

Kvalitetsberättelse förvårdgivare –
Vård och omsorgsförvaltningen

År 2020

Upprättad av Kvalitets- och verksamhetsutvecklare

Innehåll

[1. Inledning 3](#_Toc68702702)

[1.1 Syfte 3](#_Toc68702703)

[1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 3](#_Toc68702704)

[1.3 Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet 3](#_Toc68702705)

[1.4 Uppföljning av mål och strategier inför 2020 (hämtat från kvalitetsberättelsen 2019) 3](#_Toc68702706)

[2. Kvalitetsdokument 5](#_Toc68702707)

[3. Intern kontroll 5](#_Toc68702708)

[3.1 Resultat intern kontroll 2020 5](#_Toc68702709)

[3.2 Internkontrollplan 2021 7](#_Toc68702710)

[4. Egenkontroll 7](#_Toc68702711)

[5. Nationella undersökningar 8](#_Toc68702712)

[5.1 KKiK, Kommunens kvalitet i korthet 8](#_Toc68702713)

[5.2 ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen” 10](#_Toc68702714)

[6. Avvikelsehantering 13](#_Toc68702715)

[6.1 Avvikelser 14](#_Toc68702716)

[6.2 Klagomål och synpunkter 16](#_Toc68702717)

[7. Riskanalys 17](#_Toc68702718)

[8. Övrigt kvalitetsarbete under 2020 18](#_Toc68702719)

[8.1 Ledningsstruktur 18](#_Toc68702720)

[8.2 Basal hygien 18](#_Toc68702721)

[8.3 Kost 18](#_Toc68702722)

[8.4 Teknik 18](#_Toc68702723)

[8.5 Ombudsgrupper 19](#_Toc68702724)

[8.6 Verksamhetsuppföljning 19](#_Toc68702725)

[8.7 Projekt Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 19](#_Toc68702726)

[8.8 Processkartläggning 2c8 20](#_Toc68702727)

[8.9 Användning av stimulansmedel/statsbidrag 20](#_Toc68702728)

[9. Mål och strategier för kommande år 22](#_Toc68702729)

# Inledning

## 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.

## 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.

## 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

## Uppföljning av mål och strategier inför 2020 (hämtat från kvalitetsberättelsen 2019)

* **Ombudsgrupper** –

Uppföljning av arbetet med ombudsgrupper har stått still under året i det flesta grupperna.

* **Verksamhetsuppföljning** –
Uppföljning av modellen för verksamhetsuppföljning. Under 2020 har inte verksamhetsuppföljning gjorts på grund av rådande pandemi.
* **Processkartläggning** -
Genomgång av befintliga processer samt komplettering med nya där behov finns skulle gjorts men på grund av rådande pandemi har tiden lagts på andra arbetsuppgifter.
* **Systematiskt kvalitetsledningssystem –**Under 2019 har ett nytt dokument, ”Ledning och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen”, arbetats fram i förvaltningen. Dokumentet presenterades i äldrenämnden 2019-12-18 och på förvaltningens chefsträff 2020-01-16.

I dokumentet beskrivs Vård- och omsorgsförvaltningens ledning och styrning inklusive ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).  Syftet med dokumentet är att tydliggöra ansvar och roller samt säkerställa verksamhetens kvalitetsarbete och ska användas i syfte att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalité. Dokumentet ska användas som en övergripande beskrivning över styrningen och ledningen i vård- och omsorgsförvaltningen i Ronneby Kommun. Dokumentet är tänkt som en beskrivning av ansvarsfördelningen, inte någon beskrivning av specifika arbetsuppgifter. Det finns även kommunövergripande styrdokument (exempelvis processer, policys, riktlinjer och rutiner) som förvaltningen ska arbeta efter. Dokumentet är inte under 2020 genomgånget i ledningsgruppen.

* **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. Blankett ”Självskattning Ledning och styrning” finns framtagen för detta.

* **Teknik** –
	+ Under 2020 började hemtjänstpersonal att signera HSL-uppdrag. 75 % av alla grupper är igång fortsatt implementering sker under 2021. Under 2021 kommer även vård- och omsorgsboenden att påbörja implementeringen. Fortsatt arbete gällande välfärdsteknik inom HSL-organisationen. Lifecare HSL kommer att implementeras under hösten 2021. Uppföljning och avgifter är implementerat och fortsatt arbete sker under 2021.
	+ Pilotprojekt ”digital färdregistrering” för tjänstebilar i hemtjänsten gjordes under våren/sommaren 2020. Vård- och omsorgsnämnden tog beslut i september 2020 att alla bilar i förvaltningen ska ha digital färdregistrering.
	+ Automatisering gällande behörighetstilldelning (digitala system) inom vård- och omsorgsförvaltningen. Planering skedde under 2020. Moduler är inköpta och implementering kommer att ske under våren 2021.
	+ Under 2020 blev vård- och omsorgsförvaltningen delaktiga i kommunens övergripande arbete gällande MDM-verktyg (verktyg för att kunna ex. fjärrstyra och begränsa telefoner) både i plattor och telefoner.
	+ Arbeta med frågan ”bredband till alla som bor på vård- och omsorgsboende”. Ett vård- och omsorgsboende är klar för inkoppling av bredband. Fortsatt arbete kommer att ske under 2021.
* **Avvikelsehantering** –

Ny rutin och ny modul i verksamhetssystemet togs i drift under våren 2019. Implementering av rutin och arbetssätt gällande avvikelsehantering har pågått under 2019 och 2020. Från januari 2021 har det lagts till fler avvikelsetyper när en rapport görs.

* **Boendeprocessen** –
Påbörjat arbete under 2020 med övertagande av hyreskontrakt-skrivning och hyreshantering av de Ronnebyhus ägda vård- och omsorgsboendena. Detta arbete kommer att vara klart under 2021. I detta arbete kommer boendeprocessen från det att den enskilde tackar ja till erbjudande att gås igenom. Under 2020 har det även tagits fram riktlinjer för biståndsbedömning mot vård- och omsorgsboende.

# 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 och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) samarbetar med berörda professioner i upprättandet av nya kvalitetsdokument alt. reviderar befintliga.

Det omfattande arbete med genomgång av förvaltningens rutiner, riktlinjer, blanketter och policys som påbörjades 2018 har fortgått under 2019 och 2020. 2020-01-01 bytte nämnden och förvaltningen namn till Vård- och omsorgsnämnden samt Vård- och omsorgsförvaltningen. Detta innebar ett administrativt arbete då kvalitetsdokumenten behöver revideras så att rätt förvaltningsnamn finns angivet i styrdokumenten.

# 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.

## Resultat intern kontroll 2020

* **Team-träffar**

Kontroll ska ske genom fysisk närvaro på team-träffar och genom insamling av ärendelista/protokoll. Ingen fysisk kontroll har skett under 2020 på grund av rådande pandemi. Detta innebär att endast begäran om ärendelista/protokoll har varit det sätt som kontroll kunnat ske på. Begäran om underlag har skett via verksamhetschefer till enhetschefer både via mejl och via information på möte. Endast tre protokoll har inkommit. Kontroll på de inkommande har varit om det finns relevans i det som tas upp samt om alla professioner varit närvarande. På ett av underlagen går det inte att urskilja om alla professioner varit med då inte det nya underlaget för dessa träffar använts. De två andra underlagen visar att det fattas professioner vid båda mötena. Två av tre har relevans i det som diskuterats på mötet. Kontroll visar att det finns väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2021 års internkontroll.

* **Biståndshandläggning**

Under året har 20 biståndsbeslut granskats på olika hemtjänstområden. 7 av dessa är inte uppfölja inom tidsramen på ett år. Kontroll visar att det finns väsentlig avvikelse men då denna kontrollpunkt från 2021 finns med som en indikator i förvaltningens målarbete kommer den inte att följa med som ett kontrollmoment i internkontrollen 2021. Uppföljning sker via målarbetet.

* **Sekretess**

Av de granskade kontoren visar två av dem på anmärkningar. Vid båda kontrollerna var datorerna olåsta och dokument med sekretess låg framme trots att personen inte var i närheten. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2021 års internkontroll.

* **Avvikelser**

Stickkontroller i verksamhetssystemet visar att fem stycken inte var mottagna trots att det gått minst en vecka sedan rapporten skrevs. Femton stycken var avslutade mellan tre dagar och åtta månader efter att rapporten är skriven. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2021 års internkontroll.

* **Behörighetskontroll.**

Under året har tjugo stickkontroller utförts i de olika system som används i förvaltningen. En avvikelse fanns och det var avsaknad av behörighet som ska finnas på den personen. Kontrollen visar på ej väsentlig avvikelse och kommer inte att följa med till 2021 år internkontroll.

* **Hot och våld i ordinärt boende**

Kontroll visar att riskbedömningar görs, dock inte på de bistånd som är förenklade. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2021 års internkontroll.

* **Hot och våld på vård- och omsorgsboende**

Kontrollerade enheter har gjort riskbedömningar. Kontrollen visar på ej väsentlig avvikelse och kommer inte att följa med till 2021 år internkontroll.

* **Delegationsordning**

Inga stickkontroller har gjorts i verksamheten. Detta gör att interkontrollen inte anses utförd och kontrollmomentet kommer att följa med till 2021 års internkontroll.

* **Dokumentation**

De kontroller som gjorts visar att informationen som skrivs i journalerna är relevant och viktig. Kontroll visar att en stor förbättring skett gällande dokumentation men fortsatta arbete behövs. Kontrollen visar på ej väsentlig avvikelse och kommer inte att följa med till 2021 år internkontroll.

* **Fakturahantering**

Av de 20 kontrollerade kontosträngarna är sex stycken utan anmärkning. Anmärkningarna består av fel verksamhet, fel slag, fel aktivitet och fel objekt. En är inte fördelad på olika slag. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2021 års internkontroll.

* **Introduktion av ny personal**

Kontrollen visar att två chefer inte anställt under året, en chef har inte kännedom om introduktionsplanen, fyra chefer meddelar att de strimlar blanketten när den är ifylld, en är inkommen och korrekt ifylld, tolv chefer svarar inte. Kontrollen visar på väsentlig avvikelse vilket innebär att kontrollmomentet följer med till 2021 års internkontroll.

* **Övrig internkontroll**

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

## Internkontrollplan 2021

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 2021. Nämnderna ska i januari (innevarande år) besluta om årets internkontroll.

Riskbedömningar som gjordes i verksamheten under oktober-december 2020 utifrån riskområdena som Kommunstyrelsen beslutat har legat till grund för internkontrollplan 2021.

# 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. Självskattning gjordes till viss del under våren 2020 men inte fullt ut som det var tänkt.

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.

# 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. Utifrån resultaten skapas aktiviteter/förbättringsarbeten och respektive enhet redovisar sin enhets resultat med tillhörande analys i resultatberättelsen.

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.

## 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 social, 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 2020.

*Tabell 1. Övergripande resultat för Ronneby Kommun i KKiK, Kommunens Kvalitet i Korthet (hämtade från Kolada 2021-02-01)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2020 ovägt medel alla kommuner  |
| Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde | 46 | 49 | 15 | 36 | 67 |
| Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde | 11 | 12 | 15 | 17 | 16 |
| Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng | 73 | 54 | 40 | 36 | 53 |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – helhetssyn, andel (%) | 85 | 79 | 82 | 78 | 81 |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – helhetssyn, andel (%) | 90 | 89 | 91 | 89 | 90 |

**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 2020.

Uttag av antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum har under 2020 och 2021 inte gjorts av samma tjänsteman. Det är därför svårt att helt säga vad differensen 2018/2019/2020 består i.

**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 och 2020 valde förvaltningen att göra mätningen genom systemet och detta kan förklara skillnaden mot tidigare år.

**Kvalitetsaspekter särskilt boende:**

Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Ronneby visar på ett sämre resultat i förhållande till 2019.

**Brukarbedömning särskilt boende:**

Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Ronneby visar på ett försämrat resultat i förhållande till 2019.

**Brukarbedömning hemtjänst:**

Ett utvecklingsnyckeltal som baseras på ett antal delnyckeltal. Ronneby visar på ett försämrat resultat i förhållande till 2019.

**Bästa respektive sämsta resultaten i förhållande till riket**

I tidigare kvalitetsberättelser har bästa respektive sämsta resultat i förhållande till riket presenterats men i skrivande stund har inte dessa uppdateras i Kolada vilket gör att de inte går att redovisa.

## ”Vad tycker det äldre om äldreomsorgen”

”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och 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.

**Boende**

2020 svarade totalt 27 872 personer på enkäten gällande särskilt boende, vilket är 39,8 % av de tillfrågade. I Ronneby var andelen svarande 40 %.

Resultaten i tabell 4 och 5 redovisas som andelen positiva, det vill säga andelen i procent av de svarande som avgivit ett positivt svar.

*Tabell 4 Boende, de fem frågor där andelen positiva svar är högst*

*Tabell 5 Boende, de fem frågor där andelen positiva svar är lägst*

Resultatet i tabell 6 redovisas som andel positiva svar på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med det boende du har?”.

*Tabell 6 Boende, hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende, andel positiva svar i kommunen*



**Hemtjänst**

2020 svarade totalt 82 834 personer på enkäten gällande hemtjänst, vilket är 57,0 % av de tillfrågade. I Ronneby svarade 252 personer, viket är 65,8 % av de tillfrågade.

Resultaten i tabell 7 och 8 redovisas som andelen positiva, det vill säga andelen i procent av de svarande som avgivit ett positivt svar.

*Tabell 7 Hemtjänst, de fem frågor där andelen positiva svar är högst*

*Tabell 8, Hemtjänst, de fem frågor där andelen positiva svar är lägst*

Resultatet i tabell 9 redovisas som andel positiva svar på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?”.

*Tabell 9 Hemtjänst, hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har, andel positiva svar i kommunen.*



# 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 äldreförvaltningen 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. I detta har avvikelser som skulle rapporterats på vårdskada rapporterats under annan avvikelse/Lex Sarah. Detta gör att det blir fel i statistiken under 2019/2020 och det ser ut som att antalet avvikelser har ökat dramatiskt som inte har med vårdskada att göra. I december 2020 lanserades en förändring som gör att vid rapportering av annan avvikelse/Lex Sarah måste du även välja avvikelsetyp. Detta bör göra att det blir lättare att förstå vilka avvikelser som ska rapporteras som vårdskada och vilka som ska rapporteras som annan avvikelse/Lex Sarah. Förvaltningen har valt att starta med denna förändring 210101. En förändring i Förfrågningsunderlag för LOV gör att de privata utförarna ska använda verksamhetssystemets avvikelsehantering. Utbildning pågår i skrivande stund.

## Avvikelser

Under 2020 har det totalt inkommit 1067 avvikelser. Detta är 56 stycken mer än under 2019. Även privata utförare är redovisade.

*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*

**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. 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 2020 mot 2019. Inga anmälningar enligt Lex Sarah gjordes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## 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 2020.

*Tabell 14 Klagomål och synpunkter per verksamhet*

*Tabell 15 Klagomål och synpunkter per kategori*

# 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 2020.

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.

Under 2020 gjordes en tillsyn av Arbetsmiljöverket vilket resulterade i en rutin som ska säkerställa att det i verksamheten i samband med att ny vårdtagare/patient görs en riskanalys för att förebygga och planera verksamheten utifrån vårdtagarens beviljade bistånd/patientens behov och önskemål samt personalens arbetsmiljö.

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

# Övrigt kvalitetsarbete under 2020

## 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.

## Basal hygien

Ett stort arbete har gjorts under 2020 gällande Basal hygien. Detta beskrivs mer ingående i Patientsäkerhetsberättelsen.

## Kost

**Nattfasta och nutrition**

På grund av pandemin har arbetet med nattfasta och nutrition inte specifikt arbetats med men i arbetet med BPSD-registrering kommer detta område in naturligt och antal registreringar har ökat under 2020 mot 2019. Under 2020 har befintliga serviser kompletterats på vård- och omsorgsboendena samt har även inköp av en större tallrik gjorts för att den visuella synen av maten ska bli bättre.

## Teknik

* ”Lifecare Utförare” påbörjades implementeras till verksamhetssystemet för verksamhetsområdet vård- och omsorgsboende under 2020. 50 % av implementeringen blev klar och kommer att fortsätta under 2021.
* ”Lifecare Handläggare” togs i drift under våren 2019 och samtliga biståndshandläggare arbetar sedan dess i nya modulen. Under 2020 kompletterades Lifecare handläggare med en extra modul för att för att ge extra funktioner för förenklat bistånd.
* Arbete gällande införande av digital medborgartjänst (ansökan hemtjänst och vård- och omsorgsboende) påbörjades under 2019 och har fortgått under 2020.
* Under 2019 har ett nytt avtal gällande larm i ordinärt boende trätt i kraft. Under sommaren 2019 påbörjades utbyte av larm i ordinärt boende och arbetet har pågått även under 2020.
* Ett arbete gällande uppgradering av datorer och telefoner har genomförts. Målet i förvaltningen är att inte ha mer än 5 år gamla datorer vilket har uppfyllts under 2020. Samsung Galaxy Xcover 3 telefoner har bytts ut mot Samsung Galaxy Xcover 4S under 2020.

## Ombudsgrupper

Arbetet med ombudsgrupperna som det var tänkt från början har inte kunnat göras under 2020 på grund av pandemin. Plan fanns för omstart av arbetet med Tena-identify men detta fick skjutas upp. Ombudsgrupp för dokumentation har under året varit aktiva då övergång sker från Procapita till Lifecare för vård- och omsorgsboenden.

Ombudsgrupper som finns i vård- och omsorgsförvaltningen:

* Hygien och inkontinens
* Teknik
* Dokumentation
* Brand och KUB
* Måltid (diskussion om gruppen ska fortsätta existera eller inte pågår)
* Värdegrund
* Kvalitetsregister
* Aktivitet och kultur

## Verksamhetsuppföljning

Under 2020 har ingen verksamhetsuppföljning gjorts enligt riktlinje ”Riktlinjer för vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning av verksamhet som bedrivs av kommunen samt privata utförare”. Detta på grund av den rådande pandemin. Fokus för verksamhetsuppföljningen 2020 skulle ha varit vård- och omsorgsboenden. Från hösten 2020 ligger ansvaret för verksamhetsuppföljningen på Kvalitetsutvecklare med LOV-inriktning. Arbetet kommer att återupptas under 2021 och vård- och omsorgsboenden kommer at vara i fokus.

## Projekt Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

I mars 2018 startade ett två-årigt projekt där Blekinges fem kommuner tillsammans anställt en MAR – medicinskt ansvarig för rehabilitering. Syftet med projektet var att få en likvärdig kvalitetsutveckling av den kommunala rehabiliteringen/habiliteringen i länet samt få möjlighet att kunna få en uppfattning om hur stort behovet av MAR-funktion är i länets kommuner. Projektet avslutades 2020-02-14 och slutrapport redovisades till LSVO (Ledningssamverkan vård och omsorg). Beslut togs att en MAR skulle anställas. I augusti 2020 anställdes en MAR på en tillsvidareanställning. MAR är placerad i Karlshamns kommun men kommer att arbeta mot alla Blekinges kommuner likt formen i projektanställningen.

## Processkartläggning 2c8

Vård- och omsorgsförvaltningen har sedan tidigare ett antal processer framtagna, vilka finns ritade i processkartläggningsverktyget 2c8. Under hösten 2019 har kvalitets- och verksamhetsutvecklare och MAS gått utbildning i verktyget. Processer skulle skapas och revideras under 2020 men på grund av den rådande pandemin har arbetet försenats. Arbetet kommer att återupptas under 2021.

## 8.9 Användning av stimulansmedel/statsbidrag

Under 2020 sökte vård- och omsorgsförvaltningen två olika statsbidrag. Det ena riktade sig mot att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Det andra riktade sig mot teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. En projektledare anställdes för att stimulansmedlen/statsbidragen skulle kunna användas på ett effektivt och genomtänkt sätt.

För att öka kvaliteten bland personer med demenssjukdom införskaffades följande:

* Digital utbildning: ”Lågaffektivt bemötande” och böcker
* Plattform till utbildningsfilmer
* Miljöanpassningar som gjordes:
* ”Gungstolar”, ergonova till Olsgården, Ågårdsbo och Vidablick.
* Bollfåtölj till Lindebo och Ålycke
* Relaxrum med TV, fåtöljer och bord på Olsgården
* Porslin till samtliga boenden
* Lagat Pegasus-cyklarna
* Passagelarm och GPS

För att motverka ensamhet bland personer med demenssjukdom införskaffades följande:

* Aktivitetslåda till avdelningarna och aktivitetssamordnarna som innehöll:
* Doftlotto
* Bowling
* Aktivitetsgrejer
* Robotkatt och robothund
* Surfplatta för att genomföra aktiviteter som videomöten, film, underhållning, musik osv.
* Aktiviteter med dessa utförs av personalen som får stöd av teknikombud som fått extra utbildning
* Surfplattor till varje avdelning fanns redan på vård- och omsorgsboendena så enheter för att kunna ansluta plattorna till TV har köpts in.
* Surfplattor har köpts in till varje hemtjänstgrupp som är tänkta att användas för meningsfulla aktiviteter vid avlösning. Silviasystrarna tar fram förslag på aktiviteter.
* Högtalare till vårdtagaraktiviteter på vård- och omsorgsboenden.
* Högtalare till avdelningarna för att kunna delta i digitala aktiviteter via dator eller platta.
* Videotillsyn i ordinärt boende.
* Installera en surfplatta hos vårdtagare för att personal ska kunna koppla upp sig för digital tillsyn. Dessa surfplattor möjliggör även att anhöriga kan koppla upp sig mot den enskilde.
* Tio androidplattor med videofunktion hyrs under 12 månader.
* Videokommunikation med anhöriga på vård- och omsorgsboenden.
* En liten enhet med skärm som kan användas som fotoram, videomöten med anhöriga och nattillsyn. Det finns även möjlighet att sända ut frågor till vårdtagaren, t.ex. ”Var maten god idag”, som det enkelt går att svara på.
* Påminnelse: ”Har du tagit din medicin?”

Under teknik och effektivitet införskaffades följande:

* Teknik för videomöten i både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden.
* Bredband till vårdtagare på vård- och omsorgsboenden
* Förvaltningen har tillsammans med IT-avdelningen och fastighetsägare förberett för att Miljöteknik ska kunna ansluta vårdtagares lägenhet. Detta gör att vårdtagare själv kan teckna ett abonnemang på bredband när den flyttar in.
* App för att kunna sätta ihop och dela ut ”digitala hemträningsprogram” till vårdtagare och medborgare i kommunen. Rehab-teamet kan skicka ett träningsprogram till hemsjukvårdspatienter och den enskilde kan själv följa detta via sin telefon. Vårdpersonal kan ta del av programmet för att kunna hjälpa den enskilde att genomföra övningarna korrekt. Lättare övningar finns publicerade på förvaltningens hemsida till medborgarna i Ronneby kommun som en förebyggande åtgärd.
* Riskfyllt läge ”RoomMate” är en intelligent enhet som placeras i vårdtagarens hem. Denna kan läsa av rörelser för at kunna larma förebyggande. Förvaltningen har hyrt två enheter under 12 månader för att testa.

Dessa enheter innehåller:

* Fallarm.
* Rörelselarm.
* Sänglarm- larmar när vårdtagare t.ex. lämnar sängzonen.
* Sänglarm- larmar om vårdtagaren inte kommer tillbaka inom en viss tid.
* Kan larma om någon sätter sig upp i sängen.
* Kan larma om någon går på toaletten och inte kommer tillbaka inom en viss tid.
* Ljudlarm- ljudnivå aktiverar larm.
* Om en person är stilla under för lång tid går det ett larm. Kan vara bra vid behov av vändningar.
* Medicinrobot till hemtjänsten som påminner och levererar medicin till vårdtagaren. Om inte vårdtagaren hämtar sin medicin inom en viss tid går ett larm till hemtjänsten. Tre medicinrobotar hyrs under 12 månader för att prövas och utvärderas.
* Digitala lås till ett boende.
* Nyckelgömmor till hemtjänsten som ett komplement till de digitala låsen. I vissa fall kan inte ett digitalt lås monteras och då kan dessa användas istället.
* Laddningsstationer till vård- och omsorgsboendenas telefoner.

# Mål och strategier för kommande år

* **Ombudsgrupper** – Språkombud ska utbildas under 2021 och bli en del i värdegrundsarbetet och plan finns för att göra en sammankoppling med värdegrundsombuden. Nytt omtag kring ombudsgrupperna kommer att tas.
* **Verksamhetsuppföljning** – Kommer att ske av kvalitetsutvecklare med LOV-inriktning. Fokus ligger under 2021 på vård- och omsorgsboenden i både egen och privat regi.
* **Processkartläggning** – Ett omtag kommer att göras gällande att rita de processer som finns i förvaltningen under 2021.
* **Systematiskt kvalitetsledningssystem**- Under 2021 kommer dokumentet ”Ledning- och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen” att tas upp för genomgång i förvaltningens ledningsgrupp. Uppföljning kommer att ske gentemot budget och kvalitet i ett förtydligande mot chefsnivå.
* **Systematiskt kvalitetsledningssystem –** Uppföljning av dokumentet ”Ledning och styrning i vård- och omsorgsförvaltningen”.
* **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 2019 gjordes en övergripande risk- och sårbarhetsanalys. Under 2021 kommer dessa analyser att göras på varje enhet för att sedan sammanställas till en mer detaljerad och genomgången övergripande analys än den som gjordes 2019.
* **Teknik** –
	+ Fortsatt arbete gällande välfärdsteknik inom HSL-organisationen (Lifecare HSL, HSL signering).
	+ Implementering av Exorlive (digitalt träningsprogram för Rehab) påbörjades under slutet av 2020 och fortsatt implementering sker under 2021.
	+ Automatisering gällande behörighetstilldelning (digitala system) inom vård- och omsorgsförvaltningen. Kommer att implementeras under våren 2021.
	+ Fortsatt arbeta med frågan ”bredband till alla som bor på vård- och omsorgsboende”.
	+ Under 2021 kommer all ordinarie personal i hemtjänsten att ha en egen telefon under sitt arbetspass.
	+ Fortsatt byte av verksamhetssystem till Lifecare utförare på våra vård- och omsorgsboenden.
	+ Implementering av SÄBO-app på våra vård- och omsorgsboenden vilket gör att personal kommer att planera och registrera de aktiviteter som sker under dygnet.
	+ Införa digitala utbildningar.
	+ Utrusta ett utbildningsrum med olika digitala verktyg.
	+ Utrusta konferensrum i vård- och omsorgsförvaltningen för digitala möten.
	+ Implementering av e-tjänst där hjälpbehov av bistånd kan sökas.
	+ Lifecare boende för korttidsboende gällande bokning och planering av vårdplatserna.
	+ Robotisering av det ekonomiska resursfördelningssystem som finns gällande hemtjänst.
	+ Upphandling av trygghetsskapande teknik för ordinärt boende tillsammans med de andra kommunerna i Blekinge.
	+ Under året kommer test med videotillsyn att ske i ordinärt boende.
	+ Under året kommer test med videosamtal med anhöriga på våra vård- och omsorgsboenden att ske.
	+ Under året kommer test att ske med medicinrobot i ordinärt boende.
	+ Under året kommer ett visningsrum att utrustas med den välfärdsteknikteknik (digitala lås, medicinrobot, fjärrtillsyn) som finns att tillgå i vård- och omsorgsförvaltningen för utbildning för anställda och förtroendevalda i vård- och omsorgsnämnd och förvaltning.
* **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.

* **Boendeprocessen** – fortsatt arbete med boendeprocessen.