

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för Kiruna Kommun 2023



2023 02 28
Ewa Furvall- Socialt ansvarig samordnare
Carina Lantto- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Antagen av socialnämnden 2024-03-19 § 50

Inledning

Syftet med kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa förvaltningens strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att följa hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i våra verksamheter under året som gått.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse och den ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Socialförvaltningen har beslutat att upprätta en gemensam kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse utifrån berörda lagstiftningar inom hela socialförvaltningen och som grund till detta har Socialstyrelsens mall använts. I berättelsen nämns verksamheterna enligt följande;

IFO-Mya = Individ och familjeomsorgen – myndighet och administration.

HSA = Hälso- och sjukvårdsavdelningen

SO = Social omsorg (LSS, socialpsykiatri, öppenvård och familjerådgivning)

Hemtjänst = Äldreomsorg

Säbo = Vård- och omsorgsboenden - Äldreomsorg



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Förebyggande omvårdnad och omsorg	7
Organisation och ansvar	8
Socialnämnden	8
Förvaltningschef	8
Verksamhetschef hälso- och sjukvårdsavdelningen	8
Avdelningschef	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	9
Socialt ansvarig samordnare (SAS)	9
Kvalitetsteam	9
Enhetschef	10
Legitimerad personal	10
Stödfunktioner	10
Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden	11
Informationssäkerhet	12
En god säkerhetskultur	12
IFO My avdelningen	12
Hemtjänstavdelningen	12
Hälso- och sjukvårdsavdelningen	12
Socialomsorgs avdelningen	13
Särskilda boendeavdelningen	13
Adekvat kunskap och kompetens	13
IFO My avdelningen	13
Hemtjänstavdelningen	14
Särskilda boendeavdelningen	14
Socialomsorgs avdelningen	14
Hälso- och sjukvårdsavdelningen	15
Patienten/brukaren som medskapare	15
Avvikelsehantering	17
Klagomål och synpunkter	18
Life Care samordnad planering	19

Genomförandeplan	19
Social dokumentation	20
Loggkontroll social dokumentation.....	21
Journalgranskning hälso- och sjukvården dokumentation	21
Loggkontroll hälso- och sjukvårdsjournal	22
Basal hygien.....	22
Läkemedelshantering	23
Delegering	24
Fall och fallskador.....	25
Munhälsa.....	26
Nutrition	26
Trycksår	27
Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden	28
Lex Sarah	28
Lex Maria	28
Tillförlitliga och säkra system och processer	29
Säker vård här och nu.....	29
Riskhantering.....	29
Förvaltningsövergripande	30
Förvaltningsövergripande risk- och konsekvensanalyser	30
Hälso- och sjukvårdsavdelningen risk- och konsekvensanalyser	30
Stärka analys, lärande och utveckling	30
Avvikelse	30
Avvikelse inom hälso- och sjukvård	31
Fallavvikelse	32
Fallavvikelse analys	32
Läkemedelsavvikelse.....	32
Läkemedelsavvikelse analys.....	33
Avvikelse inom Socialtjänst.....	34
Analys:	34
Analys:	35
Klagomål och synpunkter	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	36
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	36

SAMMANFATTNING

Utifrån föregående års kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse valde förvaltningen följande tre mål att arbeta med under 2023; förebyggande omvårdnad och omsorg (fall, munhälsa, trycksår och nutrition), bemötande och demens. Arbetet med förebyggande omvårdnad och omsorg har påbörjats i form av basutbildning inom nämnda områden och kommer att fortsätta under 2024. Under året har förvaltningen haft en teater i bemötande och ämnet kommer också att ingå i basutbildningen under 2024. Ingen riktad insats har påbörjats gällande demens. Under året har förvaltningen arbetat med omställningen till ett nytt journalsystem Combine. Förvaltningen har också återupptagit arbetat med omställningen till Nära Vård.

Det som framkommit från internkontroller, inrapporterade avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt egenkontroller är att förvaltningen har brister i det strukturerade kvalitetsarbetet. Under året har ett arbete påbörjats med att ta fram ett ledningssystem vilket ska tydliggöra och underlätta för personalen att hitta förvaltningens processer, rutiner och riktlinjer.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år som förvaltningen behöver arbeta med är;

- ledningssystem
- egenkontroller
- patientsäkerhet
- avvikelshantering

Begreppsförklaringar

Kvalitet

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap. 3 § lyder: "Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet, för utförandet av socialnämndens uppgifter skall det finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras."

Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelser. All personal inom verksamheterna har också ett ansvar att bidra till en god kvalitet enligt 14 kap. 2 § SoL och 24 a LSS. Ansvarsområdena skiljer sig dock åt beroende på befattning. Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten och arbetet med detta ska dokumenteras.

Patientsäkerhet

Enligt 3 kap 1§ i patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. I Kiruna kommun är det Socialnämnden som är vårdgivare.

Ledningssystem

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamheter inom LSS ansvar över att det finns ett ledningssystem. Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem som säkerställer att förvaltningen arbetar systematiskt och fortlöpande med att utveckla och säkra kvalitén i verksamheterna. Förvaltningen har inget ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Förvaltningen arbetar utifrån gällande lagar, rutiner och riktlinjer och genom egenkontroller, riskbedömningar och uppföljningar av avvikelser fastställs hur verksamheterna arbetat med kvalitet och patientsäkerhet.

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta med:

- Riskanalys
- Avvikelsehantering
- Klagomåls- och synpunktshantering
- Händelseanalyser
- Förbättringsåtgärder i verksamhet samt processer och rutiner
- Egenkontroller
- PDCA hjulet (Plan, Do, Check, Act)
- Rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden SOSFS 2011:5 (Lex Sarah)
- Anmälningsskyldigheten till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden och vårdskador.

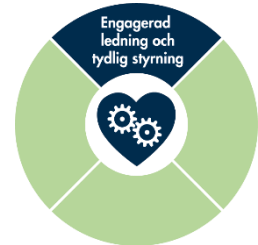
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för kvalitet och säker vård på alla nivåer. Det gäller från den politiska nivån till operativa chefer och ledare i den brukar- och patientnära verksamheten. Socialnämnden är vårdgivare och har det yttersta ansvaret över att arbetet bedrivs med en god kvalitet och säkerhet. Socialnämnden ska efterfråga verksamheternas resultat och följa upp resultaten återkommande.

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Socialnämndens övergripande mål för mandatperioden är; *fler medarbetare, ökad kompetens och utökandet av digitala lösningar*. Förutom socialnämndens mål har förvaltningen också valt att arbeta med 4 fokusområden; *patientsäkerhet, rekrytering, bemanning och att behålla personal, nära vård och införandet av det nya verksamhetssystemet Combine*.

De prioriterade förbättringsområden som förvaltningen valde att arbeta med 2023 i syfte att stärka patientsäkerheten och kvalitén var följande tre mål; *förebyggande omvårdnad och omsorg (fall, munhälsa, trycksår och nutrition), bemötande och demens*.

Förebyggande omvårdnad och omsorg

- Förvaltningen har haft workshops tillsammans med legitimerad personal och enhetschefer i syfte att stärka samverkan och genom detta få i gång det systematiska arbetet med riskbedömningar och avvikelser.
- Kvalitetsteamet har utbildat kvalitetsombud och en del enhetschefer i klagomål och synpunkter, avvikelshantering, Lex Sarah och Lex Maria.
- En checklista har utformats för att identifiera eventuella risker såsom dålig munhälsa, trycksår, nedsatt aptit osv hos våra brukare och patienter. Checklistan ska användas som ett hjälpmedel på de tvärprofessionella veckoträffarna inom förvaltningens verksamheter.
- Basutbildning för ny personal har påbörjats, utbildningen är fördelad på 4 tillfällen med olika teman bland annat grundläggande omvårdnadsutbildning, basal hygien, munhälsa, nutrition och bemötande. Basutbildningen kommer att fortgå årligen.
- Rutinen för fallprevention samt fall och fallskador har uppdaterats, men ej implementerats i verksamheterna.

Bemötande

- Under 2022 rapporterades flera Lex Sarah angående bristande bemötande hos baspersonal. En av åtgärderna som togs fram var att anlita en teatergrupp med inriktning på bemötande inom vård och omsorg i syfte att genom föreställningen nå all personal oavsett språkkunskaper. Teatern riktade sig till personal inom äldreomsorgen.
- Bemötande ingår i basutbildningen som startades upp i november 2023.
- Kiruna kommun har en värdegrund som bygger på RASK (respekt, ansvar, samverkan och kommunikation) vilket alla nya medarbetare ska få information om.

Demens

- Förvaltningen har inte arbetat med målområdet demens, uppdraget har inte heller tydliggjorts.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Kiruna kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret för de personer som bor på särskilda boenden, LSS boenden och för de personer som bor i ordinärt boende som har hemsjukvård. Kommunen ansvarar också för hembesök till personer över 18 år där behov av hembesök föreligger, tex hjälpmedelsutprovning enl. riktlinje.

Socialnämnden

Socialnämnden utgör vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller kravet på en säker vård med god kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Socialnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av socialtjänst och hälso- och sjukvård, samt för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Socialnämnden ansvarar för att;

- fastställa mål för kvalitetsarbetet, följa upp och utvärdera dessa mål
- se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten

Förvaltningschef

Socialchefens ansvar är att leda och fördela hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, följas upp och förbättras. Socialchefen har ett övergripande ansvar för att det finns rutiner för egenkontroll och riskanalyser. Socialchefen ska också följa upp och analysera verksamheterna så att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra verksamheterna.

Verksamhetschef hälso- och sjukvårdsavdelningen

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för hälso- och sjukvårdsavdelningen. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefen leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9).

Avdelningschef

Avdelningscheferna har ett helhetsansvar för sina respektive verksamheter. Avdelningscheferna ansvarar för kvalitén inom sin verksamhet, att arbetssätt, riktlinjer och rutiner inom lagrummen för SoL och HSL efterföljs. De ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp sin verksamhet. De ansvarar för att vården tillgodoser god kvalitet på ett kostnadseffektivt sätt.

Avdelningscheferna leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans funktion är reglerad i lag och förordning och innebär att denne ska ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Ansvaret innefattar även att:

- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Personen får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat.
- Det finns rutiner för hur kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när personens tillstånd fordrar det.
- Att rutinerna för läkemedelshandlingen är ändamålsenliga och väl fungerande.
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har på delegation av socialnämnden ansvar för att analysera negativa händelser och vid behov fullgöra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gäller om en vårdtagare i samband med vård och behandling har skadats eller utsatts för risk att skadas allvarligt.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att säkra processer och rutiner utifrån gällande styrdokument och lagstiftning samt på delegation av socialnämnden analysera negativa händelser och vid behov fullgöra anmälningar enligt Lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gäller om en brukare i samband med omsorg har utsatts för missförhållande/allvarligt missförhållande eller utsatts för risk för missförhållande/allvarligt missförhållande.

Ansvarer innefattar även att:

- Ta fram riktlinjer för det sociala omsorgsarbetet.
- Säkerställa och utveckla en rättssäker myndighetsutövning.
- Säkerställa och utveckla en god avvikelshantering.
- Samordningsansvar för att inventering och utbildning sker enligt gällande lagstiftning.
- Arbeta strategiskt med kompetensutveckling inom Vård & Omsorg.
- Medverka vid uppföljning av kvalitetsarbete.
- Uppföljning av egenkontroller av social dokumentation utförs i våra verksamheter.
- Ta fram strategier för förbättring och utveckling.

Kvalitetsteam

Kvalitetsteamets syfte är att främja och stötta verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetsteamet består av MAS, SAS, nämndsekreterare, kvalitetsstrateg, koordinator, projektledare i Nära Vård, projektledare för Combine, Samordnare för Vård i nära relationer och lokalstrateg.

På enheterna finns utsedda Kvalitetsombud. Kvalitetsombudens roll är att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete tillsammans med enhetschefen. Kvalitetsombuden har regelbunden handledning av kvalitetsteamet.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens arbetsätt, riktlinjer och rutiner som är fastställda är kända och efterföljs. Enhetschefen ansvarar för att all personal får adekvat introduktion för att utföra arbetet och att personalen har den kompetens som fordras med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen har ett huvudansvar för att utreda, följa upp och vidareutveckla kvalitét och säkerhet på sin enhet utifrån riskbedömningar, inkomna avvikelser och synpunkter. De ansvarar också för att årligen föra en dialog med all personal kring Lex Sarah och Lex Maria. De ansvarar också för teamsamverkan, samt för att göra personalen delaktig i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.

Handläggare

Myndighetshandläggare ansvarar för att på ett rättssäkert sätt utreda och bedöma de ansökningar som kommer till kommunen. Handläggare ansvarar för att tillsammans med ledningen verka för en god kvalitet i verksamheten samt att använda sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah i syfte att förbättra verksamhetens kvalitet.

Medarbetare

Alla medarbetare har ansvar för att;

- kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.
- känna till och arbeta efter gällande processer och styrdokument.
- delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av processer, styrdokument och arbetsmetoder.
- bidra aktivt i kvalitetsarbetet på enheten.
- känna till och följa rapporteringsskyldigheten.

Legitimerad personal

Har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. De har en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört vårdskada i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet.

Vård- och omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför en insats på instruktion eller delegering av sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Stödfunktioner

- Vårdhygien
- Smittskydd
- Norrbottens kommuner, bland annat kvalitetsnätverk
- SAS- grupp
- MAS-grupp

Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Intern samverkan

Intern samverkan sker genom teamträffar och veckomöten med legitimerad personal, baspersonal och enhetschefer. Vid behov bjuds andra funktioner in till samverkan. Däremot har det visat sig i avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria utredningar att samverkan mellan olika professioner och enheter brister. MAS och SAS har påtalat bristen på samverkan för nämnden och ledningsgruppen och en planering för bättre samverkan är under konstruktion. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har också kommenterat bristen på samverkan och begärt åtgärder samt uppföljningar för samverkan. Analysen påvisar att de enheter där samverkan fungerar är risken för vårdskador och missförhållanden lägre.

Extern samverkan

Norrbottens kommuner och Region Norrbotten, samt folktandvården har upprättat gemensamma riktlinjer för samverkan. Riktlinjerna är framtagna av en samverkansgrupp och det åligger respektive huvudman att implementera och följa upp att riktlinjerna följs.

Det pågår ett nationellt och ett länsövergripande arbete i omställningen till Nära Vård. Lokal samverkan sker mellan kommunen, regionen och privata vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen har kontinuerliga samverkansmöten med hälsocentralerna i kommunen där samverkan kring hälso- och sjukvård, hemsjukvård, utskrivningsprocessen och omställningen till nära vård diskuteras. Lokala läkaravtal har upprättats mellan kommunen och hälsocentralerna.

Verksamhetschefer och MAS i norra regionen (Kiruna, Pajala, Jokkmokk och Gällivare) har samverkansmöten en gång i månaden.

Intern och extern samverkan sker vid utskrivning från sjukhuset. Samordnad Individuell Planering (SIP) genomförs efter samtycke från berörd patient när insatser från olika vårdgivare behövs. Planen ska upprättas när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt från olika vårdgivare.

För den palliativa patienten som bor i ordinärt boende finns en samverkan med det palliativa rådgivningsteamet, hälsocentralerna, slutenvården och Kiruna kommun. Alla aktörer har gemensamt tagit fram processen för hur vården av den palliativa patienten ska bedrivas.

Samverkan mellan länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering sker kontinuerligt i syfte att utarbeta gemensamma riktlinjer och rutiner för kommunal hälso- och sjukvård.

Samverkan mellan länets socialt ansvariga samordnare sker kontinuerligt och regelbundet.

Informationssäkerhet

Under 2023 har förvaltningen:

- startat upp arbetet kring upprättande av informationssäkerhetsplanen. Detta har skett i samverkan med samordnare för informationssäkerhet i kommunen. Planen beräknas vara klar under Q1 2024.
- haft utbildningar via nano-e- learning gällande informationssäkerhet kommunövergripande.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Förvaltningen utför systematiskt loggkontroller 4 ggr/år. Enhetscheferna ansvarar för loggkontrollerna och resultaten ska rapporteras till MAS och SAS inför kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen. Journalgranskning ska utföras enligt rutin på verksamheterna, samt 1 gång/år av MAS inför kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningens ambition är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde patienten hos all personal.

IFO My avdelningen

Avdelningen ansvarar över myndighetsutövning och administration. Avdelningen arbetar kontinuerligt med riskbedömningar där hot och våld är en påtaglig risk. De arbetar strategiskt för att minimera risken för hot och våld. De arbetar systematiskt med avvikelser och följer upp dessa enligt rutin.

Hemtjänstavdelningen

Vid introduktion av ny personal går ordinarie personal igenom säkerhetsföreskrifter. Arbetet med introduktion av vikarier pågår.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

En del i arbetet inom hälso- och sjukvårdsavdelningen är vårdprevention vilket innebär att förebygga och undvika skador i vården. Avdelningen har en upprättad rutin för att identifiera risker och bedöma behov av insatser gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa hos nya patienter, samt vid behov. Till sin hjälp använder de olika riskbedömningsinstrument som finns upprättade i Senior Alert (DFRI, MNA, ROAG). Andra bedömningsinstrument som också används är tex ADL taxonomin (bedömning av aktivitetsförmåga), BPSD-skattningar (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och smärtskattning hos enskild patient.

Avdelningen använder sig också av det palliativa kvalitetsregistret vars syfte är att förbättra vården i livets slutskede hos palliativa patienter oavsett vårdgivare. Avdelningen ser att det finns lokala brister i det förebyggande arbetet med riskbedömningar och registreringar i palliativa kvalitetsregistret och kommer att arbeta med detta kommande år.

Socialomsorgs avdelningen

Avdelningen arbetar med risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner. Avdelningen använder en checklista gällande arbetsmiljö i brukares hem. Det finns även arbetsbeskrivningar, avvikelserapportering och teamsamverkan på avdelningen. Arbetsverktyget Funca används för att kunna förebygga och minska utmanande beteende hos vuxna personer med kognitiv svikt.

Särskilda boendeavdelningen

Avdelningens enhetschefer arbetar aktivt med avvikelshantering tillsammans med legitimerad personal och baspersonal. Avvikelse är en stående punkt på arbetsplatsträffar och veckoträffar. De lyfter också aktuella Lex Sarah och Lex Maria ärenden på sina gemensamma träffar i ett lärande syfte. Avdelningschefen följer upp avvikelshantering regelbundet. Avdelningen arbetar också med riskbedömningar inför varje ny brukare som flyttar in, detta för att eliminera eventuella risker i brukarens omgivning. Det görs också en bedömning över funktionsförmågan hos den enskilde för att kunna sätta in eventuella hjälpmedel, dels för att underlätta för brukaren, dels på grund av personalens arbetsmiljö. Årligen utförs skyddsronder på varje enhet.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



IFO My avdelningen

Under 2023 har socialsekreterarna deltagit på följande utbildningar/ föreläsningar;

- Att bemöta människor med rättshaveristiskt beteende
- Föreläsningar via teams inom området Våld i nära samt Hedersrelaterat våld och förtryck som tillhandahållits av länsstyrelserna i Norr- och Västerbotten.
- Socialsekreterare har deltagit i Yrkesresan (SKR) och då utbildningen: Handläggning med barnet i centrum
- Ledningsgruppen har deltagit i Ledarskapsutbildning Nära vård
- Flertalet socialsekreterare har deltagit i föreläsning "Med trauma- och anknytningsglasögon på umgängesfrågor"
- 1:e socialsekreterare har deltagit i Utbildning- Nya bestämmelser i LSS
- Samtliga socialsekreterare har haft handledning och workshop i kombination med handledningen. Två socialsekreterare har gått utbildning i MI som anordnats av SKR.
- Missbrukshandläggarna samt enhetschef och 1:e socialsekreterare har deltagit på SKR:s konferens avseende beroende och samsjuklighet där Anders Printz som är regeringens utredare för samsjuklighetsutredningen presenterat samsjuklighetsutredningens slutbetänkande
- Familjehemssekreterarna har genomgått utbildning i Kälvesten metoden

Samtliga enheter har samråd eller ledningsgrupp varje vecka där avdelningen delar med sig av ny kunskap och eventuella utmaningar som uppstått samt hur avdelningens personal har agerat i respektive situation.

Hemtjänstavdelningen

Tre av avdelningens personal har under 2023 påbörjat utbildning till undersköterska via äldreomsorgslyftet.

I november 2023 påbörjades Basutbildning för personal anställda 0-5 år. Utbildningarna fortsätter under 2024. Under v 45 startade utbildning i språkutveckling för baspersonal inom äldreomsorgen. Innan utbildningen startades gjordes en språkbedömning av deltagarna för att kunna göra en bra gruppindelning, det är tre olika "nivåer".

Kursens innehåll består av:

- Ordförråd och fraser inom yrkesområdet (med bildstöd vid behov)
- Samtal kring vad värdegrundens ord (kommunens värdegrund och äldreomsorgens nationella värdegrund) betyder och hur man förhåller sig till den samt bemötande, kulturella koder och omvårdnad – förstå brukarnas behov.
- Fokus kommer ligga på kommunikation främst muntligt men även till viss del skriftligt som till exempel dokumentation.
- Praktiska övningar i kommunikation till exempel telefondialoger.
- Uppföljning avseende språkutveckling sker i slutet av kurserna.
- Kursens detaljinnehåll styrs av gruppens behov och anpassas således efter den.

Särskilda boendeavdelningen

Fem av avdelningens personal har under 2023 påbörjat utbildning till undersköterska via äldreomsorgslyftet. I november 2023 påbörjades Basutbildning för personal anställda 0–5 år. Utbildningarna som innehåller basal hygien, bemötande mm fortsätter under 2024. Personal på SÄBO har liksom hemtjänsten på börjat basutbildning och språkutveckling enligt följande:

Kursens innehåll består av:

- Ordförråd och fraser inom yrkesområdet (med bildstöd vid behov)
- Samtal kring vad värdegrundens ord (kommunens värdegrund och äldreomsorgens nationella värdegrund) betyder och hur man förhåller sig till den samt bemötande, kulturella koder och omvårdnad – förstå brukarnas behov.
- Fokus kommer ligga på kommunikation främst muntligt men även till del skriftligt som till exempel dokumentation.
- Praktiska övningar i kommunikation till exempel telefondialoger.
- Uppföljning avseende språkutveckling sker i slutet av kurserna.
- Kursens detaljinnehåll styrs av gruppens behov och anpassas således efter den.

Utöver det finns nano e-Learning utbildningar samt kompetenshöjande insatser av verksamhetens ansvariga sjuksköterska. Flertalet enhetschefer på avdelningen har gått ledarskapsprogram via AG, utbildning i socialrätt och utbildning i förändringsledning

Socialomsorgs avdelningen

Följande utbildningar har skett under 2023;

- MI utbildning
- basal hygien
- att åldras med IF
- stöd till personer med IF

- Utbildning i avvikelshantering

En del av enhetscheferna på SO deltog i samma utbildning som kvalitetsombuden fick under 2023.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Avdelningen upplever att det finns svårigheter att tillsätta vakanta tjänster, samt ersätta vid frånvaro inom de legitimerade yrkesgrupperna. Det är svårt att upprätthålla kontinuitet och kompetens. Två sjuksköterskor vidareutbildar sig, den ena till distriktssköterska och den andra inom vård av äldre.

Övergripande

Samtliga avdelningars kvalitetsombud har genom SAS och MAS fått utbildning i systematiskt kvalitetsarbete med fokus på avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria. Kvalitetsombuden har också fått en utbildning i social dokumentation. Samtliga avdelningschefer och enhetschefer har genomgått ledarskapsutbildning Nära vård.

Patienten/brukaren som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.



Förvaltningen anser att en grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg är patientens/brukarens och de närståendes delaktighet. Vården/omsorgen blir säkrare om patienten/brukaren är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och omsorg och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten/brukaren. Att patienten/brukaren bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier inom Kiruna kommun och mellan olika vårdgivare hämtas från patienten för att säkra vården. Den enskilde har möjlighet att begränsa tillträde till endast viss information, för visst tillfälle eller för viss vårdpersonal. Den enskilde har även rätt att ta tillbaka sitt samtycke. Samtycke lämnas/återkallas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ. Det finns även möjlighet för patienten att spärra vissa uppgifter till andra vårdgivare.

Genomförandeplaner är ett viktigt verktyg inom vård och omsorg för att säkerställa att personens behov och önskemål beaktas. En genomförandeplan ska utgå ifrån brukarens önsningar och intressen för att ge delaktighet i utförandet av insatserna.

Samverkan med närstående sker främst vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter och avvikelser samt vid SIP och kontinuerliga möten i det dagliga vardagsarbetet.

På LSS gruppboendestäder görs brukaren delaktig genom korta regelbundna brukarundersökningar där brukaren har möjlighet att svara på tre korta frågor om hur dom har det på boendet. Materialet är framtaget utifrån Delaktighetsmodellens grundtanke och man har lagt till emojis som svarsalternativ.

Brukare och deras företrädare och ibland anhöriga är delaktiga i arbetet från ansökan/anmälan – utredning – beslut i myndighetsutövningen. Samverkan sker även mellan LSS och arbetsförmedlingen samt externa arbetsplatser.

Kommunala handikapprådet är ett organ för samråd och kommunikation mellan handikapporganisationer och kommunen.

Kommunala rådet för pensionärer är ett organ för samråd och kommunikation mellan pensionärernas organisationer och kommunen. Rådet träffas fyra gånger per år.

Årligen genomför Socialstyrelsen en brukarundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” Kommunens resultat för hemtjänsten avviker inte nämnvärt från riket och länet, medan säbo:s resultat var något lägre än riket och länet. Socialnämnden har gett i uppdrag till förvaltningen att redovisa hur verksamheterna jobbar med resultaten i öppna jämförelser.

Nära vård

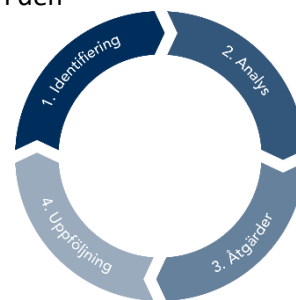
Omställningen till nära vård berör och kommer att göra skillnad för alla Sveriges invånare och hjälpa oss att klara välfärdens utmaningar. Omställningen innebär ett samskapande med invånarna och flyttar fokus till att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Under 2023 har förvaltningen rekryterat en processledare för Nära vård och arbetet kring omställningen har under hösten tagit ny fart. Handlingsplan God och nära vård 2023 - en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav för socialförvaltningen har upprättats. Medel för aktiviteter har rekviderats från Norrbottens kommuner. Planen innehåller aktiviteter inom huvudmålen "Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav", "Goda förutsättningar för vårdens medarbetare" samt "Vidare utbildning för specialistjuksköterska".

Utöver detta har även en gemensam handlingsplan för Nära Vård 2023 – 2026 upprättats tillsammans med Kiruna hälsocentral och Norrskenets hälsocentral som bygger på den länsgemensamma strategin för nära vård. Den gemensamma handlingsplanen innehåller aktiviteter inom fem prioriterade riktningförändringar. "mer hälsofrämjande och förebyggande insatser", "ökad personcentrering och delaktighet", "stärkt gemensam primärvård", "öppnare vårdformer" samt "stärkt samverkan".

Samtliga avdelningschefer och enhetschefer har genomgått utbildningen ledarskapsprogram Nära vård från SKR och under våren 2024 kommer även kvalitetsteamet genomföra utbildningen. Processledare Nära vård och MAS deltog vid framtidsdagen nära vård för inspiration och kunskapsutbyte med andra kommuner och regioner i Sverige.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, detta ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, jämförelse med andra verksamheter, samt nationella och regionala uppgifter.



Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroller

Enligt SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skall systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Enligt 5 kap. 2 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

På förvaltningen skickas egenkontrollsdokumentet ut till samtliga chefer en gång per år.

Svarsfrekvensen har varit hög förutom enstaka bortfall. Egenkontrollen skickades även ut till samtliga avdelningschefer där svarsfrekvens var 60 %, 3 av 5 har svarat. Det framkommer bland annat risk vad gäller ansvaret för inkommande vikarierna vad gäller den första introduktionen. Oklart var ansvaret ligger. Framöver behöver egenkontrollerna till viss del göras mer frekvent och nära verksamheterna för att bli en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Avvikelsehantering

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
85 % följsamhet till rutin för Avvikelsehantering. Dvs att avvikelsen är bedömd, åtgärdad, uppföljd och avslutad. En del avvikelser ska också hanteras gemensamt med berörd enhetschef och legitimerad personal.	I januari publicerades en utbildningsfilm i avvikelsehantering för baspersonal, legitimerad personal och enhetschefer på hemsidan. Kvalitetsteamet har under våren och hösten genomfört utbildningsinsatser för kvalitetsombud och enhetschefer. Stödinsatser till en hemtjänstgrupp under hösten utifrån Lex Sarah. Hemtjänsten och hemsjukvården har haft två workshops och	Internkontroll 1 Våren 2023 Ifo-Mya: 100% (100% 2022) Hemtjänst: 14% (10% 2022) SO: 91% (50% 2022) SäBo: 62% (65% 2022) Internkontroll 2 Hösten 2023 Ifo-Mya: 100% (100% 2022) Hemtjänst: 3% (33% 2022) SO: 80% (70% 2022) SäBo: 66% (71% 2022)

	<p>särskilda boenden och sjuksköterskor en workshop där avvikelshantering och samarbete kring dessa diskuterats.</p> <p>MAS och SAS har följt upp avvikelshandlingen 2 gånger under året, resultaten har presenterats i nämnden.</p>	
--	--	--

Analys: I egenkontrollerna framkommer att verksamheterna bedömer att de har kunskap om syfte och mål med avvikelshandlingen, dock visar analysen på varierande resultat. Ifo-Mya arbetar systematiskt med avvikelshandlingen, de utreder och sätter in nödvändiga åtgärder, samt följer upp om åtgärderna haft förväntat resultat. Inom hemtjänsten har flera riktade utbildningar hållits under året men trots detta har handlingen av avvikelser sjunkit. Det framkommer att hemtjänsten under hösten prioriterat bort arbetet med avvikelshantering på grund av resursbrist vilket är orsaken till det låga resultatet. Både hemtjänsten och HSA bekräftar att deras samarbete kring avvikelshandlingen brister trots insatser som genomförts under året. HSA upplever att det är ett fåtal avvikelser som rapporteras då det är få avvikelser bland annat inom infektioner, sår och undernäring. Inom SO har avvikelshantering sjunkit med 10 %, det framkommer att flertalet avvikelser är åtgärdade men inte avslutade.

Säbos enhetschefer har under året arbetat aktivt med avvikelshantering tillsammans med legitimerad personal. Avdelningschefen för Säbo har arbetat aktivt med att följa upp avvikelshandlingen på bla medarbetarsamtalen samt på APT. Att Säbos avvikelshantering har förbättrats tyder på att avdelningschefens arbete kring avvikelser är av betydelse och ger större effekt än vad övriga insatser gett.

Klagomål och synpunkter

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
<p>Alla klagomål och synpunkter som inkommer till förvaltningen ska hanteras enligt rutin, dvs besvaras, åtgärdas, avslutas samt diarieföras.</p>	<p>Kvalitetsteamet har under våren och hösten genomfört utbildningsinsatser i hantering av klagomål och synpunkter för enhetschefer inom hemtjänsten och SoA.</p> <p>Rutin för klagomål och synpunkter är upprättad och antagen under 2023.</p>	<p>51 diarieförda klagomål och synpunkter har inkommit under året.</p> <p>Förvaltningsövergripande: 4 klagomål har inkommit varav en är anonym. Ingen är hanterad enligt rutin.</p> <p>Ifo-MyA: 5 klagomål har inkommit varav 3 är hanterade enligt rutin. 2 saknar åtgärder och återkoppling</p> <p>Hemtjänst: 9 klagomål har inkommit varav 2 är hanterade enligt rutin. 6 saknar åtgärder och återkoppling.</p> <p>HSA: 5 klagomål har inkommit, samtliga är hanterade enligt rutin.</p> <p>SoA: 6 klagomål har inkommit varav ingen är hanterad enligt rutin. 2 saknar åtgärder och återkoppling.</p>

		SäBo: 21 klagomål har inkommit varav 19 är hanterade enligt rutin. 2 saknar åtgärder och återkoppling
--	--	--

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med hanteringen av klagomål och synpunkter, dock visar analysen på varierande resultat. Klagomål bör ses som ett verktyg att förbättra verksamheterna. Att hantera klagomål och synpunkter är en viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Förvaltningen har under 2023 upprättat och antagit rutinen för klagomål och synpunkter. Av de 51 klagomål som inkommit saknar 12 dvs. 23% dokumenterade åtgärder och återkoppling. Enligt rutin ska ärendet avslutas när det är hanterat. 16 av 51 är inte avslutade och därav har inte rutin följts. Jämfört med föregående år har fler klagomål och synpunkter diarieförts och hanterats vilket är en förbättring. Dock finns ett mörkertal i de klagomål och synpunkter som inkommer muntligt och aldrig blir hanterade enligt rutin.

Life Care samordnad planering

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
Att alla brukare/patienter inskrivna i slutenvården har en påbörjad egenplanering.	Utbildningsinsatser i Life Care samordnad planering under 2 tillfällen 2023. Utbildningsmaterial finns att tillgå på Region Norrbottens hemsida.	Påbörjad egenplanering i procent: Bistånd 97% (94% 2022) Rehab 56% (62% 2022) Hemsjukvård 38% (35% 2022) Verkställighet hemtjänst 0% (5% 2022)

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med LifeCare samordnad planering, dock visar analysen på varierande resultat. Förvaltningen har under en treårsperiod följt hur följsamheten ser ut gällande egenplanering när våra brukare/patienter är inskrivna i slutenvården. Kontrollen baseras på 4 tillfällen per år. Resultat för i år visar att biståndsenhet och hemsjukvården har ökat sin egenplanering medan rehab minskat med 6 %. HSA har ett fortsatt lågt resultat vilket beror på att ersättare för samordnaren inte har kunskap om vart egenplaneringen ska dokumenteras. Hemtjänsten har under kontrollperioderna inte påbörjat någon egenplanering alls trots att de angett i egenkontrollsdokumentet att de har kunskap om egenplanering. De har dokumenterat sin egenplanering i meddelandefunktionen i Life Care, vilket innebär att endast personal har kännedom om planeringen och inte brukaren. Under året har förvaltningen haft ett gemensamt möte med alla avdelningar där de fått utbildning i dokumentation i Life Care. Behov av kontinuerliga utbildningar för framför allt hemtjänsten behöver planeras inför 2024.

Genomförandeplan

Mål	Åtgärd/er under 2023	Resultat
-----	----------------------	----------

85 % av alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan.	Våren 2023 har även innehållet i genomförandeplanerna granskats utifrån delaktighet och mål enligt beslut från föregående kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse.	Särskilt boende: 67 % (78 % 2022) Solbacken korttidsboende: 0% Hemtjänst: 30% (73% 2022) LSS gruppboende: 95% (91% 2022) Socialpsykiatri: 80% (86% 2022) LSS övriga verksamheter: 34 % (64% 2022) LSS daglig verksamhet: 82% (81% 2022) SFB (pers.ass.): 0% (0 % 2022)
--	---	---

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med genomförandeplan, dock visar analysen på varierande resultat. LSS gruppboende har ökat antalet genomförandeplaner och är den enda verksamheten som nått målet. Hemtjänst och LSS övriga verksamheter har minskat antalet genomförandeplaner med över 50 % jämfört med föregående år. Personlig assistans jobbar inte alls med genomförandeplaner som är mätbara då de inte görs i verksamhetssystemet. En orsak är som framkommit språkförbristningar hos baspersonal vilket försvårat införande. Hemtjänsten har prioriterat bort genomförandeplaner pga resursbrist, vilket är en del av orsaken till den låga andelen genomförda genomförandeplaner. Säbo har minskat och korttidsboendet har under aktuell mätning inte gjort någon genomförandeplan alls trots att det i rutin beskrivs vikten av genomförandeplaner för den målgruppen.

Social dokumentation

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
Säkerställa att den sociala dokumentationen utförs enligt de lagar och föreskrifter som styr. Enligt rutin ska kontroll utföras 6 ggr/år av respektive enhetschef.	Kvalitetsombuden och några enhetschefer från SoA har deltagit i en utbildning i Social dokumentation som genomfördes i februari. Behov av regelbundna egenkontroll har identifierats	SÄBO: Enhetscheferna gör kontinuerlig journalgranskning när de läser dokumentation, tar upp med berörd personal om de ser att dokumentationen inte är rätt. SOA: Enhetscheferna läser personalens dokumentation regelbundet, är något felaktigt dokumenterat tar de det med berörd personal.

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med social dokumentation, dock visar analysen på varierande resultat. Det finns en rutin för social dokumentation där det beskrivs hur verksamheterna ska utföra egenkontroller av den sociala dokumentationen och det finns även ett verktyg till detta. Det framkommer att enhetscheferna på SÄBO upplever verktyget som svårt att använda vilket leder till att granskningarna inte blir dokumenterade. SOA kontrollerar regelbundet personalens dokumentation dock dokumenteras inte resultaten eller eventuella åtgärder. Det har inte framkommit hur hemtjänsten kontrollerar den sociala dokumentationen. Rutinen för Social dokumentation behöver revideras och en plan för hur egenkontrollerna ska utföras behöver tas fram.

Loggkontroll social dokumentation

Mål	Åtgärd/er under 2023	Resultat
<p>Systematisk stickprovskontroll 4 gånger per år.</p> <p>Riktad kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation.</p> <p>Vid brukarens begäran om loggutdrag.</p>	<p>Systematisk stickprovskontroll är utskickad till enhetscheferna 4 gånger 2023.</p> <p>Utförd kontroll ska dokumenteras hos enhetschef enligt rutin.</p>	<p>IFo-MyA</p> <p>SOA Psykiatrin har utfört 2 av 4 kontroller. Övriga LSS har utfört samtliga kontroller Per ass: 1 kontroll</p> <p>Hemtjänst 1 distrikt har utfört 2 kontroller.</p> <p>SÄBO 3 kontroller är gjorda under året på varje boende, inga avvikelser upptäcktes.</p>

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med loggkontroll social dokumentation, dock visar analysen på varierande resultat. Rutin för hur loggkontroller ska utföras på verksamheterna finns. Resultatet sparas av ansvarig chef för att kunna rapporteras vid kvalitets och patientsäkerhetsberättelsen. Det är dock oklart hur loggkontrollerna utförs och rutinen bör revideras och implementeras på verksamheterna.

Journalgranskning hälso- och sjukvården dokumentation

Mål	Åtgärd/er under 2023	Resultat
<p>Att följa lagstiftningen gällande dokumentation i Hälso- och sjukvård</p>		<p>En riktad journalgranskning är gjord inom psykiatrin i samverkan med Hälsocentralen.</p>

Analys: Det finns en rutin för journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler som är upprättad 2014. Det har skett förändringar i lagstiftningen vilket gör att rutinen är inaktuell. Rutinen bör revideras.

Loggkontroll hälso- och sjukvårdsjournal

Mål	Åtgärd/er under 2023	Resultat
<p>Systematisk stickprovskontroll 4 gånger per år.</p> <p>Riktad kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation.</p> <p>Vid patientens begäran om loggutdrag.</p>	<p>Systematisk stickprovskontroll är utskickad till enhetscheferna 3 gånger 2023.</p>	<p>3 loggkontroller är utförda under året, inga avvikelser upptäcktes.</p>

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheten att de har kunskap om syfte och mål med loggkontroll hälso- och sjukvårdsjournal, vilket analysen bekräftar. Det finns en rutin för loggkontroller, men det saknas en struktur för hur information om hur de utförda loggkontrollerna presenteras till kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen.

Basal hygien

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
<p>100% följsamhet till basala hygien- och klädregler.</p>	<p>Under våren har vårdhygien haft en fysisk utbildning i basala hygien- och klädregler för kvalitetsombud, enhetschefer och avdelningschefer.</p> <p>Under hösten har vårdhygien haft digitala utbildningar för kvalitetsombud, enhetschefer och avdelningschefer.</p>	<p>Självskattning: enligt rutin 4ggr/år.</p> <p>HSA: 3 områden</p> <p>Maj månad 100 % följsamhet (74% har svarat, 37/50)</p> <p>Oktober månad (74% har svarat, 20/27)</p> <p>Rapporterade avvikelser: 1 hade ringar, 1 använde inte handskar i vårdnära arbete och 1 hade inte uppsatt hår.</p> <p>Hemtjänst: 9 distrikt.</p> <p>2 självskattningar är gjorda på 1 distrikt, 100 % följsamhet (10–15 % har svarat 2–3/19)</p> <p>SäBo: 7 boenden, 1 korttidsboende</p> <p>Inget resultat.</p> <p>SO:</p> <p>4 självskattningar är gjorda inom personlig assistans. Inget resultat inkommit.</p> <p>4 självskattningar är gjorda inom psykiatri, ej fullständig efterlevnad av basala hygien- och klädregler.</p>

		<p>2 självskattningar är gjorda inom LSS, inget resultat inkommit.</p> <p>Internkontroll: enligt rutin 2ggr/år.</p> <p>HSA:</p> <p>1 internkontroll utförd som visade att 2 använde privata byxor och 1 som hade ringar, klockor bandage och/eller stödskenor.</p> <p>Hemtjänst:</p> <p>1 internkontroll är gjord inom ett distrikt, 1 hade klocka, alla hade tunika och 3 st hade byxor.</p> <p>SO:</p> <p>LSS har gjort 2 internkontroller, inget resultat inkommit.</p> <p>Säbo:</p> <p>1 Internkontroll är utförd.</p> <p>Rapporterade avvikelser: 4 hade privata byxor, 1 hade långärmad tröja och 2 hade klockor/ringar.</p> <p>PPM:</p> <p>Avvecklade under 2023. Kommunerna och Regionen tittar på ett gemensamt alternativ.</p>
--	--	--

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med basal hygien, dock visar analysen på varierande resultat. Målet för följsamhet till basala hygien- och klädregler är 100%. Förvaltningen antog en ny rutin för basala hygien och klädregler i september 2022 där det förtydligades hur egenkontroller och utbildning i basal hygien ska ske. Förvaltningen uppfyller inte målet för följsamhet till basala hygien- och klädregler på 100 % och verksamheterna utför inte självskattningar och egenkontroller enligt rutin. Flertalet av verksamheterna uppger att självskattning inte är en tillförlitlig kontroll vilket är orsaken till att de inte genomförts enligt rutin. Däremot anser verksamheterna att internkontroll är en bra metod för att kontrollera verksamheterna, men ingen av verksamheterna har utfört 2 kontroller enligt rutin.

Läkemedelshantering

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
-----	---------------------	----------

<p>Att förvaltningen hanterar läkemedel enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2017:37) gällande ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.</p>	<p>Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enligt gällande föreskrifter på 4 enheter:</p> <p>Hemsjukvården LSS – boende Lastaregatan Korttidsboende Solbacken Hemtjänsten Triangeln</p>	<p>Lokal rutin:</p> <p>Lokal rutin för läkemedelshantering saknas på alla fyra granskade enheter</p> <p>Narkotikahantering:</p> <p>Kontrollräkning sker inte varje månad enligt rutin. Hanteringen av narkotiska plåster behöver uppdateras.</p> <p>Förvaring:</p> <p>Temperaturmätning sker inte enligt rutin.</p> <p>Alla ordinerade läkemedel förvaras inte inlåsta och riskbedömningar saknas om läkemedel förvaras utanför låst skåp.</p> <p>Signeringslistor:</p> <p>Säkerställa att signeringslistor enbart används för läkemedelssignering.</p>
---	---	---

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med läkemedelshantering, dock visar analysen på varierande resultat. Det ska finnas en lokal rutin på alla enheter som hanterar läkemedel där det bland annat ska stå beskrivet vem som ansvarar för verksamheten och ansvarig sjuksköterska. Ingen av enheterna på socialförvaltning har en lokal rutin enligt gällande lagstiftning. Den externa läkemedelsgranskningen visar på vissa gemensamma brister som nämns ovan och andra brister som är mer relaterade till enheten.

Delegering

Mål	Åtgärder under 2023	Resultat
<p>Målet för delegering är inte tydligt definierat.</p>	<p>Delegeringsutbildningar sker fortlöpande under året inför baspersonalens delegeringsprov.</p>	<p>Antal upprättade läkemedelsdelegeringar under 2023 - 1155 st (ej individspecifikt)</p> <p>Återkallade - 15 st.</p> <p>Att dosera och ge insulin med insulinpenna enligt ordination - 616 st (ej individspecifikt)</p> <p>Återkallade – 12 st.</p> <p>Att ge subcutan injektion, färdiga doser och med särskild instruktion – 554 st. (ej individspecifikt)</p>

		Återkallade – 9 st.
--	--	---------------------

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med delegering. Däremot är inte förvaltningens mål för delegering tydligt formulerat vilket innebär att det finns en otydlighet om vad som ska kontrolleras. Delegeringsmodulen i procapita är inte uppbyggd på ett sätt som gör det enkelt att ta ut statistik gällande delegeringar. Det går inte att få ut statistik per individ utan en individ kan ha flera delegeringar inom olika enheter, vilket ger ett felvärde i resultaten. Det går inte heller att jämföra om våra resultat är tillämpliga till antalet medarbetare och behovet av delegerad personal. Utifrån analysen är det ett fåtal delegeringar som blir återkallade, ca 1–2 % vilket är ett positivt resultat.

Fall och fallskador

Mål	Åtgärd/er under 2023	Resultat
Inget mål finns uppsatt för hur förvaltningen ska jobba med fall och fallförebyggande åtgärder.	Rutin för fall och fallskador uppdaterades 2022, men är inte antagen av ledningsgrupp. Checklista är framtagen som innehåller en punkt med fall.	Utförda fallriskbedömningar DFRI: 326 st. (370 st. 2022) Antal bedömningar med fallrisk: 216 st. (253 st. 2022) Upprättade hälsoplaner: 136 st. (168 st. 2022) 63% av dem med fallrisk har en hälsoplan upprättad i syfte att förebygga fall.

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med hanteringen av fall och fallskador däremot utförs riskbedömningar i varierande omfattning i verksamheterna. Procapita är inte uppbyggd på ett sätt som gör det enkelt att ta ut statistik. Det går inte att få ut statistik på individnivå utan en individ kan ha flera riskbedömningar, resultatet visar inte heller på hur många individer som skulle ha riskbedömts. Enligt rutin ska fallriskbedömning genomföras vid inflytt på vård och omsorgsboende samt för de patienter som beviljats hemsjukvård. Fallriskbedömningen ska upprepas årligen och vid behov. Samverkan ska ske med arbetsterapeut, fysioterapeut och baspersonal i planering och utvärdering av resultat kring fall och fallskador. Analysen visar att det finns skillnader i verksamheten över följsamheten till rutinen, dels att genomföra riskbedömningar och att samverka med andra professioner. 63% av våra patienter med fallrisk har en hälsoplan upprättad i syfte att förebygga fall. Förvaltningen behöver godkänna rutinen, samt implementera den i de verksamheter som inte följer den. Checklista är framtagen dock framkommer att den endast Säbo använder den på sina veckoträffar

Munhälsa

Mål	Åtgärd under 2023	Resultat
Inget mål finns uppsatt för hur förvaltningen ska jobba med munhälsa och förebyggande åtgärder.	Checklista är framtagen som innehåller en punkt med munhälsa.	Utförda riskbedömningar (ROAG-J): 136 st. (153 st. 2022) Antal bedömningar med risk för ohälsa i munnen: 42 st. (75 st. 2022) Antal upprättade hälsoplaner: 8 st. (7 st. 2022) 19% av dem med risk för ohälsa i munnen får en hälsoplan upprättad i syfte att förebygga ohälsa i munhålan.

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med munhälsa. Procapita är inte uppbyggd på ett sätt som gör det enkelt att ta ut statistik. Det går inte att få ut statistik på individnivå utan en individ kan ha flera riskbedömningar, resultatet visar inte heller på hur många individer som skulle ha riskbedömts. Enligt rutin ska munhälsobedömning genomföras vid inflytt på vård och omsorgsboende, samt 1 gång/år. Analysen visar att det finns skillnader i verksamheten över följsamheten till rutinen. Endast 19% av våra brukare/patienter har ordinerats förebyggande åtgärder efter riskbedömning gällande munhälsa. Förvaltningen behöver uppdatera rutinen, samt implementera den i de verksamheter som inte följer den. Checklista är framtagen dock framkommer att den att endast Säbo använder den på sina veckoträffar.

Nutrition

Mål	Åtgärd/er under 2023	Resultat
Att uppdatera nutritionspolicyn	Checklista är framtagen som innehåller en punkt med nutrition/undernäring.	Utförda riskbedömningar (MNA): 273 st. (300st. 2022) Antal risk för undernäring/undernäring: 218 st. (232 st. 2022) Antal upprättade hälsoplaner: 86 st. (90 st. 2022) 39% av dem med risk för undernäring får en hälsoplan upprättad i syfte att förebygga undernäring.

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med nutrition. Procapita är inte uppbyggd på ett sätt som gör det enkelt att ta ut statistik. Det går inte att få ut statistik på individnivå utan en individ kan ha flera riskbedömningar, resultatet visar inte heller på hur många individer som skulle ha riskbedömts. Enligt nutritionspolicyn ska riskbedömning utföras vid inflytt till vård och omsorgsboende samt för de patienter som beviljats hemsjukvård. Analysen visar att det finns skillnader i verksamheten över följsamheten till rutinen. Utförda riskbedömningar visar att ett stort antal av våra brukare har risk för undernäring eller är undernärda, men att få av dem med risk får en hälsoplan upprättad med förebyggande eller behandlande åtgärder. Förvaltningen behöver uppdatera policyn, samt implementera den i de verksamheter som inte följer den. Checklista är framtagen dock framkommer att den att endast Säbo använder den på sina veckoträffar.

Trycksår

Mål	Åtgärd under 2023	Resultat
Riskbedömningar utförs enligt rutin	Checklista är framtagen som innehåller en punkt med hud/trycksår.	Utförda riskbedömningar (Norton): 297 st. (343 st. 2022) Antal med risk för trycksår/trycksår: 86 st. (78 st. 2022) Antal upprättade hälsoplaner: 80 st. (75 st. 2022) 93 % av dem med risk för trycksår har en upprättad hälsoplan i syfte att förebygga trycksår

Analys: I egenkontrollerna svarar verksamheterna att de har kunskap om syfte och mål med hanteringen av trycksår. Procapita är inte uppbyggd på ett sätt som gör det enkelt att ta ut statistik. Det går inte att få ut statistik på individnivå utan en individ kan ha flera riskbedömningar, resultatet visar inte heller på hur många individer som skulle ha riskbedömts. Enligt rutin ska riskbedömning utföras inom 7 dagar efter inflytt till vård och omsorgsboende samt för de patienter som beviljats hemsjukvård. De patienter som växelvårdas ska riskbedömas inom 24 timmar. Enligt rutin ska också samverkan ske med arbetsterapeut, fysioterapeut och baspersonal vid risk för eller uppkommit trycksår. Analysen visar att det finns skillnader i verksamheten över följsamheten till rutinen, dels att genomföra riskbedömningar och att samverka med andra professioner. Resultatet visar att de riskbedömningar som är utförda är gjorda enligt rutin och de har förebyggande åtgärder. Förvaltningen behöver uppdatera rutinen, samt implementera den i de verksamheter som inte följer den. Checklista är framtagen dock framkommer att den att endast Säbo använder den på sina veckoträffar

Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador/missförhållanden ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna/brukarna när resultatet av vården och omsorgen inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna/brukarna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Förvaltningens ambition bör vara en lärande organisation vilket innebär att lära sig av de avvikelser, synpunkter och klagomål samt Lex Sarah och Lex Maria som inkommer och utreds. De områden som behöver förbättras är arbetet med att ta fram åtgärder, följa upp samt implementera goda exempel för att inte samma händelser ska återupprepas.

Lex Sarah

Under året 2023 har 16 Lex Sarah rapporter inkommit. Det är en fördubbling från föregående år. Av dessa har 9 bedömts som allvarliga missförhållanden och anmälan gjordes till IVO som begärde kompletteringar i samtliga utom två. Tre bedömdes som risk för missförhållande enligt Lex Sarah dock inte anmälda till IVO, och som hanteras i verksamheten. Två bedömdes inte vara ett missförhållande enligt Lex Sarah varav en hanterades genom polisanmälan och HR. Slutligen är 2 utredningar pågående.

Analys: Av de Lex Sarah ärenden som inkommit 2023 förekommer bakomliggande orsaker såsom bristande omvårdnad i 9 av 16 ärenden. Det framkommer språksvårigheter, kunskapsbrist, bristande introduktion, få med delegering, bristande följsamhet av rutiner och ordinationer samt ett ökat behov av nära ledarskap. Vidare har ett behov av tydlighet och implementerade rutiner framkommit i samtliga ärenden som bedömts som missförhållande hos både baspersonal och hos enhetschefer. Det framkommer i egenkontrollen för året att det fortsatt råder en otydlighet för enhetscheferna vilken roll de har när ett missförhållande uppstått vad gäller åtgärder och uppföljning. I egenkontrollerna framkommer det att flera personalgrupper anser sig inte vara berörda av skyldigheten. Inkomna rapporteringar från IFO har en högre kvalitet vilket bedöms bero på mer erfarenhet och kunskap i utredningsarbete. På SOA har det skett en tydlig ökning av Lex Sarah rapporteringar vilket kan kopplas till de utbildningar kvalitetsteamet haft till chefer och Kvalitetsombud. Det har delvis lett till ett kvalitetshöjande arbete på aktuella enheter vilket är syftet med Lex Sarah. I arbetet med Lex Sarah utredningarna har det också framkommit en brist i arbetet med att aktivt ta fram relevanta åtgärder för att avhjälpa missförhållanden samt förhindra att det återupprepas. Det dröjer också lång tid innan ett missförhållande rapporteras vilket även IVO uppmärksammat i flera anmälningar. Detta bedöms bero på att rapporteringsskyldigheten inte är tillräckligt känd. Stödmaterial för chefer är framtagen och information om skyldigheten ska enligt SOSFS 2011:5 ges en gång per år samt vid nyanställning.

Lex Maria

Under året 2023 har 5 Lex Maria rapporteringar inkommit. Av dessa 5 är 4 utredda enligt Lex-Maria. En bedömdes som allvarlig vård skada och anmäldes till IVO och en bedömdes som risk för allvarlig vårdskada men fordrade inte anmälan till IVO. 2 rapporteringar har utretts tillsammans med SAS och

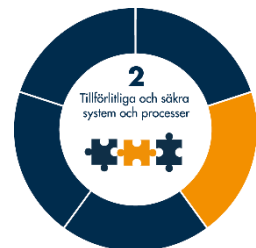
resultat i Lex Sarah anmälningar, samt åtgärder för hälso- och sjukvårdsavdelningen. En hanterades som en avvikelser.

Analys: Av de Lex Maria ärenden som inkommit handlar de bakomliggande orsakerna om att det råder brist på introduktion, följsamhet till rutiner och ordinationer, kunskapsbrist och språksvårigheter. Verksamheterna brister även i informationsöverföring mellan baspersonal till sjuksköterska, sjuksköterska till baspersonal samt mellan sjuksköterskor och annan legitimerad personal. I två av Lex Maria anmälningarna brast sjuksköterskan i uppföljning av patientens diagnos och läkemedelsbehandling. Förvaltningen behöver arbeta övergripande med introduktion, implementering av rutiner och riktlinjer, uppföljningar och information. Andra utmaningar inom förvaltningen är kompetensutveckling och språkutveckling.

Under 2021–2022 utförde Inspektionen för vård- och omsorgs (IVO) en tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden i hela landet. Syftet med tillsynen var att bidra till att vårdgivare förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO. Tillsynen visade på brister i samtliga särskilda boenden som granskades. IVO konstaterade att lägstnivån vad gäller medicinsk vård och behandling på SÄBO är för låg och att ingen kommun till fullo levde upp till de lagar och regler som finns. Bristerna omfattade bland annat låg följsamhet till reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation. Förvaltningen har under 2023 redovisat åtgärder för att komma till rätta med de brister som IVO påtalat i granskningen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Under 2022 – 2023 har arbetet med att införa ett nytt verksamhetssystem Combine pågått. Länets 14 kommuner har valt att ha samma system och riskbedömningar inför byte av verksamhetssystem har utförts på central och lokal nivå. Förvaltningen behöver revidera rutiner och riktlinjer så de är kompatibla med det nya systemet tex dokumentation, avvikelshantering, Lex Sarah och Lex Maria. Verksamheterna behöver utföra egenkontroller i större utsträckning för att säkerställa att hanteringen i det nya verksamhetssystemet sker korrekt.



Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Förvaltningsövergripande

I förvaltningens system för avvikelserapportering riskbedöms varje händelse enligt en matris, där händelsens sannolikhet och allvarlighetsgrad bedöms. Däremot arbetar inte förvaltningen systematiskt med riskbedömningar inför varje förändring eller för att bedöma risker i arbetsprocesser. Förvaltningen saknar system som underlättar för medarbetarna att identifiera risker och vårdskador i realtid som påverkar patientsäkerheten, arbetsmiljön och kvalitén, exempelvis Gröna Korset.

Förvaltningsövergripande risk- och konsekvensanalyser

- Riskbedömning angående arbete för 15-åringar höstlov
- Riskbedömning angående arbete för 17 åringar på sommaren
- Riskbedömning sommaren – Svårigheter att rekrytera tillräckligt med vikarier
- Riskbedömning budgeten – sammanhållen riskbedömning angående samtliga besparingsförslag gällande bland annat neddragningar av enhetschefs tjänster och administratörer inom Säbo, SO och IFO.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen risk- och konsekvensanalyser

- Riskbedömning delegering till vårdbiträden
- Sjuksköterskebemanning på korttidsboendet Solbacken
- Korttidspool HSA
- Påverkan av stadsomvandlingen, flytt av busstation till Parkskolans parkering

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet i verksamheter som bedrivs enligt Sol och LSS samt hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för missförhållanden/vårdskador minskar.

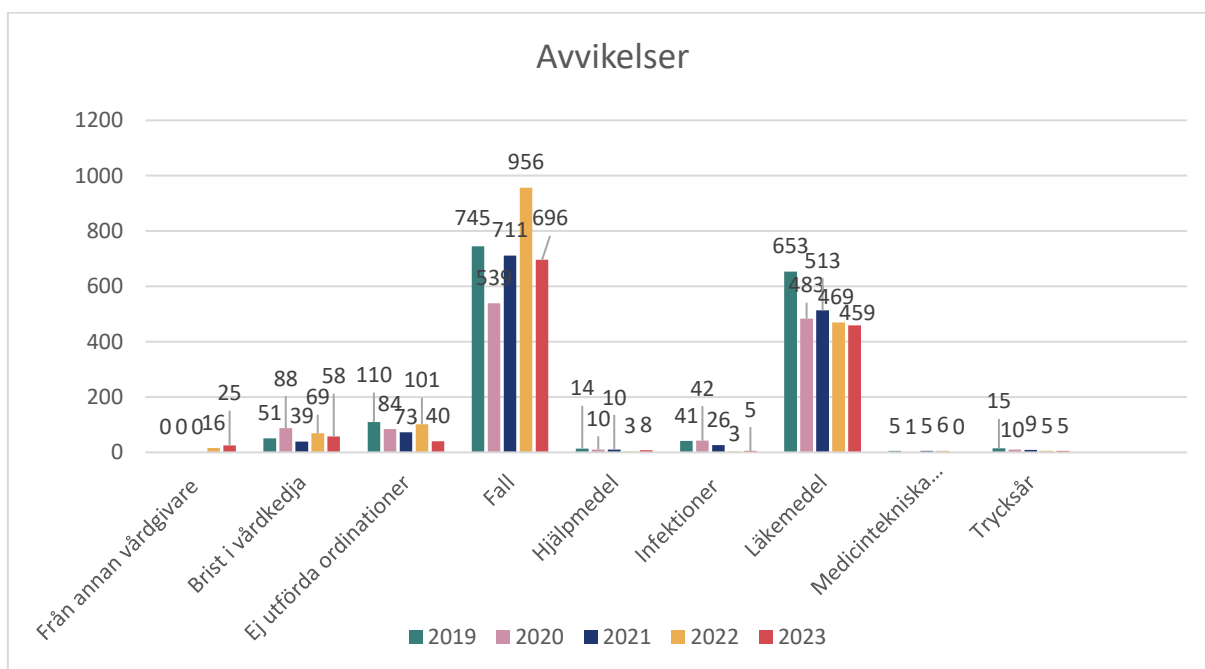
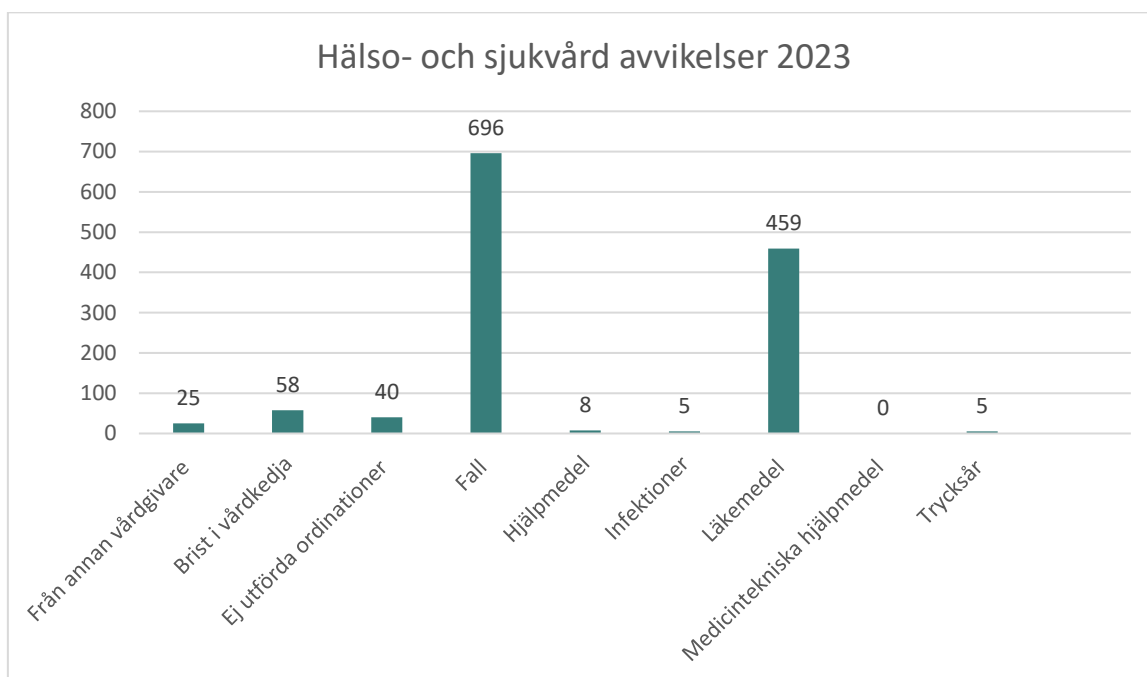


Avvikelse

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

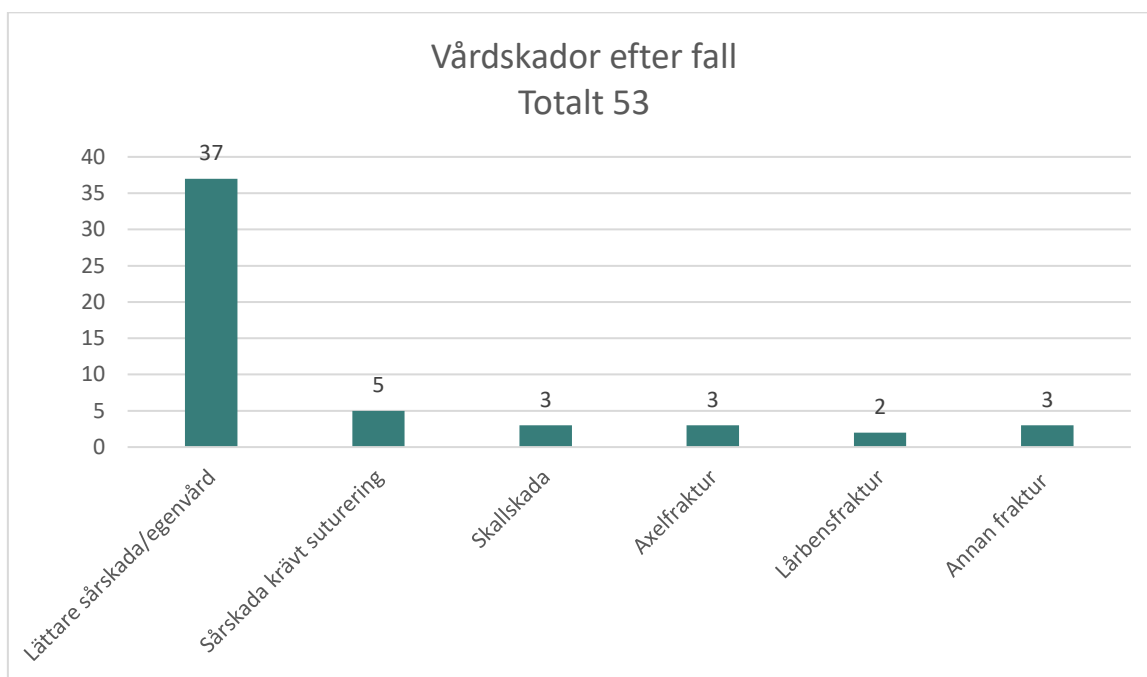
Förvaltningens avvikelser inom prioriterade fokus och målområden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst presenteras i diagram nedan.

Avvikelser inom hälso- och sjukvård



Analys: Avvikelserapporteringen har minskat jämfört med föregående år på de flesta områden. Det betyder inte att det förekommer färre avvikelser utan bedömningen är att färre avvikelser rapporteras. Det finns också en skillnad inom enheterna gällande följsamhet till rutinen om avvikelserrapportering.

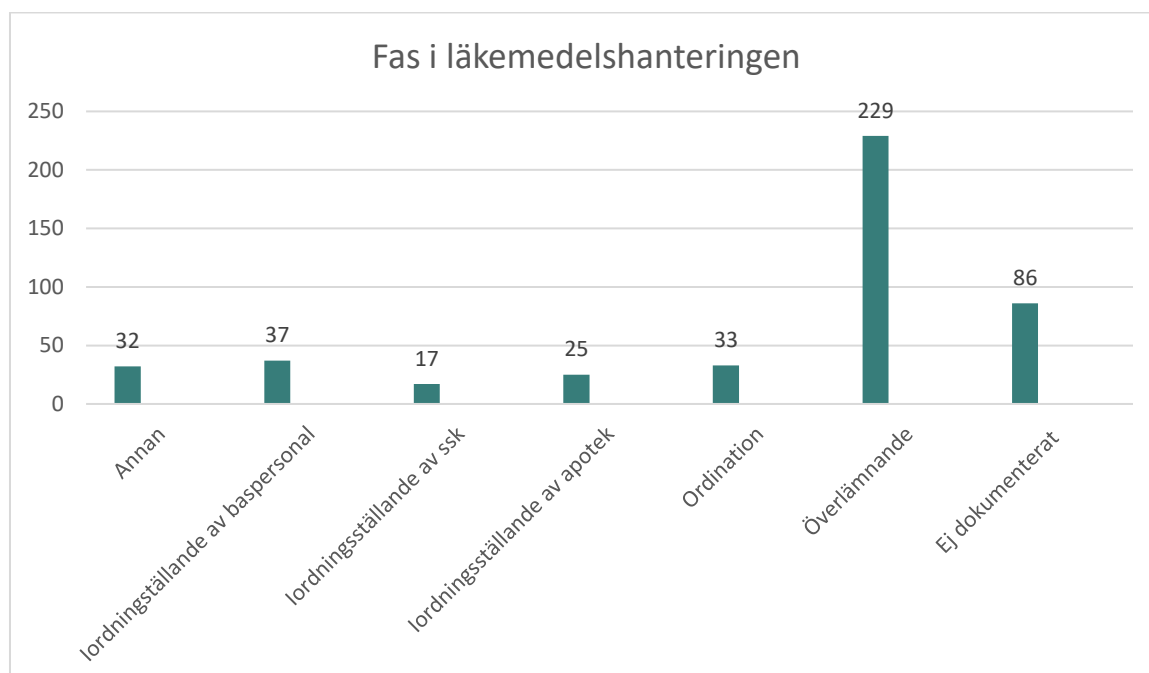
Fallavvikelser



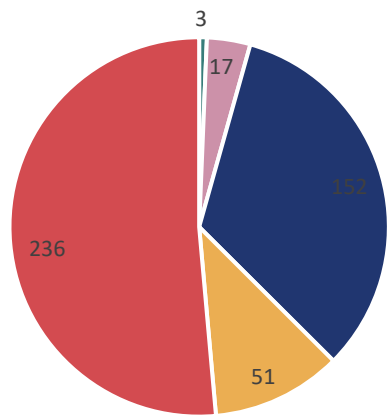
Fallavvikelser analys

Totalt är det inrapporterat 696 fallavvikelser under 2023, föregående år rapporterades 956 fallavvikelser. Särskilda boenden har rapporterat flest antal fallavvikelser 349 stycken och hemtjänsten 313 stycken. Resultatet innebär inte att det sker fler fall inom säbo. Analysen påvisar att hemtjänstpersonalen rapporterar färre avvikelser och de flesta som är rapporterade är gjorda av larmets personal. Vid 53 av fallen har det registrerats en vårdskada hos brukaren/patienten. Vid 48 av fallen har läkarkontakt initierats för vidare vård.

Läkemedelsavvikelser

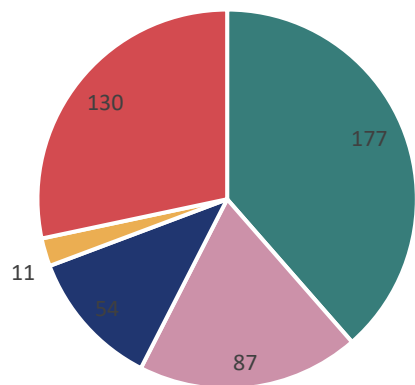


Bakomliggande orsaker



- Annan patient dålig
- Blev avbruten av annat
- Ej följt uppsatta rutiner
- Upplevd stressig arbetsmiljö
- Ej dokumenterat
-

Delegering

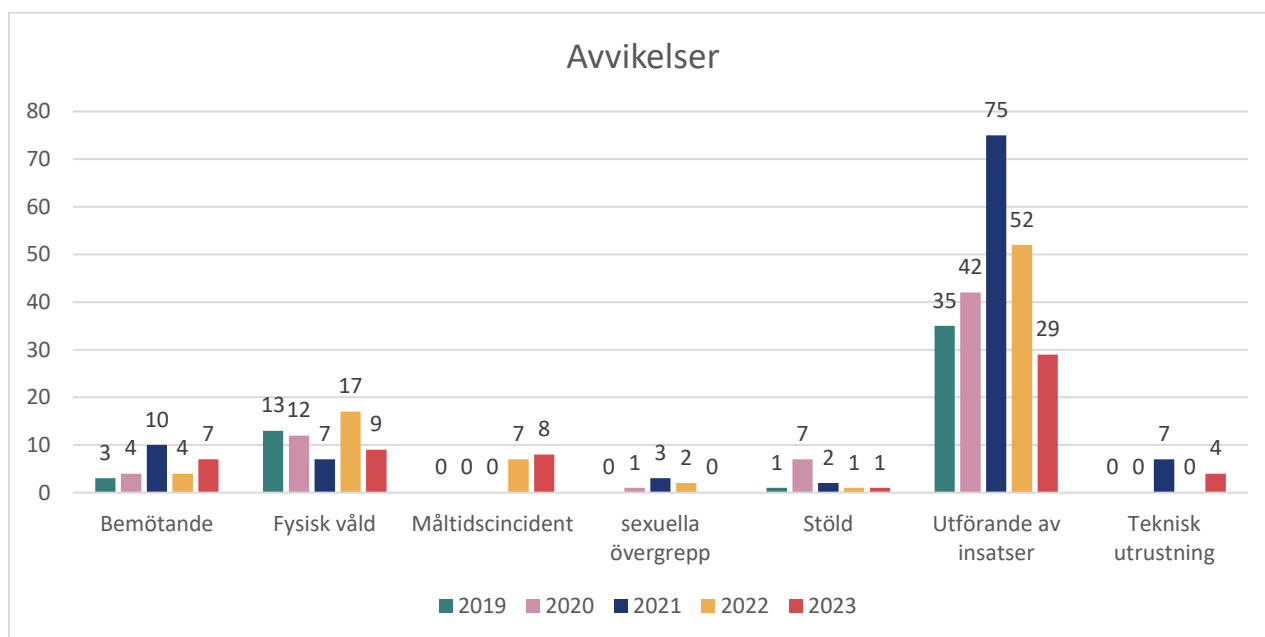
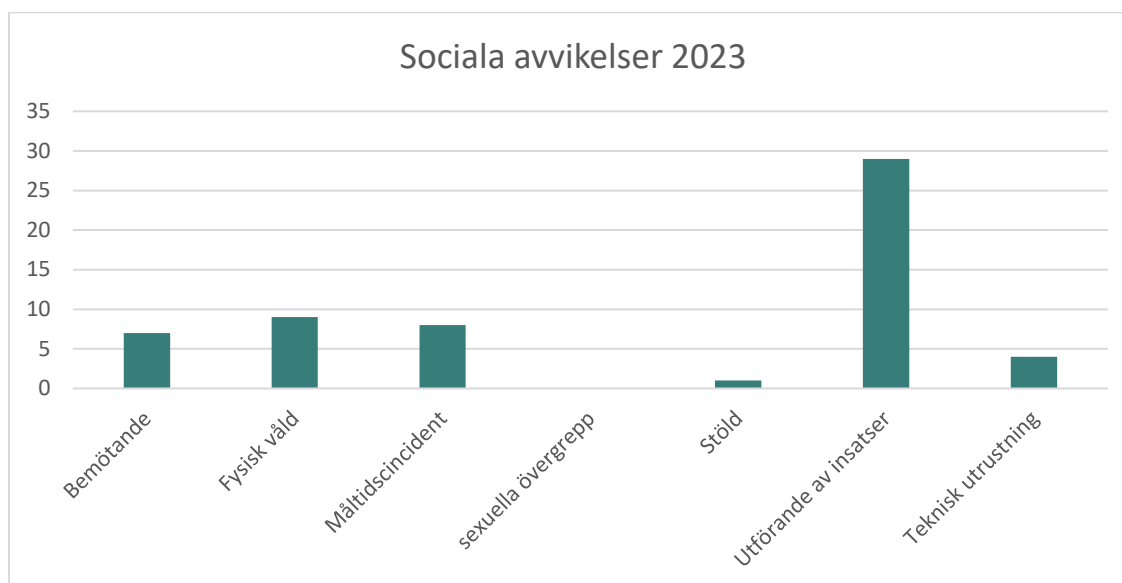


- Alla har delegering
- Ensam med delegering
- Färre än vanligt med delegering
- Ingen med delegering
- Ej dokumenterat
-

Läkemedelsavvikelser analys

Avvikelsena gällande läkemedel har minskat från föregående år, vilket mest troligt beror på en underrapportering. Från hemtjänsten och hemsjukvården finns väldigt få avvikelser. Förvaltningsövergripande brister alla verksamheter i hur rapportering av läkemedelsavvikelser sker vilket gör det svårt att analysera resultat av exempelvis bakomliggande orsaker, i vilken del av läkemedelshanteringen det brister samt vilka konsekvenser patienten haft. Detta leder till att det är svårt att sätta in förbättringsåtgärder för att förbättra läkemedelshanteringen.

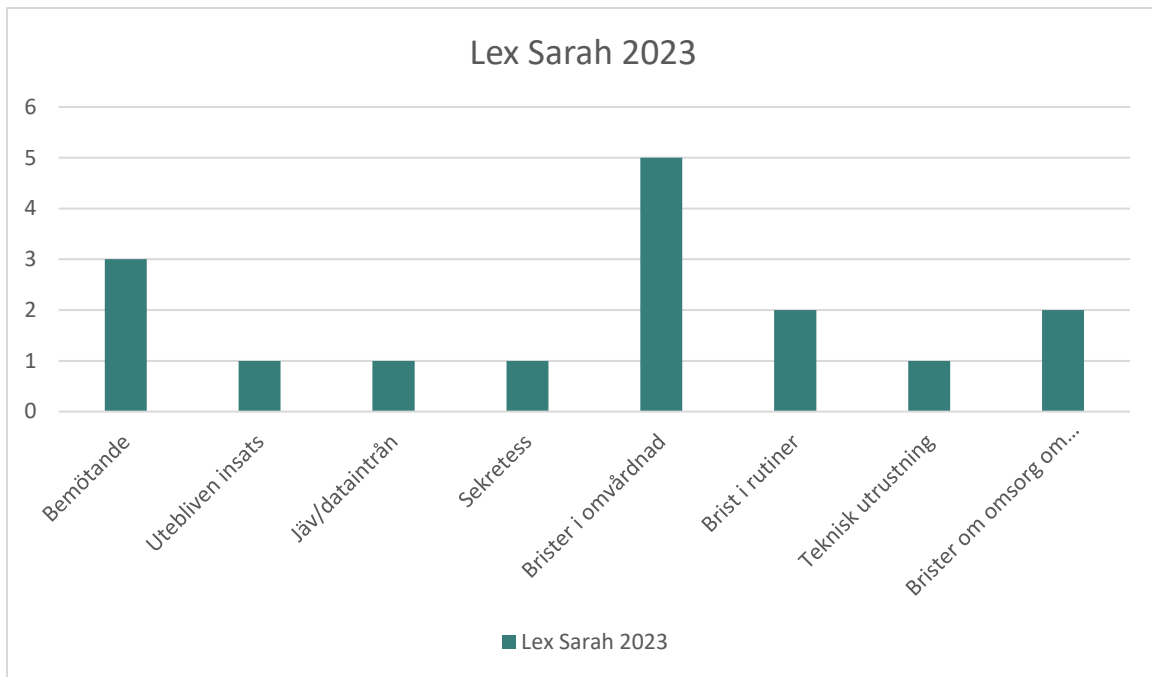
Avvikelser inom Socialtjänst



Analys:

Avvikelserapporteringen har minskat från föregående år trots flera utbildningsinsatser. Det betyder inte att det förekommer färre risker hos brukarna utan bedömningen är att färre avvikelser blir rapporterade och därmed inte hanterade vilket innebär större risker för missförhållanden och vårdskador.

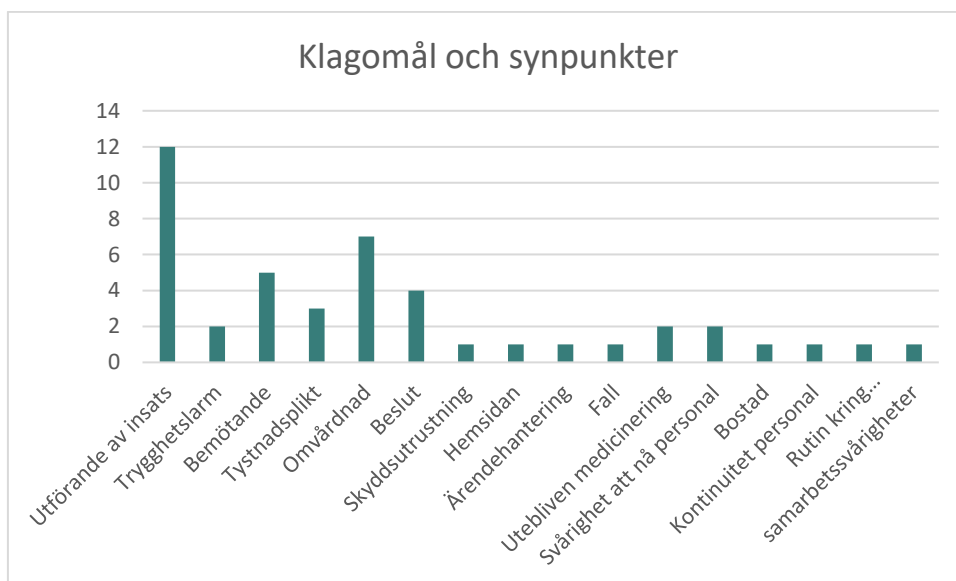
Lex Sarah



Analys:

Majoriteten av Lex Sarah rapporteringarna som inkommit under 2023 handlar om brister i omvårdnad vilket kan kopplas till brist på utbildad personal med erfarenhet. I två fall har brukarna en längre tid haft bristande omsorg vilket lett till psykiskt dåligt mående och allvarliga missförhållanden. Två rapporteringar har bedömts att inte vara missförhållande enligt Lex Sarah, två har bedömts som risk för missförhållande men inte i den grad att de anmälts till IVO.

Klagomål och synpunkter



Analys:

51 klagomål har diarieförts under 2023. Majoriteten av klagomål kommer från anhöriga och handlar till störst del om brister i omvårdnaden samt mobilanvändning hos personal. Klagomål och synpunkter hanteras av den enhetschef eller verksamhetschef som berörs och ska ses som en del i förbättringsarbetet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Förbättringsområden inom kvalitet och patientsäkerhet identifieras löpande genom avvikelser och riskbedömningar. Förvaltningen har ett behov av ett fungerande ledningssystem som stöd i det systematiska kvalitetsarbetet. Arbetet med att följa upp resultaten och planera långsiktigt och strategiskt i kvalitet och patientsäkerhetsarbetet fortsätter under 2024 parallellt med arbetet med Nära vård.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Avvikelse, utredningar, egenkontroller och uppföljningar har påvisat fortsatta förbättringsområden inom en rad olika områden. Följande fokusområden föreslås att ingå i förbättringsarbetet 2024.

Kvalitetsråd

För att det systematiska kvalitetsarbetet ska ha förutsättningar att vara en del i det dagliga arbetet krävs det en organisation som bevakar kvalitetsfrågor och ser till att kvalitetsförbättringar snabbt kan implementeras och få genomslag i hela verksamheten. Varje arbetsplats måste vara delaktig i kvalitetsutvecklingsarbetet och ha möjlighet att bidra till verksamhetens kvalitetsutvecklingsarbete som helhet.

För att möjliggöra ett levande kvalitetsutvecklingsarbete har förvaltningen beslutat att från 2024 införa ett övergripande kvalitetsråd. Fokus ska ligga på riskbedömningar, avvikelser, Lex Sarah/Maria, egenkontroller samt rutiner.

Ledningssystem

Enligt SOSFS 2011:9 ska Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Om det visar sig att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska de förbättras. Arbetet i att bygga upp ledningssystem är påbörjat och bör prioriteras framåt.

Egenkontroller

Enligt SOSFS 2011:9 skall verksamheterna utföra egenkontroller, dels för att kontrollera att rutiner, lagar och regler efterlevs, dels för att förbättra och utveckla verksamheten. Egenkontrollerna ska utföras med den frekvens och omfattning som krävs. Det innebär att verksamheterna utvärderar sina resultat och arbetar enligt de fastställda processerna och rutinerna och uppnått önskat resultat.

Förvaltningen bör starta upp arbetet med att upprätta egenkontroller som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Avvikelser

Analysen visar att de flesta verksamheterna ökat hanteringen av avvikelser enligt rutin dvs att avvikelserna är utredda, åtgärdade, uppföljda och avslutade. Förvaltningen behöver fortsätta arbeta systematiskt med avvikelshanteringen, framför allt med att följa upp om åtgärderna haft önskad effekt. Enligt rutin ska avvikelser vara en del av introduktion för ny personal, samt vara en stående punkt årligen för all personal. Analysen visar dock att det behövs riktade utbildningsinsatser inom vissa verksamheter för att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet. Analys från avdelningscheferna bekräftar behov av fortsatt arbete.

Basala hygienrutiner

Förvaltningens förbättringsarbete med att upprätthålla basala hygienrutiner behöver fortsätta och tydliggöras. Det framkommer att verksamheterna frångått rutin och jobbar olika med hur kontrollerna sker. Rutinen behöver omarbetas och implementeras på nytt.

Nytt verksamhetssystem Combine

Förvaltningen byter verksamhetssystem den 1 mars 2024 från Procapita/Life Care till Combine. Utbildning för all personal i det nya verksamhetssystemet har pågått sedan 2023, men förvaltningen ser att det kommer att finnas utmaningar framöver. Behov av egenkontroller i de olika processerna kommer krävas som tex för dokumentation.

God och Nära vård

Arbetet med omställningen till nära vård kommer att fortsätta de kommande åren inom hela förvaltningen. Samverkan med regionen, privata vårdgivare, skolan och elevhälsan fortsätter. Omställningen kommer att göra skillnad för våra kommuninvånare och hjälpa oss att klara välfärdens utmaningar.

Stadsomvandlingen

Förvaltningen påverkas fortsatt av samhällsförvandlingen och kommer att behöva flytta delar av sina verksamheter kommande år. Förarbetet med planering, strategier och riskbedömningar bör prioriteras.

Analys från AC

Övriga områden som framkommit i avdelningschefernas analyser av egenkontroller och resultat:

- Påbörja arbete kring Fast omsorgskontakt på hemtjänsten enligt 4 kap, 2b § SOL
- Palliativa registret
- Fortsatt arbete med Genomförandeplaner och brukarens delaktighet i planeringen av beviljade insatser