



ÅNEBY
KOMMUN

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

Sociala avdelningen
2024

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
God kvalitet- och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet	4
Lagkrav	4
Verksamhetens egna krav	5
Attraktiv kommun	5
God ekonomi	5
Medskapande arbetsplats	5
Värdeskapande processer	5
Hållbart samhälle.....	5
Brukaren, den enskildes krav/förväntningar	5
Kommunens kvalitetsarbete.....	6
Sociala avdelningens ledningssystem.....	6
Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop	6
Sociala avdelningens organisation.....	7
Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet	7
Dokumentation av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	8
Ledningssystemets delar och resultat	8
Verksamhetens grunduppdrag utifrån styrande lagar, mål och krav	9
Processer och rutiner.....	10
Vård och omsorg- Sociala avdelningen Aneby.....	10
Processer och rutiner i samverkan/samarbete.....	11
Riskanalyser.....	13
Avvikelse.....	13
Egenkontroller och jämförelser med andra	16
Personal och kompetens.....	22
Verksamhetsuppföljning och verksamhetsplan	23
Förslag på vidare utvecklingsarbeten	23

Sammanfattning

Varje år upprättas en kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse för att övergripande summera hur avdelningen bedrivit en kvalitativ och patientsäker vård och omsorg. Berättelsen följer strukturen för Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 och innehållet från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Syftet med en årlig rapport är att lyfta fram styrkor och utmaningar för att kunna planera vidare åtgärder för att verksamheterna ska bedriva en god vård och omsorg enligt lagar, mål och riktlinjer.

Under 2024 har flera förberedelser genomförts för den nya socialtjänstlagen som syftar till att göra socialtjänsten mer förebyggande, tillgänglig och kunskapsbaserad. Fokus på åtgärder för ett allt mer proaktivt och förebyggande arbete ligger också i linje med vidare utveckling av nära vård. Vidare utveckling kräver också mer åtgärder kring sammanhängande, relationsskapande och aktivt medskapande för att möta dagens och morgondagens allt mer komplexa behov och utmaningar.

Under slutet av 2024 infördes en ny modul i vårt avvikelssystem DF Respons som ger oss bättre möjligheter till löpande uppföljning och analys av resultat. Avvikelse och egenkontroller för 2024 visar att vi har förbättrade resultat när det gäller bland annat samverkan kring utlagd läkarmottagning på SÄBO, arbete med genomförandeplaner och följsamhet till klädreglerna gällande hygienriktlinjerna. Vi har brister i framför allt förebyggande arbete med riskbedömningar, preventivt arbete med stöd av senior alert, munhålsbedömningar vid palliativ vård och preventivt arbete inom demensvården. I bakomliggande orsaker till avvikelser och brister i egenkontroller finns bland annat hög arbetsbelastning, brister i kunskap, brister i samverkan/teamarbete och följsamhet till rutiner och arbetsinstruktioner.

Behovet är fortsatt stort av att också stärka samarbete, framför allt på SÄBO, för en kvalitativ och patientsäker vård och omsorg ska kunna ges. Bemanning, planering och arbetssätt behöver fortsatt ses över på enheter, mellan enheter och mellan professioner. Risker finns för vårdskada när personalen inte har tillräcklig kunskap om patienter och dessutom upplever stress. Även löpande systematiskt arbete behöver ske kring rutiner och arbetsinstruktioner som finns och som ska följas.

Ett fortsatt arbete med god introduktion och vidare utbildning gällande framför allt omvårdnad, social dokumentation, bemötande, demens, förflyttning och munhälsa behövs för att kunna leda och genomföra en vidare god och säker vård och omsorg.

Under året har det varit en utmaning att få till möjligheter till utbildningar på grund av framför allt omställningen till elva timmars dygnsvila och krav på ekonomisk återhållsamhet. Som en väg att möta dessa utmaningar har ett utvecklingsarbete påbörjats i att vissa fysiska utbildningar ersätts med digitala utbildningsformer i vår nya lärplattform Learnifier.

Förutom digitala utbildningar så utvecklas även allt fler nya och digitala arbetssätt. Samtidigt som den digitala tekniken utvecklas och förstärks krävs också ett ständigt pågående arbete med kontinuitets planering för att säkra att vi också kan bedriva god och säker vård och omsorg även i tid av kris.

God kvalitet- och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet

Kravet på god kvalitet- och patientsäkerhet framgår av lagar och föreskrifter som styr Sociala avdelningens verksamheter. I SOSFS 2011:9 definieras kvalitetsbegreppet som, i vilken grad uppsatta krav och mål uppfylls.

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

De som kommer i kontakt med verksamheterna inom Sociala avdelningen bedömer också 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 lagarnas olika krav är en del av god kvalitet och handlar om patientsäkerhet och rättssäkerhet för den enskilde.

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

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: strukturiinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser.

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 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 vården 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 vården.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. I lagen finns bland annat bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder samt Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn. 3 kap. 2 § tydliggör skyldigheten för vårdgivare att vidta åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. I 3 kap. 10 § står att vårdgivaren senast 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetslagen föreskriver att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen. För

att leva upp till kravet ska en tydlig handlingsplan för patientsäkerhet finnas.



Verksamhetens egna krav

Utöver styrande lagar och krav ställs också krav på kvalitet utifrån verksamhetens styrning och ledning med mål och strategier från politik och avdelning i Aneby kommun.

Bättre tydligt i mål för hälso- och sjukvården och patientsäkerhet behövs i avdelningens mål.

Attraktiv kommun

Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska utifrån sitt grunduppdrag ge insatser och tjänster som skapar trivsel, engagemang, delaktighet och trygghet

God ekonomi

Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska bedriva en kostnadseffektiv verksamhet

Medskapande arbetsplats

Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska vara en attraktiv och en hälsofrämjande arbetsplats

Värdeskapande processer

Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska, tillsammans med andra arbeta systematiskt med utvecklingen av insatser och verksamhet

Hållbart samhälle

Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska bidra till en hög livskvalitet och en hållbar livsmiljö i samhället

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.

Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) kap.3 4 § ska vårdgivaren ge patienten och dennes

närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Kommunens kvalitetsarbete

Sociala avdelningens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhetsarbete 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

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

Centrala utgångspunkter för att leda och styra är:

- Kvalitet skapas i mötet mellan medarbetaren och brukaren.
- Duktiga medarbetare ger bättre kvalitet- och patientsäkerhet.
- Vi är en lärande organisation – skapar och använder kunskap från det dagliga arbetet.
- Verksamhetsutveckling och förbättringar sker i verksamheterna så nära brukarna som möjligt.
- Kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ska ske uthålligt och systematiskt vilket förutsätter analys, planering och dokumentation.
- Ledning- och styrning kännetecknas av fokus på det bästa för Esther utifrån lagar, krav och mål.

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 och patientsäkerhet eller finns det brister? Ska 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. Utifrån målstyrningen ska avdelningen upprätta en verksamhetsplan och uppföljningen görs i samband med ekonomistyrningens delårs- och helårsbokslut.

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

Sociala avdelningens organisation

Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhetsarbete gäller för alla sociala avdelningens verksamheter i Aneby Kommun.

Sociala avdelningen är en tydlig tjänsteproducerande kunskapsorganisation. Kunskapen ska finnas hos verksamheternas chefer och medarbetare. Att utveckla kvalitet- och patientsäkerhet inom verksamheterna förutsätter därför lärande. Både organisationen och de enskilda cheferna och medarbetarna måste lära sig av det dagliga arbete och använda nya kunskaper som inhämtas vid utbildningar och kurser. Att vara en tydlig och medveten lärande organisation är därför grundläggande i ledningssystemet.

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/patientens behov är i fokus och den enskildes egna erfarenheter tas tillvara
- Tillfällen för reflektion är avgörande för ett ständigt lärande och utveckling

Ansvar för kvalitet- och 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 (2017:30).

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). MAS ansvarar för samverkan med ex. region och vårdcentral.

Enhetschef för hälso- och sjukvården

Enhetschef för hälso- och sjukvården ansvarar för att tillgodose hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet. 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 riktlinjer är väl kända och att rutiner och

arbetsinstruktioner följs i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. Utreder och åtgärdar avvikelser som inkommer från verksamheten.

Kvalitetsutvecklare och andra stödfunktioner

Stödja chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet och omvärldsbevakning utifrån kraven inom SoL och LSS. 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. Utreder avvikelser som kan leda till Lex Sarah.

Förvaltningssekreteraren ansvarar för att revidera socialförvaltningens delegationsordning och diarieför inkomna och upprättade 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 kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet

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

Under 2023 påbörjades ett arbete med en ny modul i Stratsys för att stödja avdelningens systematiska arbete med uppföljning och utveckling. Utveckling av användandet av Stratsys nya modul har delvis fortsatt under 2024 men begränsats av annan nödvändig prioritering. Systemstödet skulle oss möjligheten att mer enhetligt samla dokumentationen över uppföljningar och utveckling över tid, och ger oss mer tid för utvärdering, analys och utveckling av verksamhetens resultat.

Ledningssystemets delar och resultat

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



För att stödja det systematiska kvalitetsarbetet och uppmuntra till kontinuerlig reflektion och lärande har sociala avdelningen också ett årshjul med Lärande hållplatser. Ansvarig chef tillsammans med medarbetare kan vid varje hållplats lägga fokus på ett samlat lärande och analys/reflektion kring ett specifikt urval av kvalitetsarbetets delar.

Verksamhetens grunduppdrag utifrån styrande lagar, mål och krav

Inom Sociala avdelningen finns modellen LOKE, (Lokal Evidens) som stöd för enheterna att upprätta verksamhetsbeskrivningar på sitt grunduppdrag. Här beskrivs syftet med varje enskild verksamhet, styrande lagar, mål och krav, tillgängliga resurser, aktuella insatser och en plan för uppföljning. Under 2024 har verksamheterna i varierande grad klarat av att uppdatera sina verksamhetsbeskrivningar med anledning av, andra nödvändiga prioriteringar,

Under 2024 har ledningsgruppen för sociala avdelningen, jobbat vidare med att utveckla verksamhetsplaner med avdelningsspecifika strategier utifrån de övergripande målsättningarna i den nya strategiska planen. Strategierna anger en riktning för vad som är viktigt att verksamheterna jobbar med för att nå de övergripande målen och kraven. Varje verksamhet jobbar sedan med att i sina verksamhetsplaner ta fram förbättringsaktiviteter som ska prioriteras för året.

Under 2024 har olika insatser genomförts 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 och bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit. Under 2024 har arbete skett i samverkan med vårdcentralen om utlagd läkarmottagning på särskilt boende.

Den nya socialtjänstlagen, som planeras träda i kraft i juli 2025, syftar till att göra socialtjänsten mer förebyggande, tillgänglig och kunskapsbaserad. Detta omställningsarbete förväntas ta flera år för kommunen och kräver att samtliga kommunens avdelningar är involverade i arbetet. Sociala avdelningen har under 2024 förberett sig inför denna omställning på olika sätt. Inledningsvis anordnades en en halvdags föreläsning om förändringarna i den nya socialtjänstlagen. Till detta tillfälle bjöds samtliga avdelningar in för att delta. Därefter fortsatte arbetet med att skapa ytterligare kunskap om innebörden av hur den nya lagen kommer att påverka kommunen och som stöd i arbetet har kartläggning och analys gjorts utifrån nuvarande läge och behov framåt. Deltagande har skett i forum för länsdialog tillsammans med Kommunal utveckling och länets samtliga kommuner. Arbete pågår utifrån den checklista som SKR tagit fram och arbete sker vad gäller kartläggning av nuvarande insatser. Underlag ska vidare till SU och sedan till KS för beslut både vad gäller ej biståndsbedömda insatser och krav på dokumentation. Därtill sker arbete tillsammans med Stödförvaltning Combine vad gäller frågor om förändring i process och

beslutsmallar och hur dokumentation av orosanmälningar rörande barn ska ske. Delegationsordningen behöver även den revideras innan beslut av KS.

Lagen "Ett fönster av möjligheter" trädde i kraft 1 april 2024 och har till syfte att stärka rättigheterna för barn och vuxna som bor i skyddat boende. Lagen innebär att skyddat boende ska regleras i socialtjänstlagen som en boendeinsats och betonar att barn som följer med en vårdnadshavare till ett skyddat boende ska bedömas och beviljas insatsen individuellt. Detta kräver ett tätare samarbete mellan handläggare inom vuxen och barn än tidigare, då barnet följde med vårdnadshavaren vid en placering. Handläggarna får i och med denna lag ett större ansvar för att säkerställa att både vuxna och barn som bor i skyddat boende får det stöd de behöver, samt att de boenden som erbjuds uppfyller de nya kraven.

Processer och rutiner

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

De processer, rutiner och andra dokument som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet finns tillgängliga att söka fram för alla medarbetare via kommunens Intranät- "Skvalpet". Sedan 2023 har ett omtag påbörjats gällande beslutade dokument då fler olika processer och rutiner behöver ses över i relation till bland annat allt större fokus på säkerhet och kontinuitetsplanering.

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

Vård och omsorg- Sociala avdelningen Aneby

Delprocesser	Beskrivning
Initiera	Aktivitet som startar den individanpassade processen genom att en vård- och omsorgstagare kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.
Utreda	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal startar och genomför en utredning.
Avgöra-besluta	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal avgör/beslutar vilka åtgärder eller insatser som är lämpliga att genomföra för att förändra individens tillstånd och uppnå ett måltillstånd.
Genomföra	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal planerar och genomför åtgärder/insatser för att lagar, krav och mål ska kunna uppnås utifrån kvalitet och patientsäkerhet.
Följa upp	Aktiviteter som gäller uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhet utifrån de processer och rutiner som fastställts för att lagar, krav och mål ska kunna uppnås.

Uppdatering av riktlinjer och rutiner som utvecklats övergripande för sociala avdelningens verksamheter under 2024 är bl.a

- Rapporteringsskyldighet gällande avvikelshantering och missförhållande
- Delegering
- Digital tillsyn
- Måltidsbeställningar
- Förflyttningsutbildning
- Trygg hemma

- Kontinuitetsplanering
- Styrande ledningsdokument
- Ledningsmöten
- Skyddade personuppgifter
- Vårdsutövare
- Vårdsutövare

Processer och rutiner i samverkan/samarbete

Att säkerställa processer och rutiner för samverkan finns, samt att de är väl kända och använda i det dagliga arbetet har hög prioritet i kvalitetsarbetet. Patienter/brukare har många gånger komplexa behov som kräver samverkan både internt och externt.

Samverkan med brukare/den enskilde och närstående

Brukare/patient och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan är viktig för att förebygga risk för missförhållanden och eller risk för vårdskador.

Brukare/patient och i förekommande fall närstående/företrädare ska vara med i att upprätta genomförande planer och vårdplaner utifrån individens behov:

- medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- informeras vid utredning av missförhållanden/vårdskador
- informeras om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- informera 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 verksamheterna, mer än utifrån frågeställningar kring delaktighet i våra olika brukarundersökningar.

Samverkan mellan verksamheter

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

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Samverkan i "Händelseråd" MAS-ar högländet och chefsjuksköterska Högländs sjukhuset, analys av avvikelser i samverkan, samt ett forum för samverkan med olika verksamheter inom regionen. Bjuder in olika verksamheter till händelserådet högländet.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Samverkan med Aneby vårdcentral.
- Veckostyrningsmöte via teams med högländets medicinska ansvariga. sjuksköterskor, vårdcentraler, chefsjuksköterska högländssjukhuset smittskydd och vårdhygien i regionen en gång i veckan, en uppdatering hur det ser ut på sjukhuset samt läget i ute i högländskommunerna. Utskrivningsprocessen i Cosmic Link.
- Efterföljelse av regelverk för samordnad vårdplan, (SVPL) och samordnad individuell plan, (SIP).

- Avtal med Folktandvården 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.
- Samverkan med Regionens enhet för Smittskydd/vårdhygien.
- Deltagande i demensteam i samverkan med högländskommunerna och regionen.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklingstjänster
- Samverkan och överenskommelse med Arbetsförmedling och Försäkringskassa
- Öppenvård och Familjecentralen
- Boendestöd och hemtjänst
- SSPF- skola, socialtjänst, polis och fritid

Samordnad vårdplanering

En revidering av utskrivningsprocessen(SVPL) har skett i samverkan med regionen och kommunerna i länet. Den gäller från 2024 - Samordnad process vid utskrivning hälso-sjukvård.

Kommunen har under året inte haft några betaldagar mot Regionen men har vid några tillfällen inte klarat av att ta hem patienten inom 24 timmar.

Uppföljning och revidering av avtalet för Aneby kommun och vårdcentralen har skett under 2024.

Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga risk för 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 till exempel teamträffar och arbetsplatsträffar.

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

Utöver detta finns ett antal externa samverkans forum som delvis har till uppdrag att förebygga missförhållanden.

Uppsökande tandvård i Aneby kommun

Brukare på särskilda boenden samt inom funktionshinder omsorgen, får årligen erbjudande om munhälsobedömning och resultatet sammanställs.

85 patienter har varit berättigade till en munhälsobedömning inom Aneby kommun, patienter som är uppsökta 74 (87%) och patienter som tackat nej är 10. Av de utförda munhälsobedömningarna har 57 % god munhälsa.

Infektioner förvärvade på särskilt boende.

Aneby kommun deltog i nationell HALT-mätning under 2024, mätningen görs under en bestämd dag. Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. 59 patienter registrerades i mätningen. 3 % hade en infektion bekräftad förvärvad på säbo. Riskfaktorer för infektion ligger högre än riket när det gäller trycksår och andra sår. Vårdtyngdsindikator desorienterad, inkontinent och sängliggande/rullstolsburen ligger högre än riket.

Risikanalyser

Systematiska riskanalyser med utgångspunkt från verksamheternas arbetsprocesser, rutiner och arbetsinstruktioner 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.

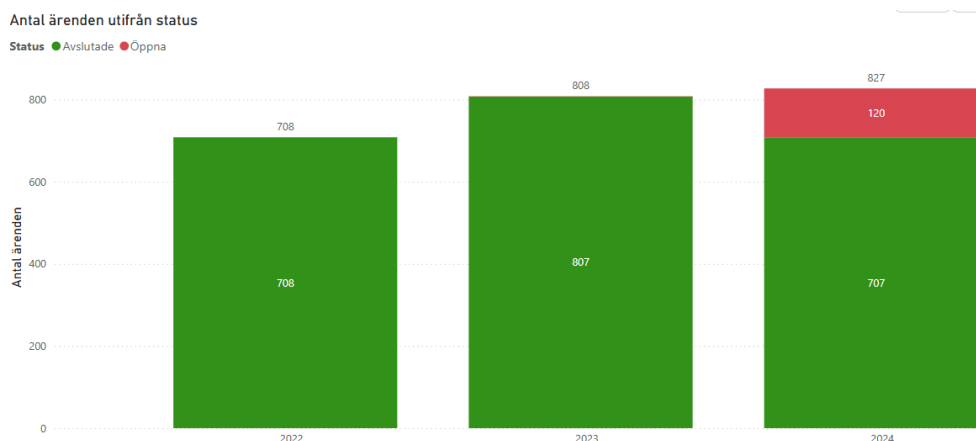
Under 2024 har vissa riskanalyser gjorts vid förändrade arbetssätt i verksamheterna, för att skapa en fortsatt god och hållbar insatskvalitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. Riskanalyserna dokumenteras och sparas i nuläget ute i verksamheterna av varje ansvarig chef och det innebär svårigheter att bedöma detta arbete på en övergripande nivå. Med den nya modulen i Stratsys har vi möjligheter att dokumentera och samla genomförda riskanalyser och eventuella åtgärder, i systemet från och med 2025 om beslut fattas om vidare implementering.

Avvikelser

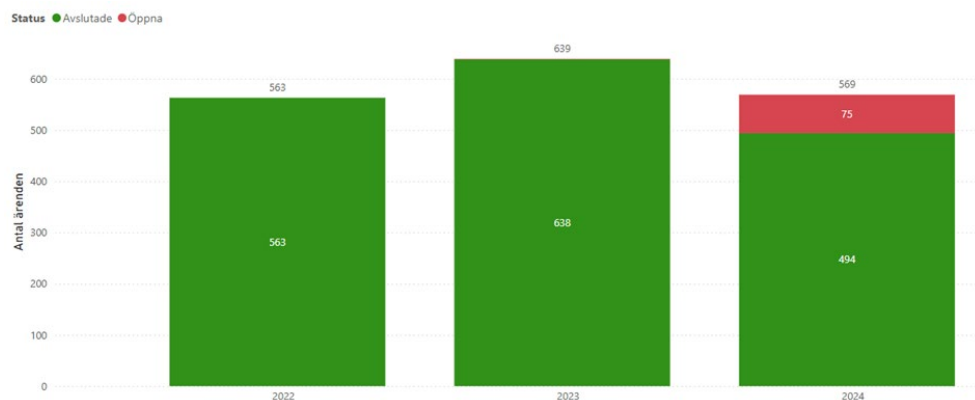
Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser och missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är också skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat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

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. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell huvudprocess. Alla verksamheter informerar årligen personalen om sin rapporteringsskyldighet och alla nyanställda får skriftlig information i samband med sin anställning.

Under 2024 har totalt 827 st avvikelser rapporterats enligt HSL, SoL och LSS.



Under 2024 har 569 st HSL-avvikelser rapporterats. Avvikelserna gäller främst fall, läkemedelshantering, brister i utförd vårdåtgärd, brist i/utebliven rehabilitering, händelse med hjälpmedel.



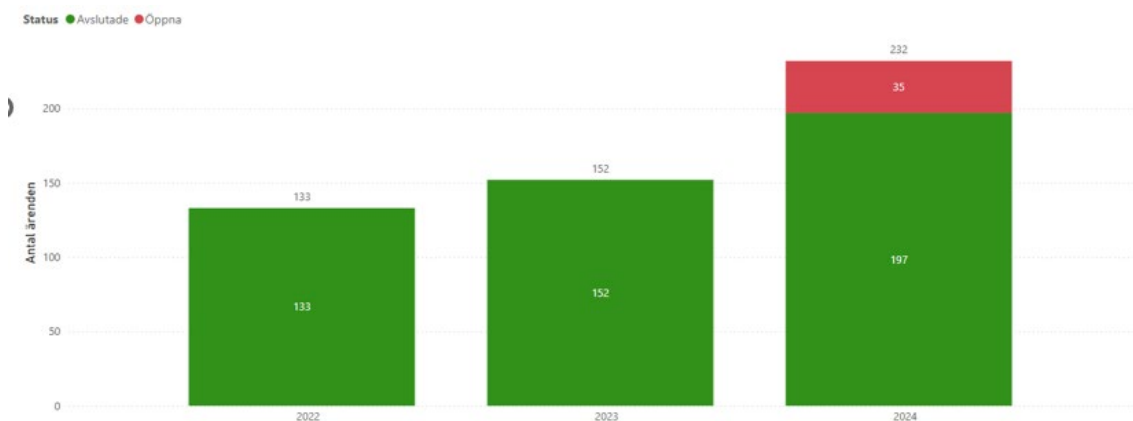
Bakomliggande orsaker till fall är hög arbetsbelastning, otillräckliga kunskaper, och övrigt. Åtgärder för att förhindra fall är samtal med personal enskilt och i grupp samt extra tillsyn.

Bakomliggande orsaker till utebliven vårdåtgärd är hög arbetsbelastning, kommunikation och information, otillräckliga kunskaper, rutin finns men följs ej. Åtgärder som vidtagits är samtal enskilt och i grupp, förtydligande i befintlig rutin, ändring i bemanning.

Bakomliggande orsaker till läkemedelsavvikelser är rutin finns men följs ej, hög arbetsbelastning, otillräckliga kunskaper. Vidtagna åtgärder är samtal med personal enskilt och i grupp, förtydligat i befintlig rutin, kontakt med ssk i det akuta skeendet.

När det gäller hjälpmedel är de bakomliggande orsakerna hög arbetsbelastning, otillräckliga kunskaper, rutin finns men följs ej. Vidtagna åtgärder är samtal med personal enskilt och i grupp, annan åtgärd.

Under 2024 har en ökning skett av antalet avvikelser SoL i jämförelser med tidigare år medan avvikelser inom LSS ligger på en liknande nivå som 2023. Inom LSS har 24st avvikelser rapporterats 2024. Totalt antal avvikelser SoL har under 2024 uppgått till 234st.



Avvikelseerna enligt SoL sker främst inom äldreomsorgen och gäller framför allt brister i kommunikation och samverkan, brister i insatser, ej utförda insatser, brister i bemötande och brister i dokumentation.

Bakomliggande orsaker till avvikelseerna handlar i stor grad om brister i information/kommunikation/samverkan, brister i rutiner och arbetssätt, brister i teknik och omgivningsfaktorer.

Åtgärder som vidtagits för att hantera aktuella avvikelser och förebygga att liknande händer igen har till stor del varit lärande samtal med enskilda och grupper, justering av rutiner och arbetsinstruktioner, utveckling av arbetssätt och insatser för bättre kommunikation och samverkan.

Appva

Digital signering för ordinerade läkemedel-och rehabiliteringsinsatser sker i Appva, digital

signering. Från 2024-01-01-2024-12-31 finns totalt 231579st stående läkemedelsinsatser, 84 % är givna i rätt tid, 16 % är försenade. Ingen förbättring sedan 2023. Genomsnittlig avvikelse i tid är 22 minuter, andelen signerade insatser är 98,6 %. På säbo är 82,8 % givna i tid och 17,2 % utanför förskrivna tidsintervall.

Samarbetet med att minska antalet dosetter fortsätter, för de patienter det är lämpligt övergår läkemedelsadministreringen till dosdispenserade läkemedel. Detta som ett led i att minska risken för feldelade dosetter. I ordinärt boende finns digitala medicinskåp och användningen av läkemedelsautomater har påbörjats under året.

Avvikelse i samverkan och händelseråd

Händelserådet består av Höglandets och Ydre kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Höglandetssjukhusets chefssjuksköterska och representant från vårdcentral Bra Liv.

Fokus på Händelserådet är - Vad är bäst för Esther

Att uppmärksamma och analysera avvikelser i samverkan är en viktig del i kvalitetsarbetet för att skapa förutsättningar för en trygg och säker vård för Esther.

Avvikelsehantering definieras som ”att identifiera och rapportera avvikelser, klargöra och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten”.

Under 2024 skrevs 158 avvikelser i samverkan 85 % av dem skickades från kommunerna.

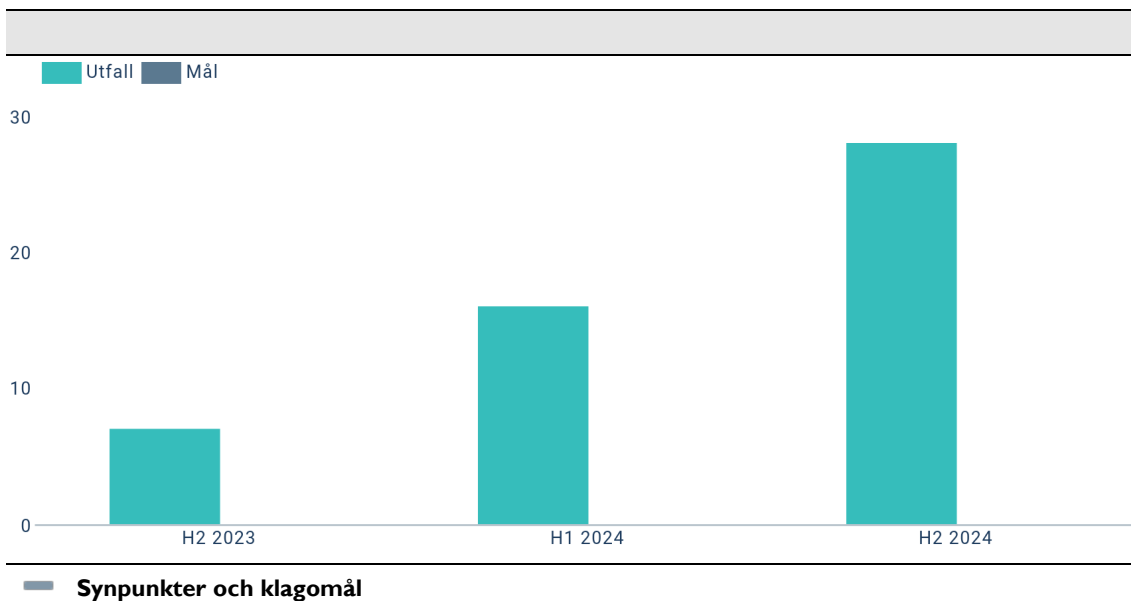
	2022	2022	2023	2023	2024	2024
	Andel%	Antal 87	Andel%	Antal 155	Andel%	Antal 158
Vårdplaneringsprocess	35 %	30	48,5%	75	51 %	81
Läkemedel	24 %	21	26 %	40	17 %	27
Vård och behandling	19 %	17	16 %	25	18 %	29
Informationsöverföring	22 %	19	9 %	14	12 %	19
Bemötande	0 %	0	0,5 %	1	1 %	1
Hjälpmedel	0 %	0	0 %	0	1 %	1

Största delen av avvikelser i samverkan är vårdplaneringsprocessen.

Patientnämnden

Viktig del i att ta emot synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga/närstående berättelse. Patientnämnden har under året uppmärksammat behovet utav information om nämndens verksamhet, där nämndens arbete i form av rapporter och dialoger är en viktig del i Regionen Jönköpings län kvalitet- och utvecklingsarbete. Aneby har fått in 2 ärenden under 2024 från patientnämnden.

Egenkontroller och jämförelser med andra



Kommentar

Under 2024 har totalt 28 synpunkter och klagomål inkommit och registrerats via det webbaserade systemet.

10 ärenden Särskilt boende Antuna/Rosenborg- gällande ledning och insatser

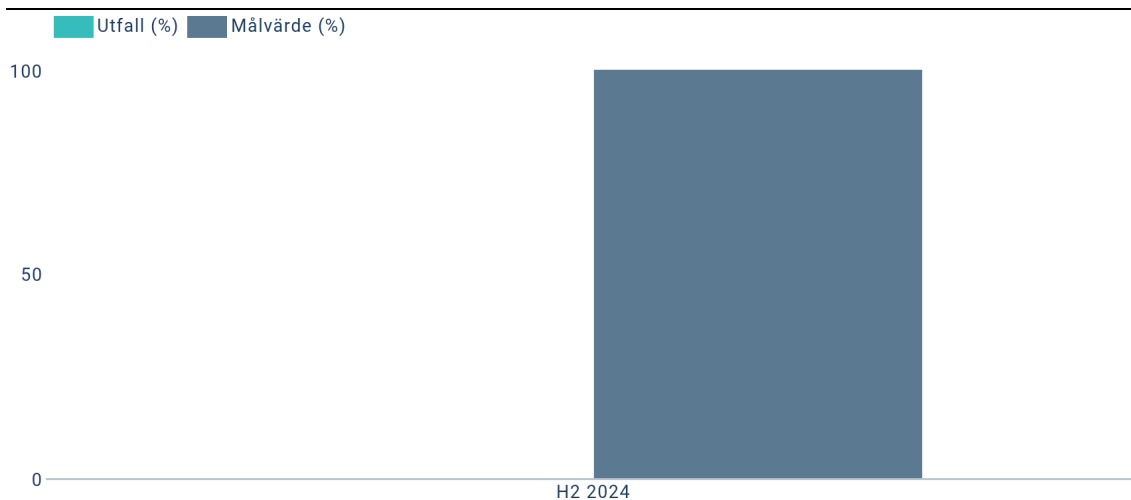
6 ärenden Försörjningsstöd - gällande fördröjd utbetalning

7 ärenden Hemtjänst/ordinärt boende - gällande insatser

2 ärenden Patientnämnden - gällande insatser

3 ärenden Barn och unga - gällande handläggning

De inkomna synpunkterna och klagomålen har hanterats av ansvariga chefer för respektive verksamheter och underlagen har kunnat användas till utveckling och förbättring gällande exempelvis följsamhet till rutiner och förbättrade arbetssätt. Återkoppling har skett till 6 rapportörer som önskat det.



Hygienmätning

Att följa Basala hygienrutiner för att uppnå patientsäkerhet och en god vård och omsorg.

Kommentar

Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har under 2024 genomförts en gång. Metod för mätningarna är observation och självskattning. Mätningen ska utföras vid vård- och omsorgsnära arbete. Varje mätning som görs gäller både basala hygienrutiner och klädregler.

Målet är att nå en följsamhet till 100 % i samtliga åtta steg.

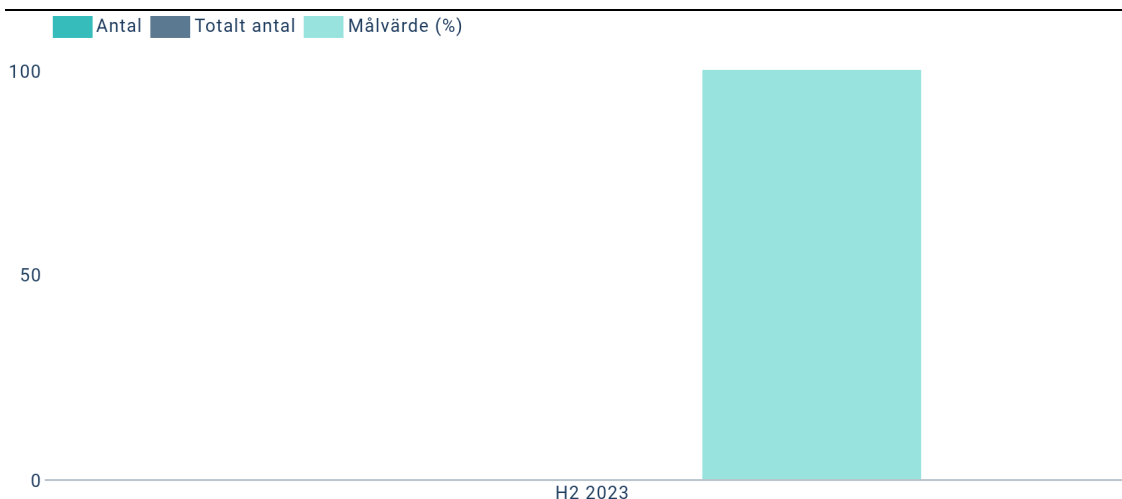
Mätningen består i:

- Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner(korrekt i samtliga steg)
- Korrekt följsamhet till klädregler(korrekt i samtliga fyra steg)

Vid årets mätning nåddes en följsamhet i de fyra stegen i basala hygienrutiner till 76 % och följsamhet i korrekta klädregler nåddes till 97 %.

Sedan 2023 har system för rapportering via SKR stängts ned och rapportering sker med enkäter. Att i nuläget få en sammanställning av följsamheten i alla 8 steg är inte görbart.

Det finns behov av vidare förbättringsarbete kring kompetens och följsamhet kring basala hygienrutiner för att stärka vårt arbete med att förhindra smittspridning.



Genomförandeplaner

Löpande följa upp aktuella genomförandeplaner

Kommentar

Enhetsundersökningarna 2024 visar på att arbete med aktuella genomförandeplaner har utvecklats och förstärkts under året i majoriteten av verksamheter:

genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella på Särskilt boende- äldre till 97% (2023 ca74%)

genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella inom hemtjänst till 64% (2023 ca42%)

genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella inom bostad med särskild service- funktionshinderomsorgen till 94% (2023 100%)

genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella inom daglig verksamhet till 84% (2023 ca87%)

Ingen systematisk journalgranskning har skett under året. Journaler granskas i samband med att avvikelser och synpunkter hanteras. Inom hemtjänsten har ett nytt arbetssätt införts 2024 för att stärka arbetet med aktuella genomförandeplaner och även kopplat till utvecklingen av fast omsorgskontakt. Inom Särskilt boende har arbetet med genomförandeplanerna utvecklats under 2024 i god samverkan med det nya arbetssättet kring Teamträffar.

Inga tillgängliga data

Vårdplaner SSK

Kommentar

I verksamhetssystemet Combine skrivs en vårdplan för hälso- och sjukvården när en vårdåtgärd planeras och dokumenteras. En patient kan ha flera vårdplaner beroende på hur många hälso- och sjukvårdsinsatser som finns. Det är inte möjligt att få fram antalet vårdplaner i förhållande till hur många det borde vara eftersom hälso- och sjukvårdsinsatserna varierar. Vårdplaner är också en viktig del i arbetet med att arbeta preventivt i samverkan med regionen för att stärka en nära vård och insatser på rätt vårdnivå.

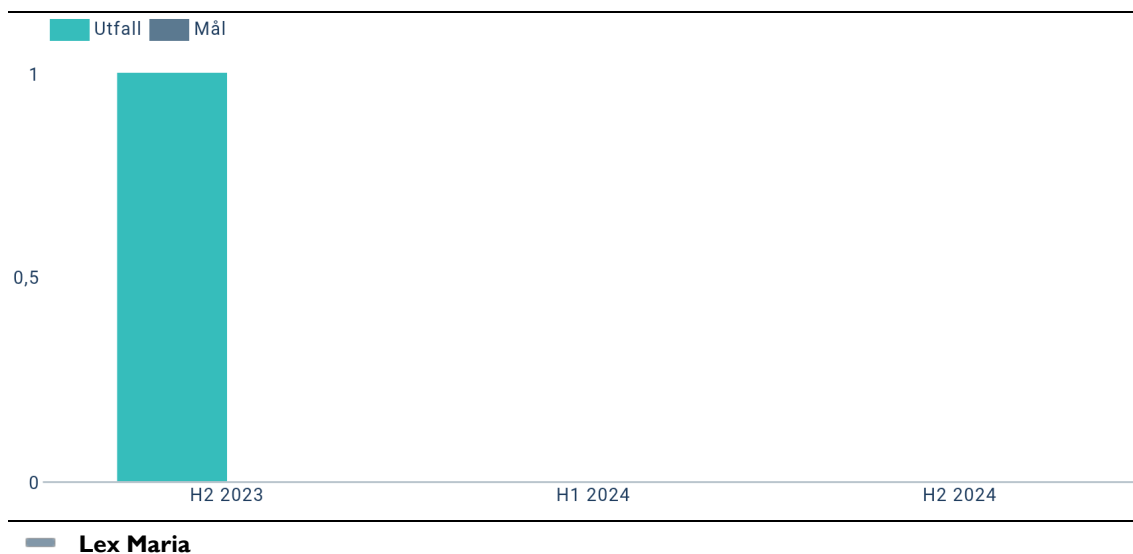


Kommentar

Under 2024 har ingen Lex Sarah rapporterats till IVO.

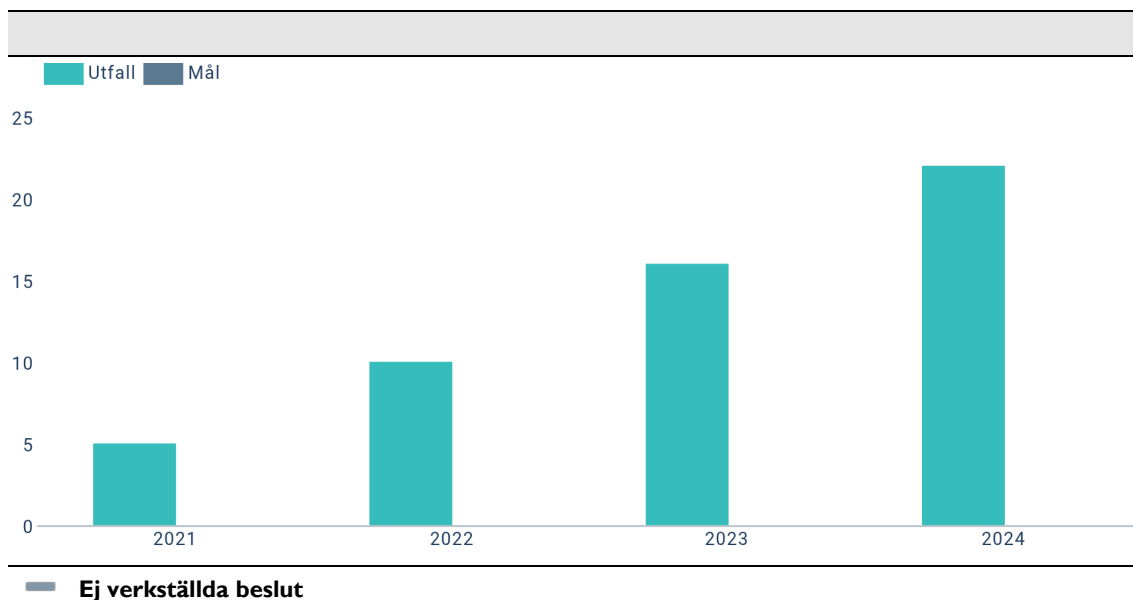
Under 2024 har ett arbete påbörjats inom äldreomsorgen för att öka kunskapen kring rapporteringsskyldigheten av både avvikelser och risk för eventuella missförhållanden.

Se mer information gällande Avvikelser.



Kommentar

Inga Lex Maria till IVO 2024



Kommentar

Totalt rapporterade det in 22 ärenden under 2024. Dessa var fördelade enligt följande:

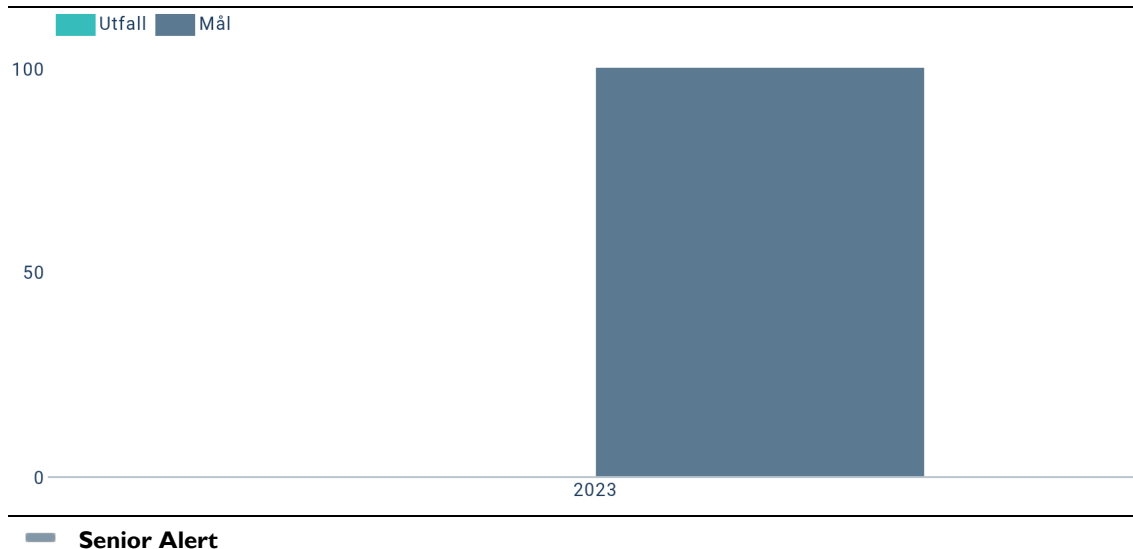
Barn och unga: 13

Funktionshinderomsorgen: 7

Äldreomsorgen: 2

Orsaken till de ej verkställda besluten har främst varit sökandet efter uppdragsgivare i form av kontaktperson och kontaktfamilj. Därutöver har det inte gått att verkställa beslut om boendeplatser inom LSS och Säbo.

Kampanjen Min insats har till syfte att säkra tillgången till familjehem, kontaktperson och andra uppdrag i landets samtliga kommuner. Alla insatser kan göra skillnad, och det finns en mängd olika sätt att bidra.



Kommentar

Senior Alert

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

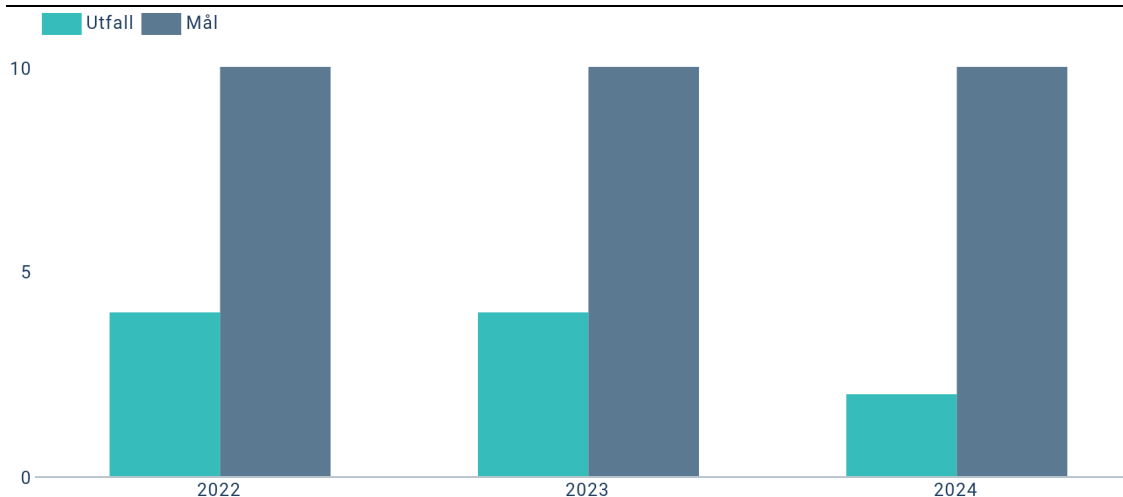
30 unika individer har fått en riskbedömning registrerad för fall, nutrition, trycksår och munhälsa 2024.

Hos alla 30 fanns minst en risk för vårdskada.

Hos 51 % har man hittat bakomliggande orsaker, av dessa har 40% fått en åtgärdsplan och av de med en åtgärdsplan så har 86 % fått utförda åtgärder.

I antal är det 5 st som fått åtgärder utförda.

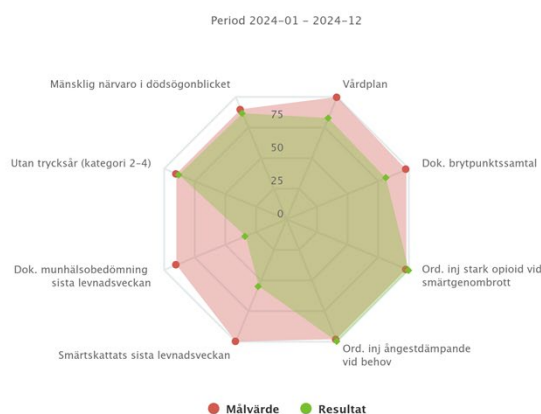
Förbättringsarbete påbörjat gällande vidare utveckling 2025.



Palliativvård

Kommentar

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att stödja systematisk uppföljning och förbättring av vården i livets slut för patienter och deras närstående, det inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, ålder eller förväntat dödsfall.

För hälso- och sjukvården i Sociala avdelningen finns 50 dödsfall registrerade 2024.

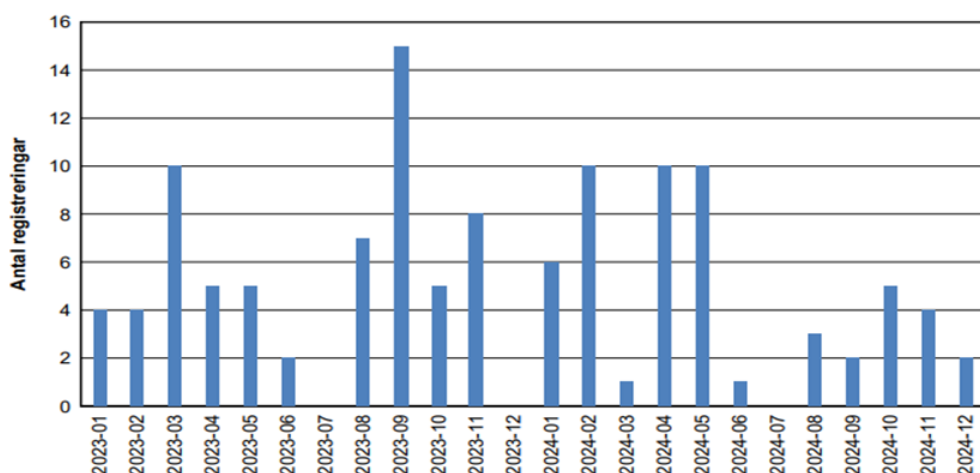
Av indikatorerna för god palliativ vård når fyra upp till målvärdet 100% 2024.

Inga tillgängliga data

Demensvård och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

Kommentar

Demensvård



Diagrammet visar antal registreringar i BPSD-registret.

Mål och inriktning för demensvården är taget i ett politiskt beslut "Riktlinjer för hur vården av personer med demenssjukdom ska bedrivas i Aneby kommun, 2019–2025". Behovet av antal demensavdelningar styrs av hur många personer med demenssjukdom som behöver särskilt boende. Under 2024 så fanns tre demensavdelningar på Antuna och Rosenberg.

På övriga avdelningar finns en eller flera personer med demenssjukdom och behovet av fler avdelningar för personer med demenssjukdom kommer att öka framöver.

Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) används som en kvalitetssäkring i demensvården. Det görs två registreringar/person och år samt vid behov för att kunna följa personens mående och välbefinnande.

Registreringar görs för att upptäcka beteendeförändringar och göra bemötandeplaner och åtgärder för att personen ska få en så god livskvalité som möjligt.

BPSD-administratörerna är personal i hemtjänst och på Antuna/Rosenborg. De gör ett stort arbete kring BPSD-skattningar och det leder till att demensvården blir allt mer personcentrerad. Enligt Socialstyrelsen riktlinjer så är personcentrerad omvårdnad prioritet 1. Under 2024 så har det arbetet inte prioriterats i önskad utsträckning.

Under 2024 så har kommunen inte levt upp till Socialstyrelsens riktlinjer för demensvården. Det gäller både personcentrerad vård, kvalitetsarbete och utbildningar.

Verksamheten lever inte upp till de riktlinjer som är politiskt beslutade.

Framgångsfaktorer för en god demensvård är personcentrerad omsorg, utbildning för personal och samverkan mellan olika professioner. (Enligt Socialstyrelsen prioritet 1)

Demensteamet är ett samarbete mellan kommun och vårdcentral sedan 2018. Teamet består av biståndshandläggare, demenssjuksköterska, undersköterska i hemtjänsten, arbetsterapeut, samordnare och läkare. Teamet träffas 4–5 gånger/termin. Målet är att personen med demenssjukdom efter att ha givit sitt samtycke, ska följas upp kontinuerligt under hela sjukdomsperioden för att få hjälp och stöd i rätt tid.

Anhörigstöd

Det är fyra anhörigstödare som inriktar sig på olika områden; funktionshinderomsorgen, missbruk, psykiatri och äldreomsorgen. Det erbjuds enskilda samtal och anhöriggrupper startas efter behov. Anhörigstödet har också fortsatt arbete med andra kommuner via nätverk. Det finns nu en Nationell anhörigstrategi som ska vara en grund för fortsatt arbete med anhörigstödet.

Anhöriga till personer med demenssjukdom erbjuds en utbildning om demenssjukdomar, vilket stöd som finns att få m.m. Anhöriga erbjuds också att vara med i en anhörigstödsgrupp som träffas varannan vecka. Personer med demenssjukdom och deras anhöriga stöttas också med enskilda samtal.

Möten med minnen-träffar i samarbete med vuxenskolan fortsätter. Syftet med Möten med minnen är att genom att göra en gemensam aktivitet för personen med demenssjukdom och dennes anhörig kunna påverka sinnesstämningen hos personen som är sjuk på ett positivt sätt och att göra en aktivitet gemensamt som kan stärka relationen.

Inga tillgängliga data

— **Brukarnöjdhet**

Kommentar

Inget lokalt fördjupat analysarbete har prioriterats 2024, i avvaktan på arbetet med genomlysningen av Ensolution gällande kvalitet och kostnader.

Resultat gällande Delaktighet och Nöjdhet har dock redovisats i Årsredovisningen för Sociala avdelningen 2024 och visat på följande resultat.

Boendestöd 2024 - Får den hjälp du vill ha och behöver. 76 %

Bostad FO 2024 - Får den hjälp du vill och behöver. 75%

Hemtjänst 2024 - sammanlagda nöjdheten (mycket nöjd eller ganska nöjd) 95%

SÄBO 2024 - Sammanlagda nöjdheten (mycket nöjd eller ganska nöjd) 77%

Boendestöd 2024 – Du får bestämma om saker som är viktiga för dig? 67 %

Bostad FO 2024- Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma? 83%

Särskilt boende ÄO 2024 - Hänsyn till önskemål om hjälpens utformning (alltid eller ofta) 76%

Hemtjänsten 2024 - Hänsyn till önskemål om hjälpens utformning (alltid eller ofta) 95%

De olika verksamheterna tar med sig resultaten från årets brukarundersökning till verksamhetsplaneringen för 2025. Under 2024 har SKR fattat beslut om att brukarundersökningarna inom FO och IFO from 2025 kommer att genomföras vartannat år istället för varje. Utifrån detta har Sociala avdelningen också beslutat att alla brukarundersökningar kommer att genomföras vartannat år from 2025, så även ÄO.

Personal och kompetens

En väl fungerande personal- och kompetensförsörjning är en viktig del i kvalitet- 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 och avdelningen jobbar med olika åtgärder utifrån bland annat aktuell kompetensförsörjningsplan.

Under 2024 har kompetensutvecklade insatser skett gällande förskrivningsutbildningar inkontinens, nutrition och hjälpmedel för legitimerad personal. Gemensam kompetensutveckling för vårdcentral och ssk på säbo har anordnats i regionens regi. Förflyttningsutbildning sker regelbundet till omvårdnadspersonal.

Under 2024 har ett utvecklingsarbete påbörjats på SÄBO för att tydliggöra ansvar för respektive profession och vikten av en god samverkan för en god och säker vård och omsorg för Esther. Det är ett fortsatt viktigt arbete 2025. Arbeta pågår också för att stärka omvårdnadspersonalens grundläggande kunskaper i omvårdnad för att rätt kompetens ska användas på rätt sätt och att alla professioner ska kunna jobba på toppen av sin förmåga. Utvecklingen av allt fler komplexa behov och utvecklingen av nära vård ställer allt större krav på högre kompetens inom allt större områden av vård och omsorg. Tid för gemensam reflektion och lärande i team har en avgörande betydelse för verksamheternas utveckling.

Under året har det varit svårt att få deltagare till olika utbildningar och även tid för speciella ansvar/ombuds roller. En utmaning för att få till deltagande på utbildningar är omställningen till elva timmar dygnsvila. Det är utmanande att frigöra tid för vissa personalgrupper att delta i fysiska utbildningar som är mer omfattande. Därtill kan det behövas vikarier för att möjliggöra frånvaro från arbetsplatsen. Som en väg att möta upp behovet och möjliggöra deltagande sker nu omläggning till fler digitala utbildningar genom nya lärplattformen Learnifier och även ett arbete med översyn och omfördelning av ansvar/ombuds roller. Förutom att arbeta med digitala utbildningsinsatser sker också ett arbete med utveckling av flera digitala arbetssätt så för att effektivisera och omfördela tid från vissa uppgifter till andra.

Under 2024 har också fortsatt arbete skett gällande rekrytering och en god introduktion.

Årsredovisningen för Sociala avdelningen 2024 visade på ett HME värde på 72,6% - Hållbart medarbetar engagemang. Och totala sjukfrånvaron för Sociala avdelningen 2024 låg på 7,24%(inkl kort- och långtid).

Verksamhetsuppföljning och verksamhetsplan

Resultaten som nu presenterats är en del av Sociala avdelningens verksamhetsuppföljning och ett underlag för verksamhetsplanerna för vidare utveckling 2025.

Innehållet i det systematiska arbetet med uppföljning och utveckling av kvalitet- och patientsäkerhet används löpande för att utveckla och förbättra verksamheterna på både enhetsnivå och avdelningsnivå.

Under 2024 har arbetet utvecklats med mer regelbunden uppföljning av hur verksamheterna utvecklas utifrån behov och plan. Uppföljningarna kommer fortsatt att ske i dialogform fyra gånger under 2025 och ha än mer fokus på uppföljning enligt verksamhetsplaner för utveckling av både kvalitet- och patientsäkerhet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet.

För att uppmärksamma ständiga förbättringar som stärker utvecklingen av god vård och omsorg inom Sociala avdelningen kommer Kvalitetspriset även detta år att tilldelas ett av de förbättringsarbeten som nominerats under 2024. På Esthers namnsdag 31/3 har Kvalitetspriset sedan 2020 delats ut till verksamheter som blivit vinnare, utifrån de olika nominerade bidragen. De vinnande verksamheterna får ett bidrag som de kan använda till kompetensutveckling och vidare utveckling av verksamheten.

Förslag på vidare utvecklingsarbeten

Utifrån detta samlade resultat gällande kvalitet- och patientsäkerhet behöver vidare arbete prioriteras för 2025 och implementeras i verksamhetsplanerna för respektive verksamhet. Det är viktigt med en hållbar balans i arbete med kvalitet och patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

- Vidare utveckling av nära vård med ökad prevention, personcentrering, delaktighet och samskapande, tillgänglighet och kontinuitet. Mer förebyggande, jämlika och jämställda, lätt tillgängliga och evidensbaserade insatser för att möta nya socialtjänstlagen.
- Fortsatt systematiskt arbete med uppdateringar och följsamhet till rutiner och arbetsinstruktioner.
- Förbättrad samverkan och teamwork inom fram för allt SÄBO för en kvalitativ och patientsäker vård och omsorg. Vikten av fortsatt arbete med bemanning, schema och arbetssätt som ger kontinuitet och kännedom om Esther och förutsättningar för god och säker vård och omsorg.
- Använda nya modulen i DF respons för uppföljning av avvikelser och orsaker och ett ökat lärande och vidare förbättringar i verksamheterna. Att arbeta vidare med ett systematiskt arbete med riskbedömningar av processer och arbetssätt ur ett brukarperspektiv för att öka det preventiva arbetet och förebygga avvikelser i insatser för Esther.
- Kunskapshöjande insatser om bland annat basal omvårdnad, basala hygienrutiner, palliativvård, demensvård och dokumentation. Även vidare arbete med åtgärder enligt kompetensförsörjnings planen och arbete med kontinuitetsplanering för att också klara av att bedriva en god och säker vård och omsorg i ett utvecklat läge av kris.