



ANEBY
KOMMUN

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen Sociala avdelningen

2020

Medicinskt ansvarig Sjuksköterska - Carina Asp
Kvalitetsutvecklare – Elisabet Lind

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 3 |
| God kvalitet och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet | 4 |
| Kommunens kvalitetsarbete | 5 |
| Sociala avdelningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete | 5 |
| Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop | 6 |
| Sociala avdelningens organisation | 6 |
| Ansvar för kvalitets- patientsäkerhetsarbetet..... | 7 |
| Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet..... | 8 |
| Ledningssystemets delar och resultat 2020 | 8 |
| Verksamhetsbeskrivning inkl styrande lagar, mål och krav..... | 8 |
| Processer och rutiner | 9 |
| Processer och Rutiner i Samverkan/samarbete | 9 |
| Riskanalyser..... | 11 |
| Avvikelser, synpunkter och Lex Sarah och Lex Maria | 11 |
| Rättssäkerhet i handläggning och dokumentation | 14 |
| Egenkontroller och jämförelser med andra..... | 14 |
| Personal och kompetens | 17 |
| Verksamhetsuppföljning och Verksamhetsplan..... | 18 |
| Förslag vidare utvecklingsarbeten 2021 | 18 |

Sammanfattning

Rådande Pandemi har i världen, landet och inte minst i Aneby, gjort 2020 till ett omtumlande, krävande och utmanande år.

Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sociala avdelningen har trots detta löpt på och vidareutvecklats.

De styrande dokument som tagits fram och implementerats såsom riktlinjer och rutiner har haft betydelse för att stärka kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Införandet av Office 365 har inneburit en ny lagringsyta för våra styrande dokument men med fortsatt tillgänglighet via vårt intranät.

Verksamheten har följts upp genom olika egenkontroller såsom användning av kvalitetsregister, infektionsmätningar, avvikelserapportering och brukarenkäter. Resultat har legat till grund för analys och framtagande av prioriterade förbättringsområden.

Verksamhetens medarbetare har bidragit till underlag för ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att 2020 rapportera 559 avvikelser, inklusive fallolyckor. Fem externa synpunkter gällande social avdelningens verksamheter är inkomna och hanterade 2020.

Risker för vårdskador och missförhållanden har identifierats och hanterats enligt gällande rutin.

Den kommunala hemsjukvården har under pandemin jobbat intensivt med smittspårning utbrottsgrupper, provtagningar och skyddsåtgärder mm. Flera olika anpassningar inom verksamheterna har också gjorts för att förebygga smittspridning och hantera uppkommen smitta.

Huvuddelen av verksamhetens brukare och patienter har under 2020 fått en trygg och säker vård och omsorg men det förekommer vissa brister och det finns flera områden som är i behov av vidare utveckling för att ytterligare stärka kvalitet- och patientsäkerhet.

Inför 2021 står vi framförallt inför en stor och viktig vidare utveckling av Nära Vård och internt ett fortsatt byte av vårt verksamhetssystem. Fortsatt finns också ett stort behov av god samordning i planering, genomförande och uppföljning gällande kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi. Vi behöver också öka brukarmedverkan i arbetet med ständiga förbättringar och en innovativ utveckling av sociala avdelningens verksamheter.

God kvalité och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet

Kravet på god kvalitet framgår av lagar och föreskrifter som styr Sociala avdelningens verksamheter.

God kvalitet inom social avdelningens verksamheter  r inte helt enkelt och självklart att definiera utan är olika beroende på vilket perspektiv som  r utgångspunkt.

Generellt kan kvalitet uttryckas som förhållandet mellan förväntan och upplevelse eller mellan mål och utfall. Det innebär att sociala avdelningens mål och t nster som verksamheten erbjuder måste vara tydliga.

De som kommer i kontakt med verksamheterna inom Social avdelningen bedömer kvaliteten i förhållande till vad han eller hon förväntat sig.

I författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår att kvalitet kan ses utifrån tre perspektiv:

- Lagen
- Verksamheten
- Brukaren/den enskilde

Lagkrav

Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den enskilde.

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap 3   står att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförandet av uppgifter inom socialtjänsten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 6  innehåller motsvarande bestämmelser som i socialtjänstlagen. Kraven på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten. Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) kap 2a  står att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av särskilt god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i v rden och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i v rden.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd **SOSFS 2011:9** om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamhetens egna krav

Verksamheten kan också sätta egna krav på kvalitet. I verksamhetens egna måldokument kan det även finnas olika kvalitetsmål definierade.

Verksamhetsplan 2020 sociala avdelningen

| Perspektiv | Mål |
|-------------|---|
| Brukare | Alla brukare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården får tjänster av god kvalitet |
| Ekonomi | Vi bedriver en kostnadseffektiv verksamhet |
| Medarbetare | Sociala avdelningen är en attraktiv arbetsgivare och arbetsplats |
| Processer | Sociala avdelningen har ett levande kvalitetsledningsarbete och jobbar med ständiga förbättringar |
| Samhälle | Sociala avdelningens arbete stödjer en hög livskvalité, självständighet och hållbar tillväxt Informationen om Socialtjänstens arbete är lättillgänglig och det är lätt att komma i kontakt med verksamheten. Sociala avdelningens verksamheter har en bra samverkan med externa aktörer |

Brukaren, den enskildes krav/förväntningar

Den enskilde har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Den enskildes upplevelse av bemötande och delaktighet med mera är viktigt i detta perspektiv. I brukarperspektivet finns även verksamheternas arbete med att systematiskt och löpande följa upp resultaten av olika insatser på både individ- och gruppnivå.

Kommunens kvalitetsarbete

Sociala avdelningens ledningssystem är en del av Aneby kommuns övergripande styrmodell. Styrmodell påverkas och styrs av bland annat från följande:

- Gällande lagar, föreskrifter och nationella riktlinjer
- Kommunfullmäktiges mål
- Kommuns strategiska plan
- Avdelningens lönomodell
- Avdelningens mål och verksamhetsplan

Sociala avdelningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sociala avdelningens ledningssystem ska ses som en konkretisering av kommunens styrmodell. Här tydliggörs hur sociala avdelningen leder och styr mot god kvalitet i sina verksamheter.

Centrala utgångspunkter för att leda och styra är:

- Kvalitet skapas i mötet mellan medarbetaren och brukaren.
- Duktiga medarbetare ger bättre kvalitet.
- Vi är en lärande organisation – skapar och använder kunskap från det dagliga arbetet.
- Verksamhetsutveckling och förbättringar sker i verksamheterna så nära brukarna som möjligt.

- Kvalitetsarbetet är uthålligt och systematiskt vilket förutsätter analys, planering och dokumentation.
- Ledning- och styrning kännetecknas av ett nerifrån och upp perspektiv.

Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop

Kvalitetsstyrningen är verksamheternas styrning och dess huvudfråga är att svara på hur det går för verksamheterna. Utför vi insatser med god kvalitet eller finns det brister? Måste något förbättras eller återställas?

Målstyrningen är politikens styrning av verksamheterna och handlar om att skapa mål och ge inriktning till verksamheterna utifrån given budgetram och kvalitetsstyrningens analys. I målstyrningen ska avdelningen upprätta en verksamhetsplan med planerade aktiviteter som redovisas nämnden. Uppföljning av verksamhetsplanen görs i samband med ekonomistyrningens halv- och helårsbokslut.

Målstyrning, kvalitetsstyrning och ekonomistyrning hänger alltså ihop och tillsammans kan man prata om planering, uppföljning och utveckling av verksamhet.

Sociala avdelningens organisation

Ledningssystemet för kvalitetsarbete gäller för hela sociala avdelningens verksamheter i Aneby Kommun.

Sociala avdelningen är en tydlig tjänsteproducerande kunskapsorganisation. Kunskapen finns hos verksamheternas chefer och medarbetare. Att utveckla kvaliteten inom verksamheterna förutsätter därför lärande. Både organisationen och de enskilda cheferna och medarbetarna måste lära sig av det dagliga arbete och använder nya kunskaper som inhämtas vid utbildningar och kurser. Att vara en tydlig och medveten lärande organisation är därför grundläggande i ledningssystemet. Detta började vi 2019 att arbetat extra mycket med utifrån arbetet med genomlysningen och förändringsarbetet inom äldreomsorgen och hemsjukvården, med stöd av Rådet för Kommunala Analyser (RKA) och förändringsledaren Helene Ersson. Under 2020 har detta arbete fortsatt på flera olika sätt trots den pågående pandemin med Covid 19.

Vi skapar lärandemiljön tillsammans. Konkret innebär det bland annat att vi jobbar med att:

- Ledningen är stödjande och uppmuntrar utveckling
- Medarbetare är aktiva, flexibla och problemlösande
- Brukares behov är i fokus och den enskildes erfarenheter tas tillvara
- APT, veckomöten, ”Hållplatser för lärande”, seminarier, bokcirklar, handledning etc är tillfällen för reflektion och ett ständigt lärande

Ansvar för kvalitets- patientsäkerhetsarbetet

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen är vårdgivare med ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Socialchef

Inom ramen för ledningssystemet ansvarar socialchefen för att det tas fram, fastställs och dokumenteras rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. I ansvaret ingår att tillse att författningar och andra regler är kända och följs samt att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårdsverksamheten och att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs i verksamheten. MAS gör även anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I samverkan med socialchef utreda och rapportera Lex Sarah.

Enhetschef för hälso- och sjukvården

Enhetschef för hälso- och sjukvården ansvarar även för att tillgodose hög patientsäkerhet och god vård-kvalitet. Att mål formuleras samt att uppföljning och analys av verksamheten sker så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården. Enhetschefen ansvarar också för att det finns rutiner.

Enhetschef verksamhet SOL och LSS

Enhetschefen ansvarar för att fastställda rutiner och att riktlinjer är väl kända och följs i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

Kvalitetsutvecklare och andra stödfunktioner

Stödja chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet och omvärldsbevakning. Sammanställa aktuella rutiner, processer och göra dessa lättillgängliga för verksamheten och även delvis tillgängliga för andra kommuninvånare och brukare. Sammanställa statistik, resultat och underlag för egenkontroller samt inrapportering till nationella register.

Förvaltningssekreteraren ansvarar för att revidera socialförvaltningens delegationsordning och diariet för inkomna och uppräntade handlingar,

IT-samordnare ansvarar för utveckling av verksamhetssystem så att det följer gällande lagstiftning och stödjer förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

Personligt yrkesansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen inkl. omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare ansvarar för att det arbete som utförs genomförs med god kvalitet inom ramen för verksamhetens ledningssystem samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

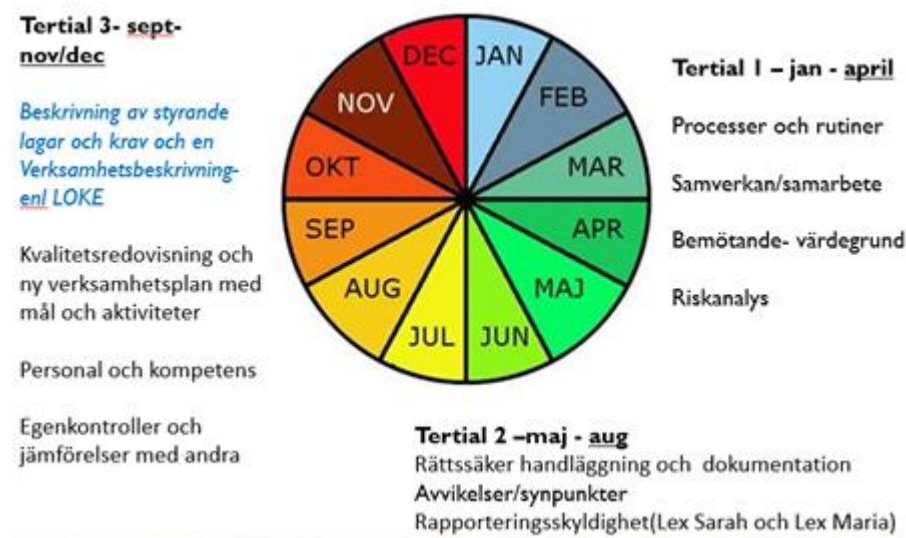
Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet

Systematiskt kvalitetsarbete förutsätter att dokumentation sker löpande och systematiskt. Dokumentation av sociala avdelningens kvalitetsarbete sker dels löpande via minnesanteckningar på APT för varje enskild arbetsplats, via enheternas uppföljningarna i Stratsys, dokument via intranätet och dels via denna årliga sammanhållande kvalitets och- patientsäkerhetsberättelse.

Ledningssystemets delar och resultat 2020

Ledningssystemets olika delar ska tillsammans bidra till att verksamheterna bedriver sin verksamhet med god kvalitet och patientsäkerhet.

För att stödja det systematiska kvalitetsarbetet och uppmuntra till kontinuerlig reflektion och lärande finns det i Aneby Kommun ett Årshjul med Lärande hållplatser för de olika delarna. Ansvarig chef tillsammans med medarbetare lägger fokus på ett samlat lärande och reflektion kring ett specifikt urval av kvalitetsarbetets delar varje tertial.



Verksamhetsbeskrivning, styrande lagar, mål och krav

Alla verksamheter inom Sociala avdelningen jobbar med att upprätta verksamhetsbeskrivningar enligt modellen LOKE, (Lokal Evidens). Här beskrivs syftet med varje enskild verksamhet, styrande lagar, mål och krav, tillgängliga resurser, aktuella insatser och en plan för uppföljning.

Under 2020 har flertalet av verksamheterna inte haft möjlighet att arbeta aktivt med att utveckla eller uppdatera sina verksamhetsbeskrivningar pga annan nödvändig prioritering pga pandemin med Covid 19.

Trots en pågående pandemi har flera av verksamheterna inom Social avdelningen 2020 arbetat vidare med sitt utvecklingsarbete utifrån att Barnkonventionen blivit lag. Även förberedelser har pågått för att möta framtidens vård och omsorg med inriktning på ”Nära vård”. Inriktningen på ”Nära vård” är att arbetet går från fokus på organisation, reaktivitet, fragmentisering och passiv

mottagare till att öka det proaktiva och förebyggande arbetet, det sammanhängande, det relationsskapande och ett aktiva medskapande. "Tillsammans möter vi framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård". En god och en nära vård som utgår från individuella förutsättningar och behov. Bygger på relationer av hälsofrämjande, förebyggande och är proaktiv. En god och nära vård som bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Under 2020 har medarbetare inom sociala avdelningen varit delaktiga och ingått i arbetsgrupp i samverkan för att under 2021 komma igång och strata upp en "Hälsocentral"

Arbete har också påbörjats med att möta upp målsättningarna i Agenda 2030 på både kommunövergripande nivå och på avdelningsnivå.

Under 2020 har ledningsgruppen för social avdelningen, jobbat med att utveckla verksamhetsplanen för 2021 med avdelningsspecifika strategier utifrån de olika målsättningarna. Strategierna anger en riktning för vad som är viktigt att verksamheterna jobbar med för att nå de olika målsättningarna.

Processer och rutiner

Kvalitetsarbetet tar sin utgångspunkt i verksamheternas olika huvudprocesser. Ledning och medarbetare arbetar löpande med att ta fram de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten bedrivs med god kvalitet och patientsäkerhet.

Genom att synliggöra processer, fastställa rutiner och arbeta med avvikelser kan verksamheten förflytta brister i verksamheten från ett individperspektiv till ett systemperspektiv.

De processer, rutiner och andra dokument som finns för att säkra verksamhetens kvalitet finns tillgängliga för alla medarbetare via kommunens Intranät- "Skvalpet".

I samlingen av våra beslutade dokument finns också material för processkartläggning och mallar för rutiner.

Under 2020 har Office 365 införts i alla våra verksamheter och innebär nya plattformar och strukturer för lagringen av våra olika dokument. Vidare arbete sker under 2021.

Övergripande rutiner som utvecklats inom sociala avdelningen under 2020 är mycket utifrån arbete med att minska risken av smitta under den pågående pandemin Covid -19. I det arbetet har samverkan skett med regionens Smittskydd och vårdhygien som har varit ett ovärderligt stöd i framtagandet av rutiner och riktlinjer gällande hygien, skyddsmaterial, provtagningsrutiner och hållit samman utbrottsgrupper i samband med utbrott av Covid-19. I dessa utbrottsgrupper har även vårdcentralens verksamhetschef ingått. Dessa utbrottsgrupper har varit framgångsrika till att kartlägga/smittspåra och undvika fortsatt smittspridning.

Exempel på några andra rutiner som utvecklats övergripande för social avdelningens verksamheter under 2020 är;

- Rutin för nytt avvikelssystem DF Respons
- Rutin Digital signering för delegerad uppgift Appva
- Rutiner för verksamhetssystemet Combine
- Ett otal nya rutiner för Pandemin Covid-19
- Rutin Statistikinsamling och resultatanalys avseende Öppna jämförelser och liknande statistikutvärderingar

Processer och Rutiner i Samverkan/samarbete

Att säkerställa att processer och rutiner för samverkan finns samt att de är väl kända och används i

det dagliga arbetet har hög prioritet i kvalitetsarbete. Brukare har många gånger sammansatta och komplexa behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med andra myndigheter och aktörer.

Samverkan med brukare/den enskilde och närstående

Brukare/den enskilda och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och eller patientsäkerhetsarbetet. Samverkan är viktig för att förebygga missförhållanden och vårdskador.

Brukare/den enskilde och i förekommande fall närstående/företrädare ska;

- medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- bli informerade vid utredning av missförhållanden/vårdskador
- Bli informerad om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål.
- bli informerade om när nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister.

Det finns i nuläget ingen systematisk uppföljning som visar på i vilken omfattning som ovanstående sker i verksamheten, med undantag för hantering av brukarenkäter

Samverkan för att förebygga vårdskador

Många olika processer kan identifieras där samverkan behövs för att förebygga att den enskilde drabbas av en vårdskada. Samverkan sker internt och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras bl.a. i diverse samverkansdokument, avtal och deltagande i olika lokala samt regionala nätverk.

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Deltagande i Estherforum för ledare ger tydlighet i ansvarsfrågor och samverkan inom länet.
- Deltagande i Arbetsgrupp Äldre.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård.
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Samverkan med vårdcentralen Aneby.
- Efterföljelse av regelverk för samordnad vårdplan, (SVPL) och samordnad individuell plan, (SIP).
- Avtal med Folk tandvården med riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Överenskommelser och samarbete med dosapotek, lokala apotek och regionens apotekare.
- Samverkan med regionen och andra kommuner i upphandlingsfrågor t ex länsöverskridande upphandling av inkontinenshjälpmedel, läkemedel till akutförråd och sjuk- och förbandsmaterial.
- Överenskommelse kring samverkan med Regionens enhet för Smittskydd/vårdhygien.
- Deltagande i demensteam i samverkan med högländskommunerna och regionen.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster
- Samverkan och överenskommelse med Arbetsförmedling och Försäkringskassa

Samordnad vårdplanering

Under pågående pandemi har mycket av den samordnade vårdplanering skett digitalt. Det har varit utmanade men har i de flesta fall ändå fungerat på ett bra sätt. Kommunen har under året inte haft några betaldagar mot Regionen utan har klarat av att välkomna den enskilde hem då denne varit klar för utskrivning.

Samverkan med vårdcentralen har utvecklats och täta kontakter har varit framgångsrikt vid såväl smittspårning, provtagning och samverkan i utbrottsgrupper tillsammans med Regionens Smittskydd Vårdhygien. Detta arbete har möjliggjort att ytterligare smittspridning har förhindrats.

Under 2020 har även samverkansavtalet med vårdcentralen uppdaterats.

Samverkan för att förebygga missförhållanden

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga missförhållanden i verksamheterna. Avvikelsesystemet ligger till grund för att dra lärdom av inträffade brister och finna säkrare och effektivare sätt att undvika dessa i framtiden. Avvikelser som sker tas upp på olika nivåer av samverkan t.ex. teamträffar och arbetsplatsträffar.

Samverkan mellan MAS, ledning och verksamheterna är en viktig del av det förebyggande arbetet. I denna samverkan säkerställs dels viktig informationsöverföring men även att nödvändiga rutiner och instruktioner tas fram för att undvika missförhållanden.

Utöver detta finns ett antal externa samverkansforum som delvis har till uppdrag att förebygga missförhållanden. Exempelvis Esthercoachnätverk samt Deltagande och användande av Kommunal utvecklings (FoUrum) tjänster är viktigt för förvaltningens utveckling.

Olika ”Tillsammans projekt” tex bästa möjliga hälsa och jämlikvård, samarbetsvård. avseende Psykisk hälsa är under utveckling.

Riskanalys

Systematiska riskanalyser med utgångspunkt från verksamheterna huvudprocesser ska göras årligen samt vid väsentliga förändringar i verksamheten. Syftet är att identifiera risker för avvikelser och negativa händelser utifrån brukarperspektivet.

Instruktioner och mallar som stöd för att upprätta riskanalyser finns tillgängliga via vårt intranät Skvalpet.

Under 2020 har flera riskanalyser gjorts i relation till verksamhetsanpassningar för att hantera risk för smitta av Covid 19 och även för att skapa underlag till flera olika besparingsalternativ.

Avvikelse, synpunkter, Lex Sarah och Lex Maria

När en avvikelse eller risk för missförhållande inträffar är det viktigt att åtgärda och avhjälpa det som har blivit fel så snabbt som möjligt. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell huvudprocess.

En synpunkt kan innefatta positiva alternativt negativa omdömen eller förbättringsförslag. Ansvariga enhetschefer utreder inkomna klagomål och vidtar åtgärder med målsättning att förhindra att liknande händelser inträffar igen och för att utveckla verksamheten.

Synpunktshantering är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet. Under 2020 har fem externa synpunkter inkommit och hanterats gällande verksamheten inom Sociala avdelningen och framförallt har det gällt myndighetsutövning och insatser för äldre.

Patientnämnden har återkopplat en synpunkt/klagomål.

Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är också skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för vårdskada. Verksamheten är enligt lag skyldig att rapportera de allvarligaste avvikelserna till IVO.

Dokumentationen av avvikelser som är knutna till en enskild brukare sker främst i verksamhetssystemet. Avvikelseberättelser görs i första hand av den som orsakat tillbudet och i andra hand av den som upptäckt händelsen. Från och med 2020-10-01 har Sociala avdelningen infört nytt avvikelsesystem enligt *DF Respons*. I samband med detta införande har rutin för uppföljning och utredning av avvikelser förändrats och ligger nu närmre och mer systematiskt nära verksamheten. Avvikelseberättelser sker enligt sociala avdelningens rutiner internt och i

samverkan med andra vårdgivare. Misstänkta vårdskador och missförhållanden följs upp via samtal med patient, anhöriga, chef och berörd personal. Allvarliga missförhållanden och vårdskador rapporteras enligt lex Sarah och lex Maria till IVO.

MAS ansvarar för att övergripande analysera och sammanställa inkomna avvikelser samt visa på förbättringsområden såsom patientsäkerhet. Återkoppling görs kontinuerligt till verksamhetens medarbetare, chefer och ledning och lämnas också årsvis till ansvarig nämnd i samband med patientsäkerhetsberättelsen.

En avvikelserapport ska skrivas då det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för brukare/den enskilde på grund av brister i verksamheten.

Sammanlagt under året 2020 har 559 rapporterade avvikelser registrerats, varav 403 gällde fallolyckor.

Fallutredning görs på de personer som faller tre eller flera gånger under en och samma månad. Under 2020 gjordes 7 fallutredningar på förekommen anledning.

Uppföljning av fall genom Senior Alert visar att det på Antuna varit 7 enskilda som tillsammans fallit 20 gånger så kallade ”mångfallare”. Konsekvensen blev 2 sårskador, 1 mjukdelsskador och 1 fraktur arm och 1 fraktur höft/lår. De flesta fall har inträffat mellan kl 18:00-22:00. Totalt har 209 fall inträffat på SÄBO.

| Avvikelser på område | 2 018 | 2 019 | 2020 |
|---------------------------------------|-------|-------|------|
| Avvikelser enl. HSL | 6 | 13 | 2 |
| Avvikelser enl. SOL | 29 | 24 | 20 |
| Fall | 433 | 331 | 403 |
| Läkemedel | 255 | 165 | 131 |
| Medicinteknik | 8 | 7 | 1 |
| Samverkan och inf. Överföring internt | 10 | 7 | 2 |
| Totalt | 741 | 547 | 559 |

Från och med 1 april 2019 har digital signering(Appva) införts för ordinerade läkemedel-och rehabiliteringsinsatser. Detta har inneburit en kvalitetsökning där vi i realtid ser när och om den enskilde har fått sin insats utförd. Från 2020-01-01-2020-12-31 finns totalt 171 879 signerade läkemedelsinsatser, 86 % av dessa är signerade i tid. Genomsnittlig avvikelse i tid är 35 minuter. Delegerade insatser från rehab finns 7278 insatser registrerade. 94 % av insatserna är signerade och 82 % är utförda i tid. Varje enhet kan följa sitt eget resultat och se avvikelse och variationer så väl över dag som annan vald tidsperiod.

I samverkan med vårdcentralen har under 2020 arbetet med att minska andelen dosaskar fortsatt. För de patienter som det är lämpligt övergår läkemedelsadministreringen till dosdispenserade läkemedel. Detta som ett led i att minska risken för feldelade doser. I ordinärt boende finns numera digitala medicinskåp. Detta höjer säkerheten kring läkemedel och minskar risken för svinn av läkemedel.

Avvikelser i samverkan

Totala avvikelser i samverkan med andra vårdgivare har det rapporterats 9 st. ärenden. Totalt har det inkommit 117 avvikelser i samverkan mellan slutenvården på höglandssjukhuset och Höglandets kommuner en minskning i rapporteringen från föregående år. I 74 % av dessa ärenden var kommunerna avsändare.

De flesta avvikelserna i samverkan handlar om informationsöverföring framför allt vårdplaneringsprocessen. Rutin för hanteringen av avvikelserna har tagits fram och det finns ett händelseråd där höglandskommunernas MAS:ar och Höglands-sjukhusets chefssjuksköterska deltar. Sex gånger per år träffas händelserådet för att analysera inkomna avvikelser och föreslå

förbättringsområden till verksamheterna.

Av de totalt inrapporterade avvikelserna ser fördelade i områden ut enligt:

| | 2019 | 2020 |
|------------------------|------|------|
| Vårdplaneringsprocess | 58 % | 54 % |
| Läkemedel | 20 % | 28 % |
| Vård och behandling | 13 % | 23 % |
| Informationsöverföring | 7 | 10 % |
| Bemötande | 1 % | 1 % |
| Hjälpmedel | 1 % | 1 % |

Vårdplaneringsprocessens avvikelser kan delas in i tre områden:

- Bristande kommunikation om hemgång/sen ändring av vårdtidsplanering
- Bristande information i LINK från sjukhus
- Bristande kommunikation från kommun i LINK. Fördröjd kontakt/otydligt besked med/från biståndshandläggare

Läkemedelsavvikelserna avser i de flesta fall två områden:

- Ändring i läkemedelslista är inte gjord i Dosexpedieringen/Pascal
- Läkemedel saknas vid hemgång/saknad av recept

Tillsyn av Inspektionen för vård- och omsorg

IVO granskar kontinuerligt utvalda områden och verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt verksamheter som bedrivs enligt LSS. IVO använder olika tillvägagångssätt i tillsynen, både kontrollerande och främjande.

Den som anser att det finns brister eller missförhållanden i socialtjänstens verksamheter kan anmäla detta direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO har ingen skyldighet att utreda allt som anmäls utan avgör självständigt om det finns skäl att göra tillsyn. Bedömningen sker bland annat utifrån det som enskilda personer anmäler men också utifrån andra uppgifter som IVO kan ha synpunkter på om verksamheter. Alla uppgifter som lämnas till IVO om verksamheter registreras och kan användas när IVO planerar vilka tillsyner som ska genomföras.

Under 2020 genomförde IVO en tillsyn med anledning av pågående smittspridning av Covid-19 i Sveriges samtliga kommuner och Regioner. Tillsynen fokuserade på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilt boende. IVO har i sin tillsyn intervjuat medicinska ansvariga sjuksköterska i Aneby kommun samt hälso-och sjukvårdsdirektören i Region Jönköpings län. De uppgifter som framkom vid intervjuerna föranledde inte IVO att vidta någon ytterligare granskning i vår kommun. IVO har beslutat att avsluta ärendet.

Under 2020 har en utredning enligt Lex Maria genomförts och insänd för granskning till IVO. I IVO,s beslut framgår att verksamheten har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Därmed avslutar IVO ärendet

En utredning enligt Lex Sarah genomfördes i slutet av december 2020 och skickades för vidare granskning till IVO i januari 2021. Ingen återkoppling på det ärendet ännu.

Alla verksamheter informerar årligen personalen om sin rapporteringsskyldighet.

Tillsyn av Arbetsmiljöverket

Med anledning av pågående Pandemi har Arbetsmiljöverket genomfört en tillsyn för att ta del av hur vi arbetar med vår personliga skyddsutrustning samt säkerställa att den är CE-märkt och godkänd. AMV bedömde att vi uppfyller kraven och avslutar därmed ärendet.

Rättssäkerhet i handläggning och dokumentation

Processen för myndighetsutövning är mycket central i vårt kvalitetsarbete. Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, via utredning, till beslut och genomförande av insatser inom socialförvaltningen.

Under 2018 startade ett stort arbete gällande införandet av dokumentation enligt IBIC, (Individens Behov i Centrum). Stor del av nya beslut om insatser har under 2020 genomförts enligt IBIC och följs även av en genomförandeplan enligt IBIC. Verksamheternas omfattande arbete 2020 med att förbereda och införa verksamhetssystemet Pulsen Combine är också en del i arbetet med att stärka en IBIC baserad dokumentation.

Egenkontroller och jämförelser med andra

Egenkontroll är verksamhetens egen uppföljning och kontroll utifrån lagens krav, verksamheternas mål och brukarna. Resultatet och analysen är en del av underlaget för förslag på förbättringar.

Egenkontrollerna består i stort av tre delar-Lokala uppföljningar, brukarenkäter och jämförelser med andra.

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. I egenkontroller ingår att följa upp och utvärdera verksamheten genom att analysera resultat från lokala, regionala och nationella mätningar med syfte att identifiera förbättringsområden i verksamheten.

Under 2019 genomfördes en genomlysning av Sociala avdelningens verksamheter gjorts med stöd av Rådet för Kommunala Analyser (RKA). Genomlysningen innehöll både resultat gällande kvalitet och kostnader utifrån jämförelser i Kommunens och Landstingets databas (Kolada). Utifrån den genomförda analysen har äldreomsorgen och hemsjukvården med stöd av Helene Ersson som extern utvecklingsledare påbörjat ett förändringsarbete. Förändringsarbetet syftar till att utveckla arbetssätt som fortsatt kan leverera tjänster av god kvalitet och i en god arbetsmiljö men inom mindre ekonomiska ramar, då genomlysningen av kvalitet och kostnader visar på att äldreomsorgen i Aneby kommun har mycket goda kvalitéer men också högre kostnader i jämförelser med andra liknanden kommuner. Under 2020 har det uppstartade förändringsarbetet trots en pågående pandemi kunnat fortgå till vissa delar men också behövt anpassas utifrån det rådande läget med risk för smitta.

Under 2020 har brukarundersökningar genomförts inom både äldreomsorgen, funktionshinderomsorgen och individ- och familjeomsorgen. Resultaten har analyserats och redovisats och blivit ett underlag för vidare verksamhetsutveckling 2021.

Flera av enhetsundersökningarna blev inte utförda under 2020 pga pandemin men arbetet med kvalitetsregistreringar har fortgått i allra bästa mån under 2020 och ligger till grund för vidare verksamhetsutveckling 2021.

Under 2020 har sociala avdelningen också genomfört internkontroller på övergripande nivå enligt antagen plan. Den ena kontrollen har inneburit att regelbundna loggningar gjorts i verksamhetssystemet och den andra en kontroll av att alla nyanställda har fått information och skrivit på rapporteringsskyldigheten och följsamheten sekretesslagstiftningen. Inga anmärkningar har funnits på de loggningar som utförts 2020 och till 90% är information och påskrifter gällande sekretess och rapporteringsskyldighet helt korrekta.

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att den enskilde skyddas från risk att drabbas av vårdskada, dvs en skada som orsakas av hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas om adekvat åtgärd hade genomförts. Definition av vårdskada anges i 1 kapitlet 5 § patientsäkerhetslagen (2010:65) PSL.

Under 2020 har vi på vårt SÄBO kommit igång med att varje månad mäta VRI (Vård Relaterade Infektioner). Resultatet visar i en jämförelse med 11 andra kommuner inom länet att; Vi har färre riskfaktorer, lägre andel trycksår, låg andel vårdtagare med urinkateter, färre infektioner registrerade och en låg andel icke kateterbärare med urinvägsinfektion som behandlas med antibiotika. Under 2020 har vi för första gången på vårt Särskilda boende även rapporterat in till den nationella HALT mätningen. Mätningen genomförs en valfri dag under vecka 46–47 (9–22 november) Det som mäts är vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och antibiotikaanvändning hos vårdtagare. Mätning görs i Senior Alert.

Pandemin har ytterligare belyst vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete för att begränsa smittspridning det visar inte minst mätningar och följsamhet till Basal Hygienrutiner och klädregel (BHK) här sker ständiga förbättringar vad beträffar följsamheten. Under våren genomfördes 119 mätningar och under hösten var verksamheten med i SKR PPM (punktprevalens mätning) med 186 mätningar. Korrekt följsamhet i fyra steg ligger på 83 %. Korrekt följsamhet i samtliga åtta steg 80% och korrekt följsamhet till klädregeln 92%. Det finnes hygienombud utsedda inom alla verksamheter och två hygienombudsträffar är genomförda tillsammans med enhetschefer SÄBO och MAS.

Med anledning av Pandemin har riktade utbildningsinsatser avseende BHK och genomgång av rutiner och riktlinjer avseende skyddsutrustning genomförts

Verksamhetsnära uppföljningar av trycksår, undernäring och ohälsa i munnen följs upp via kvalitetsregistret Senior Alert. Riskbedömningar ska göras minst två gånger per år på de brukare som är registrerade. Målet är att samtliga över 65 år på särskilt boende ska registreras samt de som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende.

Vården i livets slut följs upp via Palliativregistret. Samtliga som avlider inom den kommunala hälso- och sjukvården ska registreras. Strategigrupp äldre gav 2018 den länsövergripande Samverkansgruppen i Palliativvård uppdrag att ta fram en handlingsplan för den palliativa vården i länet. Målet med handlingsplanen är att ge vägledning i vilka insatser som bör prioriteras de närmaste åren för en god och jämlik palliativvård i länet. Handlingsplanen som tagits fram gäller för år 2019–2021. En genomlysning av den palliativa vården i Jönköpings län har initierats och leds av Maj Rom via SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Rapporten kommer att presenteras under 2021.

Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) används som en kvalitetssäkring i demensvården. Under pandemin våren 2020 så blev det en nedgång i antal registreringar men under hösten så har registreringar kunnat göras ungefär som vanligt igen. BPSD-administratörerna, personalen och samordnaren på Antuna gör ett stort arbete kring BPSD-skattningar och för att demensvården ska bli personcentrerad.

Under året har demenssjuksköterskan tillsammans med medicinsk ansvarig sjuksköterska, jobbat vidare med ”Riktlinjer för hur vården av personer med demenssjukdom ska bedrivas i Aneby kommun, 2019–2025”. En handlingsplan är utformad och ska nu implementeras.

I riktlinjerna togs beslut om att antalet platser för personer med demenssjukdom ska anpassas efter behov. Under 2020 har tre avdelningar varit demensavdelningar och på två avdelningar har det funnits några personer med demenssjukdom. Om behovet finns under 2021 så är inriktningen att fler avdelningar kan bli demensavdelningar.

Under året hade inte demenssjuksköterskan någon anhörigutbildning som är för anhöriga till personer med demenssjukdom. Utbildningen ställdes in i november och tanken är att utbildningen ska kunna erbjudas under våren 2021. Till en följd av detta har anhöriga erbjudits mer samtalsstöd och regelbunden kontakt.

I januari 2020 gjordes ett omtag med anhängstødet i kommunen. Anhørigstødet består nu av fyra personer med olika inriktning; äldreområdet, psykiatriområdet och funktionshinderomsorgen. Målet med anhängstødet är att anhängiga ska känna att de blir hörda och sedda i den situation de är och att anhängstødet är av god kvalitet. En arbetsbeskrivning /handlingsplan är skriven. Kontakter med anhängstødsnätverk finns och samarbete med andra professioner är startad.

Grupp för anhängstød startades men fick avbrytas p.g.a. pandemin. Anhøriga har fått stød genom samtal och information och också genom ökade insatser av kommunen. Temakvällar planerades men fick ställas in vid två tillfällen.

Brukare på särskilda boenden får årligen erbjudande om munhølsobedömning och resultatet sammanställs och ger utrymme för analys.

Vårdprevention hos äldre syftar till att förebygga ohølsa. Liksom många andra kommuner i Sverige använder Aneby Senior Alert som verktyg för att systematisera arbetet.

Under 2020 har 65 unika personer registrerats i Senior Alert. Riskbedömningar för patienter inskrivna i hemsjukvård ska vara genomförda inom de senaste 6 månaderna. Det nationella målvärdet är 90 % på särskilt boende och Aneby når upp till 91 %, att vilket är samma föregående år.

Trycksårsprevention

| Resultat ur Senior Alert | 2 018 | 2 019 | 2020 |
|--------------------------------|-------|-------|------|
| Riskbedömningar med risk | 86 % | 91 % | 93 % |
| Bakomliggande orsaker vid risk | 86 % | 89 % | 75 % |
| Åtgärdsplan vid risk | 93 % | 92 % | 62 % |
| Utförda åtgärder vid risk | 75 % | 89 % | 91 % |
| Unika personer | 86 | 62 | 65 |

Då 93 % av de som riskbedömts visar på risk för ohølsa är ett tecken på att de som finns i verksamheten är väldigt sköra. Tyvärr så har andelen åtgärdsplaner vid konstaterad risk minskat under 2020

| Resultat ur Senior Alert | 2 018 | 2 019 | 2020 |
|--------------------------|-------|-------|------|
| Personer med trycksår | 10 | 12 | 7 |
| Antal trycksår | 17 | 17 | 9 |
| Trycksår kategori 1 | 11 | 11 | 5 |
| Trycksår kategori 2 | 5 | 5 | 4 |
| Trycksår kategori 3 | 0 | 0 | 0 |
| Trycksår kategori 4 | 1 | 1 | 0 |

Kategori 1. Rodnad (bleknar ej vid tryck). Kategori 2. Delhudsskada (avskavd hud eller blåsa). Kategori 3. Fullhudsskada (utan sårkaviteter). Kategori 4. Fullhudsskada (med sårkaviteter).

| Resultat ur Senior Alert | 2 018 | 2 019 | 2020 |
|--------------------------------------|-------|-------|------|
| Antal riskbedömningar av munhølsa | 131 | 94 | 84 |
| Antal riskbedömningar med ROAG | 131 | 91 | 82 |
| Antal personer med risk för munhølsa | 46 | 35 | 34 |

Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett riskbedömningsinstrument för munhølsa.

Många äldre och funktionshindrade har ohølsa i munnen och det är viktigt att fortsätta

medvetandegöra vård- och omsorgspersonalen om deras betydelse för en god munhälsa.

| Resultat ur Senior Alert | 2 018 | 2 019 | 2020 |
|--------------------------|-------|-------|------|
| Antal med BMI <22 | 25 | 14 | 20 |

Body Mass Index (BMI) bygger på en matematisk formel som visar sammanhanget mellan en persons vikt och längd.

Det är väl känt att många brukare inom äldreomsorgen har risk för undernäring eller är undernärda.

Trevlig matsituation, energirika mellanmål och inte för lång nattfasta är några områden som alltid är betydelsefullt att fokusera på

Resultat ur Palliativregistret

| Kvalitetsindikatorer (måluppfyllelse i %) | Målvärde (nationellt) | 2 018 | 2 019 | 2020 |
|---|-----------------------|-------|-------|------|
| Eftersamtal erbjudet | 100 | 92,6 | 83,9 | 90 |
| Dokumenterat brytpunktsamtal | 98 | 80 | 71 | 80,6 |
| Munhälsa bedömd i sista levnadsveckan | 90 | 80 | 80,6 | 44,4 |
| Avliden utan trycksår | 90 | 92 | 83,9 | 91,7 |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 90 | 76 | 87 | 94,4 |
| Utförd validerad smärtskattning sista levnadsveckan | 100 | 64 | 51,6 | 41,7 |
| Lindrad från smärta vid smärtgenombrott | 98 | 100 | 93,5 | 100 |
| Lindrad från ångest | 98 | 92,0 | 93,5 | 100 |
| Antal vårdtillfällen i urvalet | | 25 | 31 | 36 |

Personal och kompetens

En väl fungerande personal- och kompetensförsörjning är en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. För att utföra uppgifter inom vård- och omsorgsverksamheten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Många brukare/enskilda befinner sig ofta i utsatta och komplicerade livssituationer som kräver kvalificerad hjälp. Medarbetarnas kompetens och professionalitet är därför viktig i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten.

Stort arbete har under 2020 genomförts gällande rekrytering och bemanning och behovet av vikarier har varit stort under 2020 pga Covid.

Under 2020 har ledningsgruppen med samtliga chefer jobbat vidare med en allt större gemensam prioritering gällande utbildningsinsatser och behovet av kompetensutvecklingsplaner har initierats. Under vt2020 kunde vissa planerade utbildningsinsatser genomföras med anpassningar utifrån läget med risk för smitta av Covid 19. Under ht2020 har många utbildningsinsatser ställts in eller flyttats fram och det innebär en viss förskjutning av behov och satsningar framåt.

Kompetenslyft till äldreomsorgen

- Kommunal och SKR:s överenskommelse ska tillsammans med regeringens satsning både underlätta den akuta bemanningssituationen och den långsiktiga kompetensförsörjningen.
- Satsningen ska öka andelen heltids- och tillsvidareanställningar.
- Satsningen ska bidra till en större trygghet och bättre villkor för medarbetarna samt förbättra arbetsmiljön för befintlig personal genom en tryggare bemanning.

- Se kompetenslyftet som en del i det strategiska arbetet med kompetensförsörjning. Ett strategiskt arbete med kompetensförsörjning bidrar till verksamhetens utveckling, medarbetarnas yrkesutveckling och gör jobben mer attraktiva.
- Samverka/ha dialog mellan berörda förvaltningar (verksamhet/socialförvaltning, utbildningsförvaltning/AME och HR) för att identifiera vilka som ska gå utbildningen och hitta snabba och flexibla vägar till att anställa och matcha med utbildningsplatser.
- Utbildningen ska ske i enlighet med de nationella yrkespaketen till vårdbiträde respektive undersköterska oavsett om utbildningen sker via komvux eller folkhögskolan.
- Använd/ta stöd av Vård- och omsorgscolleges regionala och lokala struktur i dialogen. Använd VO-colleges valideringsmodell vid validering.
- Satsningen ska bidra till en stärkt kvalitet i verksamheten.

Verksamhetsuppföljning och Verksamhetsplan

Resultaten som nu presenterats är en del av Sociala avdelningens verksamhetsuppföljning och ett underlag för verksamhetsplanerna för vidare verksamhetsutveckling 2021.

Under hösten 2020 genomförde chefer och medarbetare stora delar av verksamhetsuppföljning och grund för verksamhetsplanering men på ett anpassat sätt utifrån pågående pandemi.

Innehållet i det systematiska kvalitetsarbetet används löpande för att utveckla och förbättra innehållet och kvalitén i verksamheterna.

Under 2020 har ett arbete påbörjats gällande vissa justeringar av verksamheternas månadsuppföljningar för att löpande följa den verksamhetsnära utvecklingen av kvalitén på insatser, arbetsmiljön för medarbetarna och den kostnadsmissiga utveckling.

Förslag på vidare utvecklingsarbeten 2021

I de resultat som presenterats finns mycket positivt som visar på god kvalitet i Sociala avdelningens verksamheter. Utifrån insamlade resultat kan ändå vissa brister påvisas som kräver förbättringar och fortsatt utvecklingsarbete.

Omställning till "Nära Vård" handlar mycket om att visa riktning, tillit och samskapa. Viktigt att identifiera det "organisatoriska mellanrummet" så att vi tillsammans tar fram strategier för att möta framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård-hur vi i samverkan förflyttar oss mot målbild god och nära vård.

Omställningen konkretiseras inom följande fyra strategiska områden;

1. Riktat stöd till att främja hälsa och förebygga ohälsa
 2. Samverkan och kontinuitet för invånare med komplexa behov
 3. Förändrade arbetssätt
 4. Stärkta förutsättningar
- Vidare kartläggning och dokumentation av processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet

- Vikten av omvärldsbevakning och fortsatt deltagande i nätverk och samverkansform
- Vidareutveckla dokumentation enligt IBIC, ICF, KVÅ och bytet av verksamhetsystem från Procapita till Pulsen Combine.
- Arkivering av journalhandlingar
- Följa och utveckla nya avvikelssystemet, DF Respons
- Vidare analysarbete och utvecklingsarbeten utifrån egenkontroller, internkontroll och öppna jämförelser
- Kvalitetskontroll Läkemedelsgenomgångar i samverkan med vårdcentralen
- Vidare uppföljning och analys av följsamheten till hygienrutiner
- Infektionsregistreringar
- Högre brukarmedverkan gällande ständiga förbättringar och innovativ utveckling- Tjänstedesign
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling och kompetensförsörjning
- Vårdplanering i hemmet i allt större omfattning med digital teknik
- Inkontinensförebyggande arbete
- Demensriktlinjerna
- Utarbeta delprogram under risk och säkerhet för suicidprevention.
- Fortsatt god samordning gällande planering och uppföljning av en god kvalitet, gott medarbetarskap och ekonomiska ramar