Ronneby
KOMMUN

Kvalitetsberättelse för vårdgivare –
Vård och omsorgsförvaltningen

År 2022

Upprättad av Kvalitets- och verksamhetsutvecklare

Bodil Evaldsson, 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 2022 (hämtat från kvalitetsberättelsen 2021) 3
2. Kvalitetsdokument ... 5
3. Internkontroll ... 5
3.1 Resultat internkontroll 2022 ... 5
3.2 Internkontrollplan 2023 ... 6
4. Egenkontroll ... 6
5. Målstyrning ... 7
6. Nationella undersökningar ... 9
6.1 KKiK, Kommunens kvalitet i korthet ... 9
6.2 ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen” ... 11
7. Avvikelsehantering ... 11
7.1 Avvikelser ... 12
7.2 Klagomål och synpunkter ... 14
8. Riskanalys ... 16
9. Övrigt kvalitetsarbete under 2022 ... 16
9.1 Ledningsstruktur ... 16
9.2 Basal hygien ... 16
9.3 Kost ... 16
9.4 Verksamhetsuppföljning ... 16
9.5 Användning av stimulansmedel/statsbidrag ... 16
10. Mål och strategier för kommande år ... 17

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.

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 samt att åtgärder påbörjas

1.4 Uppföljning av mål och strategier inför 2022 (hämtat från kvalitetsberättelsen 2021)

- **Ombudsgrupper** – Fortsatt arbete har skett med ombudsgrupperna och kommer att fortsätta under 2023.
- **Verksamhetsuppföljning** – Kommer att ske av kvalitetsutvecklare med LOV-inriktning, kvalitets- och verksamhetsutvecklare och Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Fokus ligger under 2022 på hemtjänsten i både egen och privat regi. Resultatet av verksamhetsuppföljningen är gjord och kommer att presenteras på nämnd i februari månad.
- **Processkartläggning** – En kartläggning av befintliga processer har gjorts under 2022. I det fortsatta arbetet kommer dessa processer att gås igenom för att se om de behöver förändras/förenklas. När det arbetet är klart kommer processerna att ritas i 2c8 som är det system som kommunen använder sig av i processritningen.

- **Systematiskt kvalitetsledningssystem**- Under 2022 har dokumentet ”Ledning- och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen” reviderats men viss komplettering behövs. Detta kommer att ske under 2023.
  Under hösten 2022 har chefer, biståndshandläggare, teknik-team, administrativ personal och privata utförare utbildats i Kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Utbildningen har skett internt.
- **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.
- **Risk- och sårbarhetsanalys-** Under 2021 gjorde alla verksamheter riskanalyser som satts samman till en övergripande risk- och sårbarhetsanalys. Detta arbete har fortsatt 2022 och en sammanställning finns klar över risker och åtgärder.
- **Teknik** –
  - Fortsatt arbete gällande välfärdsteknik inom HSL-organisationen (Lifecare HSL, HSL signering). Under 2022 har allt arbete systemtekniskt gjorts och i februari 2023 byts Procapita HSL ut mot Lifecare HSL.
  - Implementering av Exorlive (digitalt träningsprogram för Rehab) påbörjades under slutet av 2020 och 2021. Sista delen implementerades under 2022.
  - Fortsatt implementering av fjärrtillsyn via kamera och 3D-sensor. Projekt med 3D-sensorer har gjort på ett av förvaltningens vård- och omsorgsboenden med bra resultat.
  - Upphandling ”Trygghetsskapande teknik” har skett med alla kommuner i Blekinge.
  - Trygghetslarmen kommer att bytas ut i ordinärt boende. Kommer att ske under 2023 eftersom upphandling blev överprövat.
  - Medicinrobot kommer att testas i förvaltningen. Har skjutits till 2024.
  - Informationsskärmar kommer att sättas upp i entréerna på förvaltningens vård- och omsorgsboenden. Alla boenden har dessa uppsatta.
  - Implementering av SÄBO-app på våra vård- och omsorgsboenden vilket gör att personal kommer att planera och registrera de aktiviteter som sker under dygnet. Detta har skjutits på.
  - Fortsatt arbete med digitala utbildningar. Kommer att fortsätta under 2023.
  - VR-teknik har testats under 2022 på våra vård- och omsorgsboenden.

- **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 avvikelsesystemet har fortgått under 2020. Från januari 2021 har det lagts till fler avvikelsetyper när en rapport görs. Tanken med förändringen är att redan när avvikelsen 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 2022 har många personalgrupper inom vård- och omsorgsförvaltningen genomgått utbildning i avvikelsehantering. Arbetet kring detta kommer att fortsätta under 2023.

- **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 samtlig personal 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.

3. Internkontroll

Internkontroll innebär att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt. Internkontroll 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.

3.1 Resultat internkontroll 2022

- **Sekretess**
  Under våren och hösten har totalt 20 kontroller gjorts. Kontroll som görs är om datorn är låst när den inte används samt om det finns sekretesspapper framme som man inte arbetar med. Kontrollen visar ingen västenlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet inte följer med till 2023 års internkontroll.
- **Avvikelser**
  Stickkontroller i verksamhetssystemet visar att 3 rapporter är godkända, det vill säga att de är handlagda inom skälig tid. 17 rapporter har inte mottagits eller utretts inom skälig tid. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2023 års internkontroll.
- **Hot och våld i ordinärt boende**
  Under våren och hösten begärdes det in 20 st. riskanalyser från hemtjänstens enhetschefer.

Under våren var 3 st. upprättade och 7 st. var inte upprättade. Under hösten var 2 st. upprättade och 8 st. inte upprättade. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2023 års internkontroll.

- **Introduktion av ny personal**
  Under våren och hösten har totalt 20 kontroller gjorts. Vid 11 av dessa har ingen nyanställning gjorts. Vid 9 av dessa har nyanställning gjorts och introduktionsplan har använts. Kontrollen visar ingen västenlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet inte följer med till 2023 års internkontroll.
- **Genomförandeplaner**
  20 st. genomförandeplaner har kontrollerats via stickkontroll i både hemtjänst och på vård- och omsorgsboende. Stickkontrollerna visar att 19 vårdtagare har en genomförandeplan, 7 av dessa är dock inte uppföljd inom tidsgränsen på 6 månader. Vidare visar stickkontrollen att 1 st. vårdtagare inte har någon genomförandeplan. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2023 års internkontroll.
- **Övrig internkontroll**
  Under året har internkontroll även utförts inom områdena delegering och läkemedelshantering i hemtjänsten och Basal hygien. Dessa redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

3.2 Internkontrollplan 2023

Enligt tillämpningsanvisningarna för intern kontroll ska Kommunstyrelsen under september månad fastställa riskområden som särskilt bör beaktas i kommunens arbete med internkontrollplaner. Dessa riskområden har tagits med i vård- och omsorgsförvaltningens internkontrollplan för 2022. Nämnderna ska i februari (innevarande år) besluta om årets internkontroll.
Riskbedömningar som gjordes i verksamheten under oktober-december 2022 utifrån riskområdena som Kommunstyrelsen beslutat har legat till grund för internkontrollplan 2023.

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.

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 på indikatorer som kommer att presenteras för nämnden under februari eller mars.

Nedan redovisas måluppfyllelsen för 2021-2022. Grönt betyder att indikatorn är uppfylld, gul att den är nästan uppfylld och röd att den inte är uppfylld.

På indikatorn ”Uppdaterad värdighets- och tjänstegaranti i vård- och omsorgsförvaltningen” står det nej då arbetet med det övergripande värdegrundsarbetet inte blir klar förrän 2023. Vård- och omsorgsförvaltningens värdighets- och tjänstegaranti kommer att utgå från den övergripande. Därav måste förvaltningen invänta att den blir klar.

Strategiskt målområde	Mål	Indikator	Utfall	Målvärde
Attraktiv och trygg livsmiljö för alla	Vård- och omsorgstjänsterna ska präglas av god kontinuitet för den enskildes möjligheter att vara delaktig och leva ett självständigt liv.	Andel uppföljda myndighetsbeslut	98 %	100 %
		Handläggarens beslut är anpassat efter brukarens behov	82 %	82 %

		Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde. Mål för Ronneby 2021 och 2022 max 15 personer/brukare	16	15
		Alltid eller oftast tar hänsyn till mina önskemål och åsikter	79,91 %	87 %
		Andel vårdtagare med aktuell genomförandeplan	87,27 %	90 %
Tillväxt och näringslivssamverkan	Anställda i vård- och omsorgsförvaltningen ska känna stolthet över sitt arbete och vara god ambassadör för verksamheten.	Uppdaterad värdighets- och tjänstegaranti i vård- och omsorgsförvaltningen	Nej	Nej
		Medel på de tre frågorna gällande motivation (HME)	4,02 %	4 %
		Andel nyanställda medarbetare som fått introduktion enligt introduktionsplanenen samt mentor/handledare vid tillträde på ny tjänst	100 %	100 %
Ekonomi i balans för en hållbar utveckling	En hållbar personalplan som är bra för både verksamheten och ekonomi och digitaliseringen som en möjliggörare för såväl vårdtagare/patienter som medarbetare.	Andel vård- och omsorgsboenden som erbjuder uppkoppling tillgång till fast bredband i respektive lägenhet	100 %	100 %
		Antagen plan gällande digitalisering i vård- och omsorgsförvaltningen	Ja	Ja
		Andel hemtjänstgrupper som använder digital färdregistrering	100 %	100 %

Attraktiv arbetsgivare	Säkerställa kompetensförsörjningen i vård- och omsorgsförvaltningen samt verka för en god arbetsmiljö.	Andel medarbetare med undersköterskeutbildning (tillsvidare anställda)	79,93 %	100 %
		Frisktal	92,74 %	94 %
		Antal medarbetare per chef	31,67 st	högst 30 st
		Förvaltningsövergripande kompetensförsörjningsplan	Ja	Ja

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 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.

I tabell 1 presenteras äldreomsorgens övergripande resultat enligt KKiK för 2022.

Tabell 1. Övergripande resultat för Ronneby Kommun i KKiK, Kommunens Kvalitet i Korthet (hämtade från Kolada 2023-02-01)

	2019	2020	2021	2022	2022 ovägt medel alla kommuner
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	15	36	10	33	Data saknas
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	15	17	16	16	Data saknas.
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	40	36	44	70	Data saknas
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	82	78		81	77
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	91	89		88	86

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 utdömande av vite. Ronneby kommun har inom äldreförvaltningen inte utdömts några viten under 2022.
Under 2021 har det funnits många tomma lägenheter inom vård- och omsorgsboendena. Detta gör att differensen i väntetid mellan 2021 och 2022 skiljer sig markant.

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.

Kvalitetsaspekter särskilt boende:
Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Ronneby visar på ett mycket bättre resultat i förhållande till 2021.

Brukarbedömning särskilt boende:

Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Då brukarbedömningen inte har genomförts under 2021 finns inget resultat att redovisa för det året. I jämförelse med 2020 ser vi en höjning från 78 till 81.

Brukarbedömning hemtjänst:
Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Då brukarbedömningen inte har genomförts under 2021 finns inget resultat att redovisa för det året. I jämförelse med 2020 ser vi en sänkning från 89 till 88.

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. Under 2021 har inte denna undersökning genomförts då Socialstyrelsens under en tid inte haft ett avtal med något företag som samordnar hanteringen. Undersökningen har genomförts under 2022 och data har skickats för genomförande för 2023.

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 uppmärksammats är det händelsen som ska rapporteras, inte den som eventuellt gjort ett misstag.

Avvikelser rapporteras i verksamhetssystemets avvikelsesystem. I samband med att system för avvikelsehantering byts ut görs vissa förändringar. En av förändringarna är rapporteringen av avvikelsen. Tidigare rapporterades avvikelsen 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 avvikelsehanteringen. Det som framkom var att det var svårt att systemmässigt dela informationen i avvikelsen med de professioner som behöva ha informationen om händelsen. I detta pågick ett projekt under delar av hösten i Eringsboda hemtjänst där enhetschef lade de professioner som behövde vara en del av utredningen som medutredare. Detta utvärderades

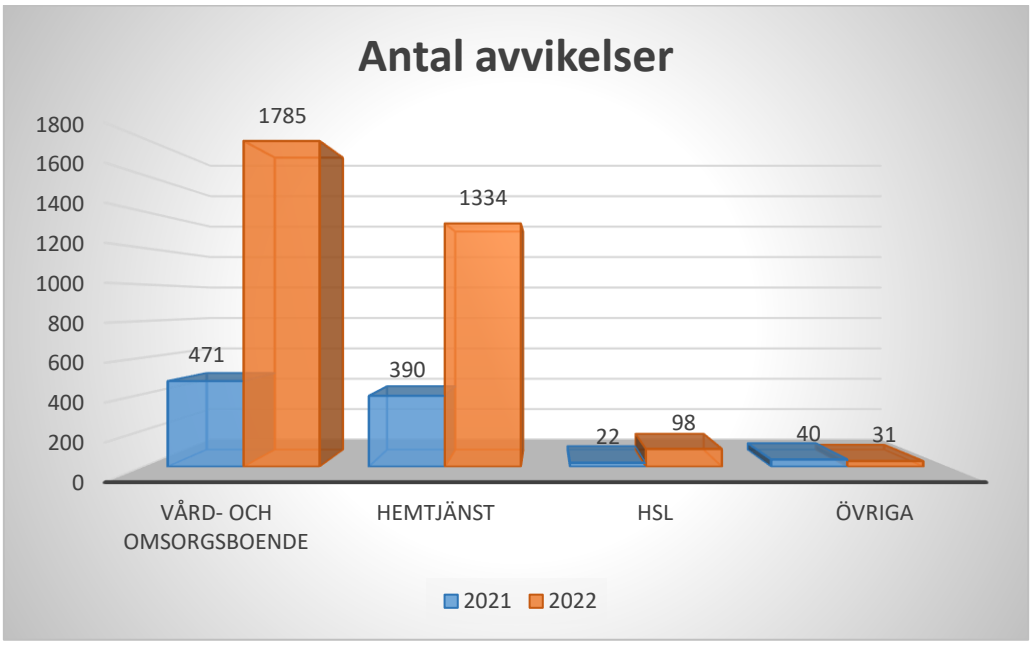
och det som framkom var att de andra professionerna kände att de snabbare fick till sig informationen om vad som hänt samt att de själva kunde skriva i avvikelsen. Från enhetschefens sida framkom det att det blev förstainformation som skrevs i avvikelsen och att alla professioner var uppdaterade på avvikelserna vid gemensam genomgång av dem för att kunna göra rätt åtgärder. Under december 2022 till januari 2023 har chefer, biståndshandläggare, sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter genomgått utbildning både i avvikelsehantering och det nya sättet att kunna dela information i avvikelser.

Under 2022 har många personalgrupper inom vård- och omsorgsförvaltningen genomgått utbildning i avvikelsehantering. Arbetet kring detta kommer att fortsätta under 2023.

7.1 Avvikelser

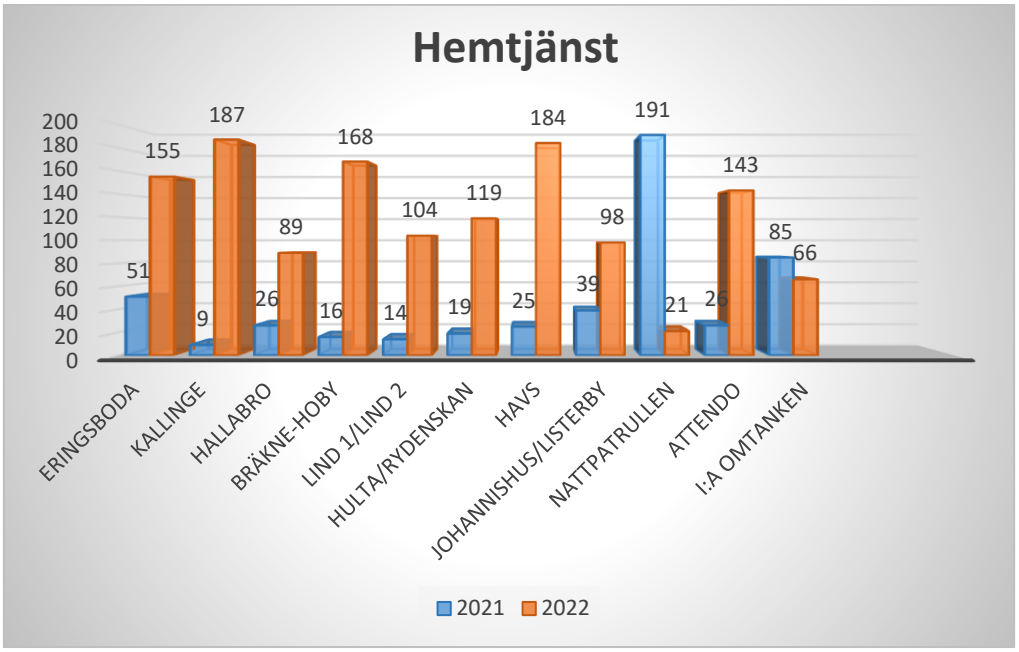
Under 2022 har det totalt inkommit 3248 avvikelser. Detta är 2325 stycken mer än under 2021. Även privata utförare är redovisade. En stor orsak till att antalet rapporterade avvikelser ökat markant kan vara den utbildningsinsats som gjort under 2021 och 2022. Ökningen ses som positiv då detta innebär 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.

Tabell 10 Avvikelser totalt



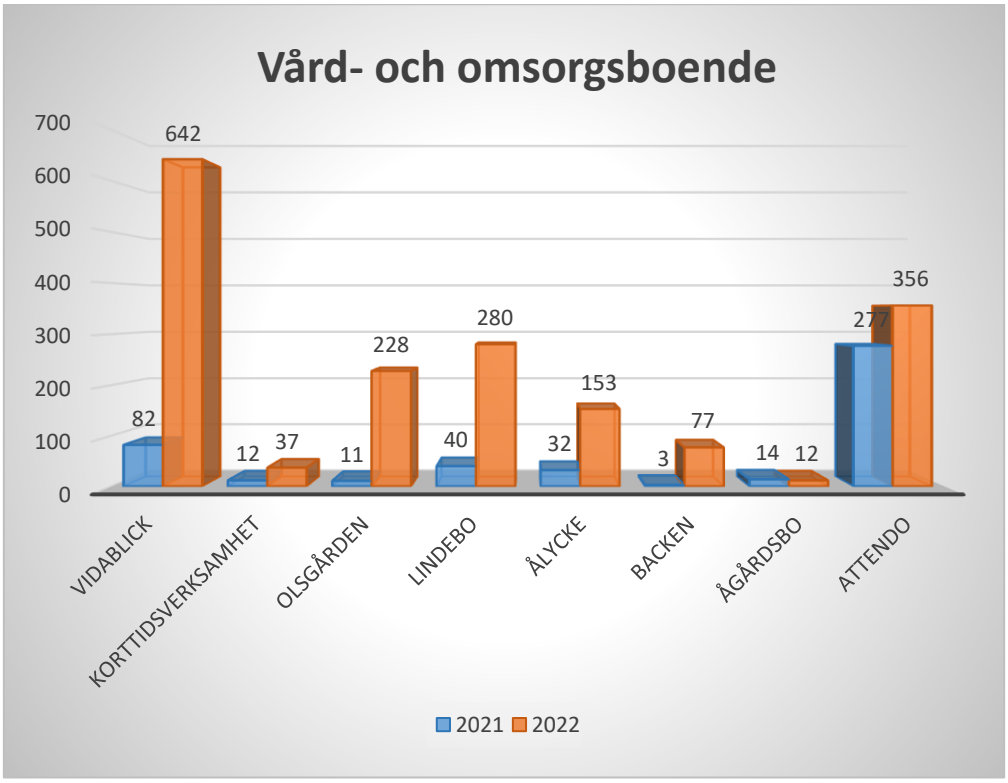
Nedan redovisas antalet avvikelser i hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende.

Tabell 11 Avvikelser inom hemtjänst per enhet



Närmare analys av de enskilda avvikelserna görs på respektive enhet.

Tabell 12 Avvikelser inom vård- och omsorgsboende per enhet

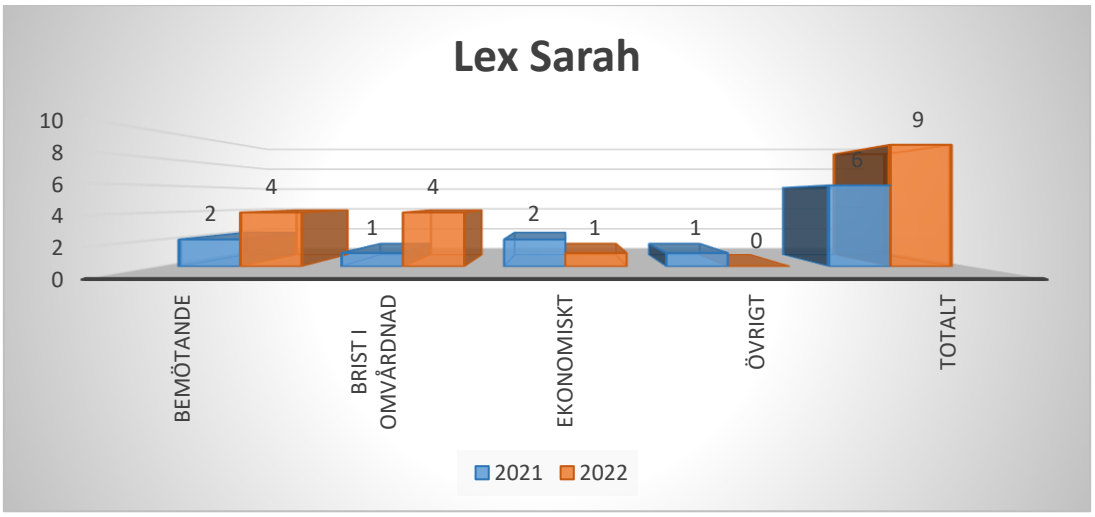


De flesta enheterna har ökat antal avvikelser 2022 mot 2021. Två avdelningar har lagts ner på Ågårdsbo vilket gör att det är naturligt att det inte ökat på samma sätt som de andra enheterna.

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 13 Lex Sarah per kategori



I utredningarna finns åtgärder angivna för respektive enhet. Tabellen visar att det utreddes mer antal rapporter enligt Lex Sarah under 2022 mot 2021. Inga Lex Sarah har rapporterats hos de privata utförarna.

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:

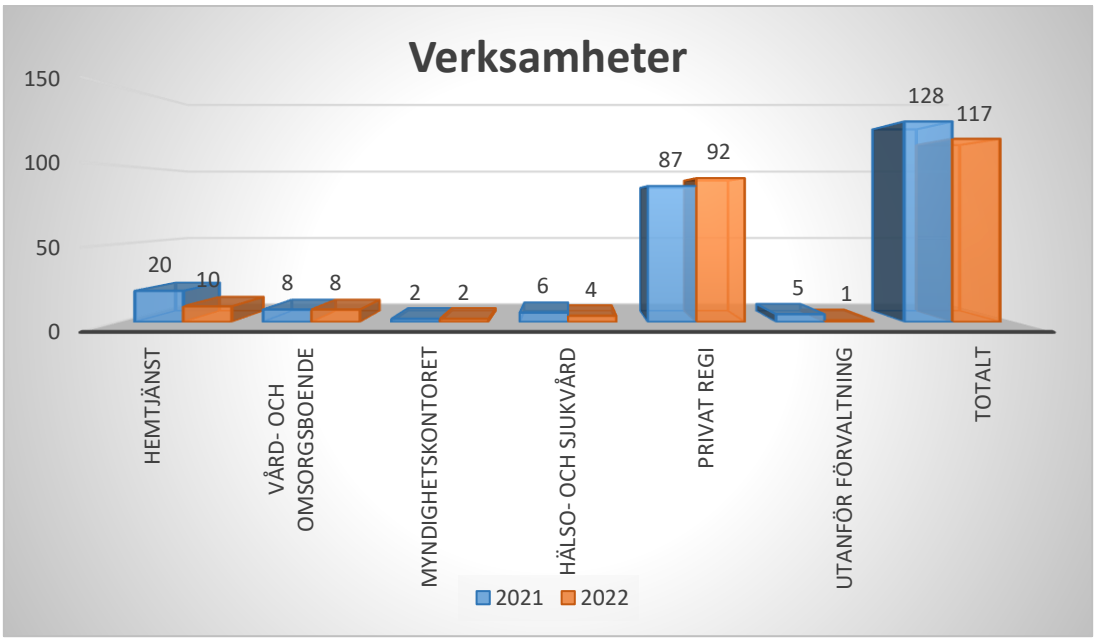
- Blankett ”Tyck till” (finns på externa hemsida och på intranätet Ronja)
- Direkt till personal i vård- och omsorgsförvaltningen (mail, telefon, personligt möte)

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.

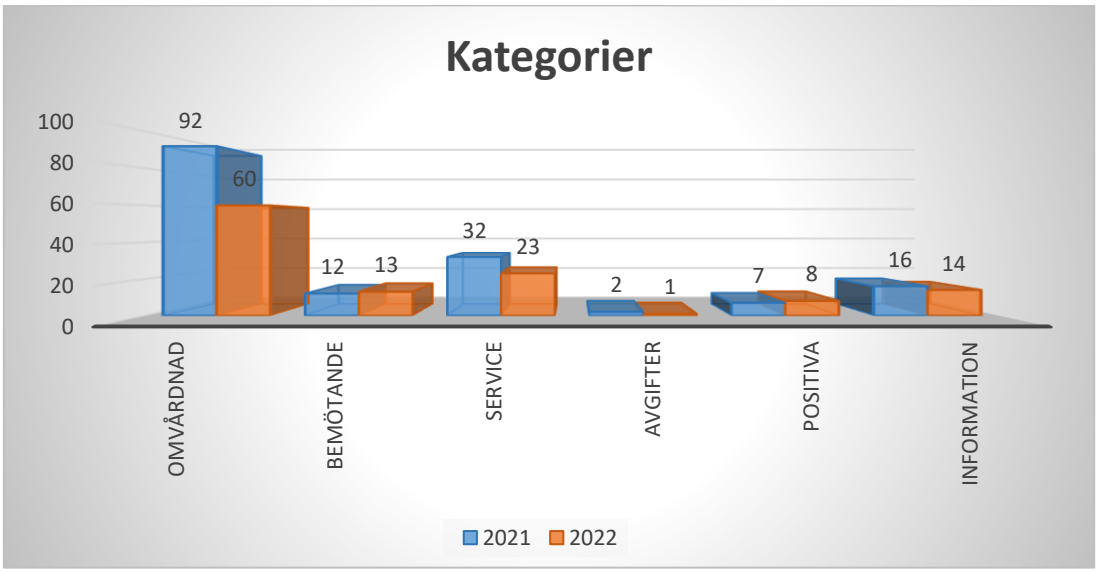
Klagomål = Ett uttryckt missnöje med verksamheten, tjänst, service eller medarbetare.

Nedan finns de klagomål och synpunkter redovisade som inkommit till förvaltningen och de privata utförarna under 2022.

Tabell 14 Klagomål och synpunkter per verksamhet



Tabell 15 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 på såväl enhetsnivå som verksamhetsnivå under 2022.
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 avvikelsehanteringen, enligt gällande rutin.

9. Övrigt kvalitetsarbete under 2022

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 har skett under 2022 och kommer att tas upp i ledningsgrupp under februari 2023 innan publicering.

9.2 Basal hygien

Ett fortsatt stort arbete har gjorts under 2022 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.

9.4 Verksamhetsuppföljning

Under 2022 har verksamhetsuppföljning gjorts enligt riktlinje ”Riktlinjer för vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning av verksamhet som bedrivs av kommunen samt privata utförare”. Fokus för verksamhetsuppföljningen 2022 var hemtjänst. 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 2022 sökte vård- och omsorgsförvaltningen statsbidrag. Det var:

- Förstärkning äldreomsorg
- God och nära vård

- Äldreomsorgslyftet
- Motverka ensamhet bland äldre och öka kvalitet inom demensomsorgen
- Kvalitet/effektivitet/äldre i fokus
- Återhämtningsbonus 2022
- Utökning sjuksköterskor på vård- och omsorgsboende

De sökta stimulansmedlen/statsbidragen har använts till:

- Nära vård projekt
- Samordningsundersköterska
- Modell för att stärka och öka kunskapen för boende- och hemtjänstpersonal är utvecklad och prövad. Breddinföranade planeras för 2023.
- Specialistutbildning för sjuksköterskor.
- Metodutvecklingsrum.
- Utvecklingsarbete uppstartat på dagverksamheten för att möta nya behov.
- Ung omsorg på ett av våra vård- och omsorgsboenden. Detta i ett led att motverka ensamhet hos våra äldre.
- Material har inhandlats för att öka kvaliteten inom demensomsorgen.
- Stjärninstruktörer. 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.
- Demensombud har vidareutbildats i BPSD.
- Myndighetskontoret har medverkat vid Äldreomsorgsdagen.
- Satsning på välfärdsteknik.
- Inköp av system, utbildningsplattform samt automatisering.
- Utveckla nya arbetssätt inom verksamheten HSO och myndighet.
- Upprättande av resurspool.

10. Mål och strategier för kommande år

- **Ombudsgrupper** – Fortsatt arbete och kompetensförhöjning kommer att ske under 2023.
- **Verksamhetsuppföljning** – Kommer att ske av kvalitetsutvecklare med LOV-inriktning, kvalitets- och verksamhetsutvecklare och Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Fokus ligger under 2023 på vård- och omsorgsboende i både egen och privat regi.
- **Processkartläggning** – En kartläggning av befintliga processer har gjorts under 2022. I det fortsatta arbetet kommer dessa processer att gås igenom för att se om de behöver förändras/förenklas. När det arbetet är klart kommer processerna att ritas i 2c8 som är det system som kommunen använder sig av i processritningen. Detta kommer att ske under 2023.

- **Systematiskt kvalitetsledningssystem**- Under 2022 har dokumentet ”Ledning- och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen” reviderats men viss komplettering behövs. Detta kommer att ske under 2023. Uppföljning kommer att ske gentemot budget och kvalitet i ett förtydligande mot chefsnivå.
- **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.
- **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 2023.
- **Teknik** –
    - Fortsatt byte av verksamhetssystem till Lifecare HSL samt implementering av HSL signering.
    - Fortsatt arbete med Exorlive (digitalt träningsprogram för Rehab) påbörjades under slutet av 2020 och 2021.
    - Fortsatt implementering av 3D-sensor.
    - Trygghetslarmen kommer att bytas ut i ordinärt boende.
    - Implementering av aktivitetsplanering på våra vård- och omsorgsboenden vilket gör att personal kommer att planera och registrera de aktiviteter som sker under dygnet.
    - Fortsatt arbete med digitala utbildningar.
    - Test av radarsensorer på ett boende i förvaltningen för att upptäcka fall bland vårdtagare.
    - Beslutsstöd som köps in centralt i Ronneby kommun.
    - Digitalt arkiv som köps in centralt i Ronneby kommun.
    - Upphandla och införa lösning för digitala lås på vård- och omsorgsboende både till lägenhetsdörrar och värdeskåp.
- **Avvikelsehantering** –
  Under 2022 har många personalgrupper inom vård- och omsorgsförvaltningen genomgått utbildning i avvikelsehantering. Arbetet kring detta kommer att fortsätta under 2023. Digitala utbildningar i att rapportera och utreda avvikelser kommer att göras under 2023.