



# **PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE**

## **Karlsborgs kommun**

### **2014**

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

**Lena von Heideken**





## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Sammanfattning</b> .....	3
<i>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</i> .....	4
<i>Struktur för uppföljning/ utvärdering</i> .....	5
<b>Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</b> .....	6
<i>Uppföljning genom egenkontroll</i> .....	6
<i>Samverkan för att förebygga vård-skador</i> .....	8
<i>Risakanalys</i> .....	9
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b> .....	10
<i>Avvikelser</i> .....	10
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	11
<i>Sammanställning och analys</i> .....	12
<i>Resultat</i> .....	12
<b>Övergripande mål och strategier för kommande år</b> .....	12





## **SAMMANFATTNING**

Verksamheten har under året fortsatt arbetet med att se över de olika processer som finns inom vården, från vårdplanering till verkställighet. Ett vårdplaneringsteam där biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska ingår, samordnar resurser och insatser samt följer upp beslut. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

Samverkansgrupper där de olika vårdgivarna finns representerade arbetar med att övergången mellan de olika vårdgivarna skall bli så sömlös som möjligt.

Personalen fortsätter att rapportera tillbud och negativa händelser i verksamhetens avvikelssystem och under 2014 rapporterades 661 avvikelser (815 st. år 2013). Av dessa var 449 fallrapporter och 104 läkemedelsavvikelser. Den aktiva registreringen i avvikelssystemet tillsammans med de prevalensmätningar som gjorts, har lett till att arbetssätt och åtgärdsplaner lyfts fram att arbeta med. Områden som behöver förbättras har identifierats och förbättringsarbeten har inletts. Arbetet med nationella kvalitetsregister fortgår.





## Allmänt

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet följer patientsäkerhetslagens bestämmelser. Handlingsplan för lagstiftarens krav kring kvalitet enligt Hälso- och Sjukvårdslagen finns i socialförvaltningens kvalitetsledningssystem (antagen 2011-03-02, reviderad 2012-03-07).

## *Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet*

### **Socialnämndens ansvar**

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **Verksamhetschefens ansvar**

Verksamhetschefen skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.



I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens Hälso- och Sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina Hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **Hälso- och Sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### ***Övergripande mål och strategier***

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård skall kunna ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

### ***Struktur för uppföljning/ utvärdering***

I verksamhetssystemet för avvikelshantering rapporteras avvikelser vad gäller bemötande, brister i informationsöverföring, dokumentation, fallrapport, larm/ sökarsystem, läkemedel, medicinteknisk utrustning, omvårdnadshändelse, rehabilitering och övrigt. Avvikelser hanteras omedelbart och rapportering sker till socialnämnden, kvartalsvis.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att vara ett hjälpmedel i arbetet med en förbättrad palliativ vård. Sjuksköterskorna i Karlsborgs kommun registrerar i kvalitetsregistret och målet är att alla dödsfall, oavsett dödsorsak och dödsplats ska registreras. Via registrets hemsida får sjuksköterskorna ett hjälpmedel för att följa den egna verksamhetens kvalitet av den givna vården i livets slutskede.

Senior Alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg. Riskbedömning sker inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Personalen inom särskilt boende på Haganäset, arbetar sedan januari månad 2013 med riskbedömningar och registreringar och under perioden 2014- 01-01 – 2014-12-28 genomfördes 75 riskbedömningar. Av dessa riskbedömningar finns 50 planerade åtgärder registrerade på boende inom SÄBO, Demens och Korttid.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) är ett kvalitetsregister vars syfte är att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och genom detta, öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. Demensenheten på Haganäset har sedan i maj, 2012 vid behov, använt sig av registret för att på så sätt fått en bättre struktur i omvårdnadsarbetet.

## Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

### *Uppföljning genom egenkontroll*

Kontinuitet, Hemvård: Under 2014 har man inom hemvården, använt sig av planeringstavlur för att främja kontinuiteten hos vårdtagarna. Enligt enhetschef för hemvården har planeringen fungerat bra och personalen har ett bra samarbete och en ökad kontinuitet för vårdtagarna kan ses. Utvärdering av arbetssättet pågår.

Loggningsrutiner: Två gånger per år kontrollerar systemansvarig, att den personal som har inloggningsuppgifter i det verksamhetssystem som socialförvaltningen använder sig av, har behörighet att använda systemet. Var annan månad kontrolleras också, enligt rutin, via stickprovskontroller, vilka som varit inne i verksamhetssystemet och att anledning till detta finns. Inga avvikelser vid loggningar har upptäckts under 2014.

Trycksår: Riskbedömning görs regelbundet och relevanta åtgärder så som t.ex. kroppspositionering i säng/ stol, bruk av tryckutjämnande underlag, hjälpmedelsförskrivning, förflyttningsträning, hudvård, berikning av kost mm sätts in. Av vikt är att all personal har kunskap om vad man skall göra och vad som är viktigt för varje enskild individ, för att undvika risker för trycksår.

En punktprevalensmätning av bland annat trycksår gjordes under vecka 11, via Senior Alert, i flera av Sveriges kommuner. 17569 personer har observerats från särskilt boende, demensboende och korttidsboende i 177 kommuner. 31 % av dessa hade ökad risk för trycksår. Sjuksköterskorna på Haganäset SÄBO/ Demens och Korttid genomförde trycksårsmätningen men avstod från att registrera i Senior Alert. Bedömningen gjordes utifrån 4 kategorier:

Kategori 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck, Kvarstående missfärgning, hel hud.

Kategori 2: Delhudskada, ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa

Kategori 3: Fullhudskada, sår ned till men inte genom fascian.

Kategori 4: Fullhudskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

Resultatet ses nedan:

Antal registrerade observationer 2014	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal Kategori 1	Antal kategori 2	Antal kategori 3	Antal kategori 4
74 st.	12 st. (16 %)	19 st.	5 st.	10 st.	2 st.	3 st.

Hygien: Enhetscheferna kontrollerar med hjälp av utsedda hygienombud, hygien och klädregler regelbundet.

Korrekt handläggning av basala hygienrutiner innebär att:

1. Desinfektion av händer skall utföras direkt före patientnära arbete.
2. Desinfektion av händer skall utföras direkt efter patientnära arbete.
3. Att handskar skall användas vid risk för kontakt med kroppsvätskor.
4. Att engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock skall användas om det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Korrekt handläggning av klädregler innebär att:

1. Arbetskläderna skall ha korta ärmar och bytas dagligen och vid behov.
2. Att händer och underarmar skall vara fria från ringar, klockor och armband.
3. Att hår skall vara kort eller uppsatt.

Punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler utförs vår och höst. Under våren 2014 gjordes 24 observationer och under hösten gjordes 29 observationer.

Tabellen nedan visar resultaten för våren och hösten 2014

	Våren 2014 (24 personal)	Hösten 2014 (29 personal)
Andel korrekt följsamhet i samtliga 7 steg	62,5 %	65 %
Andel med korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (i samtliga fyra steg)	62,5 %	65 %
Andel med korrekt följsamhet till klädregler (i samtliga tre steg)	100 %	96 %
Andel som desinfekterar händerna <b>före</b> patientnära arbete	62,5 %	69 %
Andel som desinfekterar händerna <b>efter</b> patientnära arbete	100 %	100 %
Andel med korrekt användning av handskar	100 %	100 %
Andel med korrekt användning av plastförkläde	100 %	93 %
Andel med korrekt arbetsdräkt	100 %	100 %
Andel med kort eller uppsatt hår	100 %	100 %
Andel som är fri från ringar, klockor och armband	100 %	100 %

Kontroll av diskdesinfektorer: Den utrustning som används inom vården måste uppfylla kraven på god hygienisk standard. Det gäller inte bara den medicintekniska utrustningen utan även annan utrustning i vårdlokalerna. All utrustning måste uppfylla relevanta krav så att den inte riskerar att sprida smittämnen till patienter, personal och besökare.

Diskdesinfektorer och olika typer av sterilisatorer ska genomgå validering, regelbundna kontroller och upprepade prestandakontroller enligt SiS-standarder som finns tillgängliga för alla landsting. Även spoldesinfektorer som används på vårdavdelningar måste kontrolleras enligt regler och anvisningar.

Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll.

### ***Samverkan för att förebygga vård-skador***

Överrapportering mellan olika vårdgivare är av stor vikt för att undvika vårdskador. Representanter från kommunen ingår i den samverkansgrupp som verkar för att övergången mellan olika vårdgivare skall bli så sömlös som möjligt. I VG regionen finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna i Västra Götaland och Regionen. Rutinerna är framtagna utifrån nationella mål och mått och beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från slutenvården. För samordnad vårdplanering används SVPL KLARA som informationssystem. Även överrapportering mellan olika vårdnivåer inom den egna verksamheten är av mycket stor vikt.

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelsen handlar om huvudmännens samverkan runt enskilda individer. Syftet är att de lokala parterna skall besluta om gemensamma åtaganden och hur samverkan kring målgruppen kan utvecklas. För samordnad vårdplanering inom psykiatrin används liksom ovan, SVPL KLARA som informationssystem.

Ett vårdplaneringsteam har sedan april 2013 funnits i Karlsborgs kommun. I teamet ingår biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen. Vårdplaneringsteamet ska samordna resurser och insatser samt följa upp beslut.

Enligt den regionala handlingsplanen för mest sjuka äldre skall personer 65 år och äldre med risk, ha en förebyggande vårdplan. Vårdcentralen har det övergripande samordningsansvaret för sina listade personer över 65 år. I vårdplanen ingår att årligen genomföra läkemedelsgenomgångar för alla över 75 år. I anslutning till inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning till särskilt boende skall det alltid göras en läkemedelsgenomgång. Syftet med läkemedelsgenomgången är att åtgärda läkemedelsrelaterade problem.

Utifrån den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” har det pågått olika förbättringsarbeten för att optimera den nära vården av våra mest sjuka äldre. Målet har varit att undvika onödiga sjukhusvistelser. Gemensamt har regionen och kommunerna i Västra Götaland tagit fram en regional handlingsplan med olika aktiviteter för att stödja arbetet. I Skaraborg har införandet av medicinsk vårdplan prioriterats. Vid mätning av andelen inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård



i Karlsborg med medicinsk vårdplan visade resultatet att 75 av totalt 197 brukare hade en medicinsk vårdplan.

Införandet av ett standardiserat arbetssätt genom dokumentet, medicinsk vårdplanering, har bidragit till arbetet med en säker, trygg och välplanerad vård.

Karlsborgs kommun och Närhälsan i Karlsborg har samverkat kring en handlingsplan med god och sammanhållen vård och omsorg som mål. Handlingsplanen gäller från juni 2014 till juni 2015 med flera planerade uppföljningar under tiden.

De som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har ofta ett så påverkat allmäntillstånd att de löper stor risk för en kraftigt försämrad munhälsa. Många saknar också initiativförmåga att själva efterfråga tandvård. Den 1 januari 2013 infördes därför ett nytt förstärkt stöd för patienter med risk för försämrad tandhälsa eller med stort tandvårdsbehov.

De som behöver omfattande vård och omsorg har rätt till munhälsobedömningar, rådgivning om hur munhälsan bör skötas på bästa sätt, förebyggande och nödvändig tandvård, när det behövs.

Vårdtagaren skall slippa ha ont och vården skall bidra till förmågan att äta och tala bibehålls eller förbättras.

Nio stycken sjuksköterskor och LSS-handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att förskriva Nödvändigt tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att spåra upp berättigade personer, utfärda intyg om nödvändig tandvård och erbjuda munhälsobedömningar. Tandhygienister utför munhälsobedömningar och tandvårdsleverantören skall varje år erbjuda kommunens vårdpersonal utbildning i allmän munhälsovård.

Den 21/9 2014 fanns det totalt 113 personer i Karlsborgs kommun med intyg om nödvändig tandvård och enligt statistik från tandvårdsenheten har 38 personer av de 57, som tackat ja till munhälsobedömning erhållit en sådan.

Västra Götalandsregionen har med motivering, att allt för få munhälsobedömningar blivit gjorda, beslutat att byta leverantör gällande uppsökande verksamhet – tandvård, från och med 1 januari 2015.

### ***Risakanalys***

Avvikelsehanteringen ligger till grund för arbetet med riskanalyser. Vilken typ av avvikelser finns, när, var och hur sker dessa och finns det systematik i det som sker. Avgörande för att lyckas med att upptäcka eventuella risker är en medvetenhet hos alla anställda, att kritiskt granska och reflektera över om det vi gör eller inte gör kan leda till skada för någon.

En samverkansgrupp inom Skaraborgs kommuner arbetar med gemensamma riktlinjer för säkrare vård och omsorg. Arbetet med de olika kvalitetsregistren är en del i arbetet med att underlätta för personalen inom socialtjänsten i Karlsborgs kommun att arbeta mer systematiskt och strukturerat med riskanalyser.

## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

### *Avvikelser*

En avvikelse beskrivs både som en negativ händelse där avvikelsen medfört att vårdtagaren fått en vårdskada, något har inträffat som leder till konsekvenser. En avvikelse kan också beskrivas som ett tillbud/ incident där avvikelsen kunnat medföra vårdskada men där avvikelsen inte lett till några konsekvenser för vårdtagaren.

Enligt rutin skall eventuella avvikelser dokumenteras i verksamhetssystemet Magna Cura där respektive enhetschef utreder och tar ställning till om ytterligare åtgärder behövs. Beslutet dokumenteras i verksamhetssystemet. Enheterna har avvikelsehantering som stående punkt på sina teammöten där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att avvikelsen händer igen. Enhetschefen skickar sedan sammanställningen till Medicinskt ansvarig sjuksköterska som kvartalsvis redovisar till socialnämnden. Nedan kommenteras de områden där antalet avvikelser är som störst.

Fall: Av avvikelserrapporteringen framgår att 449 fallrapporter inkommit under 2014 (463 fall dokumenterade under 2013). I fall ingår allt från att kasta ur säng eller stol/ rullstol, fall vid förflyttning eller fall på grund av sjukdom, t.ex. plötsligt blodtrycksfall. Enheterna har avvikelsehantering som stående punkt på sina team-möten där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen. Enheterna inom SÄBO/somatik, SÄBO/demens och Korttiden arbetar aktivt med kvalitetsregistret Senior Alert.

Under tredje kvartalet har antalet avvikelser under fall ökat. Incidenterna berör ett fåtal vårdtagare, fram för allt personer med nedsatt kognitiv förmåga. Vårdtagarna som flyttar till SÄBO är äldre och sjukare, personalen har inte möjlighet och skall inte, stå på pass. Det vi kan göra är att undanröja möjliga orsaker till fall samt att arbeta med kvalitetsregistret Senior Alert, där riskbedömningar samt åtgärder och uppföljningar dokumenteras.

Läkemedel: Av avvikelserrapporteringen framgår att 104 läkemedelsavvikelser inkommit under 2014. I läkemedelsavvikelser ingår läkemedel som glömts av, läkemedel som inte levererats i tid, feldelade dosetter, felaktiga ordinationer m.fl. Enheterna har avvikelsehantering som stående punkt på sina team-möten, där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen.

Vid analys av sista kvartalet läkemedelsavvikelser har ett ökat antal incidenter uppmärksamats när det gäller hantering av läkemedel i dosett. Utredning samt översyn av rutiner pågår.

Rehabilitering: Av avvikelserapporteringen framgår att 22 avvikelser inom området rehabilitering inkommit under 2014. Avvikelserna handlar om att ordinerade uppgifter inom rehabilitering inte signerats som utförda på de signeringslistor som finns kopplade till enskild personers rehabiliteringsplaner. Enheterna har avvikelshantering som stående punkt på sina team-möten, där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen.

AVVIKELSETYP	KVARTAL 1	KVARTAL 2	KVARTAL 3	KVARTAL 4
Fall	105	91	143	110
Läkemedel	26	23	22	33
Rehabilitering	6	5	8	3
Omvårdnadshändelse	0	2	1	1
Larm/sökarsystem	2	1	10	2
Dokumentation	0	0	0	0
Informationsöverföring	4	3	0	0
Medicinteknik	1	1	0	0
Övrigt	33	17	5	3

### ***Klagomål och synpunkter***

Klagomål och synpunkter samlas i det system för klagomålshantering som finns inom förvaltningen. Blankett finns att hämta på kommunens hemsida eller direkt från personalen. Klagomål tas även emot muntligen, det dokumenteras därefter och registreras i det befintliga systemet. Beroende på klagomålets karaktär anpassas utredningen och den återkoppling som sker.

Där det finns namngiven person så återkopplas alltid ärendet och den eventuella åtgärd som vidtas. Vid anonyma klagomål utreds och analyseras fakta. Om åtgärd kommer att vidtas så genomförs den men någon att direkt återkoppla till finns inte. Karlsborg är en liten kommun och någon stor mängd klagomål och synpunkter förekommer inte, därför är det inte lätt att kategorisera och klassificera olika typer av klagomål för att synliggöra eventuella systemfel.

Under 2014 fanns 14 ärenden vad gäller klagomål eller synpunkter registrerade.

Inga ärenden från patientnämnden finns rapporterade.

Ett ärende har anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg, enligt Lex Maria.

## Sammanställning och analys

De prevalensmätningar som årligen görs i kombination med sammanställningar från Palliativregistret, Senior Alert och BPSD- registret ger en bild av hur läget är i verksamheten. En gång per år görs en brukarundersökning med frågor ställda utifrån den etiska värdegrunden. Utifrån denna faktabas i kombination med personliga möten och erfarenheter, diskuteras läget i verksamheten på team- möten, arbetsplatsträffar och i ledningsgrupp.

## Resultat

Den aktiva registreringen i avvikelssystemet tillsammans med de prevalensmätningar som gjorts, har lett till att arbetssätt och åtgärdsplaner lyfts fram att arbeta med. Områden som behöver förbättras har identifierats och förbättringsarbeten har inletts.

Bas-utbildning för all ordinarie omvårdnadspersonal samt tim. vikarier som arbetar inom socialförvaltningen i Karlsborg kommun har genomförts. Utbildningen har behandlat områden som: Lagar som styr oss, Värdegrund, Rehabiliterande förhållningssätt, Läkemedelshantering, Delegation av hälso- och sjukvårdsuppgifter, Avvikelsehantering och Basala hygienrutiner.

Under utbildningsperioden 2013 till och med 2014 har totalt 280 omvårdnadspersonal (varav 200 st. under 2014) genomfört utbildningen.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

En fortsatt satsning på kompetensutveckling av personalen som arbetar med hälso- och sjukvård kommer att ske bl.a. genom:

Införandet av Individens Behov i Centrum (IBIC):

I regeringens redovisning av inriktning och utveckling av äldrepolitiken står följande:

”Det skall vara tryggt att åldras i Sverige i dag och i framtiden. I dag är äldreomsorgen en välfärdstjänst som kommunerna ansvarar för inom ramen för socialtjänstlagen”.

Arbets sättet IBIC innebär en strukturerad dokumentation av den enskildes behov. Den information som dokumenteras om individen är beskriven med ett gemensamt språk. Syftet är att göra vård- och omsorgen mer likvärdig och rättssäker. Individen skall få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. Arbets sättet medför också att den enskilde och han/hennes anhöriga får ökade möjligheter att medverka i utredning, planering och uppföljning av stödet i det dagliga livet. För verksamheten innebär arbets sättet att informationen om individen hanteras lika av alla aktörer, vilket minskar risken för missförstånd. Verksamheten får även bättre underlag till personalplanering, verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.

Införandet kommer att pågå under hela 2015.

Senior Alert:

Registrering enligt kvalitetsregistret kommer under 2015 att utökas och innefatta även hemvården. Utbildningstillfällen under våren 2015 finns planerade för omvårdnadspersonalen. Målet under 2015 är att utöka antalet riskbedömningar samt att strukturerat arbeta med uppföljningar av åtgärder som sätts in.

Kvalitetsledningssystem:

Socialförvaltningen har för avsikt att fortsätta arbeta enligt den projektplan som finns, med processkartläggning samt upphandling av informationsverktyg för systematiskt kvalitetsarbete.