalomsättning. Få vakanta rader förutom i några utmanande ärenden.

Vi har under året ökat antal resursspass men tror att vi ytterligare behöver öka för att klara vår planerade frånvaro. Vi behöver även hitta ett arbetssätt att arbeta med resursspass så att medarbetarna blir utbokade.

På korttidshemmen har vi inte hittat någon lösning för vår överkapacitet. En del utlåningar sker till skolan och PA. Arbetet fortsätter.

En minskning av antalet beställningar 2023 från bemanningsenheten. Svårt att veta balansen på "rätt" antal timanställda och poolanställda. En utmaning är att anställa poolanställda i samma takt som de blir anställda ute i verksamheten.

Vi har gjort en del anpassade utbildningar men vi behöver en plan för hur vi kompetensutvecklar och i vad. Skall vi hoppa på Yrkesresan och hur skall vi isåfall implementera den.

PA-dagar har tyvärr inte skett under året. Något som jag tror är ett bra sätt att kompetens höja på.

16 Systematiskt kvalitetsarbete

16.1 Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året:

Processer på avdelningen:

Kontaktperson - publicerad

Korttidsvistelse - ej publicerad

Personlig assistans - ej publicerad

Nytt arbetssätt IBIC och nytt verksamhetssystem. Tydliggjort vikten av dokumentation och genomförandeplan.

16.2 Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året:

I processarbetet har en del rutiner tagits fram och implementerats i verksamheten.

Allt från egenkontroller av genomförandeplan till ny överenskommelse av jourrum.

16.3 Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna?

Ett stort arbete har gjorts under året att skriva GP enligt IBIC. Vissa medarbetare har utbildats och använts för att skapa GP.

En del utmaningar med kompetens och kunskapsnivå.

Utmaning att få till genomförandeplaner på avlösning och ledsagning.

16.4 Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet

Inom korttidshem håller vi på att ta fram en brukarenkät och anhörigenkät då detta inte sker nationellt.

- HME undersökning
- Mätstickan
- Skyddsronder

16.55.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport?

Ser en stor fördel med att vi har processer. Både för att jobba strukturerat och kunna adressera frågor. Jobbar i processerna för få liknande arbetssätt och tydlighet. Även skapa trygghet och tydlighet vad som gäller.

Finns fortfarande utmaningar att få till genomförandeplaner.

Enligt egenkontrollen behöver vi fortsätta arbeta med:

- Egenvård
- Teamsmöten
- Avvikelser
- Samarbetet med bistånd.

17 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter

17.1 Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

- Utfört insatser utan beslut.
- Missat att ge medicin.
- Taxiresor.
- Fall ur rullstol.
- Klämt fingrar i taxidörr.
- SSK uteblivit vid omläggning.
- Hot & våld.

Dialog på APT och rutiner har förtydligats.

Det är ett mindre antal avvikelser så det finns nog ett mörkertal.

Avdelningen har sagt att vi behöver ta ett omtag kring avvikelser men avvaktar tills det är över i Lifecare.

17.2 Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

Har ej förekommit några lex Sarah eller lex Maria under året.

17.3 Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.

- Önskemål vilken personal som skall arbeta
- Önskemål vilka barn/ungdomar som är där samtidigt
- Synpunkter om vilka aktiviteter
- Synpunkter gällande dygnsvila
- Utebliven aktivitet för brukaren

Dialog på APT.

På några enheter har det inte förekommit några klagomål.

17.4 Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in?

Få antal avvikelser har inkommit, de som inkommit har diskuterats på APT ev gjort ändringar i arbetssätt för att skapa tydlighet och handlingsplaner har skapats vid behov.

Flera avvikelser har skett gällande taxiresor. En grupp finns för att ha en dialog med leverantören.

Inga Lex Sarah och ingen Lex Maria på avdelningen.









Ett fåtal klagomål på avdelningen. Inom Korttidshem förekommer det önskemål om aktiviteter och det försöker verksamheten tillgodose om det är inom verksamhetens uppdrag.

Avdelningen har sagt att vi behöver ta ett omtag kring avvikelser men avvaktar tills det är över i Lifecare.











Avdelningen har ett fortsatt arbete med att säkerställa att beslutade insatser verkställs.



18 Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023

18.1 Systematiskt förbättringsarbete







| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Informeras all personal årligen om enhetens rutiner för att rapportera avvikelser, händelser och risker? |  Ja 12 (st) | |
| Är personal delaktig vid utredning/analys av avvikelser? |  Ja 11 (st) | |
| Genomför all personal årligen den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 10 (st)  Del vis 2 (st) | |
| Säkerställer du att all personal har genomfört samtliga aktuella delar i den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 10 (st)  Del vis 2 (st) | |
| Arbetar verksamheten aktivt med att få in synpunkter och hantera dem genom brukar/patientmedverkan? |  Ja 10 (st)  Nej 1 (st) | |














18.2 Dokumentation


| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Har alla patienter en aktuell hälsoplan? |  Vet 8 ej (st) | |
| Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inlåst eller så att inte obehöriga kan läsa den? |  Ja 6 (st)  Del vis 1 (st)  Vet ej 1 (st)  Nej 3 (st) | |
| Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner? |  Ja 11 (st) | |
| Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförarakt där samtliga dokument förvaras? |  Ja 11 (st) | |
| Har alla brukare en utskriven aktuell genomförandeplan i vård- och omsorgspärmen |  Ja 8 (st)  Del vis 2 (st)  Nej 1 (st) | |

| Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|---|--|
|  Hur ser man om brukaren har en hälsoplan | |
|  EC skåp | Behöver ej vara brandsäkra. Kolla att det finns nycklar. Möjlighet att scanna dokument i Lifecare? |






18.3 Kvalitetsarbete/samverkan - intern

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Har alla brukare en utsedd kontaktman, SoL eller ansvarig (stöd)assistent, LSS? |  Ja 2 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Är kontaktman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren? |  Ja 3 (st) | |
| Genomförs introduktionssamtal och dokumenteras detta i samband med att insatsen startas upp? |  Ja 10 (st)  Vet ej 1 (st) | |
| Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel? |  Ja 12 (st) | |












| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Arbetar enheten kontinuerligt med bemötande frågor? |  Ja 12 (st) | |
| Arbetar enheten kontinuerligt med sekretess/tystnadsplikt frågor? |  Ja 12 (st) | |
| Har chef och personal kännedom om kommunens anhörigstöd? |  Ja 11 (st)  Vet ej 1 (st) | |
| Används tolk vid viktiga samtal/möten/uppföljningar? |  Ja 9 (st)  Vet ej 2 (st) | |
| Har enheten regelbundna diskussioner kring rutinen för muta/gåva? |  Ja 12 (st) | |
| Har enheten regelbundna planerade möten för ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård och omsorgspersonal? |  Ja 1 (st)  Del vis 2 (st)  Nej 5 (st)  Ej svar at 1 (st) | |
| Finns det arbetsteknikombud på enheten? |  Ja 2 (st)  Nej 2 (st) | |

| Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|--|---|
|  Teammöten | Kolla med SAS vad säger rutinen? Önskemål att vid behov delta på APT. |


18.4 Kvalitetsarbete/samverkan - extern

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Deltar vård- och omsorgspersonal vid den medicinska vårdplaneringen? |  Ja 7 (st)  Ej svar at 2 (st) | |
| Finns uppdaterad information om enheten/verksamheten på hemsidan, skovde.se? |  Ja 8 (st)  Del vis 2 (st)  Vet ej 1 (st) | |




18.5 Hygien

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Finns kända lokala hygienrutiner på enheten? |  Ja 11 (st) | |
| Finns hygienombud på enheten? |  Ja 9 (st)  Del vis 1 (st)  Nej 2 (st) | |
| Har all personal arbetskläder? |  Ja 11 (st)  Del vis 1 (st) | |
| Byter all personal om på enheten? |  Ja 11 (st) | |
| Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen? |  Ja 3 (st)  Del vis 7 (st)  Nej 1 (st)  Ej svar at 1 (st) | |





18.6 Skydds- och begränsningsåtgärder

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Används checklistan för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder årligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda? |  Ja 11 (st) | |









18.7 IBIC



| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Har införandet av arbetsmodellen IBIC inneburit förändrat arbetssätt med brukarna? |  Ja 1 (st)  Del vis 4 (st)  Vet ej 6 (st) | |

18.8 Egenvård

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| 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? |  Ja 5 (st) | |
| |  Del vis 3 (st) | |
| |  Vet ej 2 (st) | |
| |  Ej svar at 1 (st) | |
| | | |

18.9 Uppföljning insatser

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Erbjuder enheten anpassade aktiviteter och utevistelser för dem som önskar? |  Ja 3 (st) | |
| Sker uppföljning av beslut innan beslut löper ut eller minst årligen? |  Ja 3 (st) | |
| |  Del vis 2 (st) | |
| |  Nej 6 (st) | |
| Sker samverkan mellan beställare och utförare innan nya beslut fattas? |  Ja 1 (st) | |
| |  Del vis 2 (st) | |
| |  Vet ej 1 (st) | |
| |  Nej 6 (st) | |

| Åtgärder | Beskrivning av åtgärd |
|---|--|
|  Uppföljning beslut | Dialog med Ann EC för handläggarna och Therese S processtöd. |
|  Nya beslut | Dialog med Ann EC för handläggarna och Therese S processtöd. |

Avdelning för äldreboende

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Anvisning avdelningschef | 74 |
| 2 | Grunduppgifter vid årets slut | 74 |
| 3 | Bemanning och kompetens | 74 |
| 3.1 | Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året | 74 |
| 3.2 | Beskriv vilka utbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit: | 74 |
| 3.3 | Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas? | 74 |
| 4 | Systematiskt kvalitetsarbete | 75 |
| 4.1 | Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året: | 75 |
| 4.2 | Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året: | 75 |
| 4.3 | Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna? | 75 |
| 4.4 | Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet? | 75 |
| 4.5 | 5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport? | 75 |
| 5 | Avvikelse, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter | 75 |
| 5.1 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 75 |
| 5.2 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå | 75 |
| 5.3 | Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå. | 75 |
| 5.4 | Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in? | 75 |
| 6 | Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023 | 76 |
| 6.1 | Systematiskt förbättringsarbete | 76 |
| 6.2 | Dokumentation | 77 |
| 6.3 | Kvalitetsarbete/samverkan - intern | 77 |
| 6.4 | Kvalitetsarbete/samverkan - extern | 78 |
| 6.5 | Hygien | 78 |
| 6.6 | Skydds- och begränsningsåtgärder | 79 |
| 6.7 | IBIC | 79 |
| 6.8 | Egenvård | 79 |
| 6.9 | Uppföljning insatser | 79 |

19 Anvisning avdelningschef

20 Grunduppgifter vid årets slut

Kommunala utförare

| | |
|--|--|
| Enhetschef: | |
| Antal brukare totalt i verksamheten: | |
| Antal tillsvidareantälld personal: | |
| Antal visstidsantälld personal: | |
| Fördelningen usk/annan personal/stödpedagog | |

21 Bemanning och kompetens

21.1 Beskriv hur personalomsättning har sett ut under året

21.2 Beskriv vilka fortbildningar som genomförts under året samt målgrupp och antal som deltagit:

21.3 Beskriv hur bemanning och kompetens sett ut i avdelningen. Gör en analys över avdelningen avseende bemanning och kompetens. Finns det brister som behöver åtgärdas?

På ledningsfunktionerna har sammanlagt 4 nya chefer tillsatts på enheterna Solgården, Ekedals äldreboende, Ekedal korttid och Hentorps äldreboende. 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.

Avdelningen har under hösten förberett ledning och personal (ca 40 personal) på Stiftelsen Skaraborgs läns sjukhem på verksamhetsövergång till Skövde kommun. Utbildningsinsatser och introduktionsutbildningar har genomförts inför organisationsförändringen.

På vissa enheter har personalomsättningen varit stor och rekrytering av nya undersköterskor nödvändig. Rent generellt är omsättningen hög och rekryteringsbehovet är konstant högt.

Äldreomsorgslyftet har gett möjlighet för ca 30 vårdbiträden att fr.o.m. hösten-23 påbörja utbildning till att få behörighet till undersköterska.

Utbildning för dokumentationsombud med anledning av förändrat arbetssätt med genomförandeplaner har genomförts även under 2023.

Förändrat arbetssätt har resulterat i ett avsevärt bättre resultat i fråga om förekomst av aktuella genomförandeplaner för våra brukare.

Enheter med demenssjuka har genomfört BPSD utbildningar. Tandhygienist i kommunen, TAIK, har fortsatt med utbildningar kring förebyggande munhälsa.

Fortsättningskurser kring dokumentation i Lifecare har genomförts samt de grundläggande utbildningarna som rör hygien, förflyttningsteknik och kost o nutrition för ombud.

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

Implementeringen av dokumentationssystemet Lifecare HSL har inneburit utbildningsinsatser för samtliga enheter i samband övergång.

Samtlig personal inom äldreboenden samt övrig inbjuden personal inom hemtjänst och socialtjänst har deltagit vid utbildningshalvdag kring "Bemötande vid demenssjukdom och kognitiv svikt" av Beata Terzis leg.neuropsykolog.

22 Systematiskt kvalitetsarbete

22.1 Beskriv vilka processer och rutiner som din enhet varit delaktiga och utvecklat under året:

22.2 Beskriv hur verksamheten implementerat nya rutiner och följt upp följsamhet till tidigare rutiner under året:

22.3 Beskriv hur det går med målsättningen att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan med delaktighet? Vad är svårigheterna och vad är framgångsfaktorerna?

22.4 Vilka enkäter, brukarundersökningar, prevalensstudier och andra mätningar har genomförts under året och hur har verksamheten arbetat med resultatet

22.5.7 Beskriv hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar i avdelningen. Gör en analys över avdelningen. Finns det brister som behöver åtgärdas? Hur har du arbetat med identifierade brister från föregående kvalitetsrapport?

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 målpåfyllelse och generellt ligger resultaten över riksgenomsnittet.

23 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria samt klagomål och synpunkter

23.1 Beskriv inom vilka områden som det inkommit avvikelser och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

23.2 Beskriv inom vilka områden som det inkommit lex Sarah och eventuellt lex Maria och vilka mönster och trender har identifierats vid analys av avvikelserna och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå

23.3 Beskriv inom vilka områden som det inkommit klagomål/synpunkter och vilka mönster och trender har identifierats vid analys och vilka åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå.

23.4 Analysera och beskriv vilka trender och mönster som identifierats över avdelningen. Är vidtagna åtgärder tillräckliga? Eller behöver andra åtgärder sättas in?

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 teamträffar och på APT för att

förhindra upprepning och lära av misstag.

Ständig dialog kring fallprevention och analys av MCSS är utvecklingsområden. Utbildning för chefer att hantera MCSS och ta ut data för analys finns behov av.














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.











Avvikelse som föranlett utredningar enligt Lex Sarah i form av brister i bemötande har ökat under året vilket föranleder riktade åtgärder och handlingsplaner vid de enheter där detta förekommit. Fortsatt fokus på bemötandefrågor är prioriterat område i samband med utbildningsinsatser och vid APT och reflektionsmöten. Trots dessa enskilda händelser kring brister i bemötande och trygghet visar resultatet i den nationella brukarundersökningen 2023 på en högre grad av nöjdhet kring bemötande och trygghet vid kommunens äldreboenden.

24 Bilaga: Egenkontroll kvalitet hösten 2023











24.1 Systematiskt förbättringsarbete









| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Informeras all personal årligen om enhetens rutiner för att rapportera avvikelser, händelser och risker? |  Ja 18 (st) | |
| |  Del vis 1 (st) | |
| Är personal delaktig vid utredning/analys av avvikelser? |  Ja 10 (st) | |
| |  Del vis 9 (st) | |
| Genomför all personal årligen den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 13 (st) | |
| |  Del vis 2 (st) | |
| |  Vet ej 4 (st) | |
| Säkerställer du att all personal har genomfört samtliga aktuella delar i den webbaserade introduktionsutbildningen? |  Ja 11 (st) | |
| |  Del vis 4 (st) | |
| |  Nej 4 (st) | |
| Arbetar verksamheten aktivt med att få in synpunkter och hantera dem genom brukar/patientmedverkan? |  Ja 12 (st) | |
| |  Del vis 5 (st) | |
| |  Nej 2 (st) | |

24.2 Dokumentation




| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Har alla patienter en aktuell hälsoplan? |  Ja 17 (st) | |
| Förvaras dokumentationen kring brukarna på ett säkert sätt det vill säga inlåst eller så att inte obehöriga kan läsa den? |  Ja 16 (st)  Nej 1 (st) | |
| Godkänner enhetschefen alla genomförandeplaner? |  Ja 15 (st)  Del vis 1 (st)  Nej 1 (st) | |
| Har alla brukare enligt SoL/LSS en utförarakt där samtliga dokument förvaras? |  Ja 17 (st) | |
| Har alla brukare en utskriven aktuell genomförandeplan i vård- och omsorgspärmen |  Ja 15 (st)  Del vis 1 (st)  Vet ej 1 (st) | |

24.3 Kvalitetsarbete/samverkan - intern







| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Genomförs teamträffar regelbundet enligt rutin? |  Ja 16 (st)  Del vis 1 (st) | |
| Har alla brukare en utsedd kontaktman, SoL eller ansvarig (stöd)assistent, LSS? |  Ja 17 (st) | |
| Är kontaktman eller ansvarig (stöd)assistent känd för brukaren? |  Ja 17 (st) | |
| Genomförs introduktionssamtal och dokumenteras detta i samband med att insatsen startas upp? |  Ja 16 (st)  Del vis 1 (st) | |
| Har enheten arbetssätt som motsvarar de som beskrivs i rutinen för hantering av brukares kvitterade privata medel? |  Ja 17 (st) | |
| Arbetar enheten kontinuerligt med bemötande frågor? |  Ja 19 (st) | |
| Arbetar enheten kontinuerligt med sekretess/tystnadsplikt frågor? |  Ja 19 (st) | |
| Har chef och personal kännedom om kommunens anhörigstöd? |  Ja 18 (st) | |



| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| |  Vet ej 1 (st) | |
| Används tolk vid viktiga samtal/möten/uppföljningar? |  Ja 6 (st)  Del vis 3 (st)  Vet ej 8 (st) | |
| Har enheten regelbundna diskussioner kring rutinen för muta/gåva? |  Ja 19 (st) | |
| Har enheten regelbundna planerade möten för ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser mellan legitimerad personal och vård och omsorgspersonal? |  Ja 15 (st)  Del vis 2 (st) | |
| Finns det arbetsteknikombud på enheten? |  Ja 17 (st)  Del vis 2 (st) | |

24.4 Kvalitetsarbete/samverkan - extern



| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Deltar vård- och omsorgspersonal vid den medicinska vårdplaneringen? |  Ja 5 (st)  Del vis 11 (st) | |
| Finns uppdaterad information om enheten/verksamheten på hemsidan, skovde.se? |  Ja 18 (st)  Del vis 1 (st) | |

24.5 Hygien




| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Finns hygienombud på enheten? |  Ja 16 (st)  Del vis 1 (st) | |
| Finns kända lokala hygienrutiner på enheten? |  Ja 10 (st)  Del vis 3 (st)  Nej 4 (st) | |
| Har all personal arbetskläder? |  Ja 17 (st) | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|---|--|
| Byter all personal om på enheten? |  Ja 17 (st) | |
| Tvättas arbetskläderna på arbetsplatsen? |  Ja 17 (st) | |





24.6 Skydds- och begränsningsåtgärder

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| Används checklistan för egenkontroll av skydds- och begränsningsåtgärder årligen för att följa om/vilka begränsningar som finns och att dessa är analyserade och uppföljda? |  Ja 16 (st)  Vet ej 1 (st) | |



24.7 IBIC







| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|--|--|--|
| Har införandet av arbetsmodellen IBIC inneburit förändrat arbetssätt med brukarna? |  Ja 8 (st)  Del vis 8 (st)  Vet ej 1 (st) | |

24.8 Egenvård

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|---|--|
| 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? |  Ja 3 (st)  Vet ej 7 (st)  Nej 6 (st)  Ej svar at 1 (st) | |

24.9 Uppföljning insatser

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Erbjuder enheten anpassade aktiviteter och utestelser för dem som önskar? |  Ja 12 (st)  Del vis 3 (st) | |

| Frågor | Svar, Antal | Kommentar (förtydligande av svar på fråga) |
|---|--|--|
| Skер uppföljning av beslut innan beslut löper ut eller minst årligen? |  Ja 15 (st)  Del vis 1 (st) | |
| Skер samverkan mellan beställare och utförare innan nya beslut fattas? |  Ja 7 (st)  Del vis 5 (st)  Vet ej 1 (st)  Nej 4 (st) | |