



Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden

# **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2015**

# Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	3
2 Mål och strategier .....	4
3 Organisatoriskt ansvar för arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten .....	5
4 Avvikelser.....	8
5 Uppföljning genom egenkontroll .....	11
6 Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten .....	17
7 Riskanalys.....	20
8 Hantering av klagomål och synpunkter .....	21
9 Systematiskt förbättringsarbete .....	22
10 Samverkan med den enskilde och närstående.....	24
11 Resultat, sammanställning och analys .....	25
12 Övergripande mål och strategier för kommande år .....	28

## Bilagor

*Bilaga 1: Basal Hygien*

# 1 Sammanfattning

Under året har processen Basal hygien fastställts och upprättats i beslutsstödet Stratsys.

Brukar- och målgruppsundersökningar förekommer inom tre av sektorns fyra verksamhetsområden. Funktionshinder har arbetat aktivt med att utveckla och arbeta mer systematiskt med brukarenkäter under 2015 och flera olika former av målgruppsundersökningar har genomförts i verksamheten. Individ- och familjeomsorgen har inte genomfört de brukarundersökningar som planerats. De skjuts istället fram till 2016. Inte heller inom Hälsa och sjukvård har några målgruppsundersökningar genomförts under året.

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 smärtskattningsinstrument och att arbeta med förbättrad munhälsa i livets sista tid.

För flertalet av sektorns verksamheter ingår resultat från Öppna jämförelser som en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Exempel på förbättringsåtgärder som vidtagits under året med anledning av resultaten är: Äldreomsorgen har haft ett ökat fokus på att tydliggöra till vem den enskilde ska kunna framföra sina synpunkter. Vuxenheten har upprättat samverkansrutiner med de olika enheterna inom Individ- och familjeomsorgen. Vuxenheten har också blivit bättre på att tidigare erbjuda en tid för första besök. Hemsjukvården har genomfört insatser inom området läkemedelsgenomgångar. Resultatet för Kommunens kvalitet i korthet (KKIK) 2015 publicerades andra delen av januari 2016 och ett fortsatt arbete med analys och förbättringsåtgärder kommer att inledas under våren 2016.

Dokumentation är ett förbättringsområde för samtliga verksamheter och arbetet med att anpassa rutiner för dokumentation, sedan de nya föreskrifterna ifrån Socialstyrelsen trädde i kraft 1 januari 2015, pågår i hela sektorn. Utbildningsinsatser har dock endast kunnat genomförts i begränsad omfattning på grund av begränsade resurser.

Arbetet med att upprätta nya samt revidera rutiner för avvikelshantering inom sektorn har påbörjats för att även inkludera de sociala avvikelserna. Färdigställande och implementering kommer dock att ske först under 2016. De avvikelser som rapporterats, rör istället främst händelser som rör läkemedelshantering och fall där den vanligaste orsaken till avvikelser gällande läkemedel, är utebliven dos där personal oftast glömt att ge läkemedel eller där den enskilde avböjt. Orsak till avvikelser gällande fall utan skada är oftast uppegående omsorgstagare med demenssjukdom.

Antalet upprättade lex Sarah-rapporter har ökat under året och flest händelser härleds till bristande rutiner och bristande följsamhet till befintliga rutiner. Antalet allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden har däremot inte ökat. Att de inkomna rapporterna har ökat i antal beror bland annat på en högre grad av insikt i vad bestämmelserna om lex Sarah innebär.

Under året har åtgärder med anledning av den anmälan enligt bestämmelsen om lex Maria som gjorts påbörjats, men de har ännu inte till fullo slutförts på grund av bemanningssvårigheter.

Flera verksamhetsområden lyfter fram att hög arbetsbelastning, stor personalomsättning och svårigheter att rekrytera till viss del påverkat förutsättningarna att kunna bedriva insatser med god kvalitet. Även pågående budgetanpassningar bedöms kunna komma påverka verksamhetens förutsättningar framåt.

## 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.

*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 Processer

#### Fastställda processer

Basal hygien, se bilaga 1.

### **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**

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**

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 eller uteblivna insatser. Sektorn saknar en övergripande rutin för avvikelshantering gällande de sociala avvikelserna varpå det systematiska arbetet med att identifiera, analysera och följa upp sociala avvikelser generellt uteblir. Bland de få sociala avvikelser som rapporterats in under året återfinns exempelvis nedsättande bemötande ifrån personal, fysiskt våld mellan brukare, utebliven insats, felaktiga larmanordningar och felaktigt användande av begränsningsåtgärder. Underlaget är dock begränsat och möjliggör inte vidare analyser.

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 sjuksköterska, 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 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 utöver 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 33 stycken rapporter (likväl 34 händelser) 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 33 rapporterna pågår utredning ännu i 23 av fallen, därav kan ytterligare anmälan till tillsynsmyndigheten bli aktuell.



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

Tabell: Antal rapporter per verksamhet

Verksamhet	Antal inkomna rapporter
Individ- och familjeomsorg	3
Hälsa och sjukvård	0
Äldreomsorg	16
Funktionshinder	14
<b>Totalt</b>	<b>33</b>

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.

#### *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 13 rapporter handlar om 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 nästa vanligaste kategorin av upprättade rapporter (4 rapporter) är händelser där personal brustit i sitt bemötande av brukare genom exempelvis kränkningar.

Tabell. Antal händelser per kategori

Kategori	Antal händelser
Felaktigt utförd insats	13
Bemötande	4
Utebliven insats	3
Sekretess	3
Ekonomiskt övergrepp	2
Teknisk utrustning (larm)	2
Rättssäkerhet i handläggning	2
Begränsningsåtgärd	1
Sexuellt övergrepp (mellan brukare)	1
Själv mord	1
Avvikelse, ej missförhållande enligt lex Sarah	2
<b>Summa</b>	<b>34</b>

#### *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, 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*

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 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. På grund utav bemanningssvårigheter har dock inte åtgärden kunnat slutföras under året.

## 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. 145 riskbedömningar har genomförts och 116 åtgärder har dokumenterats i Senior Alert. Metodutvecklarens uppdrag har ingått som en del i satsningar som kunnat genomföras via statliga stimulansmedel. Från och med 2016 kommer enhetschefer inom särskilt boende ansvara för att driva arbetet med Senior Alert.

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 är personalens bemötande är av avgörande betydelse för vårdtagare med demensdiagnos. Under hösten har demenssköterskans funktion upphört. Istället ansvarar hemsjukvården för att en sjuksköterska med kompetens inom demensområdet fortsätter arbete med BPSD och att utbilda/handleda personal. Denne kommer även att ha ett visst patientansvar för personer 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 undersökningarna, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Kommun och enbetsundersökningen, äldreguiden och Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* I Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens nämndplan 2015 var målsättningen att den sammantagna nöjdheten på särskilt boende skulle uppnå målvärdet 86 % och den sammantagna nöjdheten i hemtjänsten skulle uppnå målvärdet 90 % nöjdhet. Båda målvärdena är lika med resultatet från 2014 års Brukarenkät. Resultatet från *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* för 2015 som publicerades i slutet av året visar att särskilt boende nådde en nöjdhet på 86 % och att hemtjänsten klarade att ligga kvar på 90 % nöjdhet. Inom särskilt boende är det frågor ang. trivsel med bostad, socialaktivitet och personalen tid som har sänkta värden. Bemötande och trygghet ligger kvar på fortsatt höga värden. I hemtjänsten är de olika resultaten inom enkäten relativt oförändrade. 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 var att arbeta med att tydliggöra var/hur och till vem den enskilde kan framföra synpunkter och ev. klagomål. Inför 2016 kommer nya områden att bli aktuella för tydliggörande och förbättringsområden.

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. Hemsjukvården har i uppdrag att arbeta utifrån den plan som tagits fram av Västra Götalandsregionen och som innebär att läkemedelsgenom-

gångar ska genomföras på personer 70 år och äldre. Inom SIMBA området har en överenskommelse skett om att alla ordinerade läkemedel till patienter inskrivna i hemsjukvården ska ske via Pascal. Ale kommun har uppnått detta till 90 %.

*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.

Individ- och familjeomsorgen deltar i jämförelserna *ekonomiskt bistånd, missbruks och beroendevård och social barn och ungdomsvård*. Indikatorerna i öppna jämförelser ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård och social barn och ungdomsvård och utgörs av struktur- och processindikatorer och visar därmed på förutsättningar för verksamheten och på vad som görs i verksamheten. I *öppna jämförelser för missbruks- och beroendevård 2015* ligger Ale kommun bäst till bland samtliga kommuner i regionen gällande andel indikatorer med positivt utfall. Indikatorerna berör områdena helhetssyn och samordning, självbestämmande och integritet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet, trygghet och säkerhet samt effektivitet. Efter de resultat som redovisats i Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevård har vuxenheten under året 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

Nedan redogörs för några resultat inom KKIK som bedöms särskilt intressanta för sektor arbete, trygghet och omsorg.

- Väntetiden i snitt (dagar) för att få plats på ett äldreboende från ansökan till erbjudande om plats har ökat 2015 (94 dagar) jämfört med 2014 (66 dagar) och 2013 (70 dagar). Medel för riket är 57 dagar.
- Handläggningstiden i snitt (dagar) för att få ekonomiskt bistånd vid ny besök har minskat 2015 (17 dagar) jämfört med 2014(19 dagar) men är högre än 2013 (14 dagar). Medel för riket är 16 dagar.
- Antal olika vårdtagare som besöker en äldre person med hemtjänst under en 14 dagars period har minskat 2015 (11 personer) jämfört med 2014 (14 personer) och 2013 (13 personer). Medel för riket är 15 personer.
- Vilket serviceutbud som finns på särskilt boende? andelen % av maxpoäng har ökat med en procent 2015 (49 %) jämfört med 2014 (48 %) men är lägre jämfört med 2013 (73 %). Medel för riket är 66 %.
- Vilket omsorgs- och serviceutbud har hemtjänst finansierad av kommunen? andelen % av maxpoäng är oförändrat mellan åren 2015 (70 %) och 2014 (70 %). En minskning har skett jämfört med 2013 (73 %). Medel för riket 65 %.
- Vilket serviceutbud som finns inom LSS grupp- och serviceboende, andel % av maxpoäng har minskat 2015 (68 %) jämfört med 2014 (90 %) och 2013 (73 %). Medel för riket är 82 %.
- Andelen inte återaktualiserade ungdomar ett år efter avslutad insats har minskat 2015 (68 %) jämfört med 2014 (86 %) och 2013 (84 %). Medel för riket är 78 %.

Resultatet för KKIK 2015 publicerades andra delen av januari 2016 och ett fortsatt arbete med analys och förbättringsåtgärder kommer att inledas under våren 2016. Andra jämförelser som gjorts med tidigare års resultat beskrivs också under rubrikerna öppna jämförelser och målgruppsundersökningar.

## Målgruppsundersökningar

Inom Äldreomsorgen har målgruppsundersökningar genomförts i 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. Några målgruppsundersökningar utöver Vad tycker de äldre om äldreomsorgen det har inte förkommit. Dialog på en övergripande nivå för dock inom vare enhets Brukarråd.

Verksamhetsområdet Funktionshinder har under 2015 haft som målsättningen att genomföra brukarundersökning mer systematiskt. Utbildning i Delaktighetsmodellen har startat som ett resultat av detta men för den aktuella perioden finns inget resultat. Utöver detta har verksamhetspedagog tillsammans med anhängkonsulent under 2015 anordnat ett antal temakvällar för anhöriga till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Varje tillfälle har berört ett angeläget tema och utöver föreläsning/presentation har det funnits tillfälle till frågor och diskussion. Temakvällarna har varit välbesökta och uppskattade och har dessutom gett verksamhetsområdet en god bild av anhörigas syn i de olika frågorna.

Utöver detta har närstående bjudits in till fokusgruppsdiskussion. Diskussionen handlade om svårigheter som närstående upplever med att ha många olika myndighetskontakter och bristen på samverkan mellan olika instanser där den närstående måste ansvara för att hålla ihop alla delar. Resonemang fördes kring förbättringsområden och önskemål för att förenkla. Resultatet av diskussionerna har sammanställts och diskussion i verksamhetsområdets ledningsgrupp kring hur synpunkterna kan användas och återkopplas kommer att föras.

Brukarundersökningar har genomförts för transportgruppens resenärer, resultatet var överlag bra. Åtgärder utifrån diskussioner på Arbetsplatsträffar pågår. Inom enheten korttidsinsatser barn och unga/köpta platser har föräldrar och barn getts tillfälle att via en enkät, lämna önskemål och synpunkter kring de insatser man beviljats.

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, psykiatrin 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.

Boendestödet för personer med neuropsykiatriska funktionshinder har genomfört en brukarenkät. Undersökningen visade att brukarna är nöjda med sina insatser. Det framkom även att det kan vara situationer där brukare har velat välja bort viss personal. Möjligheten och formerna för detta övervägs.

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.

Under 2015 har inga brukarundersökningar genomförts inom Individ- och familjeomsorgen och Hälsa och sjukvård.

## 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 slumpmässig granskning av dokumentation för att säkerställa att verksamheten dokumenterar i enlighet med lagstiftning, praxis och riktlinjer på området. Resultatet av granskningen påvisar inga allvarliga felaktigheter och

de brister som identifierats har främst kunnat härledas till att verksamheten varit underbemannad under en tid.

Inom Hälsa och sjukvård granskas ej journaler systematiskt utan på förekommen anledning, i händelse av avvikelser.

Under året har det inom verksamhetsområdena Funktionshinder och Äldreomsorg fokuserats på den enskildes genomförandeplan, utifrån tidigare identifierade brister i dokumentationen. Inom Äldreomsorgen har bland annat en mer lättarbetad genomförandeplan tagits fram för användning på särskilda bonden, vilken har medfört gott resultat i andelen upprättade och aktuella genomförandeplaner. Inom Funktionshinder har utbildningsinsatser påbörjats och kommer att fortgå under 2016. Likaså har ansvaret för dokumentation omfördelats mellan chefer inom den personliga assistansen som en åtgärd för att intensifiera och stärka verksamhetens dokumentation. Båda verksamhetsområdena har utsedda dokumentationsombud på enheterna vilka har ett utökat ansvar för dokumentationen. Stick-provs kontroller av andelen upprättade och aktuella genomförandeplaner samt granskning av kvaliteten på dokumentationen genomförs likaså inom de två verksamhetsområden och resultatet påvisar ett visst förbättringsbehov inom några enheter. Ytterligare förbättringsområde är att göra den enskilde mer delaktig i själva 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 har inkommit 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. Brukarenkäter lyfts fram som ett område som behöver prioriteras i verksamheten 2016 då de inte har genomförts några under 2015 som planerat.

### **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 planera och vidta efterfrågade åtgärder har därefter påbörjats och de kommer även att fortgå under nästkommande år. Åtgärderna har kommunicerats till IVO som därefter har valt att avsluta ärendena hos sig.

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.

Under senare delen av året genomfördes även en tillsyn hos Biståndsenheten inom Äldreomsorgen. Resultatet därifrån har ännu ej delgivits.

#### *Arbetsmiljöverket*

Två verksamheter inom Funktionshinder har under året inspekterats utav Arbetsmiljöverket. Resultatet av in-

spektionen visade på brister i det riskförebyggande arbetet med brukare och åtgärder har vidtagits med anledning därav.

#### *Revisionsrapporter*

Verksamhetsområdet Hälsa och sjukvård har fortsatt arbetet med att åtgärda synpunkterna som mottogs vid revisionen 2014. Revisionsrapporten påtalade vikten av att göra enskilda mer delaktiga i vårdplaneringsprocessen och under året har exempelvis Trygg hemgångsteamet påbörjat sitt arbete för att öka möjligheten till delaktighet.

En granskning av rutinerna för hanteringen av privata medel har gjorts inom verksamhetsområdet Funktionshinder 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. Genom att hyra in en konsult har de enheten under hösten kommit i fas med utredningsarbetet. De åtgärder som vidtagits är att anställa ytterligare personal vid enheten samt att avsätta en person till att revidera och upprätta arbetsrutiner och riktlinjer.

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.

#### *Granskning*

På uppdrag av Kommunfullmäktige har hela verksamhetsområdet Individ- och familjeomsorg genomlysts. Granskningen visade bl.a. att kostnaden för missbruksvården är mycket höga medan kostnaderna för barn och unga är låga. Likaså att arbetslösheten är låg i Ale. Resultatet av granskningen har legat till grund för det utvecklingsarbete som verksamhetsområdet påbörjat.

Utifrån sektorns modell för uppföljning och granskning av hemtjänstverksamhet har även en fördjupad granskning av samtliga utförare av hemtjänst genomförts av tillsynsansvarig social omsorg och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Granskningen har genomförts genom besök i respektive verksamhet under slutet av 2015 och i början av 2016 och har haft sin utgångspunkt i de kvalitetskrav som ställs på samtliga utförare genom nämndens Förfrågningsunderlag. Fördjupningen har fokuserats på följande kvalitetsområden; Självbestämmande och integritet, Trygghet och säkerhet samt Kunskapsbaserad verksamhet. Bearbetning och analys av resultat ifrån granskningen pågår inom sektorn.

#### **Samverkansavvikelse inom SIMBA**

När medarbetare identifierat en negativ händelse eller risk för negativ händelse i vårdssamverkan 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 iordningställts 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 året har flera avvikelser upprättats på enheten till bland annat 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 bedöms 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 enhetschefs-nivå. 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 erbjuder 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 Habiliteringen, 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 och skolan. Samverkan kring den enskilde sker och styrs även av genomförandeplanen 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 handläggartäff 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 och överenskommelser skett under året. 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 flyk-

tingfrågan 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.

Samverkansrutiner och handlingsplaner finns med externa samverkansaktörer vid de olika enheterna. Avseende vuxenenheten 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 vuxenenheten 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 öppenpsykiatri, vuxenutbildningen, försäkringskassan och vården. Enhetschef för arbetsmarknadsenheten är representant i Samordningsförbundets lokala ledningsgrupp.

Verksamhetens sociala investeringsprojekt MiniMili har ingått 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 har MiniMili bland annat varit med i arbetet kring "Schyssta Gym" i Nödinge. Ett koncept har tagits fram i samverkan med ungdomsmottagningen, socialkontoret och fältassisterna på fritid. En dialog med utvecklingsledare inom Västra Götalandsregionen, 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 omsorgs 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 sektor arbete, trygghet och omsorg 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, Enhetschef 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. I september förändrades teamets uppdrag. Undersköterskor anställdes i teamet. Teamet ska kunna göra vårdplaneringar i

hemmet och brukaren ska kunna få hjälp direkt. Syftet är att brukaren ska känna sig trygg vid hemgång från sjukhuset samt att behovet av korttidsplats ska minska. Brukaren får max tillhöra teamet 10 dagar, under den tiden ska en uppföljning av biståndshandläggaren ske samt brukaren skall välja utförare. Namnet ändrades från vårdplaneringsteam till Trygg Hemgång.

Under året har en anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ) förberetts, med utbildning och de nya tekniska lösningar som krävs. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. Arbetet beräknas vara helt klart i januari 2016.

## 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. Förebyggande 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 de 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 året har ett arbete påbörjats inom Funktionshinderns verksamhetsområde som innebär att genomföra riskanalyser och tillhörande handlingsplaner/metodplaner vad gäller enskilda individer. Arbetet fortsätter under 2016.

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 innebär att ytterligare risk och konsekvensanalyser genomfördes under hösten med anledning av restriktivitet vid vikarietillsättning.

Individ- och familjeomsorgen har genomfört riskanalyser i samband med en planerad organisationsförändring där tjänster inom förebyggande arbete drogs in och vid implementeringen av bedömningsstödet FIA (förutsättning inför arbete) och Instrument X. Riskanalysen som genomfördes i samband med implementeringen 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 personal och vikarie inom Ale rehab har till viss del inneburit att uppföljning av rehabiliteringsinsatser inte har kunnat prioriteras, det har också lett till att den planerade genomgången av handhavandet av grundutrustning inte har kunnat genomföras som planerat utan tvingats flytta fram till 2016.

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 varit ett prioriterat förbättringsområde under året. Förändrade rutiner vid leverans av läkemedel har införts. Under året ett projekt genomförts för att få ett gemensamt ordinationsunderlag i Pascal (ordinationsverktyg) för vårdtagare inskrivna i hemsjukvården vid läkemedelsövertag. Ca 90 % av de patienter som har hemsjukvård och där det finns ett läkemedelsövertag är registrerade i Pascal. Under hösten har ett arbete med att byta leverantör för läkemedel pågått. Det nya avtalet gäller från mitten av februari 2016.

Under hösten har en anslutning till NPÖ förberetts, med utbildning och nya tekniska lösningar som krävs. I januari 2016 återstår att färdigställa några tekniska lösningar, sedan kan legitimerade utövare se journaler för personer som givit samtycke. Anslutna enheter är sjukhusen och några av vårdcentralerna.

## 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.

Inkomna och inregistrerade synpunkter och klagomål är dock få i sektorn. Under året registrerades sammanlagt 36 stycken och det uppstår således 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. Klagomålen berör bland annat brister i information och kommunikation, kvaliteten på insatser, till exempel 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 eller av bilar som överskridit hastighetsbegränsningen. Inom verksamhetsområdet Äldreomsorg har det inkommit klagomål på bristande kontinuitet och att det periodvis, arbetat många vikarier på en enhet. Ett par klagomål som inkommit har handlat om verksamhetens bedömningar när det kommer till hur utförande enheten tolkat myndighetens beslut samt ytterligare något klagomål har rört bristande alternativ för hur ett behov kan tillgodoses inom sektorn. Inom Individ- och familjeomsorgen har det inkommit klagomål på att handläggningstiden är för lång samt att det inkommit frågor och synpunkter på verksamhetens placering av ensamkommande barn. Förslag har lämnats om att återinföra dagverksamhet på lördagar och att erbjuda tekniskt mer avancerade trygghetslarm.

Nedan följer en sammanställning av hur de olika synpunkterna och klagomålen fördelar sig mellan verksamhetsområdena.

*Tabell. Synpunkter per verksamhetsområde*

Verksamhet	Antal registrerade synpunkter/klagomål
Individ- och familjeomsorg	7
Hälsa och sjukvård	2
Äldreomsorg	25
Funktionshinder	0
Staben	2
<b>Totalt</b>	<b>36</b>

## 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.

Ale hemtjänst har arbetet med kvalitetssäkring genom fokus på bemanning och tid hos omsorgstagarna, dvs hur tiden används så effektivt som möjligt. Det elektroniska stödsystemet har gett möjlighet till uppföljning på ett positivt sätt. Hemtjänsten har i större utsträckning än tidigare använt sig av orosanmälningar till biståndsenhet och vuxenenhet inom Individ- och familjeomsorg. Några enheter har under perioden utvecklat en förbättrad teamsamverkan med specialister och stödfunktioner.

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 studiecirkel.

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 planerades att genomföras under året, arbetet har inte genomförts och kommer istället skjutas fram till 2016. 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, 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 bidraget 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 *kontinuerligt*.

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. Under hösten utökades teamet med sjuksköterskor, samt bytte namn till trygghemgångsteamet. Yrkeskategorierna arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och undersköterska arbetar tillsammans, vilket ska öka möjligheten till kvarboende i det egna hemmet. Teamet ska utreda behovet av rehabilitering, hemsjukvård och SoL-insatser samt verka för en trygg hemgång efter sjukhusvistelse.

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 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. Individ- och familjeomsorgen har haft ambitionen att genomföra brukarundersökningar enligt tidigare års rutin men bemanningssvårigheterna har inneburit att undersökningar ej genomförts i år.

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 Äldreomsorgen har några enheter ej genomfört brukarråd under året till följd av vakanta chefstjänster.

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

## *Processer*

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 med *projektplan- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete- processer och rutiner*. Arbetet har fortgått under året och har i stort sett löpt på enligt fastställd plan. Under året har processen Basal hygien fastställts.

## *Avvikelse, lex Sarah, lex Maria, synpunkter och klagomål*

Inom sektorn finns riktlinjer för den kommunala hälso- och sjukvården vad det gäller avvikelshantering, motsvarande saknas dock för så kallade sociala avvikelser. De befintliga rutinerna gällande den kommunala hälso- och sjukvården behöver således revideras och kompletteras, ett arbete som påbörjats inom sektorn och planeras att fortlöpa under 2016.

Under året har sammanlagt 33 lex Sarah rapporter upprättats inom sektorn vilket är fler än 2014 då antalet var 18 stycken. Bland de 34 inrapporterade händelserna har flest inträffat med anledning av att det saknats rutiner eller att de rutiner som finns, ej efterföljts. Bland de rapporter som utretts återkommer ett par orsaker till varför missförhållanden sker eller riskerar att inträffa. Periodvisa begränsningar i tillgången till handledning genom exempelvis verksamhetspedagoger inom Funktionshinder har i ett par händelser utmynnat i brister i etik och bemötande. Likaså har ett par utredningar synliggjort att chefsbyten och exempel där chef inte haft förutsättningar att närvara i verksamheten, inneburit att avvikelser utvecklats till missförhållanden då händelser som skett inte har kunnat följas upp i tillräcklig utsträckning. Flera utredningar pågår dock ännu och sektorn har därför omfördelat resurser för att klara av att utreda de upprättade lex Sarah-rapporterna skyndsamt.

Den synbara ökningen av antalet upprättade rapporter har flera förklaringsgrunder. Exempelvis har det under året inkommit fler än en rapport kring en och samma situation eller enskild brukare. I något fall har detta berott på att brukaren varit aktuell vid fler än en enhet, i något annat fall beror det på att när väl ett missförhållande uppmärksammats vid en enhet, har fler synliggjorts. Medvetandegraden av vad ett missförhållande är och inte är, har således ökat inom verksamheterna. Därtill har nyanställda chefer systematiskt informerats om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär för enheten. Antalet allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden som har anmälts till IVO har dock inte ökat i antal. Att rapporterna ökat i antal ska inte uppfattas som att det har inträffat fler missförhållanden och risker för missförhållanden, ökningen bör istället betraktas som att sektorn blivit bättre på att reagera och uppmärksamma när brukare far, eller riskerar att fara illa.

I och med den anmälan, enligt bestämmelsen om Lex Maria, som gjorts under 2015 har åtgärder påbörjats som syftar till att förbättra informationsöverföring och instruktioner från förskrivare till användare av personliga hjälpmedel och andra (arbetstekniska) hjälpmedel såsom grundutrustning på särskilda boenden. Samtliga åtgärder har dock ej kunnat fullföljas under året.

De klagomål och synpunkter som inkommit till sektorn under året har med största sannolikhet hanterats allt eftersom de kommit in i den löpande verksamheten. Dock saknas adekvat registrering och därtill systematisk hantering av klagomål och synpunkter ur ett förbättringsperspektiv. Under 2016 kommer dock Kontaktcenter att initiera en ny synpunktshantering som är kommunövergripande och därefter återstår för sektorn att sammanlänka Kontaktcenters synpunktshantering med sektorns krav systematiskt förbättringsarbete.

## *Nationella kvalitetsregister*

De nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret samt BPSD-registret är implementerade i verksamheterna för Äldreomsorg samt Hälso- 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 (riskbedöm-

ning). Åtgärdsplaner upprättas vid identifierade risker, och följs upp i verksamheten.

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 smärtskattningsinstrument 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.

#### *Målgruppsundersökningar, Öppna jämförelser, kommunens kvalitet i korthet*

Brukar- och målgruppsundersökningar förekommer inom tre av sektorns fyra verksamhetsområde. Inom Äldreomsorgen genomförs målgruppsundersökningar genom socialstyrelsens årliga brukarenkät. *Vad tycker det äldre om äldreomsorgen?* Funktionshinder har arbetat aktivt med att utveckla och arbeta mer systematiskt med brukarenkäter under 2015 och flera olika former av målgruppsundersökningar har genomförts i verksamheten. Individ- och familjeomsorgen har inte genomfört de brukarundersökningar som planerats. De skjuts istället fram till 2016. Inte heller inom Hälsa och sjukvård har några målgruppsundersökningar genomförts under året.

För flertalet av sektorns verksamheter ingår resultat från Öppna jämförelser som en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Exempel på förbättringsåtgärder som vidtagits under året med anledning av resultaten är: ökat fokus på att tydliggöra till vem den enskilde ska kunna framföra sina synpunkter inom Äldreomsorgen. Vuxenenheten har arbetat med att upprätta samverkansrutiner tillsammans med de olika enheterna inom Individ- och familjeomsorgen. Enheten har också blivit bättre på att tidigare erbjuda en tid för första besök. Hemsjukvården har genomfört insatser inom området läkemedelsgenomgångar.

Vid en resultatsammanställning av Kommunens kvalitet i korthet (KKIK) 2015 ses en förbättring för måtten. *Handläggningstiden i snitt (dagar) för att få ekonomiskt bistånd vid ny besök och antal olika vårdtagare som besöker en äldre person med hemtjänst under en 14 dagars period.* Vid följande mått ses en försämring jämfört med 2014. *Väntetiden i snitt (dagar) för att få plats på ett äldreboende från ansökan till erbjudande om plats, vilket serviceutbud som finns på särskilt boende, vilket serviceutbud som finns inom LSS grupp- och serviceboende, och andelen inte återaktualiserade ungdomar ett år efter avslutad insats.* Måttet Vilket omsorgs- och serviceutbud har hemtjänst finansierad av kommunen? är oförändrat mellan åren 2015 och 2014.

#### *Systematiskt förbättringsarbete*

Framtagande och fastställande av lokala rutiner för arbetet beskrivs vara en central del i det systematiska förbättringsarbetet 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.

#### *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 verksamheter 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 stick-provkontroller 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.

#### *Förutsättningar*

Flera verksamhetsområde lyfter fram att hög arbetsbelastning, stor personalomsättning och svårigheter att rekrytera till viss del påverkat förutsättningarna att kunna bedriva insatser med god kvalitet. Även pågående budgetanpassningar bedöms kunna komma påverka verksamhetens förutsättningar framåt.

#### *Samverkan för att säkra kvaliteten i de insatser som ges i verksamheten*

Samtliga verksamhetsområde beskriver att samverkan sker både internt och externt och på olika nivåer. Specifika insatser som genomförts under året är att internt inom Individ- och familjeomsorgen har en utveckling av befintliga och framtagande av nya former av samarbetsrutiner och överenskommelser skett. Verksamhetens sociala investeringsprojekt MiniMili har ingått i ett samarbete med Högskolan Väst. Under hösten 2015 har MiniMili bland annat varit med i arbetet kring "Schyssta Gym" i Nödinge. Ett koncept har tagits fram i samverkan med ungdomsmottagningen, socialkontoret och fältassistenter på fritid. En dialog med utvecklingsledare inom Västra Götalandsregionen, ungdomsmottagningen, MiniMili och Verksamhetschef inom IFO, har initierats för att framöver tydligare arbeta mer integrerat med varandra. En anslutning till NPÖ förberetts, med utbildning och de nya tekniska lösningar som krävs.

## 12 Övergripande mål och strategier för kommande år

### Äldreomsorg

Avvikelserna inom läkemedel bedöms av verksamheten att vara för omfattande. Här ser verksamheten ett behov under 2016 att arbeta med åtgärder och sätta ett mål med rejäl minskning av utfallet på avvikelser.

Verksamheten ser också ett behov av åtgärder och tydlig målsättning kring arbetet med social dokumentation. En prioriterad åtgärd som lyfts fram är förbättrade rutiner.

Ett annat övergripande mål för verksamheten är, förtydligande av baspersonalens uppdrag och däri kontaktmannaskapet inom både boende och hemtjänst är också av vikt.

Verksamheten beskriver också att det finns svagheter i tydlighet/rutiner för omsorgstagarnas "övergångar" mellan olika verksamheter/insatser.

### Funktionshinder

Verksamheten beskriver att de har ett budgetunderskott som gör att anpassningar är nödvändiga och att 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.

Vidare lyfter verksamheten fram att 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.

Även verksamhetspedagogernas arbete med att kvalitetssäkra och stödja verksamheterna lyfts fram och planeras att fortlöpa i stort sett enligt plan.

### Individ- och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen lyfter fram att 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. Verksamheten tar upp att avgörande för att få god kvalitet i verksamhetens arbete och insatser till enskilda och familjer är att verksamheten har en full bemanning och att arbetet med att förbättra förutsättningarna för personalen måste vara fokus för hela verksamheten.

För att skapa en grund för en god kvalitet ser verksamheten ett behov av att 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.

Individ- och familjeomsorgen lyfter också fram att samarbetet med privata arbetsgivare i kommunen ska utvecklas vidare för att öka kvalitén av metoden Supported employment. Enligt verksamheten har det utökade arbetet med Individual placement support medfört en större trygghet och ett mer individuellt arbetssätt som gynnar den enskilde. Arbetsmarknadsenheten ska under 2016 fortsatt arbeta med kvalitetssäkring via systemet Accorda.

### Hälsa och sjukvård

Nedan redogörs för hemsjukvårdens mål och strategier för 2016.

- 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 rehab planer som vårdtagaren har varit delaktig i att upprätta, aktuella läkemedelslistor och aktuell förberedd vårdbeväran 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 Hälso- 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.

Ale Rehab lyfter fram följande mål och åtgärder för en förbättrad patientsäkerhet 2016.

- Genom tydliga mål och rutiner ska Ale Rehab erbjuda och säkerställa att rehabiliteringen är av god kvalitet för kommunens invånare.
- Patientens delaktighet och inflytande i sin rehabilitering ska öka genom delaktighet vid upprättande av vårdplan/rehab plan.
- Kvalitetsregistren ska användas som stöd för att identifiera risker för patienten och utveckla nya arbetsätt samt öka samarbetet med omvårdnadspersonalen.
- Arbetet med uppföljningar av rehabiliteringsinsatser och utprovade hjälpmedel ska prioriteras. Detta har varit åsidosatt på grund av att enheten inte har haft full bemanning under hela året.
- Enheten ska se över rutinerna gällande informationsöverföring och instruktion till omvårdnadspersonalen vid utprovning av liftar, träningshjälpmedel och träningsprogram.
- För en mer likartad dokumentation i Treserva ska enheten ha regelbundna genomgångar på arbetsplats-träffar och Rehabteamsmöten.
- Regelbundna teamträffar med hemtjänst/boendegrupper.