

# Kvalitetsberättelse för vårdgivare – Vård och omsorgsförvaltningen

År 2023

Upprättad av Kvalitets- och verksamhetsutvecklare

## Innehåll

1. Inledning.....	3
1.1 Syfte.....	3
1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.....	3
1.3 Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet.....	3
1.4 Uppföljning av mål och strategier inför 2023 (hämtat från kvalitetsberättelsen 2022)	3
2. Kvalitetsdokument .....	5
3. Intern kontroll.....	5
3.1 Resultat internkontroll 2023 .....	6
3.2 Internkontrollplan 2024 .....	7
4. Egenkontroll.....	7
5. Målstyrning .....	8
6. Nationella undersökningar .....	10
6.1 KKiK, Kommunens kvalitet i korthet.....	10
6.2 ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen” .....	12
7. Avvikelsehantering.....	12
7.1 Avvikelser.....	13
7.2 Klagomål och synpunkter .....	16
8. Riskanalys .....	18
9. Övrigt kvalitetsarbete under 2023 .....	18
9.1 Ledningsstruktur .....	18
9.2 Basal hygien.....	18
9.3 Kost.....	19
9.4 Verksamhetsuppföljning.....	19
9.5 Användning av stimulansmedel/statsbidrag .....	19
10. Mål och strategier för kommande år.....	19

# 1. Inledning

## 1.1 Syfte

Socialstyrelsen rekommenderar alla vård- och omsorgsgivare att skriva en årlig berättelse av vilken det framgår hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.

Syftet med vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsberättelse är att utgöra en dokumentation av arbetet med att systematiskt och kontinuerligt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

## 1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

Enligt SOSFS 2011:9 ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” ska vårdgivaren 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. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad ska bygga på processer och rutiner samt samverkan. Som en del i detta har förvaltningen varannan vecka kvalitetsmöte där rutiner, processer och avvikelser analyseras. En dag i september har förvaltningen en utbildningsdag gällande SOSFS 2011:9. Förvaltningen har även varje januari/februari en uppföljningsdag där resultaten för föregående år analyseras.

## 1.3 Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet

Vård- och omsorgsnämnden som vårdgivare för omsorgen är ansvarig för kvalitetssäkringsarbetet. Vård- och omsorgsnämnden fastställer mål och processer för det systematiska kvalitetssäkringsarbetet samt har kontinuerlig uppföljning och utvärderar mål. Förvaltningschefen ansvarar för att

- alla medarbetare engageras och har rätt kompetens för att bedriva en god kvalitet i omsorgen
- operativa mätbara verksamhetsmål formuleras och för att målen ska uppnås
- resultatet analyseras och delges verksamhetens medarbetare
- åtgärder påbörjas

## 1.4 Uppföljning av mål och strategier inför 2023 (hämtat från kvalitetsberättelsen 2022)

- **Ombudsgrupper** – Fortsatt arbete har skett med ombudsgrupperna.
- **Verksamhetsuppföljning** – Fokus låg under 2023 på vård- och omsorgsboende i både egen och privat regi. Resultatet av verksamhetsuppföljningen är gjord och presenterad både för de enheter som var med i den fördjupade uppföljningen samt för vård- och omsorgsnämnden. Presentation har även gjorts på förvaltningens uppföljningsdag i februari månad. Uppföljningen har genomförts av kvalitetsutvecklare med LOV-

inriktning, kvalitets- och verksamhetsutvecklare och Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

- **Processkartläggning** – Under 2023 har några processer uppdaterats. De klara processerna har ritats i 2c8 som är det system som kommunen använder sig av i processritningen.
- **Systematiskt kvalitetsledningssystem**- Under 2023 har dokumentet ”Ledning- och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen” reviderats. Under hösten 2023 har chefer, biståndshandläggare, teknik-team, administrativ personal och privata utförare utbildats i Kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Utbildningen har skett internt av kvalitets- och verksamhetsutvecklare.
- **Egenkontroller** – Vård- och omsorgsförvaltningen behöver systematiskt följa upp egenkontroller för att säkerställa att verksamheterna bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Detta sker årligen.
- **Teknik** –
  - Fortsatt byte av verksamhetssystem till Lifecare HSL samt implementering av HSL signering. Detta implementerades fullt ut.
  - Fortsatt arbete med Exorlive (digitalt träningsprogram för Rehab) påbörjades under slutet av 2020 och 2021. Från 2023 kan alla invånare i Ronneby kommun ta del av olika program som finns för allmänheten. Information gällande detta finns på vård- och omsorgsförvaltningens hemsida.
  - Fortsatt implementering av 3D-sensor för digital tillsyn på vård- och omsorgsboende. I dagsläget finns tekniken på två boenden.
  - Alla larm i ordinärt boende byttes hösten 2023.
  - Implementering av aktivitetsplanering på våra vård- och omsorgsboenden vilket gör att personal kommer att planera och registrera de aktiviteter som sker under dygnet. Detta har gjorts som test på ett vård- och omsorgsboende under 2023.
  - Fortsatt arbete med digitala utbildningar. Planering för fortsatt implementering har gjorts under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.
  - Test av radarsensorer på ett boende i förvaltningen för att upptäcka fall bland vårdtagare. Underleverantör av radarsensorer avslutade sin verksamhet i Sverige vilket gjorde att förvaltningen valde att utöka införandet av 3D-sensorer.
  - Beslutsstöd som köps in centralt i Ronneby kommun. Detta infördes under hösten 2023.
  - Digitalt arkiv som köps in centralt i Ronneby kommun. Detta har vissa förvaltningar startat upp. Detta kommer att implementeras i Vård- och omsorgsförvaltningen under 2024.
  - Upphandla och införa lösning för digitala lås på vård- och omsorgsboende både till lägenhetsdörrar och värdeskåp. En tillfällig lösning togs fram under

2023. Upphandling av en permanent lösning kommer att ske under 2024 i samband med larmsystem till vård- och omsorgsboendena.

- **Avvikelsehantering** –  
Under 2019 har systemet för avvikelsehantering bytts ut. I samband med detta utbildades all personal i hanteringen av systemet och fick en årlig genomgång i avvikelsehantering över lag. Fortsatt arbete kring hanteringen av avvikelssystemet har fortgått under 2020. Från januari 2021 har det lagts till fler avvikelsetyper när en rapport görs. Tanken med förändringen är att redan när avvikelser rapporteras ska det visa vilken form av avvikelse det är och detta ska göra att rapportören vet om det är en vårdskada eller annan avvikelse. Under 2023 har det utbildats i det som i systemet kallas medutredare. Detta innebär att chefen som ska hantera avvikelserna kan lägga till andra professioner som behöver ge sin syn och ha kännedom om avvikelserna. Detta har gjort att tex fysioterapeut/sjukgymnast mycket tidigare får kännedom om de avvikelser som de behöver ha kännedom om.
- **Boendeprocessen** – fortsatt arbete med boendeprocessen. Dokument gällande boendeprocessen uppdateras 1 gång/år av LOV-samordnare/kvalitetsutvecklare.

## 2. Kvalitetsdokument

Alla kvalitetsdokument, såsom rutiner, riktlinjer, policys, broschyrer och blanketter är publicerade på intranätet som samtliga medarbetare har tillgång till. Framtagande av nya kvalitetsdokument samt revidering av befintliga kvalitetsdokument sker vid ny lagstiftning eller andra väsentliga förändringar. Kvalitets- och verksamhetsutvecklaren, LOV-samordnare/kvalitetsutvecklare, MAR (medicinskt ansvarig rehabilitering) och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) samarbetar med berörda professioner i upprättandet av nya kvalitetsdokument alt. reviderar befintliga. Varannan vecka har förvaltningen ett kvalitetsmöte. På dessa möten tas rutiner upp för revidering eller nyskapande, genomgång och revidering av processer samt uppdatering av styrdokument.

## 3. Intern kontroll

Intern kontroll innebär att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt. Intern kontroll är det samlade begreppet för den organisering och de system, processer och rutiner som bidrar till detta. Enligt Ronneby kommuns reglemente för intern kontroll ska vård- och omsorgsnämnden varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen och genomförd riskbedömning utifrån de riskområden som Kommunstyrelsen har tagit beslut om skall beaktas i upprättandet av planen. Inom vård- och omsorgsförvaltningen är det kvalitets- och verksamhetsutvecklare som genomför intern kontroll. Den kan ske genom kontroll i system, inhämtning av information eller genom att fysiskt möte sker på en enhet.

### 3.1 Resultat internkontroll 2023

- **Avvikelser**

Stickkontroller i verksamhetssystemet visar att 19 rapporter är godkända, det vill säga att de är handlagda inom skälig tid. 1 rapport har inte mottagits eller utretts inom skälig tid. Utifrån resultat tidigare år ser vi att resultatet förbättrats betydligt men att det fortfarande finns moment att arbeta med. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2024 års internkontroll.

- **Hot och våld i ordinärt boende**

Under våren och hösten begärdes det in 20 st. riskanalyser från hemtjänstens enhetschefer.

Under våren var 2 st. upprättade och 7 st. var inte upprättade. I ett av områdena fanns ingen ny vårdtagare. Under hösten var 4 st. upprättade och 6 st. inte upprättade.

Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2024 års internkontroll.

- **Genomförandeplaner**

Kontroll av 20 st. genomförandeplaner. 19 st. har en upprättad genomförandeplan, 1 st. har ingen upprättad enligt rutin 13 st. har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen, 6 st. har inte varit delaktiga 18 st. har blivit uppföljda enligt rutin, 1 st. har inte blivit uppföljd 13 st. är kvalitativt skrivna, 6 st. kan bli mer kvalitativt skrivna. Kontrollen visar på ej väsentlig avvikelse och kommer därmed att avslutas.

- **Stöd till undersköterskan**

Den mesta omsorgspersonalen uppger att de har bra stöd från PAS men att det kan brista i kontakt med andra SSK. Ett av ytterområdena uppger att de ibland på kvällar och helger kan få höra att det är långt att köra. All omvårdnadspersonal uppger att det är positivt att funktionen vårdbegäran kommit till. Kontrollen visar på ej väsentlig avvikelse och kommer därmed att avslutas.

- **Hemtjänsttimmar i relation till bemanning**

Alla enhetschefer inom hemtjänsten uppger att de kan hantera upp- och nergång i hemtjänsttimmar. Dock uppger en enhetschef att det kan vara svårt att få in vikarier med delegation på HSL-insatser. Kontrollen visar på ej väsentlig avvikelse och kommer därmed att avslutas.

- **Kontrollera att brandpärmar är uppdaterade**

Våren: 10 st. brandpärmar är kontrollerade. De är uppdaterade.

Hösten: Brandpärmar har kontrollerats på andra boenden som inte gjordes under våren. Under hösten har ett stort arbete gjorts för att uppdatera brandpärmarna. Detta arbete är inte helt avslutat och pärmarna är inte uppdaterade efter det materialet. Då vi just nu befinner oss i ett mellanläge med revideringar och uppdateringar anser förvaltningen att kontrollen är av väsentlig avvikelse och behöver kontrolleras även nästkommande år. Detta innebär att kontrollmomentet kommer att följa med till 2024 års

- **Övrig internkontroll**

Under året har internkontroll även utförts inom områdena läkemedelshantering i hemtjänsten och Basal hygien. Dessa redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

### **3.2 Internkontrollplan 2024**

Enligt tillämpningsanvisningarna för intern kontroll ska Kommunstyrelsen under september månad varje år fastställa riskområden som särskilt bör beaktas i kommunens arbete med internkontrollplaner. Dessa riskområden har tagits med i vård- och omsorgsförvaltningens internkontrollplan för 2024. Nämnderna ska i februari (innevarande år) besluta om årets internkontroll.

Riskbedömningar som gjordes i verksamheten under oktober-december 2023 utifrån riskområdena som Kommunstyrelsen beslutat har legat till grund för internkontrollplan 2024. 2024 års kontroller antogs av nämnd 2024-02-14 och kommer att vara:

- Läkemedelshantering
- Basal hygien
- Hot och våld i ordinärt boende
- Avvikelse
- Systematiskt brandskydd
- Senior Alert
- Samtycke
- Rutin ”Privata medel”
- Rutin ”Avbrott i planeringssystemet”

## **4. Egenkontroll**

Vårdgivare som bedriver socialtjänst ska genomföra egenkontroll. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Under våren 2019 arbetades en rutin fram gällande egenkontroller och ett kompletterande självskattningsformulär ”Självskattning Ledning och styrning” för samtliga chefer i vård- och omsorgsförvaltningen” togs fram. Rutinen och formuläret beslutades av ledningsgruppen 11/6 2019 och implementerades i verksamheten under hösten 2019. Självskattningen skulle genomföras första gången under våren 2020.

Förutom ovan beskriven rutin och självskattningsformulär finns egenkontroll för livsmedelshygien, självskattning basal hygien och rutin gällande loggkontroller och journalgranskning. Självskattningarna/checklistorna görs av respektive enhetschef och resultatet ger en lägesrapport och utgör underlag för eventuella förbättringar inom enheten. Närmare analys av de enskilda kontrollerna görs på respektive enhet och inom respektive verksamhetsområde.

Under hösten 2018 förevisades förvaltningen en styrmodell inom IT-verktyget Stratsys, vilken kan stödja systematiken och uppföljningen av egenkontroller i form av ex. checklistor. Beslut om styrmodellen ska införas inom vård- och omsorgsförvaltningen lades på is under 2020 då ekonomiska förutsättningar inte fanns. Diskussioner gällande inköp påbörjades åter under slutet av 2020 från centralt håll men man valde under 2021 att inte köpa in






styrmodellen. Diskussioner har återupptagits under 2022 och beslut kommer att tas under 2023. Inför 2024 äskades medel för styrmodellen men det blev avslag från Kommunfullmäktige.

## 5. Målstyrning

KF tar vart 4:e år beslut om strategiska målområden. 2019 arbetades det fram nya som gäller för 2020-2024. I detta ska varje nämnd arbeta fram mål för att uppfylla de strategiska målområdena och varje förvaltning ska arbeta fram indikatorer för att uppfylla de mål som nämnden tagit beslut om. Nämnderna har möjlighet att ha sina mål samma tidsperiod som KF har antagit sina för eller göra nya mål efter två år. Vård- och omsorgsnämnden valde under 2022 att arbeta fram nya mål för 2023-2024. Efter att de nya målen blev beslutade har förvaltningen arbetat fram indikatorer som presenterades för vård- och omsorgsnämnden mars 2023.

Nedan redovisas måluppfyllelsen för 2023. Grönt betyder att indikatorn är uppfylld, gul att den är nästan uppfylld och röd att den inte är uppfylld.

På indikatorn ” Medelvärde på över 4,0 på motivation, ledarskap och styrning i förvaltningen” finns inget utfall då HME-undersökningen görs vart annat år och kommer att genomföras under 2024.

Strategiskt målområde	Mål	Indikator	Utfall	Målvärde
Attraktiv och trygg livsmiljö för alla	Vård - och omsorgsförvaltningen ska utgå från individen med fokus på delaktighet, säkerhet och en meningsfull tillvaro.	 Hur många boende har fått en Senior Alert registrerad?	45%	100 %
		 Delaktighet i genomförandeplan	81,26 %	90%
		 Erbjuder vård- och omsorgsboendet minst två organiserade och gemensamma aktiviteter per dag under vardagar?	70,7	100
		 Uppnås kvalitetsindikatorer i palliativa registret?	Nej	Ja
		 Aktivitetsråd på dagverksamhet	Ja	Ja



		● Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterskor vid behov?	79,91 %	87 %
		● Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde. Mål för 2023 och 2024 max 14 personer/brukare.	14	14
		■ Alla som har inkontinensskydd har genomgått en Tena Identify-registrering.	Nej	Ja
		◆ Följsamhet till basal hygien och klädregler	69,92 %	90%
Tillväxt och näringslivssamverkan	Kommunmedborgare i Ronneby kommun ska vara väl bekanta och nöjda med nämndens utförare och verksamheter oavsett driftsform.	◆ Helhetssyn hemtjänst	87,88 %	90%
		● Helhetssyn vård- och omsorgsboende	83,2%	82%
Ekonomi i balans för en hållbar utveckling	Effektiva arbetsprocesser med rätt resurser för ökad självständighet och hållbarhet.	● Andel fysiska besök som ersätts med välfärdsteknik	0,73%	5%
		■ Kostnad särskilt boende	Nej	Ja
		■ Kostnad hemtjänst	Nej	Ja
		● Antal tillsatta arbetspass utifrån beställda	93%	90%
Attraktiv arbetsgivare	Vård- och omsorgsförvaltningen ska vara en arbetsplats som ger möjlighet till	● Uppdaterad kompetensförsörjningsplan	Ja	Ja

	personlig utveckling, delaktighet och där varje medarbetares kompetens används fullt ut.	● Frisktal	93,34 %	94 %
	Ledarskapet ska vara närvarande, stödjande, entusiasmerande och skapa engagemang. Ledaren ska vara lyhörd för medarbetarens behov samt vara en förebild.	● APT genomförs minst 8 gånger per år	Ja	Ja
		■ Medelvärde på över 4,0 på motivation, ledarskap och styrning i förvaltningen		4

## 6. Nationella undersökningar

Varje år genomförs nationella kvalitetsundersökningar i Sverige. Vård- och omsorgsförvaltningen använder sig av resultaten i sitt kvalitetsarbete. Vissa resultat används som indikatorer i målstyrningen. Resultaten för de nationella kvalitetsundersökningarna används och bryts ner inom respektive verksamhet.

På [www.ronneby.se](http://www.ronneby.se) presenteras Kvalitet i äldreomsorgen. Länkar till Äldreguiden finns så att den enskilde själv ska kunna titta på resultaten från de nationella undersökningarna samt kunna jämföra olika verksamheter.

### 6.1 KKiK, Kommunens kvalitet i korthet

Att jämföra sig med andra och sig själv bakåt i tiden är en bra grund för förbättringsarbete. Kommunens Kvalitet I Korthet (KKiK) är ett projekt som drivs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I KKiK har man tagit fram ca 40 olika mått som beskriver kommunernas kvalitet och effektivitet. Måtten spänner över de flesta förvaltningar och områden men med särskild fokus på omsorg, utbildning och äldre. De har tagits fram utifrån fem perspektiv.

- Tillgänglighet
- Trygghet
- Delaktighet och information
- Effektivitet
- Samhällsutveckling

Undersökningen genomförs centralt i kommunens förvaltningar. Omsorgens uppdrag definieras i Socialtjänstlagen, som säger att socialtjänsten ska främja de äldres möjligheter att

leva och bo självständigt, under trygga förhållanden, och att ha en aktiv och meningsfull tillvaro. Undersökningen har en koppling till något av dessa uppföljningsområden. KKiK som presenteras i Kolada utgår från tre färger när de presenterar resultatet. Rött, gult och grönt. 25 % är rött (sämst resultat), 50 % gult (de som är i mellanskiktet) och 25 % grönt (de som har bäst resultat).

I tabell 1 presenteras äldreomsorgens övergripande resultat enligt KKiK för 2023.

*Tabell 1. Övergripande resultat för Ronneby Kommun i KKiK, Kommunens Kvalitet i Korthet (hämtade från Kolada 2024-01-12)*

	2020	2021	2022	2023	2023 ovägt medel alla kommuner
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	36	10	33	44	64
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	17	16	16	14	16
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	36	44	70	Data saknas	Data saknas
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	78		81	81	78
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	89		88	86	88

### **Väntetid i antal dagar:**

Kommuner ska inom skälig tid verkställa sina beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL). Om IVO bedömer att den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas kan myndigheten ansöka om utdömmande av vite. Ronneby kommun har inom äldreförvaltningen inte utdömts några viten under 2023.

### **Personalkontinuitet:**

Tidigare mätning har gjorts genom att personal har signerat på en lista som funnits hos de vårdtagare som ingår i mätningen. Detta sätt att mäta har varit svårt att sammanställa då signeringarna ibland har varit svårtydda samt att om någon glömt att signera har det blivit ett felvärde. 2019 började förvaltningen att göra mätningen genom systemet och detta sätt har förvaltningen sedan valt att fortsätta med. Under 2023 har enheterna i hemtjänsten börjat arbeta i mindre grupper vilket gör att kontinuiteten har förbättrats och kommit till förvaltningens önskvärda nivå.

**Kvalitetsaspekter särskilt boende:**

Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Tyvärr finns inget nyckeltal i skrivande stund.

**Brukarbedömning särskilt boende:**

Detta nyckeltal visar på hur många över 65 år som uppgett ”Mycket nöjd” eller ”Ganska nöjd” på frågan hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende. Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Ronneby kommun ligger på samma nyckeltal 2023 som 2024. I jämförelse med andra kommuner ligger Ronneby i det övre spannet av de 50 % som ligger inom gult område.

**Brukarbedömning hemtjänst:**

Detta nyckeltal visar på hur många över 65 år som uppgett ”Mycket nöjd” eller ”Ganska nöjd” på frågan hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har. Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. I jämförelse med 2022 ser vi en sänkning från 88 till 86. I jämförelse med andra kommuner ligger Ronneby i det nedre spannet av de 50 % som ligger inom gult område.

**6.2 ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen”**

”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboenden. Undersökningen utförs av Socialstyrelsen och går ut till alla personer från 65 år som har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende. Syftet med undersökningen är dels att ge enskilda äldre en röst, dels att ta fram kvantitativa mått på omsorgen utifrån ett brukarperspektiv. Det möjliggör att utfallet av insatser kan mätas och jämföras och därmed även utvärderas och utvecklas i linje med vad personer som tar emot omsorg tycker. Resultat av undersökningen presenteras i Kolada.

**7. Avvikelsehantering**

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntat vårdförlopp, händelsen kan ha skett oavsiktligt eller avsiktligt.

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen ska rapportera händelser i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för vårdtagaren.

När en avvikelse har uppmärksamats är det händelsen som ska rapporteras, inte den som eventuellt gjort ett misstag.

Avvikelse rapporteras i verksamhetssystemets avvikelssystem. I samband med att system för avvikelshantering byts ut görs vissa förändringar. En av förändringarna är rapporteringen av avvikelser. Tidigare rapporterades avvikelserna på varje enskild vårdtagare. Detta innebar att det var svårt att få fram statistik på ett enkelt sätt för att se helhetsbilden i verksamheten. I det nya systemet rapporteras på varje enskild vårdtagare men även vilken händelse som avvikit. I det nya systemet rapporteras det om det är en vårdskada eller annan avvikelse/Lex

Sarah. Det som visat sig under 2019/2020 är att det nya sättet att rapportera har krävt lång implementeringstid. Under 2022 bildades en grupp för att se på flödet gällande avvikelshanteringen. Det som framkom var att det var svårt att systemmässigt dela informationen i avvikelserna med de professioner som behöva ha informationen om händelsen. I detta pågick ett projekt under delar av hösten 2022 i Eringsboda hemtjänst där enhetschef lade till de professioner som behövde vara en del av utredningen som medutredare. Detta utvärderades och det som framkom var att de andra professionerna kände att de snabbare fick till sig informationen om vad som hänt samt att de själva kunde skriva i avvikelserna. Från enhetschefens sida framkom det att det blev förstainformation som skrevs i avvikelserna och att alla professioner var uppdaterade på avvikelserna vid gemensam genomgång av dem för att kunna göra rätt långsiktiga åtgärder. Under december 2022 till januari 2023 har chefer, biståndshandläggare, sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter genomgått utbildning både i avvikelshantering och det nya sättet att kunna dela information i avvikelser. Under 2023 implementerades detta arbetssätt fullt ut i förvaltningen. Det man kan se är att avvikelserna blir snabbare hanterade och att det blir mer kvalitet i dem.

## **7.1           Avvikelser**

Under 2023 har det totalt inkommit 2322 avvikelser. Detta är 926 stycken färre än under 2022. Även privata utförare är redovisade. Vi kunde se en markant ökning av rapporterade avvikelser mellan 2021 och 2022. En stor orsak till att antalet rapporterade avvikelser ökat markant under den tidsperioden kan vara den utbildningsinsats som gjorts under 2021 och 2022. Ökningen sågs som positiv då detta innebär att vi kan arbeta mer aktivt med det som inte fungerar/fungerar mindre bra i förvaltningen och sätta in åtgärder för att minska/förhindra att det händer igen. Den minskning som vi ser från 2022 till 2023 kan vara att man nu mer aktivt börjat arbeta förebyggande vilket är positivt.

Under 2023 gjordes en revision gällande avvikelshanteringen på vård- och omsorgsboende och hemtjänst.

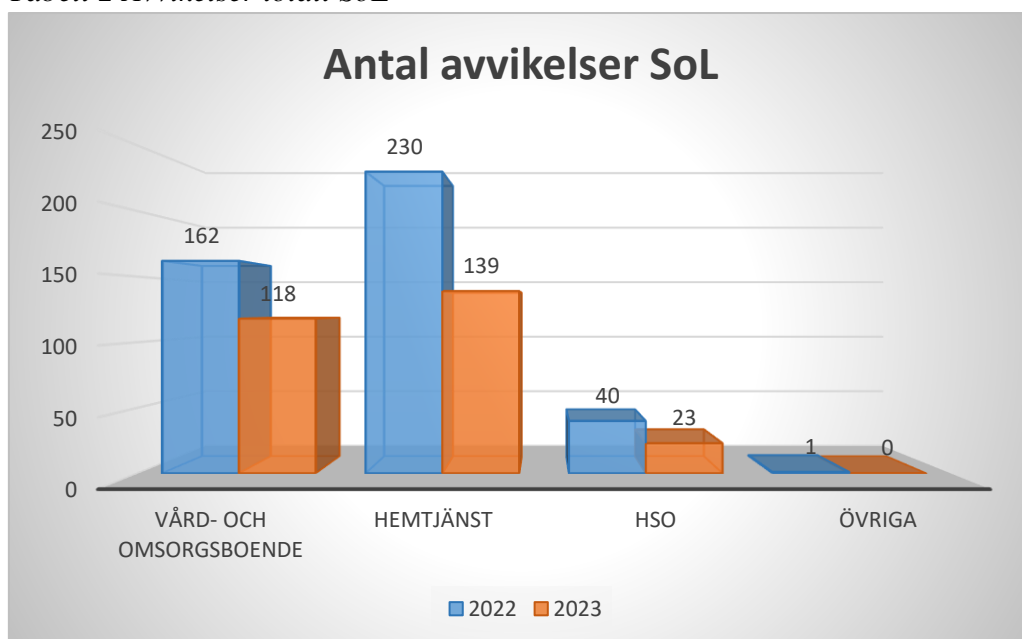
Följande åtgärder togs fram:

- Varje tertiäl kommer vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsgrupp (verksamhetschefer, MAS, MAR, IKT-strateg och kvalitets- och verksamhetsutvecklare) analysera och granska skillnader mellan enheter och verksamheters avvikelser. Powerpoint upprättas som verksamhetscheferna kan använda i ett lärande syfte med deras enhetschefer.
- Årligen kommer kvalitets- och verksamhetsutvecklare, MAS och MAR utbildas förvaltningen i hur hantering av klagomål och synpunkter ska dokumenteras.
- Klagomål och synpunkter kommer analyseras varje tertiäl av kvalitetsgruppen.

- Kvalitet- och verksamhetsutvecklare, MAS och MAR kommer att utbilda cheferna i rapportering av avvikelser samt mottaga och utreda avvikelser så att de sedan i sin tur kan utbilda sina medarbetare.
- Rutinen för avvikelshantering har reviderats och ledtider finns numera för vad som är skäligt i de olika stegen av avvikelprocessen.
- Kvalitets- och verksamhetsutvecklare sak tillsammans med systemförvaltare se till att privata utförare har den tillgång till avvikelssystemet som de behöver.

I tidigare kvalitetsberättelser vi analyserats både SoL- och HSL- avvikelser. Då HSL analyseras i patientsäkerhetsberättelsen kommer endast SoL i fortsättningen att rapporteras i kvalitetsberättelsen.

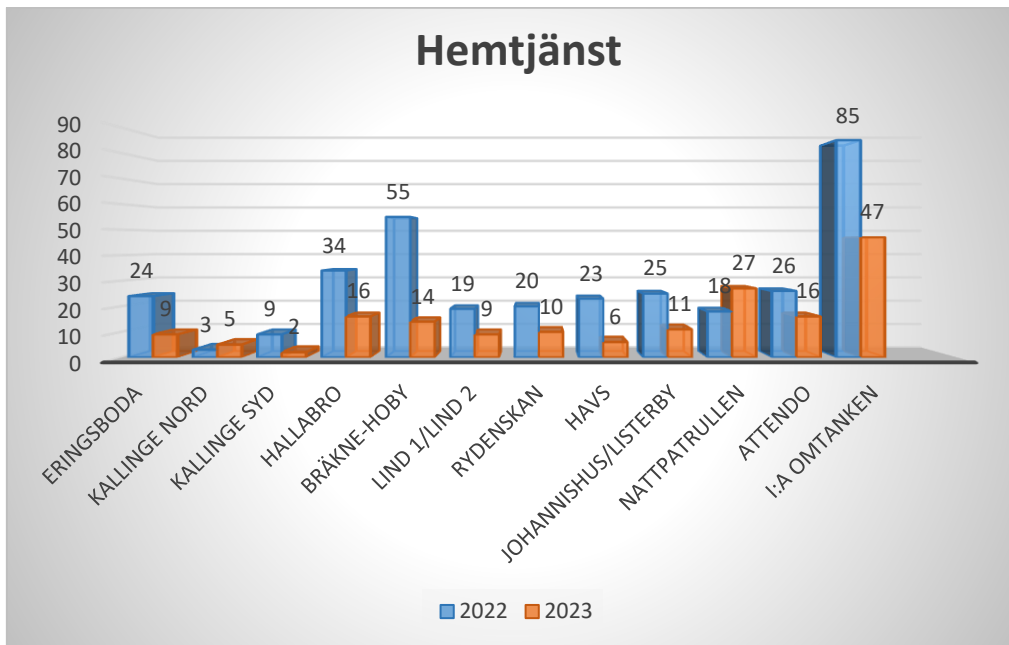
Tabell 2 Avvikelser totalt SoL



När Attendo öppnade vård- och omsorgsboende och startade upp hemtjänst 2020 har det varit under en verksamhetschef men under två verksamhetsdelar. De olika verksamhetsdelarna var vård- och omsorgsboende och hemtjänst både i Trygghetsboendet och det geografiska område som Attendo valt att verkställa i. Under 2023 gjordes en förändring som innebar att den hemtjänst som inte är på Trygghetsboendet går under en annan verksamhetschef. Hemtjänsten på Trygghetsboendet ligger kvar under verksamhetschef för vård- och omsorgsboendet. Detta gör att avvikelser för all Attendo hemtjänst kommer att redovisas i samma för 2023 men kommer att redovisas var för sig från 2024. Attendo vård- och omsorgsboende, Attendo hemtjänst och 1:a Omtanken kommer att göra en närmare analys i respektive verksamhetsberättelse.

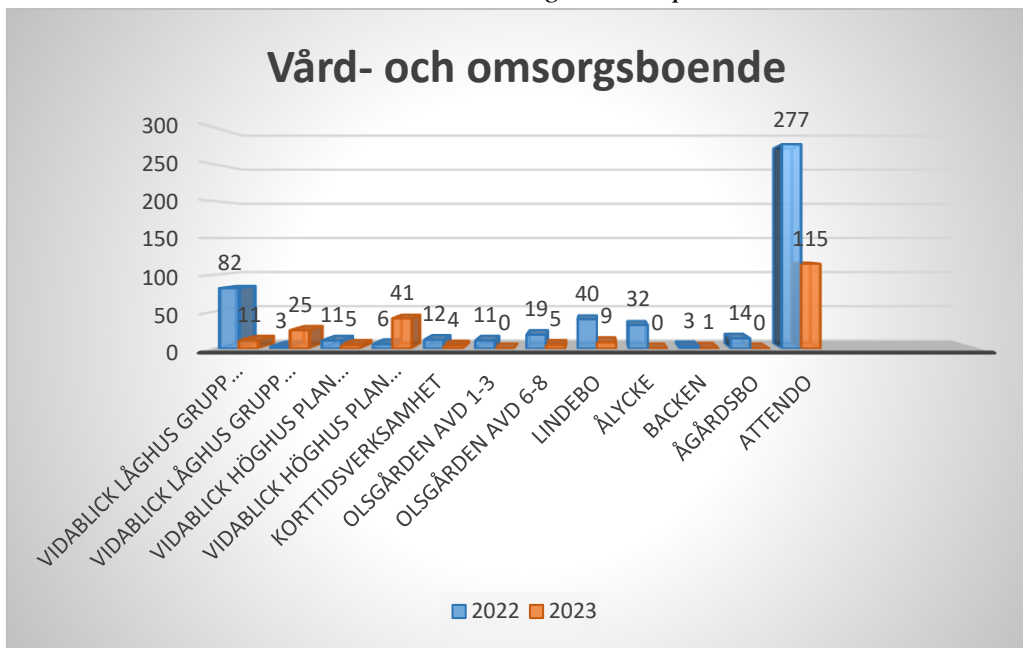
Nedan redovisas antalet avvikelser i hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende.

Tabell 3 Avvikelser inom hemtjänst per enhet utifrån SoL



Det man kan se är att antal avvikelser minskar i alla verksamheter under 2023 mot 2022 utom nattpatrullen och Kallinge Nord. Under flera år har ett stort arbete gjorts kring rapportering och hantering av avvikelser. Detta arbete gjorde att antalet avvikelser ökade stort mellan 2021 och 2022 och har under 2023 börjat stabiliseras.

Tabell 4 Avvikelser inom vård- och omsorgsboende per enhet

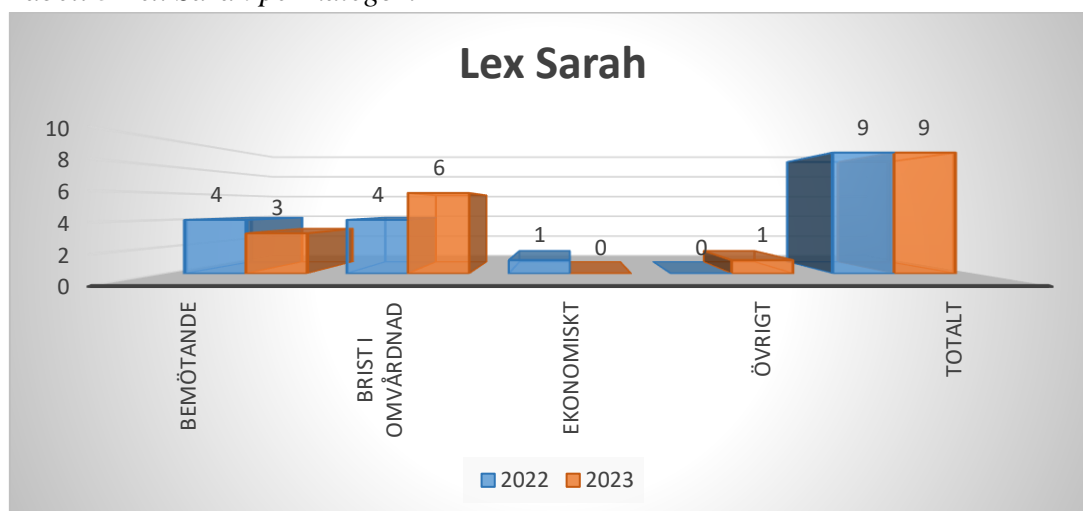


Inom vård- och omsorgsboende ser vi att det finns enheter som ökat i antal avvikelser och enheter som minskat.

### Lex Sarah

All personal som arbetar inom äldreförvaltningen har skyldighet enligt lag att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande. Dessa avvikelser utreds av kvalitets- och verksamhetsutvecklare eller LOV-samordnare/kvalitetsutvecklare. Ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska anmälas till IVO snarast. Beslut om anmälan görs av förvaltningschefen.

Tabell 5 Lex Sarah per kategori



Vid utredning av Lex Sarah-rapport ska de åtgärder som utredning visar på finnas på organisatorisk nivå och förvaltningsnivå. Detta innebär att den brist som finns i en av verksamhetsleden kan finnas i andra verksamhetsled och då ska åtgärden/åtgärderna appliceras även där. Tabellen visar att det utreddes lika många rapporter enligt Lex Sarah under 2023 som 2022. 1 Lex Sarah har rapporterats hos de privata utförarna.

När en Lex Sarah är färdig görs en Power Point som redovisas på förvaltningens kvalitetsmöte. Det som redovisas är händelse, identifierade bakomliggande orsaker och åtgärder. Dessa Power Points redovisas sedan vidare ut i förvaltningen i ett lärande syfte. De åtgärder som beslutas om i Lex Sarah följs upp på ett möte där kvalitets- och verksamhetsutvecklare, förvaltningschef och verksamhetschef närvarar.

### 7.2 Klagomål och synpunkter

Om en individ är missnöjd med eller har synpunkter på vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter (SoL eller HSL) ska detta kunna framföras som ”klagomål och synpunkter”.

Alla medarbetare har ansvar att ta emot klagomål och synpunkter som framförs. Klagomål och synpunkter kan lämnas på flera sätt, vanligast är:



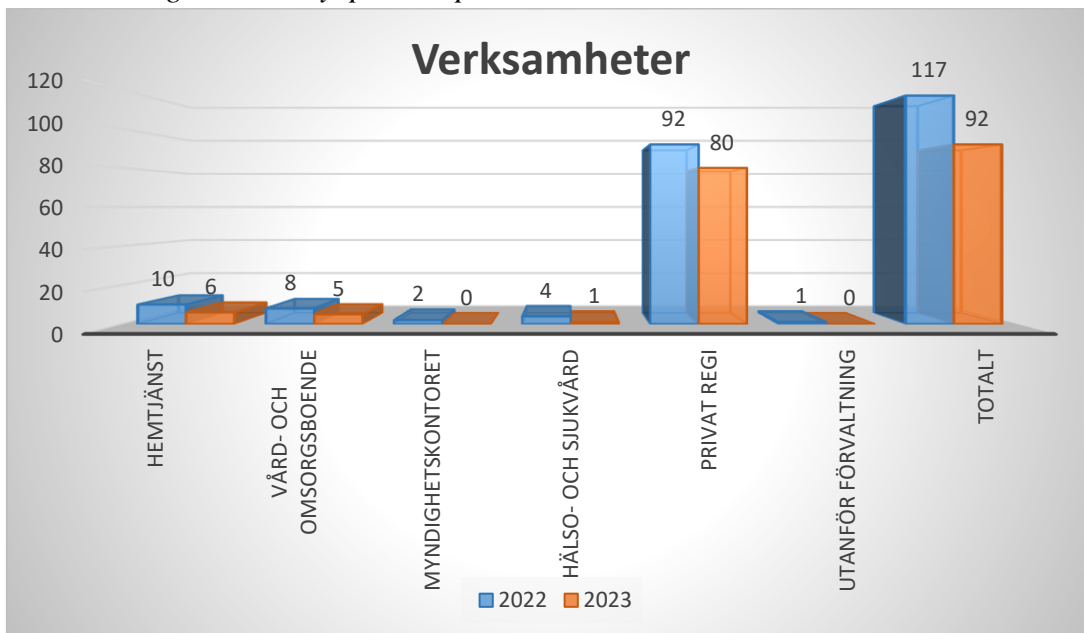
- Blankett ”Tyck till” (finns på externa hemsida och på intranätet Ronja)
- Direkt till personal i vård- och omsorgsförvaltningen (mail, telefon, personligt möte)

Synpunkt = en synpunkt kan vara ett uttalande/påstående som rör verksamheten eller medarbetarna. Det kan även vara förslag på utveckling, en enkel fråga eller felanmälan.

Klagomål = Ett uttryckt missnöje med verksamheten, tjänst, service eller medarbetare.

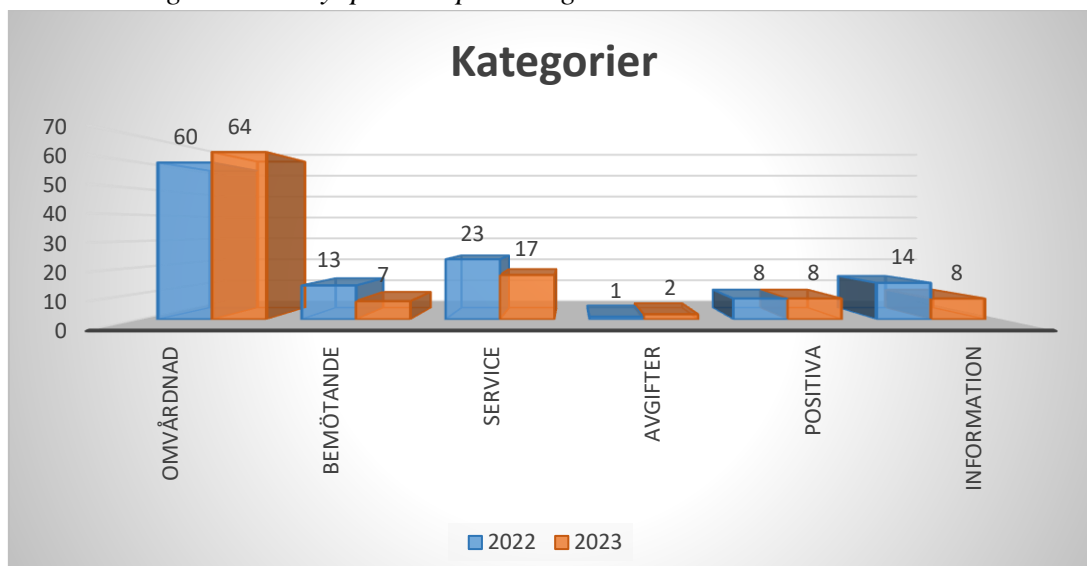
Nedan finns de klagomål och synpunkter redovisade som inkommit till förvaltningen och de privata utförarna under 2023.

Tabell 6 Klagomål och synpunkter per verksamhet



Att privat regi har så mycket mer klagomål och synpunkter än kommunal regi beror på att en av de privata aktörerna även räknar in klagomål/händelser från personal. Dessa klagomål består av de risker som personalen ser och som ännu inte kan kategoriseras som en avvikelser.

Tabell 7 Klagomål och synpunkter per kategori



## 8. Riskanalys

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, skall vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser ska kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalyser av olika karaktär har gjorts såväl på enhetsnivå som verksamhetsnivå under 2023.

Rutin ”Riskanalys förebyggande vid förändringar inom verksamheten för kvalitetssäkring för den enskilde” finns samt mall förenklad riskanalys.

Riskanalyser gällande arbetsmiljö finns även beskrivet i kommunens övergripande rutiner och riktlinjer.

Riskanalyser görs även när det gäller avvikelshanteringen, enligt gällande rutin.

## 9. Övrigt kvalitetsarbete under 2023

### 9.1 Ledningsstruktur

Under 2019 fortsatte implementeringen av förvaltningens ”organisation och ledningsstruktur” samt ”mötesstruktur”.

I december 2019 presenterades ett nytt dokument ”Ledning och styrning i vård och omsorgsförvaltningen” för äldrenämnden. Dokumentet började gälla från 2020-01-01 och är ett ”stöddokument” för framförallt chefer inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Revidering sker årligen och delges vård- och omsorgsnämnden.

### 9.2 Basal hygien

Ett fortsatt stort arbete har gjorts under 2023 gällande Basal hygien. Detta beskrivs mer ingående i Patientsäkerhetsberättelsen.

### 9.3 Kost

#### Nattfasta och nutrition

Under pandemin har arbetet med nattfasta och nutrition inte specifikt arbetats med. Detta återupptogs under 2022 och fortsatte 2023. Under 2023 har förvaltningen deltagit i kostenhetens ”Den stora måltidsdagen”. Närvarande var kostombud och ombudschefer. Närmare beskrivning finns i patientsäkerhetsberättelsen.

### 9.4 Verksamhetsuppföljning

Under 2023 har verksamhetsuppföljning gjorts enligt riktlinje ”Riktlinjer för vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning av verksamhet som bedrivs av kommunen samt privata utförare”. Fokus för verksamhetsuppföljningen 2023 var vård- och omsorgsboende. Från hösten 2020 ligger ansvaret för verksamhetsuppföljningen på LOV-samordnare/Kvalitetsutvecklare, kvalitets- och verksamhetsutvecklare och Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### 9.5 Användning av stimulansmedel/statsbidrag

Under 2023 sökte vård- och omsorgsförvaltningen stimulansmedel/statsbidrag. De sökta stimulansmedlen/statsbidragen har använts till:

- Nära vård projekt
- Specialistutbildning för sjuksköterskor.
- Metodutvecklingsrum.
- Utvecklingsarbete på dagverksamheten för att möta nya behov.
- Stjärnmärkning dagverksamhet. Fyra medarbetare har gått Svenskt demenscentrums utbildning ”stjärnmärkt” under 2022. Detta är en utbildningsmodell och när minst 80 % av medarbetarna på en arbetsplats genomfört utbildningen som är i fyra steg, blir arbetsplatsen stjärnmärkt av Svenskt demenscentrum vilket är en kvalitetsstämpel.
- Satsning på välfärdsteknik.
- Förflyttningkunskap utbildning för nya ombud.
- Skapande av bedömningsteam inom HSO och myndighet.
- Schema och bemanning. Fortsatt implementering i förhållande till nytt EU direktiv hösten 2023 samt delaktighet i verksamheterna.
- Rehabassistenter

## 10. Mål och strategier för kommande år

- **Ombudsgrupper** – Fortsatt arbete och kompetensförhöjning har skett under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.
- **Verksamhetsuppföljning** – Kommer att ske av kvalitetsutvecklare med LOV-inriktning, kvalitets- och verksamhetsutvecklare och Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Fokus ligger under 2024 på hemtjänst i både egen och privat regi.

- **Systematiskt kvalitetsledningssystem-** Dokumentet ”Ledning- och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen” ses över varje år.
- **Egenkontroller** – Vård- och omsorgsförvaltningen behöver systematiskt följa upp egenkontroller för att säkerställa att verksamheterna bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Detta görs varje år och ligger med i förvaltningens årshjul.
- **5-årsplan-** Under 2021 har förvaltningen arbetat fram en 5-årsplan som bland annat bygger på de strategiska målområden som Kommunfullmäktige tagit fram. Fortsatt arbete med de olika områdena under 2024.
- **Teknik** –
  - Aktivitetsplanering införs på samtliga vård- och omsorgsboenden vilket gör att personal kommer att planera och registrera de aktiviteter som sker under dygnet.
  - Fortsatt arbete med digitala utbildningar.
  - Digitalt arkiv som köps in centralt i Ronneby kommun. Planering för införande kommer att ske under 2024.
  - Upphandla larmsystem och digitala lås på vård- och omsorgsboende.
  - Koppla vård- och omsorgsförvaltningens hälso- och sjukvårdsjournal till 1177.
  - Arbeta med att uppdatera den medborgartjänst som finns på vård- och omsorgsförvaltningen idag.
  - Införande av ersättningsmodul som kommer att användas till fördelning av vård- och omsorgsförvaltningens medel till utförare.
  - Testa egen larmhantering i ordinärt boende.
  - Digital tillsyn via sensorer kommer att införas i ordinärt boende.
  - Medicinrobot införs i ordinärt boende.