



Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden

Kvalitets- och patientsäkerhetsrapport jan- aug 2015

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Mål och strategier	5
3 Organisatoriskt ansvar för arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten	6
4 Avvikelse	9
5 Uppföljning genom egenkontroll	11
6 Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.....	15
7 Riskanalys	17
8 Hantering av klagomål och synpunkter.....	18
9 Systematiskt förbättringsarbete	19
10 Samverkan med den enskilde och närstående	21
11 Resultat, sammanställning och analys.....	22
12 Övergripande mål och strategier för kommande år (vid delårsuppföljning jan-aug för resterande period av året)	26

1 Sammanfattning

Öppna jämförelser ingår som en del i det systematiska förbättringsarbetet inom flera verksamheter, under perioden har förändringsarbete skett med utgångspunkt från resultaten inom äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen. Insamlingen till KKIK 2015 genomförs under september-oktober, resultatet presenteras under januari 2016.

Egna brukarundersökningar är betydelsefulla instrument för uppföljning av förhållningsätt och bemötande hos personal, samt målgruppsundersökningar. Bemötande och förhållningsätt är ett ständigt aktuellt område inom samtliga verksamhetsområde. Det har även förekommit riktade insatser under perioden med anledning av vad som framkommit inom ramen för synpunkts- och avvikelshantering, samt rapporteringsskyldigheten.

Svenska palliativregistret som bygger på en efterregistrering av livets sista tid, visar på förbättrade resultat i de flesta av de parametrar som mäts. Förbättringsområden är identifierade i systemet och handlar om att använda validerat smärtskattninginstrument och att arbeta med förbättrad munhälsa i livets sista tid.

Sektorns fastställda processer dokumenteras i beslutsstödet Stratsys. Arbetet med att identifiera processer och redogöra för de aktiviteter som ingår i dessa har pågått under året. En till två processer beräknas kunna fastställas innan årsskiftet. Inom ramen för arbetet ingår också att genomföra förebyggande riskanalyser och egenkontroller. Detta arbete bedöms framåt kunna utveckla resultatredovisningen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Exempelvis genom en tydligare utfalls redovisning av följsamheten till gällande regelverk och om verksamheten har de rutiner som krävs. De kommer också bidra till en mer systematiserad dokumentation över de åtgärder som vidtagits i förebyggande syfte samt över de åtgärder som vidtagits utifrån resultatet i genomförda egenkontroller.

Inom sektorn fortgår arbetet med att anpassa rutinerna för dokumentation sedan de nya föreskrifterna ifrån Socialstyrelsen trädde i kraft 1 januari 2015. Samtliga verksamheter beskriver dokumentationen som ett förbättringsområde och har kommit olika långt i implementeringsarbetet. Därtill har utbildningsinsatser genomförts i begränsad omfattning, delvis på grund av begränsade resurser. Behovet kvarstår således inom flertalet av verksamheter och det planeras för att låta utbildningsinsatserna fortgå för att på så vis säkerställa att sektorn uppfyller de skärpta kraven.

Arbetet med att upprätta nya samt revidera rutiner för avvikelshantering inom sektorn har påbörjats för att även inkludera de sociala avvikelserna. Färdigställandet och implementeringen av rutinerna kommer dock att ske först under 2016.

De lex Sarah-rapporter som inkommit under perioden har ökat till antalet jämfört med samma period föregående år. Den trenden bör inte uppfattas som att det inträffat och har skett fler missförhållanden och risker för missförhållanden, utan bör istället betraktas som att sektorn blivit bättre på att uppmärksamma när brukare far, eller riskerar att fara illa och har vilja och mod att lära av de händelser som sker. De händelser som föranlett flest rapporter har sitt ursprung i bristande bemötande och felaktigt och bristfälligt utförda insatser på grund av bristande rutiner. Åtgärderna som satts in har syftat till att förebygga liknande händelse och har bland annat inneburit att rutiner reviderats, nya har tillkommit, arbetsätt och metodplaner har ändrats och medarbetare har därtill fått handledning och utbildning i värdegrunds- och bemötandefrågor.

Avvikelser som rapporteras, är i de allra flesta fall händelser som rör läkemedelshantering och fall. Vanligaste orsak till avvikelser gällande läkemedel, är utebliven dos. Oftast handlar dessa uteblivna doser om att omsorgspersonal glömt att ge läkemedlet eller att omsorgstagare avböjt att ta emot läkemedlen. Orsak till avvikelser gällande fall utan skada är oftast uppegående omsorgstagare med demenssjukdom. Vid flera fallavvikelser för en och samma omsorgstagare, har man som en åtgärd i samråd med ssk, anhörig samt den enskilde, ibland börjat använda sensorlarm. I de särskilda boendena i äldreomsorgen gäller även ett flertal avvikelser larmanordningar och begränsningsåtgärder.

De åtgärder som planeras att vidtas med anledning av den anmälan enligt bestämmelsen om Lex Maria som gjorts under 2015, gäller framförallt framtagande av lokala arbetsrutiner för informationsöverföring och instruktioner från förskrivare till användare av personliga hjälpmedel och andra (arbetstekniska) hjälpmedel såsom grundutrustning på särskilda boenden. Rutiner för information och instruktioner för hur verksamheten skall agera vid felaktigheter och/eller trasiga hjälpmedel skall förbättras.

Hantering av de synpunkter och klagomål som kommer in till sektorn behöver tydliggöras och implementeras i verksamheterna för att möjliggöra en mer ändamålsenlig hantering. Samtliga verksamheter arbetar med de som idag inkom-

mer men de som registreras är för få för att skapa en tydlig bild av vari förbättringsområden kan finnas.

Flera verksamhetsområde beskriver vikten av goda förutsättningar för att kunna bedriva insatser med god kvalitet. Frågor som rör bemötande och förhållningssätt är prioriterade område inom samtliga verksamhetsområde, liksom långsiktig planering för kompetensutveckling. Flera verksamhetsgrenar i sektorn har arbetat med kompetenshöjande insatser genom utbildning, fortbildning och handledning mm.

Pågående budgetanpassningar bedöms föranleda ett ökat behov riskanalyser i samband med förändringar inom verksamheten. Det kommer också få konsekvenser så som att flera planerade utbildnings och utvecklingsinsatser inom t.ex. funktionshinder inte kan genomföras inom planerad tidsram eller kommer att behöva senareläggas. Individ- och familjeomsorgen har haft hög personalomsättning, svårigheter att rekrytera samt genomgått organisatoriska förändringar samtidigt som det varit en ökning av, i synnerhet, barnavårdsärenden. Det bedöms sammantaget ha inverkat på kvalitets och utvecklingsarbetet.

Några mål och strategier som lyfts fram inom verksamheten kommande period och år är:

Äldreomsorg kommer att arbeta med att minska antalet avvikelser vid läkemedelshantering, förbättra rutiner för dokumentation och rutinerna för omsorgstagarnas övergångar mellan olika verksamheter/insatser, samt förtydliga baspersonals uppdrag och däri kontaktmannaskap.

Inom funktionshinder är dokumentation ett fortsatt prioriterat område. Utöver det är arbetet med delaktighetsmodellen och att upprätta/uppdatera riskanalyser för brukarna ett övergripande målområde. Fler brukare kommer att erbjudas samordnad individuell plan (SIP) vid upprättande/uppföljning av genomförandeplan. Verksamhetspedagogernas arbete med att kvalitetssäkra och stödja verksamheterna kommer att fortlöpa.

Individ- och familjeomsorg behöver fokusera på att säkerställa att utredningstider hålls, att dokumentationen kommer i fas och att utredningssystem, bedömningsstöd och metoder för såväl genomförande som uppföljning finns och efterföljs. Avgörande för att få god kvalitet i verksamhetens arbete och insatser till enskilda och familjer är att verksamheten har en full bemanning. Arbetet med att förbättra förutsättningarna för personalen måste vara fokus för hela verksamheten. För att skapa en grund för en god kvalitet behöver verksamheten ha som mål att aktuella riktlinjer och rutiner för verksamheten finns lätt tillgängliga för all personal samt ge god introduktion till nyanställda. Vidare behöver verksamhetens insatser uppföljning och utvärdering ha stort fokus.

Inom hälsa och sjukvård ska arbetet med aktuella hemsjukvårdspärmar, vård/rehab planer, läkemedelslistor, vårdbegäran och övrig dokumentation prioriteras. Schema och mötesstruktur ska utvecklas för att möjliggöra arbetet med Kvalitetsregister. Ett nytt arbetssätt införs genom trygg hemgång. Anhöriga ska känna sig trygga och antalet hembesök tillsammans med patientansvarig läkare ska öka.

2 Mål och strategier

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Processerna och rutinerna ska användas för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Nedan visas en sammanställning över sektorns fastställda processer. En fullständig dokumentation över sektorns processer med lagkrav, aktiviteter, rutiner och riskanalyser återfinns i sektorns kvalitetsplan i Stratsys, under Kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9, fliken planera. Kvalitetsplanen utgör sektorns mål och strategier för kvalitetsarbetet.

För närvarande finns inga fastställda processer. Arbetet med att fastställa processer pågår enligt projektplan- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete- processer och rutiner. Allt eftersom nya processer fastställs kommer de att redovisas i avsnitt 2.1.

2.1 Nämnden

3 Organisatoriskt ansvar för arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten

Ansvar

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden

Ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Ledningssystemet anger hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål och inriktning för sektor arbete, trygghet och omsorg.
- Fastställa en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse utifrån nämndens ansvarsområde.

Sektorchef (Tillika verksamhetschef enligt § 29 Hälso- och sjukvårdslagen)

Ansvarar för att:

- Insatser inom sektorns område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- De verksamhetsplaner och andra dokument som krävs för att styra och leda den operativa verksamheten i riktning mot uppställda mål upprättas och kommuniceras.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på sektornivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sektorn.
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- I samverkan med stödfunktionerna MAS, TSO, Controller och verksamhetsutvecklare initiera, fastställa och följa upp riktlinjer och rutiner på sektornivå.
- Upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse på sektornivå.
- Årligen revidera ledningssystemet i samverkan med verksamhetsutvecklare.

Verksamhetschef

Ansvarar för att

- Insatser inom verksamhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Upprätta en årlig verksamhetsområdesplan.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på verksamhetsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Initiera, fastställa och följa upp riktlinjer och rutiner på verksamhetsnivå.
- Upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse på verksamhetsnivå.

Enhetschef

Ansvarar för att:

- Insatser inom enhetens område håller en god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt stöd och bemötande.
- Upprätta en årlig enhetsplan.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten på enhetsnivå.
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom sitt/sina enhetsområden
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs.
- Initiera, fastställa och följa upp rutiner på enhetsnivå.
- Följa upp och revidera rutiner på enhetsnivå.
- Genomföra egenkontroll enligt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9 i Stratsys.
- Upprätta en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse på enhetsnivå.

Verksamhetsutvecklare

Ansvarar för att:

- Driva och hålla samman arbetat med sektorns kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
- Bistå och fungera som administrativt stöd till sektorchef vid upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse på sektornivå
- Bistå och fungera som administrativt stöd till sektorchef vid upprättande av nämndplan, och vid delårsrapporter och årsbokslut.
- Vara behjälplig till chefer inom sektorn inför kvalitets- och patientsäkerhetsrapporter/berättelser.
- Vara behjälplig till chefer inom sektorn vid upprättande av verksamhetsområdesplaner, enhetsplaner och inför delårsrapporter och bokslut.
- Samordna och vara sektorns kontaktperson vid nationella jämförelser såsom exempelvis (öppna jämförelser och kommunens kvalitet i korthet)
- Delta i och samordna övergripande kvalitetsprojekt.
- I samverkan med sektorchef årligen revidera dokument som ingår i sektorns kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAS/MAR

Ansvarar för att

- Den kommunala hälso- och sjukvården håller en god kvalitet.
- Bistå och fungera som administrativt stöd till sektorchef vid upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse.
- Utföra granskningar och uppföljningar inom Hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.
- Redovisa resultat av granskningar till sektorns ledningsgrupp och omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden.
- Utfärda revidera och fastställa riktlinjer utifrån aktuell lagstiftning.
- Utredda och anmäla händelsen till Socialstyrelsens tillsynsenhet samt att informera nämnden om att en lex Maria-anmälan har skickats till IVO samt att informera patienten eller närstående samt att dokumentera detta i patientens journal.
- Fungera som stöd och bistå verksamhetsutvecklare med att driva och hålla samman arbetet med sektorns kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Tillsynsansvarig social omsorg, TSO

Ansvarar för att:

- Bistå och fungera som administrativt stöd till sektorchef vid upprättande av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse.

- Utföra granskningar och uppföljningar inom socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.
- Initiera och följa upp riktlinjer och rutiner på sektornivå.
- Redovisa resultat av granskningar till sektorns ledningsgrupp och OAN.
- Följa upp och granska externa utförare enligt fastställt dokument från nämnden.
- Utredda rapporter gällande lex Sarah utifrån nämndens antagna rutiner för tillämpning av bestämmelserna om Lex Sarah.
- Fungera som stöd och bistå verksamhetsutvecklare med att driva och hålla samman arbetet med sektorns kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Kvalitets- och utvecklingsansvarig Individ- och familjeomsorg

Ansvarar för att:

- Bistå verksamhetschef och enhetschefer på IFO i utförandet av granskningar och uppföljningar inom socialtjänstens område enligt fastställda dokument.
- Fungera som stöd och bistå verksamhetsutvecklare med att driva och hålla samman arbetet med sektorns kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.
- Bistå och fungera som administrativt stöd för verksamhetschef och enhetschefer på IFO vid upprättandet av en årlig kvalitets- och patientsäkerhetsrapport/berättelse på verksamhetsnivå och enhetsnivå.
- Delta i kvalitetsprojekt samordnade av verksamhetsutvecklare.
- Vid anmodan utreda händelser enligt Lex Sarah.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvarar för att:

- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utvecklar rutiner.
- Ha kännedom om och arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner.

Socialsekreterare, biståndshandläggare osv

Ansvarar för att:

- Handläggning av ärenden sker rättsäkert utifrån gällande lagstiftning riktlinjer och rutiner.
- Bidra till att en hög rättsäkerhet upprätthålls.
- Ha kännedom och arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner.

Undersköterska, vårdbiträde, stödpedagog, stödassistent osv.

Ansvarar för att:

- Medverka till att de omsorgsinsatser som genomförs är av god kvalitet, genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- Ha kännedom och arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner.

4 Avvikelser

Avvikelser

Avvikelser som rapporteras i verksamheterna i verksamhetssystemet Treserva, är i de allra flesta fall händelser som rör läkemedelshantering och fall.

Det saknas således systematik kring hanteringen av avvikelser ur ett socialt perspektiv, exempelvis händelser som berör avvikelser kring bemötande, dokumentation eller uteblivna insatser. Det har registrerats för få sociala avvikelser för att kunna identifiera mönster och trender kring vad för slags sociala avvikelser som sker inom sektorn, likaså för få för att systematiskt, bedriva ett förbättringsarbete.

Rapporterade avvikelser i Treserva, rör till största delen negativa händelser av Hälso- och sjukvårdskaraktär. Flera av verksamheterna beskriver att regelbundna analysmöten för dessa avvikelser sker i det dagliga arbetet med enhetschef som sammankallande. Oftast finns flera olika professioner närvarande vid dessa analysmöten, och åtgärder beslutas och vidtas i verksamheterna i syfte att förhindra upprepning och för att genom detta arbetssätt förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Avvikelser och åtgärder återkopplas till resterande personal på teamträffar och arbetsplatsträffar.

Vanligaste orsak till avvikelser gällande läkemedel, är utebliven dos. Oftast handlar dessa uteblivna doser om att omsorgspersonal glömt att ge läkemedlet eller att omsorgstagare avböjt att ta emot läkemedlen. Orsak till avvikelser gällande fall utan skada är oftast uppegående omsorgstagare med demenssjukdom. Vid flera fallavvikelser för en och samma omsorgstagare, har man som en åtgärd i samråd med ssk, anhörig samt den enskilde, ibland börjat använda sensorlarm. I de särskilda boendena i äldreomsorgen gäller även ett flertal avvikelser larmanordningar och begränsningsåtgärder.

4.1 Rapporteringsskyldighet

Rapporteringsskyldighet

Bestämmelserna om lex Sarah

Rapporteringsskyldigheten regleras i både socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och av den rutin som finns inom sektorn framgår det att den som uppmärksammar eller får kännedom om missförhållanden vid omsorgen om någon enskild genast skall rapportera händelsen. Rapporteringen ska ske till närmaste chef, eller överordnad chef om rapporten berör närmaste chef. Den sjuksköterska som är i tjänst utöver kontorstid ansvarar för att ta emot rapport under kvällar och helger. Den som tar emot anmälan utser därefter en utredare av händelsen som är så opartisk som möjligt. Sektorchef fattar på delegation, beslut om händelsens allvarlighetsgrad och nämnden ansvarar för att allvarliga missförhållanden eller risker för allvarliga missförhållanden anmäls till Inspektionen för vård och omsorg.

Information om rapporteringsskyldigheten ska ges till medarbetare och inom sektorn sker det skriftligen vid nyanställning och därefter 1-2 gånger per år vid respektive enhets arbetsplatsträff.

En hörnsten i hanteringen av lex Sarah är att systematiskt tillvarata lärdomar som kommer ur ett missförhållande. I, exempelvis, äldreomsorgen pågår arbete med att återföra erfarenheter och lärdomar av lex Sarah-händelser genom att informera om händelser och åtgärder på arbetsplatsträffar för medarbetare samt genom att chefer informerar varandra och diskuterar lex Sarah-händelser på enhetschefernas ledningsmöten.

Allvarlighetsgrad

Sammantaget har det inom sektorn under perioden januari till och med augusti upprättats 20 stycken rapporter enligt rutinen för lex Sarah där tre stycken hittills har anmälts till IVO, samtliga som påtagliga risker för allvarliga missförhållanden (en rapport angående ett avstängt brandlarm och två rapporter kring kränkande bemötande inom verksamheten för funktionshinder.) Av de 20 rapporterna pågår utredning ännu i 12 av fallen, därav kan ytterligare anmälan till tillsynsmyndigheten bli aktuell under året.

Olika typer av missförhållanden/ risker för missförhållanden

I de mönster som kan urskiljas av de händelser som rapporterats enligt rutinen för lex Sarah så framkommer att fyra rapporter handlar om brister i bemötandet, fyra stycken kommer utav bristande rutiner och därigenom har insatser inte utförts eller utförs felaktigt, tre stycken handlar om brister i den tekniska utrustningen, tre rapporter berör bristande sekretess, två rapporter handlar om bristande rättssäkerhet, en rapport handlar om integritetskränkning. Av 20 inkomna rapporterna har tre rapporter utgjort händelser av negativ karaktär (avvikelser) som ej bedömts utgöra ett missförhållande, risk för missförhållande eller allvarligt missförhållande, påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Åtgärder

Inom sektorn har även åtgärder vidtagits för att avhjälpa och för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Bland dessa finns bland andra upprättande och implementering av nya rutiner, upprättande av nya metodplaner handledning av personal, rekrytering av personal och konsult, rekrytering av personal med annan kompetens, utökad dialog med verksamheter inom skolan och i något fall har händelser även föranlett arbetsrättsliga åtgärder.

Nedan följer en redovisning av hur de inkomna rapporterna fördelar sig mellan de olika verksamheterna inom sektorn:

Tabell: Antal rapporter per verksamhet

Verksamhetsområde	Antal
Äldreomsorg	10,5
Hälsa och sjukvård	0
Individ- och familjeomsorg	2,5
Funktionshinder	7
Totalt	20

Kommentar: En av de inrapporterade händelserna berör både verksamhetsområdena äldreomsorg och individ- och familjeomsorg därav redovisas 0,5 rapport per verksamhet.

Det har ej inkommit information om upprättade lex Sarah-rapporter respektive händelser som blivit anmälda som allvarliga till IVO ifrån enskilda utförare eller Statens institutionsstyrelse (SiS). Nämnden har ansvar för att enskilda, hemmahörande i kommunen, får insatser av god kvalitet även om utförandet genomförs av annan huvudman.

Bestämmelsen om Lex Maria

De verksamheter som bedriver kommunal hälso och sjukvård, beskriver att rutiner för rapportering av avvikelser och negativa händelser är föremål för regelbunden information och dialog på enheterna, till exempel på arbetsplatsträffar.

Under första halvåret 2015 har en avvikelse bedömts kunna innebära risk för allvarlig vårdskada och anmälts till IVO enligt bestämmelsen om Lex Maria. Avvikelsen avsåg brister i underhåll av sängar. Anmälan gäller en trasig elsladd på en säng på ett boende, ingen person kom till skada. Efter händelsen har samtliga elektriskt höj och sänkbara sängar som tillhör grundutrustningen i Ale kommun besiktigats och genomgått förebyggande underhåll. En annan åtgärd för att förhindra att händelse av liknande art inträffar igen är att alla enheter som har grundutrustning, kommer att få en genomgång av hur viktigt det är att följa bruksanvisningar för medicintekniska produkter samt att anmäla när fel uppstått på utrustningen. Uppföljningen av de vidtagna eller planerade åtgärderna sker till vårdgivaren via kvalitets och patientsäkerhetsrapport/berättelse.

5 Uppföljning genom egenkontroll

Nationella och regionala kvalitetsregister

Arbetet med kvalitetsregistret Senior Alert har resulterat i riskbedömningar och åtgärdsplaner för att motverka undernäring, trycksår, fall samt bibehålla en god munhälsa för samtliga vårdtagare på särskilt boende i äldreomsorgen. Metodutvecklaren har haft ett nära samarbete med omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt enhetschef på särskilda boenden för att implementera Senior Alert i det vardagsnära arbetet.

Resultatet i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret har förbättrats avsevärt på alla områden utom risken för försämrad munhälsa, där resultatet är lägre än föregående år. Palliativregistret har tolv parametrar som mäts. Elva av de tolv parametrarna har alla ökat sedan föregående år bl.a. efterlevandesamtal. Smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument är fortfarande ett utvecklingsområde. Trolig orsak till detta är att det smärtskattningsinstrumentet som skall användas i registret används inte, utan varje sjuksköterska gör en klinisk bedömning utifrån sin profession, vid varje tillfälle. Sex av parametrarna har 100 % registrering eller nästintill. Framgångsfaktor bedöms vara en checklista som är framtagen och har använts under året och som underlättar registrering i palliativregistret.

Demenssköterskan utbildar och handleder omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor som arbetar med personer som har demensdiagnos. Vårdtagare med mycket stor oro bedöms utifrån BPSD (kvalitetsregistret för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens). Vårdplan med omvårdnadsåtgärder upprättas efter bedömning och används innan läkemedel mot oro och ångest ordineras. Arbetet sker tillsammans med primärvårdens läkare. Användandet av BPSD visar på ett positivt resultat där personalens bemötande är av avgörande betydelse för vårdtagare med demensdiagnos.

Metodutvecklaren på enheten har även arbetat i direkt omsorgs/vårdtagararbete där omvårdnadsbehoven har varit extra stora och svåra för ordinarie omvårdnadspersonal att hantera.

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser är nationella undersökningar som genomförs inom bland annat socialtjänst och hälso- och sjukvård. Syftet är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

Jämförelse av äldreomsorg och hemsjukvård sker i de olika de jämförelserna. *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Kommun och enhetsundersökningen, äldreguiden och Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre.* I omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens nämndplan för 2015 finns målsättning om att den sammantagna nöjdheten inom särskilt boende och hemtjänsten under året ska uppnå en viss nivå. Målsättningen för 2015 överensstämmer med resultaten från socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* 2014 och är 86 % för särskilt boende i sin helhet och 90 % för hemtjänsten i sin helhet. Samtliga enheter analyserar sina resultat och arbetar med åtgärder både för att behålla vissa värden och höja andra. Målsättning och aktiviteter dokumenteras och följs i respektive enhetsplan. Eftersom det finns en gemensam målsättning för nöjdheten måste varje enhet utifrån sina specifika förutsättningar och resultat bidra till att målsättningen nås. Gemensamt för samtliga enheter 2015 är att arbeta med att tydliggöra var/hur och till vem den enskilde kan framföra synpunkter och eventuella klagomål. Resultaten från Öppna jämförelser redovisas i nämnd och på Kommunala pensionsrådet.

Inom öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre redovisas exempelvis indikatorer som beskriver andel 75 år och äldre som använder tio eller fler läkemedel och olämpliga läkemedel. Inom hemsjukvården ska läkemedelsgenomgångar genomföras på alla som är 70 år och äldre enligt plan som är framtagen av Västra Götalandsregionen.

Öppna jämförelser stöd till personer med funktionsnedsättning utgår från kvalitetsområdena självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet och tillgänglighet. De indikatorsområden som är aktuella är: Former för brukarinflytande, meningsfull sysselsättning, arbetsmarknad, boende, stöd i vardagen, ledarsagning, brukarundersökning, habiliteringsersättning, intern samordning i enskilda ärenden, extern samverkan i enskilda ärenden, individuell plan, uppföljningssystem, uppföljning av beslut, handläggares kompetens, information om LSS i alternativa format, tillgänglig information på webbplatsen, uppsökande verksamhet och informerande verksamhet. Verksamhetens bedömning är att kommunen erbjuder relativt mycket inom de fem områden som jämförelsen berör.

Tyngdpunkten i *Öppna jämförelser missbruk och beroendevård* är förutsättningar för god kvalitet inom missbruks- och beroendevården. Utifrån de resultat som redovisats i *Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevård* har vuxenheten under åren arbetat med att upprätta rutiner tillsammans med de olika enheterna inom Individ- och familjeomsorgen och enheten har också blivit bättre på att tidigare erbjuda en tid för första besök.

Tidigare resultat

I Kommunens Kvalitet i Korthet redovisas resultat inom områden: Kommunens tillgänglighet, trygghetsaspekter i kommunen, medborgarnas delaktighet och kommunens information, kommunens effektivitet och kommunen som samhällsutvecklare. Resultaten har ambitionen att beskriva kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

Genom KKIK kan sektorn exempelvis jämföra sig med andra kommuner vad gäller *Hur lång är väntetiden i snitt (dagar) för att få plats på ett äldreboende från ansökan till erbjudande om plats?*, *Hur lång är handläggningstiden i snitt (dagar) för att få ekonomiskt bistånd vid nybesök?* *Hur många olika vårdare besöker en äldre person med hemtjänst under en 14-dagarsperiod?* *Vilka kvalitetsaspekter finns inom särskilt boende?* *Vilket omsorgs- och serviceutbud har hemtjänst finansierad av kommunen?* *Vilka kvalitetsaspekter finns inom LSS grupp- och serviceboende?*, *Utredningstiden för samtliga LSS insatser och Andelen ungdomar som inte kommit tillbaka inom ett år efter avslutad insats/utredning?*

Uppgiftsinsamlingen till KKIK 2015 genomförs under perioden september- oktober och resultaten kommer att presenteras i januari 2016. En sammanställning av resultaten med analys och jämförelse med resultat från tidigare år redovisas därför i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2015. Andra jämförelser som gjorts med tidigare års resultat beskrivs också under exempelvis rubrikerna öppna jämförelser och målgruppsundersökningar.

Målgruppsundersökningar

Inom äldreomsorgen genomförs målgruppsundersökningar genom Socialstyrelsens årliga brukarenkät. (*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*) Resultaten ingår som en viktig del i verksamhetens systematiska förbättringsarbete. Under året har verksamhetens fokus varit att öka den sammantagna nöjdheten med särskilt boende och hemtjänsten. Gemensamt för samtliga enheter är också att under 2015 tydliggöra var/hur och till vem den enskilde kan framföra synpunkter och eventuella klagomål.

Inom verksamhetsområdet funktionshinder har målsättningen under perioden varit att genomföra brukarundersökning mer systematiskt. En brukarundersökning för transportgruppens resenärer genomförts. Resultatet är överlag bra. Aktuella förbättringsområden har diskuteras på arbetsplatsträffar och åtgärder pågår utifrån resultatet. En enkätundersökning har också genomförts inom korttidsverksamheten. Som ett led i arbetet med att arbeta mer systematiskt med brukarundersökningar har en utbildning i delaktighetsmodellen genomförts. Inom verksamhetsområdet har även temakvällar har anordnats för anhöriga till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Genom träffarna har verksamhet getts möjlighet att inhämta synpunkter från anhöriga kring de aktuella frågorna. Inom ramen för PRIO-satsningen (plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa) där Ale kommun söker medel från staten för att arbeta mot psykisk ohälsa har synpunkter inhämtats från brukarorganisationer med avseende på lokal handlingsplan i psykiatrirådgöring mellan kommunen, psykiatri och primärvården. Under perioden har en andra omgång lärandenätverk startat. Lärandenätverken berör frågor som handlar om kommunens och landstingets utbud till stöd av personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga.

Inom Individ- och familjeomsorgen genomförs brukarundersökningar årligen vid verksamhetens enheter. Innan årsskiftet ska alla enheter genomfört brukarenkäter. I syfte att höja kvaliteten i behandlingsarbetet och bli än mer behovsstyrda har MiniMili startat med att kontinuerligt göra uppföljningar med 6-8 veckors mellanrum i behandlingskontakter. Uppföljningen är i form av personliga intervjuer med de personer personalen möter i behandling. Intervjuerna genomförs av annan behandlare än den aktuella behandlaren. Uppföljningarna kommer även att användas som forskningsmaterial i samverkansforskningen tillsammans med Högskolan i Väst.

Granskning av journaler och annan dokumentation

Socialstyrelsens nya föreskrifter kring handläggning och dokumentation trädde i kraft 1 januari 2015 och verksamheterna har kommit olika långt i arbetet med att uppdatera och anpassa rutinerna utifrån de nya kraven. Utbildningsinsatser har påbörjats både interna och externt.

Den granskning av journaler och annan dokumentation som genomförs inom sektorns verksamheter skiljer sig också åt mellan de olika verksamhetsområdena. Det saknas således en sektorsövergripande plan och metod för granskningen. Verksamheterna arbetar likväl med uppgiften, om än på skilda vis och med olika systematik.

Inom Individ- och familjeomsorgen, exempelvis, genomför enhetschef eller 1:e socialsekreterare regelbundet granskning av dokumentation. Inom Hälsa och sjukvård granskas ej journaler systematiskt utan på förekommen anledning, i händelse av avvikelser.

Inom verksamhetsområdena funktionshinder och äldreomsorg har det under perioden januari till och med augusti fokuserats på den enskildes genomförandeplan och inom äldreomsorgen har en mer lättarbetad genomförandeplan tagits fram vilken har medfört gott resultat i andelen upprättade och aktuella genomförandeplaner. Dokumentationsombud finns på respektive enhet vilka har ett utökat ansvar för dokumentationen. Inom båda verksamhetsområdena förekommer rutiner för stick-provs kontroller av andelen upprättade och aktuella genomförandeplaner samt granskning av kvaliteten på dokumentationen. Resultatet påvisar ett visst förbättringsbehov inom några enheter och ytterligare ett förbättringsområde är att göra den enskilde mer delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.

Inom Funktionshinder och specifikt inom den personliga assistansen finns även utmaningar i form av finna tekniska lösningar för dokumentation när arbetet utförs i den enskildes hem.

Förhållningssätt och attityder hos personalen

Inom äldreomsorgen utgör Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* ett viktigt underlag arbetet kring förhållningssätt och bemötande på enhetsnivå och verksamhetsnivå. Även de enskildas synpunkter och eventuella klagomål har stor betydelse för arbetet på enhetsnivå. Äldreomsorgen i Ale har en *Värdegrund* som innehåller löfte till den enskilde att hen ska uppleva ett gott bemötande av personalen i äldreomsorgen. Utbildningsåtgärder har gjorts för värdegrundsombud och en sammanhållande funktion för värdegrundsarbetet. Störst fokus i frågan har särskilt boende fått eftersom SoL-insatserna där är mest omfattande.

Inspektionen för vård och omsorg har under året gjort en tillsyn i delar av verksamheten funktionshinder och som ett resultat av denna påtalat förbättringsområden kring bemötande och förhållningssätt som aktuell enhet arbetar med. I alla enheter förs en kontinuerlig dialog kring dessa frågor, såväl på arbetsplatsträffar och planeringsdagar som på medarbetarsamtal och i viss mån även på brukarmöten. Metodplaner är ett viktigt instrument i arbetet med dessa frågor. Utöver detta har särskild utbildningsinsats genomförts på ett par enheter inom verksamhetsområdet under 2015.

Inom Individ- och familjeomsorgen har ett klagomål om avseende bemötande under perioden. Klagomålet hanterades enligt rutin och behandlades i personalgruppen för kvalitetsutveckling avseende bemötande. Brukarenkäter kan visa den enskildes uppfattning av attityd och förhållningssätt hos verksamhetens personal. Enkäter ska genomföras vid alla enheter innan årsskiftet.

Synpunkter från tillsyns/revisionsrapporter

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg har genomfört en tillsyn av delar av verksamheten inom funktionshinderområdet och utifrån tillsynen ställt krav på åtgärder. Arbetet med åtgärderna pågår och svar har nyligen skickats till IVO.

Utifrån en lex Sarah-anmälan och inkommet klagomål ifrån enskild har tillsynsmyndigheten även valt att inleda ytterligare en tillsyn på en av enheterna inom funktionshinderområdet. Resultatet ifrån tillsynen har ännu ej delgivits.

Revisionsrapporter

Verksamhetsområdet Hälsa och sjukvård har fortsatt arbetet med att åtgärda de synpunkter som mottogs vid revision 2014. Revisionsrapporten påtalade vikten av att göra enskilda mer delaktiga i vårdplaneringsprocessen och verksamheten har under perioden arbetat med att inrätta ett Trygg hemgångsteam för att, bland annat, öka möjligheten till delaktighet.

En granskning av rutinerna för hanteringen av privata medel inom funktionshinderomsorgen har genomförts och visar på goda resultat.

Inom Individ- och familjeomsorgen har två revisioner genomförts under perioden. Den ena granskningen undersökte

rutinerna för hanteringen av inkomna anmälningar rörande barn som far illa eller riskerar att fara illa. Granskningen visar att rutinerna är ändamålsenliga men med vissa brister. De identifierade bristerna är bland andra risken för säkerheten i handläggningen och förhandsbedömning utifrån en, periodvis, alltför hög arbetsbelastning för handläggarna. En annan brist som tydliggjordes var att enheten saknar kompletta arbetsrutiner och riktlinjer för handläggningen. Samt att enheten är försenad med dokumentationen av ärenden. De åtgärder som vidtagits är att anställa ytterligare personal vid enheten samt att avsätta en person till att revidera och upprätta arbetsrutiner och riktlinjer. Likaså har en konsult fått i särskilt uppdrag att dokumentera i försenade utredningar.

Den andra revisionen vid Individ- och familjeomsorgen avsåg huruvida samverkan mellan försörjningsstöd och arbetsmarknadsenheten är ändamålsenlig eller inte. Granskningen visar på goda resultat.

Inom äldreomsorgen har en revision påpekat att processen för överlämningen av ett ärende ifrån biståndsenheten till verkställigheten, behöver förtydligas. Verksamhetsområdet har under perioden arbetat med att upprätta en ny rutin för processen som även inkluderar den digitala överlämningen av ärendet som sker i verksamhetssystemet.

Samverkansavvikelse inom SIMBA

När medarbetare identifierat en negativ händelse eller risk för negativ händelse i vårdsamverkan ska avvikelserapport skrivas i enlighet med framtagna rutiner för SIMBA (Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale). Exempel på negativ händelse kan vara att rutiner enligt KLARA/SVPL inte följts, att informationsöverföringen mellan olika aktörer brister, att vårdtagaren inte har fått tillräcklig information vid utskrivning för att känna sig delaktig vid hemgång eller att läkemedel inte iordningsställts enligt överenskommelse mellan vårdgivarna. Avvikelsen ska skickas till berörd aktör snarast, dock senast två veckor efter upptäckt. Så snart en rapport mottagits ska en utredning påbörjas och avslutas senast två månader efter rapporteringstillfället. Händelsen rapporteras på avsedd blankett för avvikelser över vårdgivargränserna och skickas till respektive mottagare hos berörd vårdgivare.

Under första halvåret har flera avvikelser upprättats på enheten till bla Kungälv's sjukhus och vårdcentraler i Ale kommun. Avvikelserna gäller främst felaktig läkemedelsordination och utebliven överrapportering vid vårdens övergångar.

Vårdgivaren, Ale kommun har även mottagit några avvikelser som rör bristande överrapportering när vårdtagare besöker annan vårdinrättning såsom sjukhus. Diskussion förs med berörda medarbetare eller grupper om avvikelser.

6 Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten

Den omorganisation som genomfördes i sektorn med tyngdpunkt på omfördelat verksamhetsansvar bedöm sannolikt ha stärkt samverkan mellan förebyggande arbete, biståndsenhet och utförare av hemtjänst vilket ger ett positivt resultat för den enskilde på grund av en bättre helhetssyn från organisationen.

Samverkan sker på övergripande nivå mellan sjukvård och kommun i SIMBA. Inom ramen för SIMBA-samarbetet sluts överenskommelser kring hur samverkan ska ske genom en handlingsplan för den nära vården.

Frågor som handlar om samverkan principiellt eller då samverkan inte fungerat önskvärt sker ofta på enhetschefsnivå. Till exempel sker samverkan med företrädare för landstingets vårdgivare, såväl primärvården som länssjukvården, i synnerhet psykiatrin.

Samverkan mellan sektorerna i kommunen är självfallet också en viktig fråga och såväl med sektor Samhällsbyggnad som med sektor Utbildning- Kultur och Fritid har samverkan förtätats under året kring gemensamma frågor.

Verksamheten Personligt ombud drivs i samverkan med två grannkommuner och även här är enhetschef med i styrgruppen.

Medarbetare med vård- och stödsamordningsuppdrag (VSS) ansvarar för vem som erbjuds VSS och de har regelbundna möten för detta. Enhetschef deltar på vissa möten då även andra övergripande frågor kring VSS tas upp. Chefer för medarbetare som ger VSS ingår i en chefsgrupp tillsammans med övriga kommuner som finns i samverkan kring VSS, det vill säga Kungälv, Stenungsund och Tjörn.

Verksamhetsområdet Funktionshinder har en bogrupp som fördelar boendeplatser samverkar med biståndshandläggare inom Biståndsenheten.

En annan viktig samarbetspartner är Försäkringskassan, främst i de individuella ärendena och särskilt inom Personlig assistans. De verksamheter som riktar sig mot barn och unga har också samverkan med Rehabiliteringen, i första hand i individuella ärenden men här har också informationsutbyte på generell nivå skett under året.

På individnivå har kommunens sjuksköterskor hos vissa av brukarna, tillsammans med personal, kontinuerliga uppföljningar utifrån brukaren, pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner samt ordinationer. För övriga som har egenvård är kommunens sjuksköterskor inte involverade utan sjukvården hanteras som brukligt via vårdcentralerna.

Personalen samverkar i övrigt med flera olika verksamheter kring brukarna. I huvudsak är det brukarens kontaktpersonal på boendet som har ansvaret när det gäller kontakt med samverkansparter såsom till exempel arbetsmarknadsenheten, individ- och familjeomsorgen (IFO) och skolan. Samverkan kring den enskilde sker och styrs även av genomförandepplanen som upprättas tillsammans med kontaktpersonalen från boendet samt god man och eventuell personal från daglig verksamhet. Uppdraget kontaktpersonal är tydligt konkretiserat i det styrdokument som finns i verksamheten och alla händelser av vikt kring brukaren ska dokumenteras i Treserva.

Enhetschef deltar i styrgruppen för arbetsmarknadsenheten (AME) tillsammans med enhetschef för sysselsättningsdelen och verksamhetschefer för funktionshinder och individ- och familjeomsorgen. Styrgruppen ska behandla de gemensamma frågorna inom arbetsmarknadsområdet. AME:s enhetschefer har kontinuerlig kontakt för olika samverkansfrågor.

Ingången som är organiserad under IFO tar emot, kartlägger och bedömer lämplig insats utifrån AME:s trappmodell för alla brukare/deltagare som kommer till AME. Ingången har under året kompletterats med en handläggartärf där representanter för AME:s olika delar träffas varannan vecka och planerar för verkställighet. Ingången samverkar både inåt organisationen mot alla arbetsplatser samt även utåt med till exempel Biståndsenheten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Internt inom IFO pågår utveckling av befintliga och framtagande av nya former av samarbetsrutiner och överenskommelser. Syftet är att resurser inom verksamheten nyttjas optimalt och resulterar i ett effektivt stöd till den enskilde. Verksamheten ingår i samarbete med övriga verksamheter inom kommunen i flyktingfrågan där utvecklingsavdelningen är samordnare. Folkhälsoteamet Tidigt samordnade insatser, där flera av verksamhetens enheter ingår, samordnar barna-

vården inom kommunen. Gruppen samordnar även det externa samarbetet som SSPF och Västbus. Inom verksamheten pågår samarbete mellan enheter som möter barn och unga.

Samverkansrutiner och handlingsplaner finns med externa samverkansaktörer vid de olika enheterna. Avseende vuxenheten finns lokala handlingsplaner för missbruk, beroendefrågor, primärvård och psykiatri. Lokalsamverkan mellan chefer på enhetsnivå sker två gånger/termin för revidering av handlingsplaner samt information/kunskapsutbyte och gruppen redovisar till SIMBAs styrgrupp. Inom kommunen saknas rutiner för samverkan avseende vuxenheten med funktionshinder och äldreomsorg. Skriftliga samverkansöverenskommelser finns mellan försörjningsstödsenheten och arbetsförmedlingen, AF, avseende vuxna och med både AF och arbetsmarknadsenheten avseende unga 18-24 år som är arbetslösa. Verksamheten har regelbunden samverkan med öppenspsykiatri, vuxenutbildningen, försäkringskassan och vården. Enhetschef för arbetsmarknadsenheten är representant i Samordningsförbundets lokala ledningsgrupp.

Verksamhetens sociala investeringsprojekt MiniMili ingår i ett samarbete med Högskolan Väst sedan januari 2015, det beräknas pågå till december 2016. Frågeställningar som ska studeras är bland annat behovsstyrd behandling samt nätverksarbetet. I förlängningen ska både MiniMili och forskningen kunna dra nytta av resultatet. Frågeställningarna blir därför formulerade så att de både är av högt vetenskapligt intresse och av stort intresse för verksamheten.

Samarbete med Vakna och brottsförebyggare i kommunen sker kontinuerligt. Under hösten 2015 kommer MiniMili bland annat vara med i arbetet kring "Schyssta Gym" i Nödinge. Ett koncept har i samverkan med ungdomsmottagningen, socialkontoret och fältassistenter på fritid tagits fram och kommer utvecklas vidare under hösten 2015. En dialog med utvecklingsledare inom VG region, ungdomsmottagningen, MiniMili och Verksamhetschef inom IFO, har initierats för att framöver tydligare arbeta mer integrerat med varandra.

Biståndsenheten har regelbundna möten med primärvård och sjukhus. Enheten samverkar enligt rutin för omsorg och vårdplanering och vårdplaneringsteam i kommunen. Två biståndshandläggare ansvarar för administration av kallelser i KLARA SVPL, samordning av avvikelser samt övergripande KLARA SVPL frågor.

För den kommunala hälso- och sjukvården samverkar verksamhetschef i Närområdesgruppen där primärvården och sjukhuset är representerade med sina respektive verksamhetschefer/företrädare för att optimera hälso- och sjukvården samt säkra att samverka fungerar mellan de olika vårdgivarna.

Ett avtal för läkarmedverkan i den kommunala Hälso- och sjukvården finns upprättat, där det framkommer hur ofta patientansvarig läkare träffar ansvarig sjuksköterska. Räcker inte tiden för att tillgodose patientsäkerheten, finns det andra tider för konsultation och hembesök. På kväll, natt och helg finns jourläkare tillgänglig för konsultation eller hembesök. Under kontorstid måndag till fredag, finns AVH-teamet, avancerad vård i hemmet, Kungälv's sjukhus tillgänglig för konsultation och hembesök för patienter inskrivna i hemsjukvård.

Enhetschefen träffar de övriga enhetscheferna inom ATO för att försäkra sig om att det sker en god samverkan mellan omvårdnadspersonalen sjuksköterskorna, arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna,

Inom SIMBA finns olika nätverksgrupper gällande den kommunala hälso- och sjukvården, sjukhuset och primärvården. Nätverksgruppen för rehab har dock varit vilande under våren i väntan på hur regionens rehab ska vara organiserad, EC för hemsjukvården deltar på nätverksträff med Kungälv's sjukhus två gånger per termin. Frågor som berörs är beläggning på sjukhus, vårdtyngd, vårdplanering och utskrivning till kommun.

Kvalitetsrådet i sektorn, som har i uppgift att öka kvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården och består av verksamhetschef, MAS/MAR, enhetschef för rehab och enhetschef för hemsjukvården samt företrädare för hemsjukvården.

Arbetet som påbörjades förra året med att öka samarbetet mellan omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna i den palliativa vården har fortsatt.

Vårdplaceringsteamet har sedan årsskiftet ansvarat för vårdplanering och inskrivning av alla ärenden som är aktuella för hemsjukvård. Planering sker både på sjukhus, i det egna hemmet och på telefon. Teamet är en länk mellan respektive profession inom kommunen som är involverad i vård och omsorg om den enskilde.

Arbetet med NPÖ har kommit en bit på väg. De tekniska bitarna är färdiga. Tillsammans med MAS/MAR tas samtycke fram och utbildningstillfällen för arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor är under planering och kommer att genomföras under hösten.

7 Riskanalys

Inom ramen för sektorns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns upprättade rutiner för att genomföra förebyggande riskanalyser vid förändringar i verksamheten. Exempel på förändringar kan vara organisationsförändringar eller införande av nya metoder arbetssätt eller It- system i verksamheten. Förbyggande riskanalyser görs också i samband med att sektorn fastställer och dokumenterar verksamhetens processer. Detta arbete har påbörjats under hösten och dokumenteras i beslutsstödet Stratsys. Utöver arbetet med förebyggande riskanalyser genomförs riskanalyser inom ramen för det rutiner som gäller för synpunktshandling, avvikelshantering, Lex Sarah och Lex Maria. Riskanalyser görs också på individnivå t.ex. utifrån arbetet inom ramen för de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och delvis BPSD. Under perioden har ett arbete också påbörjats inom funktionshinders verksamhetsområde som innebär att genomföra riskanalyser och tillhörande handlingsplaner/metodplaner vad gäller enskilda individer. Arbetet fortsätter under hösten.

Nedan redogörs för hur sektorn har arbetat med förebyggande riskanalyser enligt Rutin för händelse- och riskanalys inom sektor arbete, trygghet och omsorg under perioden.

Riskanalyser har genomförts inom samtliga verksamhetsområde i samband med den planerade organisationsförändring som gjordes på sektornivå i augusti. Riskanalyser har också genomförts på enhetsnivå. Exempelvis vid förändring av bemanningen, byte av chef och lokaler. Arbetet med riskanalyser har föranlett att alla rutiner gällande brandsäkerheten har uppdateras på en av enheterna inom funktionshinder. Arbetet med att närma sig budget i balans kommer sannolikt att innebära att ytterligare förebyggande riskanalyser kommer att göras under hösten.

Individ- och familjeomsorgen har genomfört riskanalyser i samband med den planerade organisationsförändring där tjänster inom förebyggande arbete drogs in och vid implementeringen av bedömningsmetoden FIA (förutsättningar inför arbete) och Instrument X. Riskanalysen som genomfördes i samband med implementeringen av bedömningsmetoden FIA och Instrument X påvisade en risk för effektivitetsförlust om bedömningsstöden används vid fel målgrupp. Vid rätt målgrupp bedöms bedömningsstödet innebära en kvalitetsökning och en ökad måluppfyllelse. För att minimera denna risk har en rutin införts som klargör vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att bedömningsstöden ska vara adekvata.

Arbetsmarknadsenheten har följt upp den riskanalys utifrån ett brukarperspektiv, som gjordes i samband med organisationsförändring som genomfördes 2014 då AME/sysselsättning flyttades till Individ och familjeomsorgen. Resultaten av riskanalysen visade att det är viktigt att AME förblir en verksamhet med fokus på att stärka arbetslösa att närma sig den reguljära arbetsmarknaden eller utbildning. Resultatet av analysen visar på farhågor att enheten främst kommer att bli ett verktyg för försörjningsstödsenheten och därmed tappa sin egen profil. Genom tät och konstruktiv dialog både inom enheten och med försörjningsstödsenheten kan enheten fortsatt ha kvar sin profil och sitt uppdrag. Organisationsförändringen har stärkt och utökat ett gott samarbete med flera enheter inom Individ- och familjeomsorgen.

Svårigheten att rekrytera vikarie inom Ale rehab har till viss del inneburit att uppföljning av rehabiliteringsinsatser inte har kunnat prioriteras. Exorlive ett webbaserat program har införskaffats i syfte att lägga upp tydliga och bra träningsprogram, samt säkra informationen till delegerad personal. Risker har identifierats rörande läkemedelshandling, med anledning av det har läkemedelshandling där hemsjukvården har ett ansvarsövertag varit ett förbättringsområde under året. Ett projekt har pågått under perioden för att få ett gemensamt ordinationsunderlag i Pascal (ordinationsverktyg) för vårdtagare inskrivna i hemsjukvården vid läkemedelsövertag. Andra exempel på åtgärder som vidtagits är förändrade rutiner vid leverans av läkemedel.

8 Hantering av klagomål och synpunkter

Sektorn är av uppfattningen att inkomna klagomål och synpunkter är av betydelse för verksamhetens utformning och kvalitet. Genomgripande för sektorn är att de klagomål och synpunkter som inkommer via synpunktshanteringen tas om hand, vanligtvis genom att ansvarig chef mottar synpunkten eller klagomålet, utreder det och om möjligt åtgärdar på både kort och lång sikt samt återkopplar till den som lämnat synpunkten eller klagomålet.

Dock inkommer och registreras det mycket få synpunkter och klagomål i sektorn. Därmed uppstår svårighet i att bedriva ett ändamålsenligt och systematiskt förbättringsarbete utifrån inkomna synpunkter och klagomål.

Av de synpunkter och klagomål som ändå inkommit till sektorn återfinns främst klagomål men även ett antal positiva synpunkter. Innehållet i de registrerade synpunkterna och klagomålen varierar och det är inte möjligt att se några tydliga mönster. De vanligast förekommande klagomålen har handlat om kvaliteten på insatser, exempelvis att städningen av en bostad varit bristfällig. Ett par klagomål rör bristande bemötande och ytterligare några rör att omgivningen störts av pågående verksamhet genom besvärande rökning och bilar som överskridit hastighetsbegränsningen. Inom verksamhetsområdena äldreomsorg och funktionshinder har det inkommit klagomål på bristande kontinuitet och att det periodvis, arbetat många vikarier på en enhet. Ett par klagomål har också handlat om verksamhetens bedömningar när det kommer till hur ett behov bedöms hos myndigheten samt ytterligare något klagomål har rört bristande alternativ för hur ett behov kan tillgodoses inom sektorn.

9 Systematiskt förbättringsarbete

Som ett led i avvikelshanteringen har man inom äldreomsorgen arbetat med åtgärder som schema- och bemanningsförändringar, lokala rutiner och arbetsfördelning samt att tydliggöra uppdrag för personalen. Samtliga särskilda boenden har haft genomlysning av nutritionsrutiner och måltidssituation för omsorgstagarna. Samtliga medarbetare i särskilt boende har också fått utbildning i nutritionskunskap, både i teoretisk och praktisk form.

Frågor som rör social dokumentation, metodutveckling och kvalitetssäkring inom området Funktionshinder följs upp kontinuerligt av verksamhetspedagoger. Dessa verksamhetspedagoger har också ansvar för handledning och metodstöd till familjer där det finns barn med stora stödbehov.

Arbetet med genomförandeplanerna är en viktig fråga för kvaliteten i verksamheterna i allmänhet och för kvaliteten kring den enskilde i synnerhet. Att göra fler samordnade individuella planer i ärenden där detta är påkallat har också varit en målsättning under året, liksom att erbjuda fler brukare Vård- och stödsamordning.

Verksamheter inom området Funktionshinder har även arbetat aktivt med åtgärder kring måltidssituation för brukare. Genom reflektion kring rätten till medbestämmande och att leva som andra har förändringar kring måltidssituationen på någon av verksamhetsområdets enheter vilket i sin tur lett till färre tillbudsrapporter vid måltidssituationen.

Någon enhet inom Funktionshinder har fått handledningsinsatser under perioden och man planerar att se över detta behov av insats på samtliga enheter. Kompetenshöjande insatser har förekommit under perioden, såväl genom externa utbildningar/föredrag som genom interna studiecirklar.

På ett par av enheterna har man anställt stödpedagoger som utöver att arbeta i den direkta verksamheten också har ansvar för att systematiskt arbeta med metodutveckling.

Individ- och familjeomsorg beskriver att man är inne i ett förbättringsarbete avseende samarbete med övriga verksamheter inom kommunen. Under våren genomfördes ett möte med rektorer och förskolechefer och ett till möte är bokad under hösten. I syfte att förbättra förståelsen för varandras verksamheter och samarbetet oss emellan.

Den enskildes upplevelse av mötet med verksamheten och våra insatser är viktigt i kvalitets och utvecklingsarbetet. Brukarenkäter planeras att genomföras under slutet av 2015. Verksamheten har haft hög personalomsättning, svårigheter att rekrytera samt genomgått organisatoriska förändringar samtidigt som det varit en ökning av, i synnerhet, barnavårdsärenden. Det sammantaget har inverkat på kvalitets och utvecklingsarbetet. Handläggare har inte hunnit med utredningar inom lagstadgad tid och dokumentationen har legat efter vid flera enheter. Under hösten har försörjningsstödsenheten kommit i fas med löpande journalföring. Flera enheter ligger ännu i otakt och rekryteringssvårigheterna kvarstår. För att hinna med och komma ikapp har konsulter hyrts in. Verksamheten arbetar med att kartlägga och revidera befintliga riktlinjer och rutiner samt ta fram nya där sådana saknas.

Försörjningsstödsens vägledande dokument reviderades under våren och är införda i verksamhetssystemet Treserva. För att säkerställa att de insatser som verksamheten ger till enskilda och familjer används utvärderingsverktyget Effekt av insats vid försörjningsstöds- och arbetsmarknadsenheten. Verktyget kommer att implementeras vid verksamhetens övriga enheter under 2016.

Metodmedvetenhet är viktig i genomförandet av verksamhetens insatser. De olika enheterna arbetar utifrån utredningssystem, bedömningsinstrument och metoder som är evidensbaserade och syftar till en enhetlighet i bedömningar och utförande.

Verksamheten Hälsa och sjukvård beskriver att det fortsatta arbetet med kvalitetsregistret Senior Alert har bidragit till att upptäcka risk för undernäring, undernäring, trycksår och fall. Metodutvecklaren har tillsammans med personalen arbetat med införandet av kvalitetsregistret. BPSD har gjort det möjligt att identifiera omvårdnadsbehov hos vårdtagare med stor oro som har en demensdiagnos. Palliativregistret visar på ett gott resultat däremot så behöver arbetet med munhälsa prioriteras

Verksamheten planerar att under 2016 se över Informationsöverföringen och instruktion till personalen vid utprovning av personliga och arbetstekniska hjälpmedel.

Arbetsterapeut och fysioterapeut i Vårdplaneringsteamet registrerar och prioriterar inkommande ärenden till enheten.

Detta har bidragit till en mer likartad prioritering och hantering av inkommande ärenden.

Nya arbetsprocesser som exempelvis arbetstider och möten, som styr det dagliga arbetet har implementerats och kommer att följas upp under hösten.

Ale rehab har sedan maj månad fått tillgång till en gymnastiksal, ca 2 timmar/dag, i byggnaden. Tillgång till gymnastiksal har inneburit vinster för enskilda patienters rehabilitering.

Införandet av hemsjukvårdspärm i alla boendeformer har underlättat arbetet för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Aktuella läkemedelslistor finns tillgängliga. Likaså vårdplaner på insatser som är aktuella. Samtycke inhämtas av vårdtagare/anhörig vid första besöket.

Vårdplaneringsteamets sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för alla vårdplaneringar fr.o.m. 2015. Syftet är att få en enhetlig bedömning vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

Nya arbetsprocesser och lokala rutiner är införda för hemsjukvården, en tidbok där alla hembesök måndag till söndag bokas. Tidbok är tillgänglig för alla sjuksköterskor. Rutin är upprättad för rapport mellan dag/kväll och natt. Fortsatt arbete sker med att implementera nya arbetsprocesser och rutiner så att alla sjuksköterskor arbetar lika.

10 Samverkan med den enskilde och närstående

Samverkan med den enskilde och dennes närstående sker dagligen i samtliga verksamheter inom sektorn därutöver finns olika metoder, arenor och verktyg för att formalisera olika slags samverkan.

Exempelvis genomförs brukarundersökningar där resultaten ligger till grund för utvecklingsarbetet inom verksamheten. Undersökningar genomförs exempelvis regelbundet inom äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen och inom funktionshinderomsorgen genomförs undersökningar regelbundet inom delar av verksamhetsområdet.

Flertalet av verksamheterna inom sektorn samverkar även med enskilde genom så kallade brukarråd, månadsmöten för brukare eller anhörigträffar där enskilda och i förekommande fall, även deras anhöriga göras mer delaktiga i verksamheten.

Inom verksamhetsområdena funktionshinder och äldreomsorg utgör genomförandeplanen och i förekommande fall levnadsberättelsen, en hörnsten i samverkan mellan den enskilde och verksamheten. Genom genomförandeplanen ges den enskilde möjlighet att delta i planeringen av insatser och får inflytande och kan i mångt och mycket styra hur biståndet ska utföras utefter den enskildes önskemål. Även den enskildes kontaktperson inom dessa verksamheter har en central roll i samverkan med den enskilde och dennes närstående. Inom verksamhetsområdet Hälsa och sjukvård upprättas en vårdplan där den enskilde, och så önskas, dennes närstående medverkar, varmed den enskilde även ges möjlighet att delta i utformningen av vården. För de brukare som har särskilda behov i samband med kommunikationen tar exempelvis verksamhetsområdet funktionshinder hjälp utav bildstöd och tydliggörande pedagogik utifrån den enskildes behov.

På flertalet enheter inom sektorn återfinns även så kallade förslagslådor där brukare och deras närstående kan lämna synpunkter och förslag. Likaså hålls möten med brukarorganisationer och anhörigorganisationer för att fånga upp synpunkter för att värdera och beakta dem i det fortsatta arbetet.

11 Resultat, sammanställning och analys

Målgruppsundersökningar, Öppna jämförelser, kommunens kvalitet i kortbet

Flertalet verksamheter inom sektorn genomför brukar- och målgruppsundersökningar, vilket ger en möjlighet att undersöka hur den enskilde uppfattar de insatser som verksamheten utför. Äldreomsorgen har till största del uppnått verksamhetens målsättning vad gäller den sammantagna nöjdheten inom hemtjänsten och särskilt boende samt personalkontinuitet inom hemtjänsten. När det gäller brukarnas uppfattning om verksamheten inom övriga verksamhetsområde saknas per augusti en sammanställning av resultaten på en övergripande nivå. Däremot redovisas ett aktivt pågående arbete på enhetsnivå.

Öppna jämförelser stöd till personer med funktionsnedsättning utgår från kvalitetsområdena självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet och tillgänglighet. De indikatorområden som är aktuella är: Former för brukarinflytande, Meningsfull sysselsättning, Arbetsmarknad, Boende, Stöd i vardagen, Ledsagning, Brukarundersökning, Habiliteringsersättning, Intern samordning i enskilda ärenden, Extern samverkan i enskilda ärenden, Individuell plan, Uppföljningssystem, Uppföljning av beslut, Handläggares kompetens, Information om LSS i alternativa format, Tillgänglig information på webbplatsen, Uppsökande verksamhet och Informerande verksamhet. Verksamhetens bedömning är att kommunen erbjuder relativt mycket inom de fem områden som jämförelsen berör.

Tyngdpunkten i öppna jämförelser missbruk och beroendevård är *förutsättningar* för god kvalitet inom missbruks- och beroendevården. Utifrån de resultat som redovisats i Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevård har vuxenheten under åren arbetat med att upprätta rutiner tillsammans med de olika enheterna inom Individ- och familjeomsorgen och enheten har också blivit bättre på att tidigare erbjuda en tid för första besök.

Genom KKIK kan sektorn jämföra sig med andra kommuner vad gäller *Hur lång är väntetiden i snitt (dagar) för att få plats på ett äldreboende från ansökan till erbjudande om plats? Hur lång är handläggningstiden i snitt (dagar) för att få ekonomiskt bistånd vid nybesök? Hur många olika vårdare besöker en äldre person med hemtjänst under en 14-dagarsperiod? Vilka kvalitetsaspekter finns inom särskilt boende? Vilket omsorgs- och serviceutbud har hemtjänst finansierad av kommunen? Vilka kvalitetsaspekter finns inom LSS grupp- och serviceboende? Utredningstiden för samtliga LSS insatser och Andelen ungdomar som inte kommit tillbaka inom ett år efter avslutad insats/utredning* Uppgiftsinsamlingen till KKIK 2015 genomförs under perioden september- oktober och resultaten kommer att presenteras i januari 2016. En sammanställning av resultaten med analys och jämförelse med resultat från tidigare år redovisas därför i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2015.

Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret samt BPSD-registret är implementerade i verksamheterna för Äldreomsorg samt Hälsa och sjukvård. I kvalitetsregistret Senior Alert visar resultatet att det riskförebyggande arbetet avseende fall, undernäring, trycksår samt försämrad munhälsa används i stor utsträckning. Alla omsorgstagare som bor på särskilt boende inom äldreomsorgen har erhållit en screening (riskbedömning). Åtgärdsplaner upprättas vid identifierade risker, och följs upp i verksamheten. En metodutvecklare har i ett nära samarbete med omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt enhetschef på särskilda boenden implementerat Senior Alert i det vardagsnära arbetet.

Svenska palliativregistret som bygger på en efterregistrering av livets sista tid, visar på förbättrade resultat i de flesta av de parametrar som mäts. Förbättringsområden är identifierade i systemet och handlar om att använda validerat smärtskattningssystem och att arbeta med förbättrad munhälsa i livets sista tid.

Genom att använda BPSD-registret (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) kan berörda verksamheter se ett gott resultat i det personcentrerade arbetet med omsorgstagare. Personalens bemötande är av avgörande betydelse för vårdtagare med demensdiagnos. Med hjälp av omvårdnadsinsatser kan läkemedelsbehandling mot oro och ångest minska med hjälp av BPSD-registret.

Dokumentation i verksamheterna

Inom sektorn fortgår arbetet med att förändra och anpassa rutinerna för dokumentation sedan de nya föreskrifterna ifrån Socialstyrelsen trädde i kraft 1 januari 2015. De olika verksamhetsområdena har kommit olika långt och samtliga verk-

samheter beskriver dokumentationen som ett förbättringsområde. Utbildningsinsatser har genomförts i begränsad omfattning under perioden, delvis på grund av begränsade resurser. Behovet kvarstår således inom flertalet av verksamheterna och det planeras för att låta utbildningsinsatserna fortgå för att på så vis säkerställa att sektorn uppfyller de skärpta kraven som nu ställs.

Särskilt dokumentation är och har varit ett återkommande förbättringsområde vilket även har synliggjorts, inte minst, i revisionsrapporter och lex Sarah-utredningar inom sektorn. Utifrån de granskningar av dokumentation som genomförts har exempelvis stickprovskontroller visat på ett behov av tekniska lösningar för att förbättra möjligheterna för medarbetare att dokumentera kontinuerligt och direkt i samband med att insatser utförs. Likaså har det synliggjorts att även om kraven på dokumentation skärpts, har verksamheterna behov av att förenkla och standardisera rutinerna i dokumentationsprocessen. Dels för att hinna med att dokumentera i den omfattning som krävs, dels för att implementera och därtill använda och dra nytta av dokumentationen på ett ändamålsenligt vis. Funktionshinder, bland andra, beskriver att en av hörnstenarna i verksamhetens kvalitet ligger i hur väl verksamheten förmår att upprätta genomförandeplaner i samråd och delaktighet med brukarna.

Processer och rutiner

I enlighet med SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Sektorns arbete med att fastställa processer sker i enlighet *projektplan- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete- processer och rutiner*. Arbetet har fortgått under året och löper i stort sätt på enligt fastställd projektplan. Sektorns processer kommer i takt med att de fastställs att redovisas i nämndens sammanhållna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. En till två processer beräknas att fastställas och redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen 2015.

I arbetet enligt projektplanen ingår också att upprätta rutiner för egenkontroll av processer och rutiner. Egenkontrollerna syftar till att systematisera arbetet med att följa upp, utvärdera och kontrollera att arbetet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. I samband med att en process fastställs kommer egenkontroller att upprättas för de aktiviteter som bedöms få en hög konsekvens för den enskilde om de inte utförs på rätt sätt och där sannolikheten är stor att det ska inträffa.

I verksamhetsområdenas kvalitets- och patientsäkerhetsrapporter uppges att det finns behov av att vidareutveckla eller revidera följande rutiner: Inom Äldreomsorgen finns behov av att revidera rutinerna kring dokumentation, samt att utveckla rutiner för brukarnas övergångar mellan olika verksamheter/insatser. Inom funktionshinder fortsätter arbetet med god och säker dokumentation. Individ- och familjeomsorgen har påbörjat ett arbete med att förbättra tillgängligheten och information om gällande rutiner vid introduktion. Hälsa och sjukvård ska fortsätta arbetet med rutiner och processer på enheten som möjliggör arbetet med kvalitetsregister. Samtidigt har det upprättats nya rutiner. Nya rutiner har tagits fram som resultat av det som framkommit i exempelvis Lex Sarah utredningar. Andra nya rutiner är rutiner för informationsöverföring mellan biståndshandläggare och verkställighet, rutin för inflyttningsamtal på särskilt boende. Vuxenheten har under åren arbetat med att upprätta rutiner för samverkan tillsammans med de olika enheterna inom Individ- och familjeomsorgen. Exempel på fler nya rutiner som upprättats är rutin för vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att bedömningsmetoderna FIA och Instrument X ska vara adekvata, rutiner vid leverans av läkemedel och funktionshinder har uppdaterat rutinerna för brandsäkerheten inom enheten.

Det pågår också flera insatser för att öka följsamheten kring flera rutiner, exempelvis läkemedelshantering, social dokumentation, upprättande av genomförandeplaner och Sip:ar.

Förutsättningar

Flera verksamhetsområde beskriver vikten av goda förutsättningar för att kunna bedriva insatser med god kvalitet. Nedan redogörs för några pågående insatser, samt de behov som verksamheterna ser finns för att skapa goda förutsättningar att bedriva verksamhet med god kvalitet. Gemensamt för flertalet verksamheter är att enheternas arbetsplatsträffar utgör en viktig hörnsten i kvalitetsarbetet, det är under dessa som många medvetandegör, diskuterar och resonerar kring kvalitetsfrågor.

Frågor som rör bemötande och förhållningssätt är prioriterade område inom samtliga verksamhetsområde, liksom långsiktig planering för kompetensutveckling. Verksamhetspedagogerna har kontinuerliga möten inom funktionshinder och därigenom utvecklas de pedagogiska metoderna i verksamheten. För att kunna göra ett bra arbete krävs aktuella och lättillgängliga riktlinjer och rutiner. Individ- och familjeomsorgen har startat arbetet med att kartlägga och revidera befintliga riktlinjer och rutiner samt framtagande av nya där sådana fattas.

Verksamheten dagligt arbete uppger att de har svårigheter att erbjuda fullgoda insatser till nya brukare. Det finns en upplevelse av att personalresurserna inte räcker och att lokalerna inte rymmer fler personer. Det är ibland svårt att tillgodose den enskildes önskemål om arbetsuppgifter och val av arbetsplats. Nuvarande bemanning ger ingen möjlighet att arbeta enligt Supported Employment för att kunna slussa personer från LSS daglig verksamhet vidare ut mot arbetsmarknaden.

Inom individ- och familjeomsorgen visar sig brister i kvaliteten i många fall bero på det ökade trycket på verksamheten, hög arbetsbelastning med samtidig stor personalomsättning och svårighet att rekrytera. Att färre får göra mer kan leda till att kvaliteten lidande. Utredningstider hålls inte, dokumentation blir eftersatt, uppföljningar försenas och metoder efterföljs inte i den utsträckning som skulle borga för god kvalitet. Individ- och familjeomsorgen beskriver att avgörande för att få god kvalitet i verksamhetens arbete och insatser till enskilda och familjer är att verksamheten har en full bemanning. Arbetet med att förbättra förutsättningarna för personalen måste vara fokus för hela verksamheten. En god introduktion av nyanställda bidrar också till att få en stabil och trygg personalgrupp. Även avseende introduktion har verksamheten startat ett utvecklingsarbete.

Systematiskt förbättringsarbete

Framtagande och fastställande av lokala rutiner för arbetet beskrivs vara en central del i det systematiska förbättringsarbete i flera verksamheter. Den kommunala hälso- och sjukvården beskriver att enhetens arbetsrutiner har utvecklats i syfte att säkerställa god vård på lika villkor till exempel genom enhetliga bedömningar kring inskrivning i hemsjukvården och att säkerställa att all personal involverad i vård och behandling har tillgång till nödvändig information om den enskilde för att kunna utföra sitt arbete, genom en hemsjukvårdspärm. Funktionshinderenhetens verksamhet beskriver att årets fokus har bland annat varit arbetet med genomförandeplanerna och att göra fler samordnade individuella planer i ärenden där detta är påkallat. Vidare har verksamheten haft som målsättning att under året erbjuda fler brukare Vård- och stödsamordning (VSS). Stödpedagoger som utöver att arbeta i den direkta verksamheten, har också arbetat med metodutveckling i verksamheterna.

Individ och familjeomsorgen betonar vikten av samverkan, intern och externt för att förbättra arbetet kring brukare och klienter. Samverkansmöte har genomförts mellan Individ- och familjeomsorgen, rektorer och förskolechefer, i syfte att förbättra förståelsen för varandras verksamheter och samarbetet dem emellan.

Avvikelser, lex Sarah, lex Maria, synpunkter och klagomål

Utifrån avsaknaden på sociala avvikelser har arbetet med att upprätta nya och revidera rutiner för avvikelshantering inom sektorn påbörjats, dock utan förutsättning att färdigställas och implementeras under 2015. Sektorn uppfattar att en tydliggörande rutin för hanteringen av avvikelser kommer att möjliggöra ett förbättrat systematiskt kvalitetsarbete. Genom en adekvat avvikelshantering kan verksamheter och enheter i ett tidigt skede bli uppmärksammade på negativa händelser och kan på så vis arbeta mer förebyggande samt mer systematiskt dra lärdomar av det som sker.

De lex Sarah-rapporter som inkommit under januari till och med augusti har ökat till antalet jämfört med samma period föregående år (9 rapporter 2014 jämfört med 20 rapporter 2015). Den trenden bör inte uppfattas som att det inträffat och har skett fler missförhållanden och risker för missförhållanden, utan bör istället betraktas som att sektorn blivit bättre på att reagera och uppmärksamma när brukare far, eller riskerar att fara illa. Likaså tyder det på att sektorn bättre förstår innebörden av var och ens rapporteringsskyldighet och har vilja och mod att lära av de händelser som sker.

De händelser om föranlett flest rapporter har sitt ursprung i bristande bemötande och felaktigt och bristfälligt utförda insatser på grund av bristande rutiner. För att åtgärda dessa missförhållanden och risker för missförhållanden och förebygga att liknande händelser inträffar igen har gamla rutiner reviderats och nya har tillkommit, arbetssätt och metodplaner har därtill ändrats och medarbetare har därtill fått handledning och utbildning i värdegrunds- och bemötandefrågor.

De åtgärder som planeras att vidtas med anledning av den anmälan enligt bestämmelsen om Lex Maria som gjorts under 2015, gäller framförallt framtagande av lokala arbetsrutiner för informationsöverföring och instruktioner från förskrivare

till användare av personliga hjälpmedel och andra (arbetstekniska) hjälpmedel såsom grundutrustning på särskilda boenden. Rutiner för information och instruktioner för hur verksamheten skall agera vid felaktigheter och/eller trasiga hjälpmedel skall förbättras.

Arbetet med att hantera de klagomål som inkommer i verksamheten behöver tydliggöras och implementeras i verksamheterna, då statistik visar på få inkomna klagomål och synpunkter till sektorn.

12 Övergripande mål och strategier för kommande år (vid delårsuppföljning jan-aug för resterande period av året)

Äldreomsorg

Avvikelserna inom läkemedel är för omfattande. Här bör verksamheten inför 2016 arbeta med åtgärder och sätta ett mål med rejäl minskning av utfallet på avvikelser.

Med hjälp av förbättrade rutiner bör också dokumentationen förbättras, även här behövs åtgärder och tydlig målsättning för 2016.

Förtydligande av baspersonalens uppdrag och däri kontaktmannskapet inom både boende och hemtjänst är också av vikt.

Det finns också svagheter i tydlighet/rutiner omsorgstagarnas "övergångar" mellan olika verksamheter/insatser.

Funktionshinder

Verksamhetsområdet har ett budgetunderskott som gör att anpassningar är nödvändiga och det i sin tur gör att vissa planerade aktiviteter får senareläggas något, exempelvis några av de kompetensutvecklingsinsatser som planerats och likaså utvecklingsarbetet kring aktiv fritid för brukarna.

Arbetet med god och säker dokumentation kommer att fortlöpa, om än i lägre takt, liksom arbetet med delaktighetsmodellen och att upprätta/uppdatera riskanalyser för brukarna i verksamheterna. Fler brukare kommer under året att erbjudas samordnad individuell plan (SIP) vid upprättande/uppföljning av genomförandeplan.

Verksamhetspedagogernas arbete med att kvalitetssäkra och stödja verksamheterna kommer att fortlöpa i stort sett enligt plan.

Individ- och familjeomsorg

Verksamheten behöver fokusera på att säkerställa att utredningstider hålls, att dokumentationen kommer i fas och att utredningssystem, bedömningsstöd och metoder för såväl genomförande som uppföljning finns och efterföljs. Avgörande för att få god kvalitet i verksamhetens arbete och insatser till enskilda och familjer är att verksamheten har en full bemanning. Arbetet med att förbättra förutsättningarna för personalen måste vara fokus för hela verksamheten.

För att skapa en grund för en god kvalitet behöver verksamheten ha som mål att aktuella riktlinjer och rutiner för verksamheten finns lätt tillgängliga för all personal samt ge god introduktion till nyanställda. Vidare behöver verksamhetens insatser uppföljning och utvärdering ha stort fokus.

Hälsa och sjukvård

Mål - för att säkerställa en god och säker vård ska patienternas inflytande och delaktighet öka.

Strategi - Alla ska ha en uppdaterad hemsjukvårdspärm med aktuella vårdplaner inklusive rehabplaner som vårdtagaren har varit delaktig i att upprätta, aktuella läkemedelslistor och aktuell förberedd vårdbegäran samt övriga dokument som är aktuella för vården.

Mål - Fortsatt arbetet med kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD och palliativregistret

Strategi - Fortsätta arbetet med rutiner och processer på enheten som möjliggör arbetet med kvalitetsregister. Planera schema, teammöte, diskussion av resultat på arbetsplatsträffar och sjuksköterskemöte. Effekter av register.

Mål - Fler vårdplaneringar i hemmet och möjliggöra kvarboende.

Strategi - Nytt arbetssätt genom att trygg hemgång startar i höst och ingår i vårdplaneringsteamet.

Mål - öka samarbetet med omvårdnadspersonal.

Strategi - Diskutera införandet av teammöte i ledningsgrupp Hälsa- och sjukvård och Särskilt boende, arbete, trygghet

och omsorg.

Mål - säkerställa att anhöriga känner sig trygga med den hälso- och sjukvård som deras anhörig får i kommunen.

Strategi - Öka antalet hembesök tillsammans med patientansvarig läkare.