



Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2016

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 Avvikelser.....	9
5 Uppföljning genom egenkontroll	14
6 Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten	19
7 Riskanalys.....	21
8 Hantering av klagomål och synpunkter	22
9 Systematiskt förbättringsarbete	23
10 Samverkan med den enskilde och närstående	24

1 Sammanfattning

Sammanfattning del 1

Sektorns samtliga verksamhetsgrenar redovisar likt tidigare år att samverka för att säkra kvaliteten på insatserna sker på både enhets- verksamhets- och sektorsnivå, både internt inom Ale kommun och externt till exempel genom vårdsamverkan i SIMBA.

Antalet lex Sarah som rapporterats under året har minskat i jämförelse med föregående år, från 33 till 24 rapporter. I sektorn har man inom ramen för kvalitetsledningssystemet förtydligat, uppdaterat och fastställt rutinen för lex Sarah samt implementerat denna i verksamheterna. Det finns ett behov av att systematisera processens alla delar och öka följsamheten i denna från verksamheterna.

I de mönster som kan urskiljas av de händelser som rapporterats enligt rutinen för lex Sarah framkommer att 9 rapporter handlar om bristande/felaktigt utförande. Denna kategori av rapporterade händelser är den som genererat flest upprättade rapporter och bland de inkomna rapporterna finns händelser där det exempelvis har saknats rutiner eller att rutiner inte följts vid utförandet av insats. Den näst vanligaste kategorin av upprättade rapporter (4 rapporter) är händelser där personal brustit i sitt förhållningssätt och bemötande av brukare samt brister i rättsäker handläggningsprocess (4 rapporter).

Inom sektorn har 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, information vid arbetsplatsträffar, 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.

Inom Funktionshinder har utbildningsinsatser påbörjats under året, avseende social dokumentation och ny rutin har tagits fram gällande social dokumentation enligt LSS utifrån gällande lagstiftning. Stickprovskontroller av andelen upprättade och aktuella genomförandeplaner samt granskning av kvaliteten på dokumentationen har genomförts och resultatet påvisar ett visst förbättringsbehov inom några enheter.

Resultaten i de nationella och regionala kvalitetsregistren visar att uppföljning och användning av resultat behöver förbättras på individnivå. Verksamheten framhåller även att följsamhet till kvalitetsregistren är avhängiga av stöd till verksamheterna i form av spetskompetens/resurs, för att registreringar skall ske.

Fall och läkemedelsavvikelser framstår båda nationellt som de största riskområdena för uppkomst av vårdskador i kommunal vård, och så även i sektor ATO.

Flera verksamheter deltog i vårens punktprevalensmätning kring följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid vård- och omsorgstagarnära arbete. Resultatet visar att sektorns deltagande enheter hade en följsamhet strax över det nationella genomsnittet.

Gällande brukarnöjdheten med hemtjänst och särskilt boende går det att urskilja samma tendenser inom båda verksamhetsområden när det gäller vilka frågor som renderat störst andel positiva svar i enkäten; Brukarna känner genomgående stort förtroende för medarbetarna, deras bemötande och hur de utför sina arbetsuppgifter. Brukarna upplever dock brister gällande möjlighet till delaktighet på olika sätt.

Svarsfrekvensen för 2016 års enkät var markant lägre än föregående år.

Det har genomförts sex riskanalyser enligt gällande rutin år 2016, vilket är fler än förra året.

Sammanfattning del 2

Här följer en sammanfattning av förbättringsområden, målsättningar och åtgärder som är planerade att genomföras under 2017 med bäring på kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. De åtgärder som inte följs upp i verksamhetsplan kommer följas upp i kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten i augusti eller på annat angivet sätt:

En journalgranskningsmall för patientjournal kommer att introduceras.

Verksamheten Hemsjukvård skall fortsätta att förbättra och implementera metoden med strukturerad och tillgänglig dokumentation i form av patientbunden "Blå pärm" vid vård i livets slut. Resultatet kommer att följas i

Svenska Palliativregistret.

Vårdplanering via Skype kommer att startas, i syfte att säkerställa informationsöverföring vid vårdens övergångar samt öka delaktigheten för den enskilde.

Ett samtalsstöd vid misstanke om suicidrisk skall tas fram och implementeras i hemsjukvården.

De enheter inom äldreomsorgens hemtjänst och boendeformer som ännu inte har tvärprofessionella analysmöten för inkomna avvikelser ska börja med arbetssättet.

Riktade insatser för att förbättra resultatet i brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" kommer att genomföras.

Socialt ansvarig samordnare påbörjar arbetet med rutin för social dokumentation enligt SoL och LSS.

Utvärdering av organisationsförändringen inom barn- och ungdomsenheten

Sektorn ska öka följsamheten till rutinen för risk och händelseanalys.

Arbetssättet kring synpunkts- och klagomålshantering behöver systematiseras.

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 samtliga fastställda processer på sektorsövergripande nivå har rollen processledare definierats. Processledaren har i uppgift att bevaka och samordna förbättringsarbetet inom processen.

Arbetet med att fastställa processer pågår enligt projektplan. Allt eftersom nya processer fastställs kommer de att redovisas i avsnitt 2.1.

2.1 Processer

Fastställda processer

Basal hygien

Lex Sarah

Lex Sarah: SiS/Enskild verksamhet

Användning av skyddsåtgärder

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 medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare 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 arbetet 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 chefer inom sektorn behjälplig inför kvalitets- och patientsäkerhetsrapporter/berättelser.
- Vara chefer inom sektorn behjälplig 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.
- Utreda och anmäla händelser till Socialstyrelsens tillsynsenhet samt att informera nämnden om att en lex Maria-anmälan har skickats till IVO, samt att informera patient 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.

Socialt ansvarig samordnare/utredare, (SAS) ansvarar för att:

- 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 nämnd.
- Följa upp och granska externa utförare enligt fastställt dokument från nämnden.
- Utreda 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 enligt gällande riktlinjer och rutiner.

Socialsekreterare, biståndshandläggare m.fl. ansvarar för att:

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

Undersköterska, vårdbiträde, stödpedagog, stödassistent m.fl. 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 enligt gällande riktlinjer och rutiner.

4 Avvikelser

Avvikelser

Rapporteringsskyldighet

Bestämmelsen 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 att den som uppmärksammar eller får kännedom om missförhållanden vid omsorgen om 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 utanför kontorstid ansvarar för att ta emot rapporter under kvällar och helger. Den som tar emot anmälan utser därefter en utredare av händelsen. Sektorchef fattar, på delegation, beslut om händelsens allvarlighetsgrad och nämnden ansvarar för att allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande 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 Äldreomsorgen exempelvis 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 året upprättats 24 stycken rapporter enligt rutinen för lex Sarah där tre stycken hittills har anmälts vidare till IVO. En rapport angående begränsningsåtgärder och brister i bemötande och förhållningssätt inom funktionshinder (personlig assistans) anmäldes som allvarlig. De övriga två rapporterna anmäldes som risk för allvarliga missförhållanden: en rapport avseende brand och brister i bemötande och förhållningssätt inom funktionshinder (bostad med särskild service) och en avseende brister i handläggning och rättssäkerhet inom individ- och familjeomsorg (barn och unga). Av de 24 rapporterna pågår utredning ännu i 12 av fallen, därav kan ytterligare anmälan till tillsynsmyndigheten bli aktuell.

Antalet lex Sarah rapporter har under året minskat i jämförelse med föregående år, från 33 till 24 rapporter. I sektorn har man inom ramen för kvalitetsledningssystemet förtydligat och uppdaterat och fastställt rutinen för lex Sarah samt implementerat denna i verksamheterna. Det finns ett behov av att systematisera processens alla delar och öka följsamheten i denna från verksamheterna

Nedan följer en redovisning av hur de inkomna rapporterna fördelar sig mellan de olika verksamhetsområdena inom sektorn.

Tabell: Antal rapporter per verksamhetsområde

Verksamhet	Antal inkomna rapporter
Individ- och familjeomsorg	3
Hälsa och sjukvård	0
Äldreomsorg	6
Funktionshinder	14
Biståndsenheten	1
Totalt	24

Det har ej inkommit information om upprättade av 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.

Olika kategorier av missförhållanden/ risker för missförhållanden

I de mönster som kan urskiljas av de händelser som rapporterats enligt rutinen för lex Sarah framkommer att 9 rapporter handlar om bristande/felaktigt utförande. Denna kategori av rapporterade händelser är den som genererat flest upprättade rapporter och bland de inkomna rapporterna finns händelser där det exempelvis har saknats rutiner eller att rutiner inte följts vid utförandet av insats. Den näst vanligaste kategorin av upprättade rapporter (4 rapporter) är händelser där personal brustit i sitt förhållningssätt och bemötande av brukare samt brister i rättssäker handlägningsprocess (4 rapporter).

Tabell. Antal händelser per kategori

Kategori	Antal händelser
Brister i förhållningssätt och bemötande	4
Brister i social omsorg/utförande	9
Brister i följsamhet av rutiner	1
Sekretess	1
Ekonomiskt övergrepp	1
Brister i social dokumentation	1
Brister i rättssäker handlägningsprocess	4
Sexuellt övergrepp	1
Hot-och våld	1
Begränsningsåtgärd	1
Summa	24

Åtgärder

Inom sektorn har 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, information vid arbetsplatsträffar, 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.

Bestämmelsen om Lex Maria

Händelser som anmälts till IVO i enlighet med bestämmelsen om lex Maria (SOSFS 2005:28 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria) är två under 2016. I båda ärendena har IVO beslutat att avsluta ärendena mot bakgrund av de åtgärder som verksamheten tagit fram för att undvika att händelserna kan inträffa igen.

Det ena ärendet handlade om en fallolycka på ett äldreboende. Patienten avled efter 2 dagar på sjukhus.

Mot bakgrund av att 17 fallavvikelser rapporterats kring den enskilde hade en mer frekvent uppföljning av insatta åtgärder för att förebygga fallolyckor behövt genomföras för att tidigare upptäcka att åtgärderna inte var tillräckliga.

Åtgärder som beslutats i verksamheten:

Vård/omsorgstagare har en historik på fler än tre fall under en månad skall handlingsplanen utvärderas minst var 6:e vecka tills dess att effektiva åtgärder vidtas. Vid fall hos vård/omsorgstagare vid fler än 3 tillfällen per månad skall uppföljning av vidtagna åtgärder utföras varje månad.

Verksamheten särskilt boende i äldreomsorgen skall även skapa lokala rutiner för överrapportering av fallavvikelser mellan arbetspass och personal för att säkerställa att vikarier och timanställd personal skall få kännedom om personer med fallrisk.

Det andra ärendet rörde sig om ett fullbordat suicid, ordinärt boende. Läkare tillkallas till platsen och konstaterar dödsfallet. Polis anländer till platsen och påbörjar utredning.

För att försöka förhindra suicid och suicidförsök kan en riskförebyggande åtgärd vara att i större utsträckning erbjuda SIP för den enskilde, för att involverade yrkeskategorier tydligt ska se ansvarsfördelningen när insatser sker från både socialtjänst och Hälso- och sjukvård.

En SIP kan utgöra underlaget för i sin tur specifika vårdplaner och handlingsplaner för hur insatser skall genomföras och ett riskbeteende upptäckas.

Suicidriskbedömning i form av rutin och metodstöd finns inte framtagen i verksamheten kommunal Hälso- och sjukvård, vilket planerades för sommaren 2016. Diskussioner mellan hemsjukvårdens verksamhet och vårdcentralerna i Ale har pågått under andra halvan av 2016. Tilläggas bör att implementeringar av ett bedömningsinstrument för att predicera ett eventuellt suicid kan ha begränsad eller ingen effekt på resultatet, då det är få bedömningsinstrument som har evidens. Dock kommer ett samtalsstöd med ett antal kritiska frågor tas fram, som sjuksköterska skall använda vid kontakt med läkare under 2017.

Avvikelse som avser Hälso- och sjukvård:

Redovisningen av de avvikelser som mest frekvent rapporteras i sektorn, speglar resultatet i den nationella lägesrapport på patientsäkerhetsområdet 2016 som årligen tas fram av Socialstyrelsen.

Fall och läkemedelsavvikelse framstår båda nationellt som de största riskområdena för uppkomst av vårdskador i kommunal vård, och så även i sektor ATO.

Avvikelse som avser fall registreras i tre allvarlighetsgrader i verksamhetssystemet; fall utan skada (avser händelser där personen "glider ur" säng eller rullstol och där inga synliga skador, smärta eller obehag föreligger) fall med skada; (avser alla typer av fall till golvet där personen ådrar sig svullnad, skrapsår, "bula" i huvudet, smärta eller okomplicerad sårskada som kan åtgärdas i hemmet) samt fall med allvarlig skada (avser fall där misstanke om fraktur eller annan skada som behöver vård och ställningstagande om vård på annan vårdnivå än hemsjukvård).

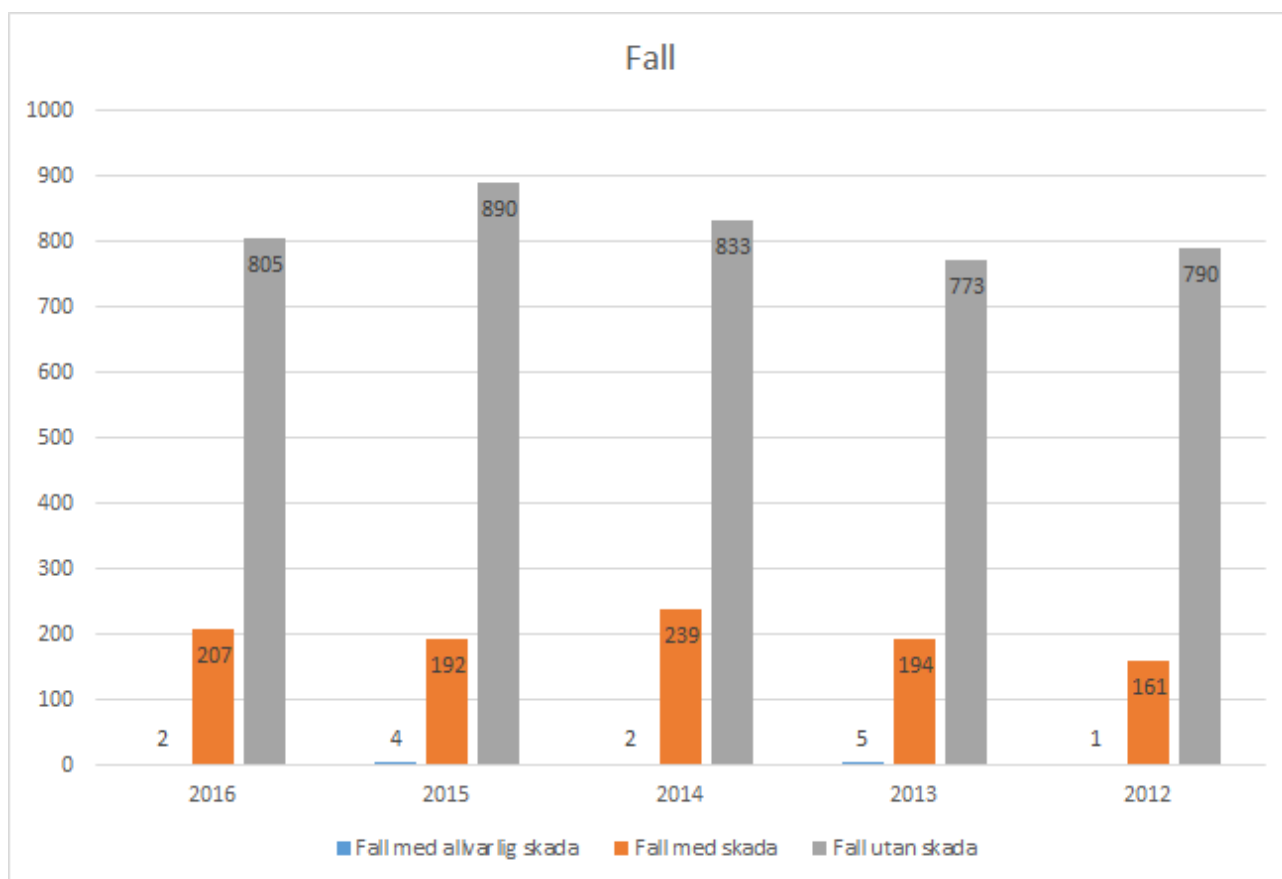
Avvikelse som rör läkemedelshantering registreras i allra största utsträckning som utebliven läkemedelsdos och som innebär att personer av olika anledningar inte erhållit sin läkemedelsdos på den utsatta tid som ordinerats.

Att lokalt analysera och utreda avvikelser på enhetsnivå är förutsättningen för att systematiska ständiga förbättringar skall komma till stånd. I stort sett vid samtliga enheter inom äldreomsorgens hemtjänst och boendeformer förekommer regelbundna tvärprofessionella analysmöten för inkomna avvikelser, och de enheter som ännu inte kommit igång med dessa möten är i startgroparna under 2017.

Flera verksamheter med höga avvikelsetal rörande uteblivna läkemedelsdoser sätter tilltro till införandet av digital signering av läkemedel, som i sig kommer att innebära en larmfunktion vid utebliven signering.

På samma vis sätts hopp till att förebygga fallolyckor i hemmiljön för personer 65 år och däröver, till den Fixartjänst som startat under 2016. Syftet är att utföra kostnadsfria insatser såsom byte av lampor, fästa lösa sladdar och kablar, hals säkra mattor, sätta upp eller ta ner gardiner m.m. för att förebygga fall och halkolyckor.

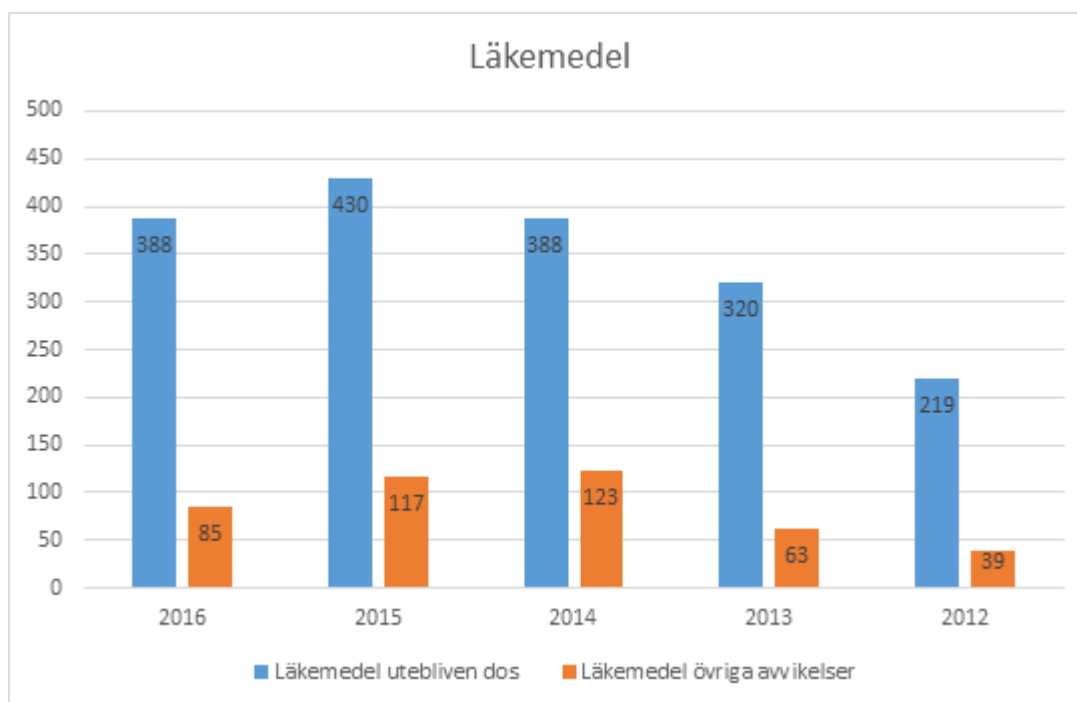
Exempel på övriga åtgärder för förbättringar och proaktivitet i arbetet med avvikelser är upprättande av rutiner för verksamheterna. Dessa rutiner kan bestå i att öka delaktigheten för den enskilde i dokumentation och upprättande av genomförandeplaner, eller i vissa fall höja personaltätheten i verksamheten.



I jämförelse mellan åren 2012-2016 syns ovan antalet rapporterade fallavvikelser.

Under 2016 har antalet rapporterade fall med allvarlig skada gått från 4 till 2 rapporter. Dock har man upptäckt brister i rapporteringssystemet där fall rapporterats in som ”med skada” eller ”utan skada” men som sedan visat sig vara ”fall med allvarlig skada”. Åtminstone en sådan fallolycka är uppmärksammas 2016 och rör verksamheten särskilt boende inom äldreomsorg. Denna händelse utreds och är anmäld enligt bestämmelsen om Lex Maria.

I jämförelsen mellan 2015 och 2016 har antalet rapporterade fall stigit något och i jämförelse med samma år har antalet rapporterade fall utan skada minskat något.



Ovan visas antal rapporterade avvikelser i samband med läkemedelshantering i sektorn de senaste fem åren. Antalet rapporterade avvikelser för utebliven läkemedelsdos har sjunkit med nästan 10 % och antalet rapporterade avvikelser som rör övrigt i läkemedelshantering har sjunkit med 27 %.

De händelser som avvikelserapporterats utöver utebliven dos är exempelvis fel dos, fel patient, utebliven signatur på signeringslista, feldelad dosett eller fel i Dos-påsar.

Sammantaget kan man se att avvikelserapporter som rör andra händelser än utebliven dos, har minskat för tredje året i rad, medan antal rapporterade uteblivna doser ligger kvar mellan 388 och 430 per år.

5 Uppföljning genom egenkontroll

Nationella och regionala kvalitetsregister

Senior Alert

Senior Alert utgör ett systematiskt riskförebyggande arbetssätt där screening av risker för undernäring, fall, trycksår och nedsatt munhälsa registreras. Sektorns särskilda boenden inom äldreomsorgen använder sig av registret.

Under 2016 har 96 % av omsorgstagare inom särskilda boendeformer registrerats med en riskbedömning.

85-95% av de upptäckta riskerna har en upprättad åtgärdsplan, men uppföljningen av resultaten av dessa åtgärdsplaner behöver förbättras. Statistik visar att 144 av de 290 riskbedömningar som påvisat risk, inte har fått någon uppföljning av åtgärdsplanen inom 3 månader.

Hemtjänstens verksamhet beskriver att man inte använder Senior Alert som ett systematiskt riskförebyggande arbetssätt för omsorgstagare i ordinärt boende, men att systemet finns tillgängligt för även deras verksamhet.

BPSD

BPSD är en förkortning av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI, som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat vårdåtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör man en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning.

Sektorns särskilda boenden inom Demens har infört arbetet med BPSD-registret i det dagliga arbetet. Tyvärr har antalet genomförda bedömningar enligt arbetsmetoden enbart uppgått till 6 stycken under 2016. Verksamheten för fram att avsaknaden av en demenssjuksköterska/sjuksköterska på heltid utgör ett hinder för att få arbetsmetoden att tillämpas. Den funktion som tidigare arbetat med frågan upphörde hösten 2015. Den funktion som tidigare arbetat med frågan upphörde hösten 2015 och det har inte varit möjligt för hemsjukvården att prioritera arbetet med registret under 2016. Hemsjukvårdens verksamhet beskriver dock att en plan finns för arbetet framåt med BPSD-registret, genom att ansvar läggs på en av hemsjukvårdens sjuksköterskor i befintlig verksamhet, med uppdrag att utbilda och handleda personal i användningen av BPSD.

Svenska Palliativregistret

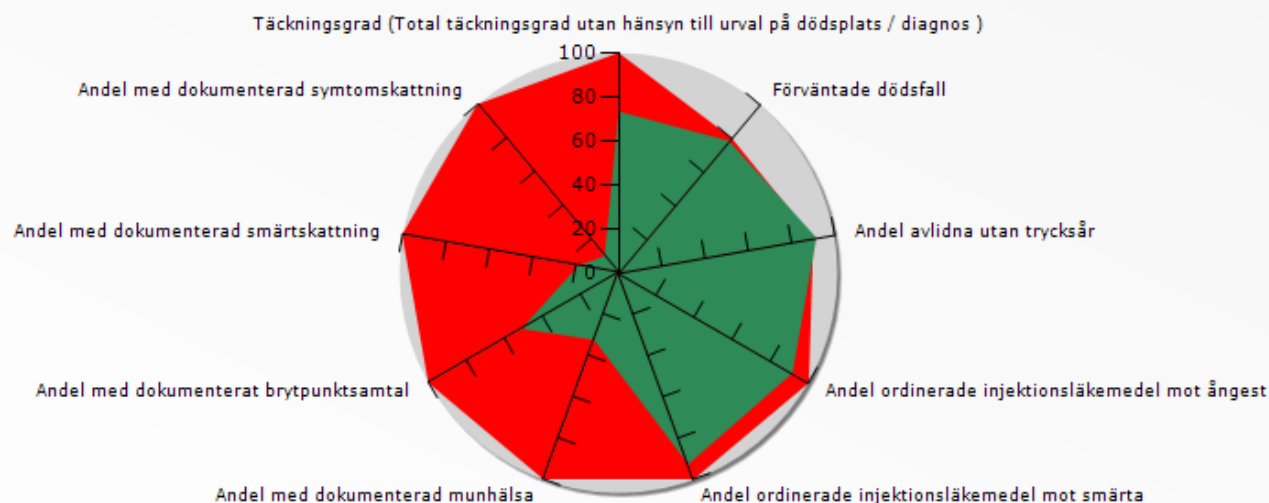
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit.

Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

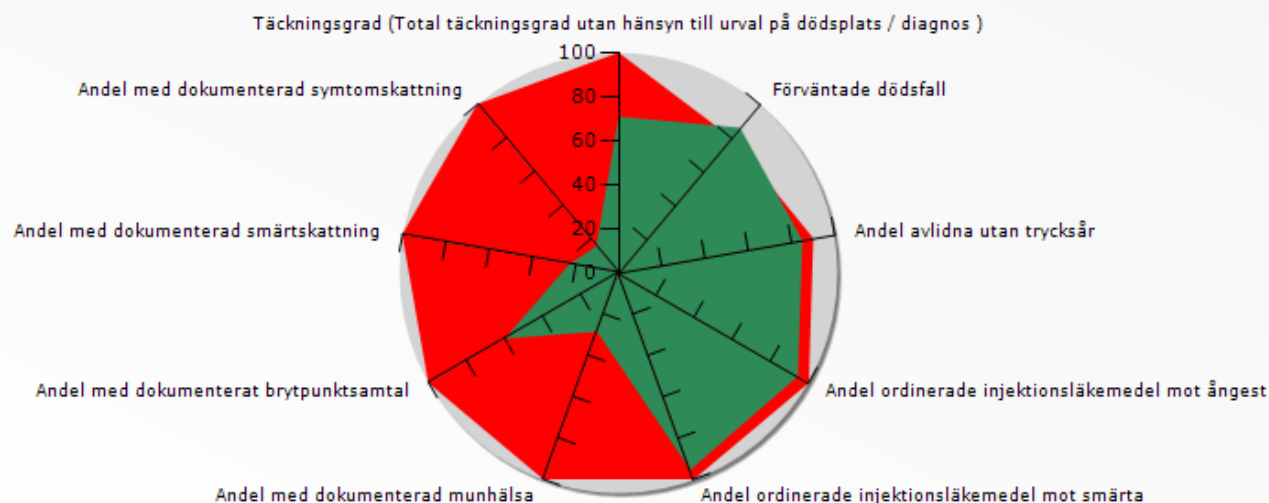
Sektorns resultat för 2016 har enbart förbättrats på fyra av de 10 parametrar som Socialstyrelsens indikatorer för god vård utgör, i jämförelse med 2015. Antalet registrerade enkäter har däremot ökat från 68 till 88 stycken. Det största förbättringsområdet för den palliativa vården 2017, utgör enligt Socialstyrelsens indikatorer dokumenterad symptomskattning samt smärtskattning.

Förändringen mellan 2015 och 2016 visas i bilderna nedan.

Socialstyrelsens indikatorer under perioden 2014:4 - 2015:4 i Ale



Socialstyrelsens indikatorer under perioden 2015:4 - 2016:4 i Ale



Hemsjukvårdens verksamhet framhåller att arbetet med att strukturera insatserna i den palliativa vården genom en enhetlig och tillgänglig dokumentation på individnivå, kommer att fortgå under 2017 och man räknar med att resultatet utifrån kvalitetsindikatorer därmed kommer att förbättras under 2017.

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.

En viktig del i Öppna jämförelser är brukarenkäten "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" som skickas ut till alla äldre i särskilda boenden och hemtjänst. Årets resultat gällande den sammantagna nöjdheten för hemtjänsten är 87% (90% för 2015). Resultatet för särskilt boende är 82% (84% för 2015). Medelvärde av den inrapporterade nöjdheten bland enheterna i enbart Ale hemtjänst är ~90%.

Det går att urskilja samma tendenser inom båda verksamhetsområden när det gäller vilka frågor som renderat

högst andel positiva svar i enkäten; brukarna känner genomgående stort förtroende för medarbetarna, deras bemötande och hur de utför sina arbetsuppgifter.

Även när det gäller frågorna med lägst andel positiva svar finns det gemensamma nämnare; brukarna upplever inte att de i tillräckligt stor omfattning kan påverka vilka tider de får hjälp. De svarar även att de ofta inte vet var de ska vända sig med synpunkter och klagomål och att de inte, i tillräckligt hög utsträckning, får information om tillfälliga förändringar.

För att förbättra resultatet i dessa frågor har sektorn inkluderat riktade insatser i verksamhets- och enhetsplaner för 2017.

Svarsfrekvensen för enkäten har minskat markant. För hemtjänst var den 58% (63% 2015) och för särskilt boende 54% (61% 2015). Svarsfrekvensen i Ale ligger under rikssnittet för båda verksamhetsområden. Med tanke på den stora nedgången finns det anledning att ifrågasätta validiteten i resultaten. Sektorn avser därför att intensifiera och högprioritera arbetet med att underlätta för, och stötta brukarna i, besvarandet av enkäten under 2017.

När det gäller kvalitet-, omsorgs- och servicenivåer för verksamheter inom LSS och äldreomsorg gör sektorn ett sammantaget förbättrat resultat jämfört med 2015.

Inom individ- och familjeomsorgen har resultatet förbättrats avseende ett flertal indikatorer. Andelen ej återaktualiserade barn och unga ett år efter avslutad insats har ökat, både inom åldersintervallet 0-12 och 13-20. Verksamhetsområdet visar även förbättringar avseende väntetiden för nybesök inom försörjningsstöd och ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd, ett år efter avslutad insats.

Målgruppsundersökningar

Inom äldreomsorgen har målgruppsundersökningar främst genomförts inom ramen för Öppna jämförelser (se ovan).

Verksamhetsområde funktionshinder har haft en målsättning under 2016 att systematisera arbetet med brukarundersökningar och därför startat utbildningar i "Delaktighetsmodellen". Anhörigperspektivet har lyfts fram genom anordnande av flera temakvällar med föreläsningar och diskussioner. Närstående till brukare har även bjudits in till fokusgrupper för att diskutera hur samverkan mellan myndigheter och kommunala instanser kan förbättras. Synpunkterna har sedan sammanställts och tagits upp på verksamhetsområdets ledningsgrupp för diskussion och kommer resultera i återkoppling och formulerade åtgärder under 2017. I Transportgruppens undersökning av resenärernas upplevelse har enheten förbättrat sitt resultat avsevärt jämfört med 2015.

Individ- och familjeomsorgen har inte genomfört några egna brukarundersökningar under året.

Ale kommun har under året rekviderat medel inom ramen för PRIO-satsningen (Plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa) och därmed också deltagit i det länsgemensamma arbetet med att ta fram en handlingsplan utifrån den nationella överenskommelsen för psykisk hälsa. I arbetet har brukarorganisationer varit ständigt inkopplade för att ge inspel och kommer vara fortsatt involverade under 2017.

Granskning av journaler och annan dokumentation

Systematisk granskning av journaler och annan dokumentation saknas i de flesta verksamheter i sektorn, vilket utgör ett viktigt förbättringsområde för 2017.

Några enheter uppger dock att enhetschef/samordnare/dokumentationsombud systematiskt läser sociala dagan-teckningar i syfte att sammanställa dessa till sociala journalanteckningar i verksamhetssystemet.

Hälso- och sjukvårdens dokumentation är granskad utifrån de synpunkter och klagomålsärenden som inkommit till sektorn, men någon systematisk granskning enligt mall eller kollegial granskning har inte förekommit under 2016.

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 internt och externt.

Den granskning av journaler/social dokumentation 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 genomför enhetschef eller 1:e socialsekreterare regelbundet slumpmässig granskning av dokumentation för att säkerställa att verksamheten dokumenterar i enlighet med rådande lagstiftning, praxis och riktlinjer. Chefsbyten som skett under året har inneburit att rutiner behöver uppdateras. Den sociala dokumentationen har inte granskats under årets sista tre månader, då bemanningslösningar och rekrytering har varit primärt fokus för att tillgodose rättssäkerheten.

Inom Individ- och familjeomsorgens vuxen- och barn och ungdomsenhet har man under året inte genomfört någon granskning av den sociala dokumentationen.

Inom Funktionshinder har utbildningsinsatser påbörjats under året och ny rutin har tagits fram gällande social dokumentation enligt LSS utifrån gällande lagstiftning. Verksamhetspedagoger har ett övergripande ansvar att kontrollera den sociala dokumentationen genom stickprovskontroll 1 g/år. Verksamhetsområdena har utsedda dokumentationsombud på enheterna vilka har ett utökat ansvar för dokumentationen. Dokumentationsombuden har under våren 2016 träffat verksamhetspedagoger i syfte att gå igenom nya riktlinjer och diskutera olika dilemma i samband med den sociala dokumentationen. Stickprovskontroller av andelen upprättade och aktuella genomförandeplaner samt granskning av kvaliteten på dokumentationen genomförs likaså inom verksamhetsområdena och resultatet påvisar ett visst förbättringsbehov inom några enheter.

Inom Funktionshinder och specifikt inom den personliga assistansen har man under året påbörjat ett arbete med att säkerställa att den sociala dokumentationen och avvikelshanteringen i Treserva förs på ett adekvat sätt och det med stöd av en verksamhetspedagog. Arbetet kommer att fortsätta löpande under 2017 och startades under året med anledning av krav om handlingsplan och genomförande avseende dokumentation och avvikelshantering i Treserva av IVO.

Inom äldreomsorgens hemtjänst så har ingen fortlöpande granskning av den sociala dokumentationen skett under året. Det saknas en av verksamheten framarbetad rutin avseende social dokumentation. En sådan ska arbetas fram under 2017 i samråd med socialt ansvarig samordnare, SAS. Utbildning i social dokumentation planeras inför 2017.

Inom särskilda boenden granskas delar av den sociala dokumentationen av hälften av enheterna på olika sätt. Det saknas inom verksamhetsområdet en strukturerad och systematisk rutin för en tydlig följsamhet gällande granskning av dokumentation.

Förhållningssätt och attityder hos personalen

Inom Äldreomsorgen utgör Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* ett viktigt underlag i 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 denne ska uppleva ett gott bemötande av personalen i äldreomsorgen.

Inom äldreomsorgen har man under året inte genomfört någon intern undersökning som beskriver brukarnas upplevelse av förhållningssätt och attityder hos medarbetarna. I öppna jämförelser och resultatet av denna var brukarna nöjda.

Inom Individ- och familjeomsorgen och inom funktionshinder har inga undersökningar genomförts under året.

Synpunkter från tillsyns/gransknings/revisionsrapporter

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg genomförde under året tillsyn av verksamheter och individärenden inom funktionshinderområdet och ställde krav på åtgärder utifrån resultaten. Verksamhetsområdet arbetar med att vidta efterfrågade åtgärder och de kommer att fortgå och följas upp under nästkommande år. Åtgärderna har kommunicerats till IVO som kommer att följa upp åtgärder och resultat.

Samverkansavvikelse inom SIMBA

Samverkansavvikelser SIMBA

Vårdsamverkansavvikelser skickas mellan kommun, primärvård (vårdcentral) och sjukhus enligt en gemensamt framtagen rutin för vårdsamverkan i SIMBA (Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale). Sektorn har mottagit sammanlagt 6 avvikelser som rör Hemsjukvårdens verksamhet. Avvikelserna har bestått i bristfällig information när patienten skickats till sjukhuset eller synpunkter från ambulanssjukvården när hemsjukvårdens sjuksköterska inte kunnat stanna för att invänta transporten. En avvikelse har rört tillgänglighet på Biståndsenheten.

Som ett led i att förbättra vårdsamverkan skall Närområdesmöten som hålls 4 gånger om året, utgöra diskussions- och analysforum för vårdsamverkansavvikelser. Detta för att parter tillsammans skall komma fram till bästa möjliga åtgärder.

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

Vårdsamverkan i närområdet sker på övergripande nivå mellan sjukvård (vårdcentral och sjukhus) och kommun i SIMBA. Inom ramen för SIMBA-samarbetet sluts överenskommelser och gemensamma samarbetsrutiner kring hur samverkan ska ske.

Handlingsplan för Den Nära Vården inom SIMBA, Tjörn, Stenungsund, Kungälv, Ale 2016 – 2017 utgör fem målområden som vart och ett är uppdelade i delmål med nyckeltal för resultatredovisning.

På verksamhetschefsnivå sammanträder man vidare i närsjukvårdsområdet i NO-gruppsmöten. I Ale träffas verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård, MAS/MAR samt verksamhetscheferna på respektive vårdcentral i kommunen regelbundet för att diskutera och besluta i vårdsamverkansfrågor. Även avvikelser i vård-samverkan skall lyftas till detta forum.

Projektet Mobil närvård är ett projekt som syftar till att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov, med insatser från fler än en huvudman, lättare skall få ökad tillgång till vård i hemmet. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götaland beslutade den 22 maj 2016 att Mobil närvård ska införas i hela Västra Götaland med målsättningen att öka tillgången till hembesök av läkare för att de mest sjuka äldre ska få en personcentrerad, trygg och samordnad primär- och specialistvård som präglas av en helhetssyn. Ale kommun har genomfört projektet under 2016 och kommer att fortsätta med arbetssättet under 2017. Regelbundna uppföljningsmöten i projektet pågår.

Samverkan mellan sektorerna i kommunen förekommer såväl med sektor Samhällsbyggnad som med sektor Utbildning- Kultur och Fritid, inte minst genom byggandet av ett Äldrecentrum i Älvängen som skall stå klart för inflyttning i januari 2018.

Vård- och stödsamordningsuppdrag (VSS) fortgår som tidigare år inom funktionshinderverksamheten, där samverkan sker på individnivå samt på enhetschefsnivå när det gäller övergripande frågor i närområdet.

Verksamhetsområde funktionshinder har en bogrupp som fördelar boendeplatser och som samverkar med biståndshandläggare.

Försäkringskassan är en extern samverkanspart främst på individnivå och särskilt inom Personlig assistans.

De verksamheter som riktar sig mot barn och unga har också samverkan med Habiliteringen, i första hand i individuella ärenden.

På individnivå har kommunens legitimerade personal tillsammans med övrig personal, kontinuerliga uppföljningar utifrån den enskildes insatser från Hälso- och sjukvård. Det rör sig om riskförebyggande arbete och uppföljning av pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner samt ordinationer. För övriga enskilda som inte har kommunal Hälso- och sjukvård, hanteras som brukligt riskförebyggande arbete och uppföljning av insatser via vårdcentral där den enskilde är listad.

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 handläggarträff 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 har en utveckling av befintliga och framtagande av nya former av samarbetsrutiner startat 2015 och fortgått under 2016. 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 barnvården inom kommunen. Gruppen samordnar även det externa samarbetet som SSPF och Västbus. Inom verksamheten pågår samarbete mellan enheter som möter barn och unga.

Vuxenenheten har lokala handlingsplaner för missbruk, beroendefrågor, primärvård och psykiatri. Lokalsamverkan mellan chefer på enhetsnivå sker två gånger/termin för revidering av handlingsplaner samt informat-

ion/kunskapsutbyte och gruppen redovisar till SIMBAs styrgrupp.

Skriftliga samverkansöverenskommelser finns mellan försörjningsstödsenheten och arbetsförmedlingen, AF, avseende vuxna och med både AF och arbetsmarknadsenheten avseende unga 18-24 år som är arbetslösa.

Enhetschef för arbetsmarknadsenheten är representant i Samordningsförbundets lokala ledningsgrupp.

Verksamhetens sociala investeringsprojekt MiniMili har ingått i ett samarbete med Högskolan Väst sedan januari 2015. Samarbetet avslutades i december 2016. Frågeställningar som studerades var bland annat behovsstyrd behandling samt nätverksarbete.

Vård och omsorgsplaneringsverktyget KLARA har under 2016 bytts till SAMSA. Utbildning och införande har skett under hösten/vintern 2016.

Team trygg hemgång arbetar med att tvärprofessionellt utreda behov och genomföra rehabilitering, hemsjukvård samt insatser utifrån Socialtjänstlagen i hemmet efter sjukhusvistelse. Teamet har under 2016 deltagit i 148 vårdplaneringar, och har sammantaget haft 136 patienter inskrivna i teamet. Syftet är att brukaren ska känna sig trygg vid hemgång från sjukhuset samt att behovet av korttidsplatser ska minska.

7 Riskanalys

Det har under året genomförts risk- och händelseanalyser inom sektorns samtliga verksamhetsområden. Totalt har sex analyser genomförts, vilket är fler än föregående år.

Analyserna fördelar sig i de aktuella kategorierna enligt följande:

Kategori	Antal
Ny teknik/metod i verksamheten	0
Organisationsförändring	2
Nybyggnation eller lokalbyte	1
Ändringar i befintliga lokaler	1
Medarbetare uppfattar ett arbetsmoment som riskfyllt	2
Frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser	0
Negativa händelser som inträffat i en liknande verksamhet och som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten	0
Kvarstående betydande risker efter flera händelseanalyser	0
Annat	0

Analyserna inom kategorin organisationsförändring rörde dels nattpatrullens organisationsförändring som kom till följd av avvikelserapportering. Verksamheten har nu tydliggjort arbetsfördelningen samt omarbetat bemanning och schema. Inför 2017 planerar verksamheten att tillsätta koordinatorresurs för att öka kommunikations- och planeringsmöjligheter. Den andra organisationsförändringen var uppdelningen av barn- och ungdomsenheten som skedde i slutet av året. Nu finns en enhet för utredning och mottagning och en enhet för familjerätt och placering. Utvärdering av den nya organisationen planeras 2017.

Resterande genomförda analyser har gjorts inom funktionshinderområdet och har gällt inflyttningar till det nyinrigda barnboendet, en brand i en brukares bostad samt risk för våld och hot mellan två brukare. Samtliga analyser har resulterat i åtgärdsplaner som avses följas upp 2017.

Utöver riskanalyserna som genomförts enligt gällande rutin har sektorn identifierat en rad andra risker under året. Inom särskilda boende och hemsjukvård har flera nya arbetssätt införts; informationsöverföringssystemet KLARA-SVPL har bytts ut mot det nya systemet SAMSA, vilket bland annat inneburit nya arbetssätt för personal inom Trygg hemgång och Ale rehab. Det delregionala projekt, som under 2015, arbetade med att ta fram ett gemensamt ordinationsunderlag (Pascal) för hemsjukvårdspatienter med läkemedelsövertag har givit goda resultat: I stort sett alla patienter i målgruppen har sina ordinationsunderlag i systemet.

Ovan beskrivna förändringar, tillsammans med en rad andra, har inte analyserats enligt gällande rutin, även om de hanterats. Detta visar på att sektorn fortsatt har förbättringspotential gällande förankring av och följsamhet till rutinen för risk och händelseanalys under 2017.

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 sker det genom att ansvarig chef mottar synpunkten eller klagomålet, utreder och om möjligt åtgärdar på både kort och lång sikt för att därefter återkoppla till den som lämnat synpunkten eller klagomålet. Under 2016 övertogs administrationen av synpunkts- och klagomålshanteringen av kommunens kundservice som ett led i ett förbättringsarbete ur medborgar-brukar och närståendeperspektiv. Det innebär att alla synpunkter och klagomål alltid ska förmedlas vidare till kundservice för vidare administration inom sektorn.

Inkomna och inregistrerade synpunkter och klagomål är få i sektorn. Under året registrerades sammanlagt 27 stycken och det uppstår en svårighet i att bedriva ett ändamålsenligt och systematiskt förbättringsarbete utifrån inkomna synpunkter och klagomål. Sektorn uppskattar dock att det inkommer väsentligt fler synpunkter och klagomål men att dessa inte registreras. Likväl beaktas de lokalt på enheterna.

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.

9 Systematiskt förbättringsarbete

Flera verksamheter deltog i vårens punktprevalensmätning kring följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid vård- och omsorgstagarnära arbete. Nationellt deltog 63 kommuner och totalt gjordes 7279 observationer. Resultatet visar att sektorns deltagande enheter hade en följsamhet på 52,5 % till basala hygienrutiner och klädregler, i jämförelse med riksgenomsnittet som låg på 51,5 %.

Ett särskilt boende inom äldreomsorgen har ökat bemanningen på enheten och på så sätt höjt kvaliteten på insatser till enskilda. Detta har möjliggjorts genom stort arbete med arbetsscheman.

Kompetenshöjande insatser i form av utbildning och fortbildning påtalas i flera verksamheter som ett systematiskt förekommande kvalitetsförbättrande inslag. Bland annat har någon enhet reflekterat kring rätten till medbestämmande för den enskilde inneburit förändringar vid måltidssituationer. Efter förändringarna i arbetssätt har färre avvikelser rapporterats.

Rutin för rapport mellan arbetspass i hemsjukvården har upprättats, i syfte att säkra rätt information mellan sjuksköterskor och arbetspass. Rapportrutin har skapats främst med anledning av inträffade avvikelser och synpunkter.

Rehabenheten har infört ett webbaserat verktyg för att förbättra kvaliteten och effektivisera arbetet med att utforma individuella träningsprogram för patienter. Främst syns att tidsåtgången för denna arbetsuppgift har minskat.

10 Samverkan med den enskilde och närstående

Samverkan med den enskilde och dennes närstående sker dagligen i samtliga verksamheter inom sektorn, därutöver finns även olika metoder, arenor och verktyg för att formalisera olika slags samverkan. Exempelvis genomförs brukarundersökningar/enkätundersökningar och resultaten därifrån ligger sedan till grund för utvecklingsarbetet inom verksamheten. Inom äldreomsorgen och inom flertalet delar av funktionshinder genomförs regelbundet enkätundersökningar.

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

Inom verksamhetsområdena funktionshinder, ifo 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 verksamhetsområde Hälsa och sjukvård upprättas en vårdplan där den enskilde, och om 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 verksamhetsområde 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.