

Kvalitetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Upprättad av Britt-Marie Karlsson
Kvalitetsutvecklare

2017-02-16

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Mål /strategier 2016	4
Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet	4
Hur kvalitetssäkringsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad säkerhet	5
Genomförande, resultat och uppföljning av internkontroll och egenkontroll	6
Nationella brukarundersökningen och Kommunens Kvalitet i Korthet	8
Samverkan för att förebygga otrygghet för den enskilde	13
Teknik för att öka säkerhet och trygghet för den enskilde	13
Riskanalys	14
Omsorgspersonalen rapporteringsskyldighet enl. Lex Sarah, avvikelser	15
Klagomål och synpunkter	19
Basal hygien/arbetskläder	20
Kost för den äldre	20
Fortlöpande kvalitetssäkring	22
Mål / strategier för 2017	23

Sammanfattning

Kvalitetssäkring inom äldreförvaltningen är ett ständigt pågående arbete med framtagande av processer, regler, riktlinjer och rutiner utefter Socialtjänstlagen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt nämndbeslut. Kvalitetssäkringen ska ingå i äldreförvaltningens samtliga anställdas uppdrag riktat mot individens fokus.

Internkontroll beslutad av Äldrenämnden har genomförts genom kontroll av genomförandeplaner, antal upprättade, uppdaterade samt dokumentationens kvalitet. Kontroll av statistik, efterlevnad av rutin och dokumentation av händelser gällande förebyggande av stickskador som ingår i arbetsmiljöarbete SAM. Egenkontroller i verksamheten enligt koncept för egenkontroller.

Förbättringsåtgärder utifrån resultat från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2015.

Resultat och analys Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2016, Kommunens kvalitet i korthet KKiK

Avvikelse samt Lex Sarahrapportering.

Klagomål/synpunkter från den enskilde och/eller från dess närstående och från andra kommuninnevånare

Teknik för ökad säkerhet och trygghet för den enskilde

Ny tjänst, *Trygg resurs*, för att ge ökad trygghet för personer med speciella behov inom Vård- och omsorgsboenden

Övergripande introduktion för semestervikarier

Ny förskrift i Basal Hygien gällande arbetskläder

Kosten för den äldre i verksamheten

Mål/strategier 2016

- Kontinuerligt arbete med Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Fortsatt arbete i förbättringsgrupper med framtagande av processer och rutiner. Introducera systemet och kartläggningen av verksamhetens processer, uppdatering samt fortsatt kartläggning av processer när behov uppstår.
- Återuppta och följa upp verksamhetens arbete med Världighets- och tjänstegaranti.
- Upprätta handlingsplan för att öka kunskaperna i Basal hygien i vård- och omsorgsarbetet.
- Analysera resultatet av nationella brukarundersökningen, Kommunens enhetsundersökningar om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Kommunens kvalitet i korthet och Öppna jämförelse med förbättringsåtgärder och uppföljning.
- Internkontroll enligt beslut, av genomförandeplaner gällande totalt antal upprättade och uppdaterade enligt rutin samt dokumentationens kvalitet. I samverkan med MAS kontroll gällande statistik och att rutin för hantering av stickskador följs enligt systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Egenkontroll och tillsyn i verksamheten samt analys och återkoppling av åtgärder.
- Öka användandet av dokumentation för all information på intranätet Ronja av verksamhetens uppdrag/aktiviteter.

1. Organisatoriskt ansvar för kvalitetssäkringsarbetet

Äldrenämnden som vårdgivare för äldreomsorgen är ansvarig för kvalitetssäkringsarbetet. Äldrenämnden fastställer mål och processer för det systematiska kvalitetssäkringsarbetet samt har kontinuerlig uppföljning och utvärderar mål.

Äldrenämnden har en förvaltningsenhet som har uppdrag att arbeta med uppföljning och analys av händelser, avvikelser och utvecklingsarbeten inom kvalitetssäkringsområdet.

Förvaltningschefen ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens för att bedriva en god kvalitet i omsorgen. Ansvarar för att operativa mätbara verksamhetsmål formuleras och för att målen ska uppnås. Ansvarar för att resultatet analyseras och delges verksamhetens medarbetare samt att åtgärder påbörjas.

2. Hur kvalitetssäkringsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförs för ökad säkerhet

2.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- Områden, planering och processer för det systematiska kvalitetsarbetet identifieras kontinuerligt. Avvikelse rapportering och rapportering av Lex Sarah med riskanalys av avvikelserna samt hur återkoppling och uppföljning sker enligt rutiner. Nya rutiner samt revidering av befintliga rutiner sker vid ny lagstiftning eller andra väsentliga förändringar. Alla kvalitetsdokument, såsom rutiner, policys, broschyrer och processer är publicerade på intranätet som samtlig personal har tillgång till. Kvalitetsutvecklaren och MAS samarbetar i upprättandet av rutiner, leder förbättringsarbeten på uppdrag av ledningsgruppen.

- Utbildning/information under fem halvdagar, en gång per termin, för uppdatering och information om processer och rutiner som framtagits enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Målgrupp är samtlig kommunal hälso- och sjukvårds personal, enhetschefer och biståndshandläggare.

Fortsatt arbete med Lilla ledningsgruppens LLG styrstruktur för det strategiska arbetet och arbetet med individens fokus. LLG med fastställd grupp bestående av enhetschef, sjuksköterska, rehab-personal samt undersköterskor arbetar med strategiska frågor enligt ledningssystemet och ett team med samma sammansättning, undantag för undersköterskor/kontaktpersonal som alternerar utefter ”sin” vårdtagares individuella behov och fokus. Runt LLG finns förvaltningens stödpersoner som resurs vid behov.

2.2 Nationella värdegrunden

Värdegrundens grundläggande principer är inskriven i Socialtjänstlagen.

Lokal Värdegrunds- och Tjänstegaranti beslutades av Äldrenämnden i 2013. Värdegrunds- och tjänstegarantin är synlig för både personal, närstående och andra gäster.

”Värdegrundskort” med tänkvärda texter av olika situationer som ska leda till eftertanke hos personalen i deras förhållningssätt gentemot den enskilde i sitt dagliga arbete diskuteras på enheternas arbetsplatsträffar APT. Några enheter inom särskilt boende har upprättat lokala handlingsplaner hur de ska driva värdegrundsarbetet och arbetet med ”Attraktiv arbetsgivare” inom sina enheter då det finns ett samband mellan uppdragen. Då det även under 2016 varit en process att rekrytera och introducera nya enhetschefer i förvaltningen, har ambitionen att under 2016 lyfta fram arbetet att hålla värdegrunden levande inte helt infriats. Krävs fortfarande uppdatering gällande värdegrundens grundprinciper för samtliga professioner, främst för enhetschefer som ska leda sin personal i värdegrunden inom äldreomsorgen.

2.3 Introduktion för sommarvikarier

Två separata halvdagars introduktion för sommarvikarier i hemtjänst och vård- och omsorgs boende genomfördes för 7:e året i rad. Kvalitetsutvecklaren är samordnare för introduktionen. Övergripande information ges om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och vad det innebär, tystnadsplikt, delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, brandskyddsarbete, arbetstider och förhållningssätt samt vad som förväntas i deras uppdrag inom de olika enheterna. I samband med information genomför fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut en lyfteknikutbildning.

Cirka 130 sommarvikarier deltog i introduktionen.
Enhetscheferna ansvarar för arbetsplatsrelaterad introduktion efter framtagen rutin.

2.4 Introduktion av nyanställda

I den sen ca 2 år tillbaka framtagna, *Äldreförvaltningens kompletterande handbok för systematiskt arbetsmiljöarbete*, finns checklistor för introduktion vid nyanställning av enhetschefer, biståndshandläggare, kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen samt omvårdnadspersonalen.

Handboken finns på intranätet för åtkomst. Det är en viktig del i kvalitetssäkringen både för våra vårdtagare och för våra nya medarbetare för att uppnå en vård- och omsorg av god kvalitet i verksamheten.

3. Genomförande, resultat och uppföljning av internkontroll och egenkontroll

3.1 Internkontroll enligt beslut

Internkontrollerna av genomförandeplaner och förebyggande av stickskador enligt systematiskt arbetsmiljöarbete SAM, riktades både mot hemtjänsten och Vård- och omsorgsboenden.

A. Kontroller gjordes av totalt 40 genomförandeplaner, 10 planer 2 gånger under året inom respektive verksamhet genom stickprov

- Totalt antal upprättade och uppdaterade

Vård-och omsorgsboende:

Av totalt 279 boende har 267 en upprättad genomförandeplan.

5 genomförandeplaner var inte uppdaterade i verksamhetssystemet/Procapita.

4 genomförandeplaner uppdaterade i verksamhetssystemet Procapita hade inte tillförts omvårdnadspärmen, inaktuell kvar i pärmen.

Hemtjänst:

Av totalt 623 personer i granskade hemtjänstområden (inklusive enbart trygghetslarm och/eller matdistribution) har 465 en upprättad genomförandeplan

2 genomförandeplaner var inte uppdaterade i verksamhetssystemet/Procapita

4 genomförandeplaner uppdaterade i Procapita hade inte tillförts omvårdnadspärmen, inaktuell kvar i pärmen.

Åtgärder:

Alla vårdtagare som har insatser ska ha en genomförandeplan, den ska finnas lättillgänglig för all personal i omvårdnadspärmen. Den ska vara upprättad inom 14 dagar från det att insats verkställs enligt Vårdighets- och Tjänstegarantin. Befintliga planer ska vara uppdaterade vid förändringar i dess omvårdnads- eller serviceinsatser, dock senast var 6:e månad om inga förändringar har skett.

Senast 2017-01-31 ska alla vårdtagare ha en aktuell genomförandeplan som ska finnas i omvårdnadspärmen, uppföljning kommer att utföras i början av mars-2017

Dokumentationens kvalitet

Bedömd enligt kriterier;

1 = Underkänd - Ingen eller mycket dålig information om **vad, när och hur** insatsen ska utföras, finns inte dokumenterat att berörd VT varit delaktig i upprättandet.

2 = Delvis Godkänd - Information om **vad, när** insatserna ska utföras, **”huret”** dåligt dokumenterat, berörd VT har inte varit delaktig i upprättandet.

3 = Godkänd - Bra information om **vad, när och hur** insatsen ska utföras, kunde vara mer detaljerad på **”huret”** som den enskilde VT önskar, VT har varit delaktig i upprättandet.

4 = Väl godkänd - Mycket bra, detaljerad information om **vad, när och hur** insatsen ska utföras, VT har varit delaktig i upprättandet.

Personal som ska utföra insatser hos VT för 1:a gången och följer genomförandeplanen, kan utföra insatsen på rätt sätt utan att ställa frågor om utförandet/huret till VT eller medarbetare.

Kvalitetsbedömning av 20 genomförandeplaner inom Vård- och omsorgsboende:

5 kvalitetsbedöms inte då dessa inte var uppdaterade och aktuella.

15 kvalitetsbedöms enligt kriterier för bedömningen

1 bedöms som 1

8 bedöms som 2

1 bedöms som 3

5 bedöms som 4

Kvalitetsbedömning av 20 genomförandeplaner inom hemtjänst:

2 kvalitetsbedöms inte då dessa inte var uppdaterade och aktuella.

18 kvalitetsbedöms enligt kriterier för bedömningen

0 bedöms som 1

10 bedöms som 2

8 bedöms som 3

0 bedöms som 4

Planer, 9 inom vård- och omsorgsboende, 18 inom hemtjänst, som bedömdes som delvis godkända eller godkända, klargöra för omvårdnadspersonal/kontaktpersonal att den enskilde alltid ska vara fysiskt delaktig i upprättandet samt hur den enskilde önskar få sin insats utförd ska dokumenteras på detaljnivå. För att höja dokumentationens kvalitet är arbetet igångsatt, en dokumentationsgrupp arbetar med höja omvårdnadspersonalens kunskaper i all deras dokumentation, med fokus på dokumentation av genomförandeplaner. För att öka den enskildes delaktighet i utförandet av insatserna har en mall av genomförandeplanen framtagits. Den ska kontaktpersonalen ta med för upprättande och uppdatering av planen som ska göras tillsammans med den enskilde. Planen ska därefter dokumenteras i verksamhetssystemet Procapita.

Ytterligare åtgärd för att höja kvaliteten är att enheterna upprättar lokala rutiner för kollegial granskning av enheternas genomförandeplaner, vissa enheter har redan en rutin.

Målet är att alla ska ha genomförandeplan som är väl godkänd och bedöms vara optimal och ska generera en ökad kvalitetssäkring gällande delaktighet, medbestämmande och trygghet.

B. Kontroll av hur rutinen Förebyggande av sticksador följs av enhetschefer

Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS och kvalitetsutvecklaren intervjuade alla enhetschefer;

- Kännedom om var rutinen finns?
- Någon incident av stickskada under 2016?
- Följs rutinen?

Resultat gav att två enhetschefer av fjorton inte hade kunskapen att rutinen finns i *Äldreförvaltningens kompletterande handbok för systematiskt arbetsmiljöarbete SAM*. Totalt rapporterades nio fall av sticksador, fem sticksador rapporterades till och med 2016-08-30.

Efter att *Företagshälsovården* tog över kommunens anställdas hälsovård 2016-09-01 rapporterades fyra sticksador.

Enhetschefer ska uppdateras på att rutin för förebyggande av sticksador ingår i arbetsmiljöarbetet som de ansvarar för i sina respektive enheter.

3.2 Egenkontroll i verksamheten genom stickkontroll av

- Omvårdnadspärmar;

Saknades material, material som inte var uppdaterat inom respektive verksamhet, dock genomgående inom hemtjänsten där det saknades dokumenterat välkomstsamtal.

Kontrollen genomfördes inom både vård- och omsorgsboende och hemtjänst vid samma tidpunkt som internkontrollen.

Berörda enhetschefer där brister framkom har fått rapport om resultatet för åtgärd.

Uppföljning av åtgärder kommer att ske inom resp. verksamhet genom stickkontroller av omvårdnadspärmen under våren 2017.

Hemtjänstpersonalen ska uppdateras av vikten av att genomföra välkomstsamtal.

Checklista för egenkontroll både inom hemtjänst och Vård- och omsorgsboenden är framtagen och delgetts enhetscheferna, utgör underlag för egenkontroller på respektive enheter, finns för åtkomst på intranätet.

4. Nationell brukarundersökning och Kommunens kvalitet i korthet

4.1 Brukarundersökning 2016

Nationell brukarundersökning genomfördes för 4:e året i Socialstyrelsens regi. Riktas sig till personer i Vård och omsorgsboende/demensboende och hemtjänst i målgrupp 65 år > äldre.

Svarande är den enskilde själv, med hjälp av närstående eller enbart den närstående.

Jämförelse positiva svar övergripande för **Vård-och omsorgsboende**

Ronneby/Blekinge/riket (100 %)

	2015	2016		2015	2016
Fick plats på önskat äldreboende			Personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål		
Ronneby	91	95	Ronneby	80	87
Blekinge län	90	90	Blekinge län	78	82
Riket	88	88	Riket	79	87

Trivs med sitt rum/sin lägenhet			Känner sig trygg på sitt äldreboende		
Ronneby	77	84	Ronneby	91	91
Blekinge län	75	77	Blekinge län	90	89
Riket	74	75	Riket	89	89
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen			Känner förtroende för personalen		
Ronneby	66	69	Ronneby	87	87
Blekinge län	63	67	Blekinge län	87	90
Riket	65	65	Riket	87	87
Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet			Nöjd med de aktiviteter som erbjuds		
Ronneby	66	69	Ronneby	58	62
Blekinge län	62	62	Blekinge län	63	59
Riket	67	67	Riket	63	63
Tycker att maten smakar bra			Möjligheterna att komma utomhus är bra		
Ronneby	78	76	Ronneby	50	48
Blekinge län	76	80	Blekinge län	59	59
Riket	76	76	Riket	58	58
Upplever måltiderna som en trevlig stund			Besväras <u>inte</u> av ensamhet		
Ronneby	76	74	Ronneby	31	34
Blekinge län	68	72	Blekinge län	33	37
Riket	69	70	Riket	34	34
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet			Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov		
Ronneby	72	77	Ronneby	76	70
Blekinge län	72	75	Blekinge län	76	75
Riket	72	73	Riket	77	77
Personalen informerar om tillfälliga förändringar			Har lätt att få träffa läkare vid behov		
Ronneby	56	60	Ronneby	57	60
Blekinge län	48	53	Blekinge län	57	60
Riket	49	49	Riket	57	57
Kan påverka vid vilka tider man får hjälp			Lätt att få kontakt med personalen vid behov		
Ronneby	53	55	Ronneby	87	86
Blekinge län	59	60	Blekinge län	86	87
Riket	60	61	Riket	84	85

Får bra bemötande från personalen			Är sammantaget nöjd med äldreboendet		
Ronneby	92	94	Ronneby	85	83
Blekinge län	93	94	Blekinge län	83	82
Riket	94	94	Riket	82	83
Fungerande samarbete mellan närstående och boendet			Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål		
Ronneby	86	89	Ronneby	46	54
Blekinge län	88	89	Blekinge län	45	47
Riket	88	88	Riket	45	47

Resultatet är ungefär på samma nivå som år 2015, det finns några frågor där nöjdheten ökat med några procent, som att man har fått det boende man önskat, personalen tar hänsyn till önskemål och åsikter, vet var man ska vända sig med klagomål och synpunkter samt nöjdheten med aktiviteter på boendena. Arbetet med förbättringar, som är ett ständigt pågående arbete, konstateras har gett resultat över tid, då dessa frågor haft låga siffror i tidigare undersökningar. Resultat som fortfarande har låga siffror är återkommande, såsom möjligheten att komma utomhus samt möjligheten för kontakt med sjuksköterska vid behov.

Förbättringsåtgärder inom särskilt boende efter resultat 2015 brukarundersökning

Boendena arbetar mycket med information till närstående genom att ha informationstavlor där bl.a. vilka aktiviteter, foton på personal, matsedel etc finns på enheterna. Anhörigräffar har anordnats till stor belåtenhet för boende och närstående.

Något boende har även personal som är aktivitetsombud och delger informationsblad till närstående några gånger per år. Det finns brevlådor på några boenden där boende och närstående kan lägga synpunkter, både negativa och positiva, samt annat man vill påtala för personalen. Dessa åtgärdas direkt om det inte är omfattande klagomål som sänds till förvaltningskontoret för utredning.

Förbättringar av måltidsmiljön, ex. personalen sitter ned tillsammans med de boende vid måltiderna, gått ifrån bricksystemet och serverar maten i fint porslin, dukar trevligt alla dagar inte bara vid speciella högtider och därmed skapat en trivsammare och lugnare miljö.

Åtgärderna har gett ett positivt gensvar från närstående.

Jämförelse positiva svar övergripande för **hemtjänsten Ronneby/Blekinge/riket** (100 %)

	2015	2016		2015	2016
Handläggarbeslutet är anpassat efter den äldres behov			Personalen kommer på avtalad tid		
Ronneby	74	73	Ronneby	89	87
Blekinge län	77	75	Blekinge län	87	88
Riket	73	73	Riket	86	86
Fått information om val av utförare av hemtjänsten			Personalen har tillräckligt med tid för arbetet		
Ronneby	0	40	Ronneby	82	80
Blekinge län	0	53	Blekinge län	82	84
Riket	55	56	Riket	82	82

Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål			Personalen informerar om tillfälliga förändringar		
Ronneby	65	60	Ronneby	74	70
Blekinge län	63	64	Blekinge län	70	71
Riket	62	63	Riket	69	69
Personal tar hänsyn till den äldres åsikter/önskemål			Får bra bemötande från personalen		
Ronneby	86	83	Ronneby	98	97
Blekinge län	88	87	Blekinge län	97	97
Riket	87	87	Riket	97	97
Kan påverka vilka tider man får hjälp			Känner sig trygg hemma med hemtjänst		
Ronneby	54	54	Ronneby	91	85
Blekinge län	61	62	Blekinge län	89	87
Riket	61	61	Riket	86	85
Personalen utför sina arbetsuppgifter bra			Känner förtroende för personalen		
Ronneby	88	86	Ronneby	92	91
Blekinge län	88	89	Blekinge län	91	92
Riket	87	87	Riket	91	91
Besväras inte av ensamhet			Lätt att få kontakt med personalen vid behov		
Ronneby	37	38	Ronneby	81	83
Blekinge län	43	43	Blekinge län	82	82
Riket	45	46	Riket	79	78
Lätt att få träffa sjuksköterska vid behov		*	Är sammantaget nöjd med hemtjänsten		
Ronneby	70	-	Ronneby	91	91
Blekinge län	66	-	Blekinge län	91	90
Riket	67	-	Riket	89	89
Lätt att få träffa läkare vid behov		*	Fungerande samarbete mellan närstående och hemtjänsten		
Ronneby	63	-	Ronneby	92	93
Blekinge län	57	-	Blekinge län	89	91
Riket	53	-	Riket	88	89

**Dessa två frågor borttagna i 2016 års enkät till personer med hemtjänst*
Samma resultat för hemtjänsten, är i nivå med 2015 års resultat, inget som har genererat märkbart högre resultat, däremot finns det frågor som fortfarande ger lägre resultat, exempelvis, vet var man kan framföra klagomål och synpunkter, känner sig trygg hemma med hemtjänst.

Förbättringsåtgärder inom hemtjänst efter resultat 2015 brukarundersökning

I hemtjänsten har man anordnat anhörigräffar även där som var mycket uppskattat, aktiviteter av olika slag har genomförts ex. "Teater för äldre" som de kommer att driva i egen regi, aktiviteter i samverkan med pensionärsgrupper, såsom promenader och fester. Några enheter har arbetat med att uppdatera omvårdnadspärmar och upprätta genomförandeplaner.

Underlag för enheternas förbättringsarbete

Resultatet redovisas i sammanställning med 30 eller mer i svarsfrekvens och i sammanställning av svarsfrekvens mellan 29-7 som underlag för den egna verksamhetens enheters förbättrings- och utvecklingsarbete.

Enheterna ansvarar för redovisning av sin enhets resultat i Resultatberättelsen.

Efter analysdagen av 2015 års brukarundersökning fick både Vård- och omsorgsboenden och hemtjänst uppdraget att under 2016 arbeta med förbättringsåtgärder gällande den enskildes möjlighet att påverka tiden för insatsen.

Arbetet med ta fram förbättringsåtgärder har skett genom att använda en analysmetod som kommunledningens utvecklingssamordnare fått utbildning i via SKL med kvalitetsutvecklaren som bisittare från förvaltningen.

Metoden går främst ut på att fördjupa sig i orsakerna till ett resultat genom att använda metoder såsom enkätfrågor, intervjuer eller fokusgrupper och därefter komma fram till åtgärd. Lilla ledningsgrupper, LLG, från respektive verksamhet testade metoden på uppdraget under ledning av utvecklingssamordnaren och kvalitetsutvecklaren. Grupperna analyserade tänkbara orsaker till resultatet genom en enkät som sändes till ett urval personer som har hemtjänst och boende. Det visade att det låga värdet berodde på bristande information till den enskilde, att de kan önska sin tid för insatsens utförande. Arbetetsmetoden mynnade ut i förbättringsåtgärd i form revidering av checklista för välkomstsamtal och att information i frågan skulle ges i samtalet. Enhetscheferna i resp. LLG fick uppdraget att redovisa resultatet och utkast checklista för välkomstsamtal i kollegieforum.

Analysmetoden föll väl ut och under 2017 ska alla LLG arbeta enligt metoden för att ta förbättringsåtgärder utifrån värden i 2016 brukarundersökning.

Resultat hela landet 2016 års undersökning

Sedan 2013 ges samtliga äldre med äldreomsorg möjlighet att besvara enkäten *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*. Antalet äldre med äldreomsorg som fått möjlighet att medverka i årets undersökning är 217 587 personer i hela landet.

Av dessa är det 135 085 personer, 62 procent, som svarade på enkäten.

I vård- och omsorgsboende är det 40 371 av 72 724 äldre, 56 procent i hela landet, som besvarat enkäten.

I hemtjänsten är det 94 714 av 144 863 personer, 65 procent i hela landet, som besvarat enkäten.

Majoriteten av de äldre har besvarat med positiva svar för samtliga frågor. Undantaget är två frågor för vård- och omsorgsboende; om personalen brukar meddela den äldre om tillfälliga förändringar och om de äldre vet vart de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på boendet, där andelen positiva svar för hela landet är knappa 50 procent.

Majoriteten av de äldre i hela landet som har uppgett positiva svarsalternativ för i stort sett samtliga frågor.

Exempel för äldre med hemtjänst:

- 91 procent har förtroende för alla eller flertalet i personalen
- 78 procent tycker att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov
- 82 procent upplever att personalen alltid eller ofta har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete

Exempel för äldre i vård- och omsorgsboende:

- 87 procent har förtroende för alla eller flertalet i personalen
- 85 procent tycker att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov
- 70 procent upplever att måltiderna är en trevlig stund på dagen

Hela undersökningen 2016 finns att ta del av och ladda ner på Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.

4.2 Kommunens Kvalitet i korthet KKiK

Undersökningen genomförs centralt i kommunens alla verksamheter.

För äldreomsorgen besvarades frågeställningar inom fyra områden.

- *Väntetider i snitt* (dagar) under årets 6 månader, från ansökan till plats erbjuds i Vård- och omsorgsboende, resultat gav i snitt 29 dagar, resultat 2015 var i snitt 55 dagar.
- *Personalkontinuiteten i hemtjänsten* under en 14-dagarsperiod, resultat gav i genomsnitt 11 personalkontinuitet, 12 personal år 2015.
- *Serviceutbudet inom Vård- och omsorgsboende*
Inga förändringar av värdet totalt sen 2015.
Låga poäng i utbudet av organiserade aktiviteter och möjlighet till uppkoppling till internet i sin lägenhet på boendet, kunna påverka utbudet av tv-kanalerna utöver basutbudet i gemensamma lokaler.
- *Omsorgs- och serviceutbudet i hemtjänsten*
Inga förändringar av värdet totalt sen 2015.
0 poäng gällande att kunna välja tid för insats, erbjuds man eller kvinna för hjälp med personlig hygien samt erbjuds personer > 65 år social dagverksamhet, möjlighet att välja personal som talar den enskildes språk.

Kommentar:

Samma fråga ”välja tid för insats” är ställd i brukarundersökningen där åtgärder är framtagna och ska genomföras framöver.

5. Samverkan för att förebygga otrygghet för den äldre

5.1 Tjänsten *Trygg Hemgång*, inrättades 2012, som den enskilde kan beviljas efter sjukhusvistelse för att känna trygghet inför hemgång med att insatser erhålls i egna hemmet. Tjänsten utförs även helger och möjliggör uppföljningar.

5.2 Tjänsten *Trygg Inflytt*, inrättades 2014, för personer med demenssjukdom som flyttar in till demensboende. Syftet är att den boende och deras närstående ska känna trygghet samt uppleva att det är enkelt att ta kontakter för att få det stöd och hjälp de behöver. Teamet utökades under året med en Silviasyster för att täcka det efterfrågade behovet samt möjliggöra uppföljningar.

5.3 Tjänsten *Trygg Resurs* inom Vård- och omsorgsboende inrättades under året. Syftet är att teamet ska handleda omvårdnadspersonal i omhändertagande och bemötande av personer med speciella behov, exempelvis, psykiska tillstånd utöver sin grundsjukdom. Trygg resurs går vid behov in och tar över det särskilda ärendet, arbetar med individen samt ordinarie personal på boendet, gör en handlingsplan för individens omvårdnad som den ordinarie personalen ska följa när de återlämnar ärendet. Uppföljning sker av teamets sjuksköterska.

Teamet består av sjuksköterska med specialistkompetens i psykiatri samt undersköterskor med erfarenhet av omhändertagande och bemötande av med personer med detta behov.

6. Teknik för ökad säkerhet och trygghet för den äldre

6.2 Upphandling av *digitala nycklar*, även kallad "*nyckelfri hemtjänst*" är klar och leverantör av systemet är företaget Phoniro.

Information och installation av systemet är delgiven i början av året till personer som har hemtjänst. En ansvarig personal i varje hemtjänstgrupp och nattpatrullerna har erhållit utbildning i systemet under ledning av förvaltningens IKT- strateg. De har inventerat hur många hemtjänsttagare i grupperna som behöver digitalt lås och vilket typ av lås de behöver. Fyra personal har utbildats till låsättare. Under 6 månader monterades digitala lås hos hemtjänsttagare där det gick att installera. Vissa problem finns i monterandet bl.a. där det finns lister och fönster i dörrarna och där låskistor behöver bytas ut.

Kvar att hantera är byte av låskistor där det behövs monteras samt montering av digitalt lås på portar och soprum.

Cirka 7 % av hemtjänsttagarna har av sagt digitalt lås.

En stor fördel med digitalt lås är att kvaliteten och tryggheten hos den enskilde ökar, då tiden läggs på vård- och omsorgsarbetet istället för restider för hämtning av nycklar. Det ger även en fördel för hemtjänstpersonalen genom en enkel nyckelhantering, ökad säkerhet och trygghet.

Det är även positivt för vår miljö då det blir minskade restider som i största utsträckning sker med bil för ändamålet.

6.3 Installation av larm på vård- och omsorgsboenden har påbörjats och installeras samtidigt som Wifi, är klart och installerat på hela Vidablick, Olsgården och Lindebo. Larmmottagare är företaget Tunstall och de skickar larmen vidare till personalens larmtelefoner via Wifi systemet.

Personalen har taggar som de använder för att registrera närvaron hos den boende. All personal har utbildats i användandet av systemet. Larmansvariga på boendena, som även hanterar systemet i datorn har fått en längre utbildning. All personal kommer få ytterligare ett utbildningstillfälle. Idag används olika larmenheter som ex. rörelsevakt, larmknappar, dörrlarm och passagelarm. Detta går att utöka med fler alternativ ex. fallarm.

Det finns fortfarande en del att lösa gällande tekniken för att hålla den kvalitén vi efterfrågar. Även tester kvar att göra ex. att brandlarmet går ut i larmtelefonerna.

7. Riskanalys

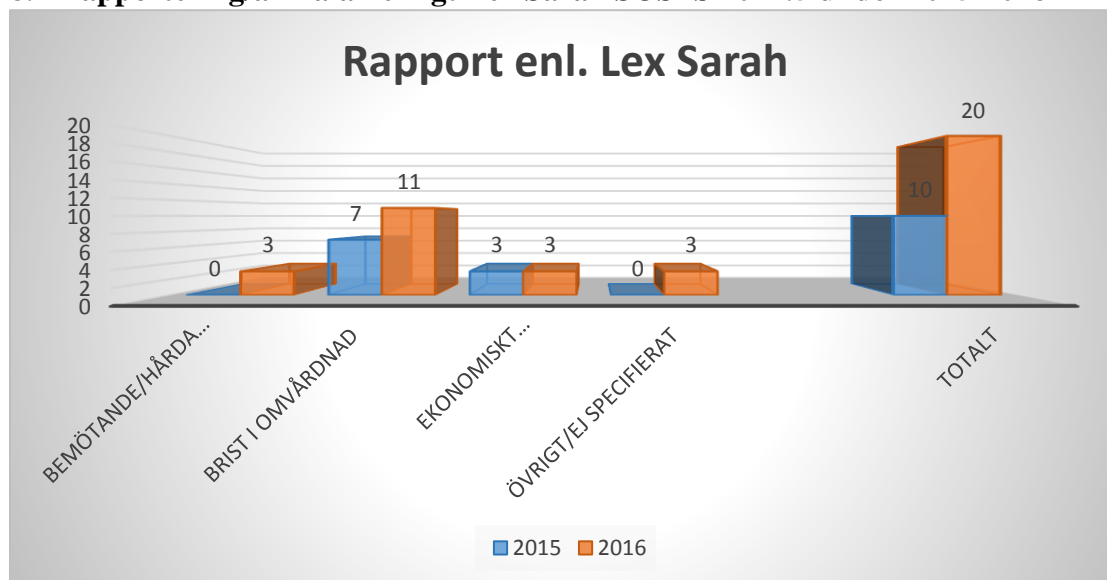
Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, skall riskanalyser göras inför varje förändring av organisation eller arbets sätt. Riskanalys görs på avvikelser som rapporteras till verksamheten.

Riskanalyser ska göras gällande arbetsmiljön och ingår i "Äldreförvaltningens kompletterande

arbetsmiljöhandbok” där länk till den av kommunen fastställda övergripande arbetsmiljö handbok finns. ”Äldreförvaltningens kompletterande arbetsmiljöhandbok” är upprättad och finns för åtkomst på intranätet.

8. Omsorgspersonalens rapporteringsskyldighet

8.1 Rapportering/anmälan enligt Lex Sarah SOSFS 2011:5 under 2015-2016



Enligt Lex Sarah är alla som är verksamma inom socialtjänstlagen rapporteringsskyldiga av brister i verksamheten. Anmälan till inspektionen för vård och omsorg, IVO, ska ske vid risk för allvarligt missförhållande eller vid påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

IVO ansvarar för tillsyn och kontroll inom socialtjänsten.

Totalt 20 rapporter enligt Lex Sarah registrerades i verksamhetens avvikelsehantering under 2016, 10 registrerade rapporter under 2015.

13 rapporter i hemtjänsten, brister i omvårdnaden, bemötande/hårda tag och av ekonomisk art. 7 rapporter i Vård- och omsorgsboende, brister i omvårdnaden, av ekonomisk art och bemötande.

Av dessa anmäldes ett ärende från Vård- och omsorgsboende till IVO i senare delen av december.

Utredning är genomförd i ärendet som anmäls till IVO och är i nuläget under behandling hos IVO.

Övriga rapporterna föranledde inte någon anmälan till IVO, då det efter intern utredning inte gav utslag om allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande samt bedömdes åtgärdas inom verksamheten.

Två ärenden inom Vård- och omsorgsboende ledde efter intern utredning till dokumenterat beslut om korrigerande/medvetandegörande samtal med berörd personal.

Ett ärende inom hemtjänst ledde till beslut om uppsägning av berörd personal i samverkan med personalsekreterare då berörd personal rapporterats för liknande händelse föregående år med beslut om dokumenterat korrigerande/medvetandegörande samtal för den händelsen.

Övriga ärenden har utretts internt och åtgärder är rapporterade till enhetschefer i berörda

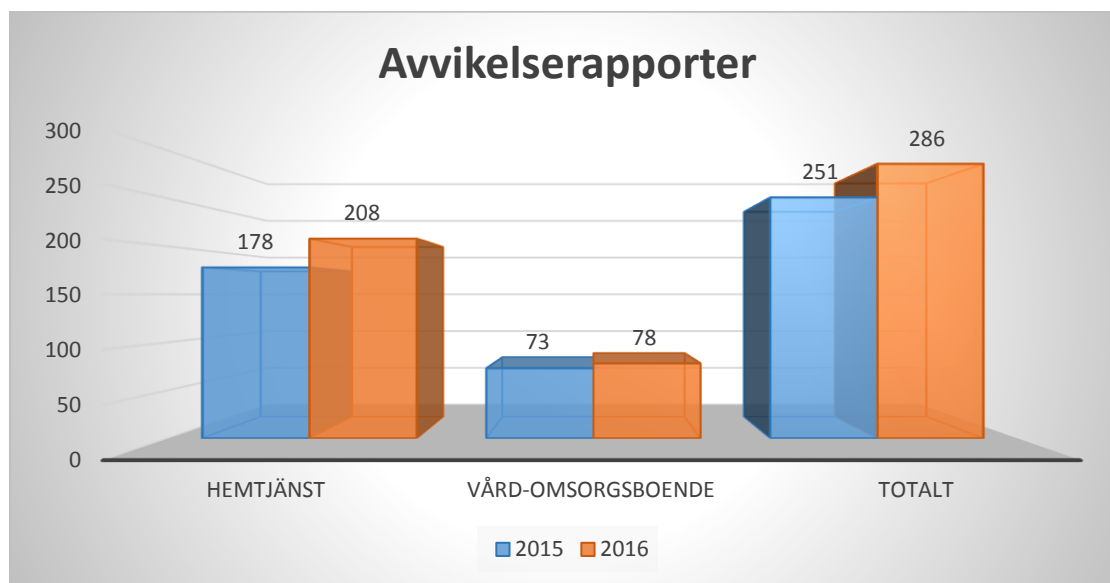
enheter för åtgärd. Åtgärder följs upp enligt rutin.

Rutin och process för åtgärder, uppföljning och återkoppling ingår i de upprättade rutinerna för all avvikelshantering enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Rapporter och anmälningar enligt Lex Sarah med vidtagna åtgärder, är en stående punkt på LLG agenda för spridning av händelse och vilka åtgärder som genomförts till alla professioner för att förhindra att liknande händelser åter uppkommer.

Enligt föreskriften Lex Sarah, har verksamheten tydliga lokala rutiner gällande, vem som är ansvarig och när personalen ska uppdateras om rapporteringsskyldigheten. Det är en kvalitetssäkring för den enskilde och närstående och för ett ständigt förbättringsarbete individuellt och strukturellt i verksamheten.

8.2 Avvikelse rapportering



Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per område ordinärt boende 2016 jämfört med (resultat 2015)

Område	Utebliven/brist i utförande, ej spec. insats		Omvårdnad		Promenad/ social samvaro		Städ	Bemötande		Informationsbrist	
R-by syd	(14)	6	(11)	3	(6)	3	(6) 3	(0)	0	(0)	1
R-by norr	(11)	8	(12)	8	(16)	10	(7) 6	(1)	2	(0)	0
R-by väst	(3)	2	(0)	1	(1)	0	(1) 0	(0)	3	(2)	2
Br-Hoby	(9)	12	(3)	7	(0)	14	? 6	(1)	1	(0)	0
Eringsboda	(3)	3	(0)	7	(0)	12	(0) 1	(0)	0	(0)	0
Hallabro/Backaryd	(6)	4	(0)	1	(2)	0	(3) 1	(1)	0	(0)	0

Johannis- hus/ Listerby	(6)	3	(4)	0	(0)	9	(0) 2	(2)	0	(0)	1
Kallinge	(7)	3	(0)	3	(1)	0	(0) 0	(3)	1	(0)	1
Nattpatrull	(14)	30	(10)	11	-		-	(0)	0	(15)	16

Analys av avvikelserapportering inom hemtjänst

Högt antal avvikelser, som nattpatrullen rapporterat är ofta avvikelser som ex. den enskilde var inte hemma vid insatsbesöket, vilket kan bero på att informationsöverföringen brustit mellan dag och natt. Promenad/utevistelser är högt till antal och att finna orsaker och åtgärder är en fråga för enhetscheferna om hur planering av insatser ser ut inom enheterna.

De höga värdena kan även bero på att omvårdnadspersonalen varit uppmärksamma och rapporterat avvikelser som sin tur ska generera i ett underlag för förbättringar i verksamheterna.

Få avvikelser, att där bedrivs omsorgen med god kvalitet och som i några fall kan kopplas till enhetsresultatet från brukarundersökningen, eller det motsatta, kunskapsbrist hos personalen av hur viktigt det är att rapportera avvikelser som sker i omsorgsarbetet.

Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per Vård- och omsorgsboende 2016 jämfört med (resultat 2015)

Boende	Utebliven/brist i utförande, ej specificerad insats	Omvårdnad	Promenad /social samvaro	Städ	Bemötande	Informationsbrist
Backaryd	(1) 2	(1) 2	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0) 0
Lindebo	(0) 0	(1) 3	(0) 0	(0) 1	(0) 4	(0) 0
Olsgården	(20) 1	(9) 2	(0) 0	(1) 0	(0) 0	(1) 0
Vidablicks vägen 1-3	(1) 1	(0) 0	(0) 1	(0) 0	(0) 1	(0) 0
Vidablicks v.8 pl.1-3	(6) 2	(0) 2	(0) 0	(0) 0	(1) 1	(0) 0
Vidablicks v.8 pl.4-7	(24) 11	(0) 24	(0) 0	(0) 0	(3) 4	(0) 1
Ågårdsbo	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0) 2	(1) 5	(1) 0
Ålycke	(1) 1	(2) 1	(0) 0	(1) 0	(0) 6	(0) 0
Parkdala Korttids	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(0) 0	(3) 0	(3) 0

Analys av avvikelserapportering inom Vård- och omsorgsboende

Ger även här ge flera aspekter på resultatet.

Högt antal avvikelser kan ge utfall att personalen förstår vikten av att rapportera för att påvisa brister som ska leda till förbättringar, eller det motsatta, kunskapsbrist hos personalen som

genererar sämre kvalitet på omsorgsarbetet. Bristande omvårdnad har ett högt värde vilket ska beaktas och finna orsaker för åtgärder, kan sammankopplas till inkommande klagomål och synpunkter.

Få avvikelser, ett utfall av god kvalitet i omsorgsarbetet eller kunskapsbrist hos personalen av hur viktigt det att rapportera avvikelser som sker i omsorgsarbetet.

Exempelvis, att några boenden, som har betydligt färre rapporterade avvikelser än förra året har blivit bättre på att följa rutiner och därav mindre avvikelser.

Det registrerades totalt 286 avvikelser (2015 totalt 251), därutöver rapporter enligt Lex Sarah. 78 avvikelser (73 år 2015) inom Vård- och omsorgsboende, korttidsvistelsen inräknad, samt 208 avvikelser(178 år 2015) i hemtjänsten, nattpatrullen inräknad.

I hemtjänsten var avvikelser för ej specificerad utebliven eller dåligt utförd insats/aktivitet högst, därefter specifikt för insatsen promenad/utevistelse.

Inom boenden avvikelser gällande omvårdnad och bemötande de som var högst till antalet, kan härledas till att på boendena är det fler som har omvårdnadsinsatser än inom hemtjänst där den enskilde har mestadels serviceinsatser.

En sannolik orsak till ökningen av avvikelser under året i hemtjänst kan vara att personalen är mer trygga att rapportera i verksamhetssystemet till skillnad från de föregående åren då rapportering skedde i pappersform.

LLG har ett ansvar att arbeta systematiskt med avvikelser och därmed lagt mer vikt vid att rapportering sker samt att riskbedöma och åtgärda avvikelser med låga poäng enligt rutin. Här finns fortfarande förbättringar att göra i detta systematiska arbete.

Det är betydligt enklare för personalen att registrera, flödet för hanteringen har förbättrats samt att statistiken är enklare att få fram och blir mer korrekt.

Risikanalys av avvikelens allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad, enligt matris, görs i LLG, vid låg risk genomförs åtgärder direkt på berörd enhet. Vid hög risk skickas avvikelser till kvalitetsutvecklaren för handläggning och utredning, ger utredning utslag för ett allvarligt missförhållande eller kan leda till ett allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah, beslutar förvaltningschefen om anmälan till IVO.

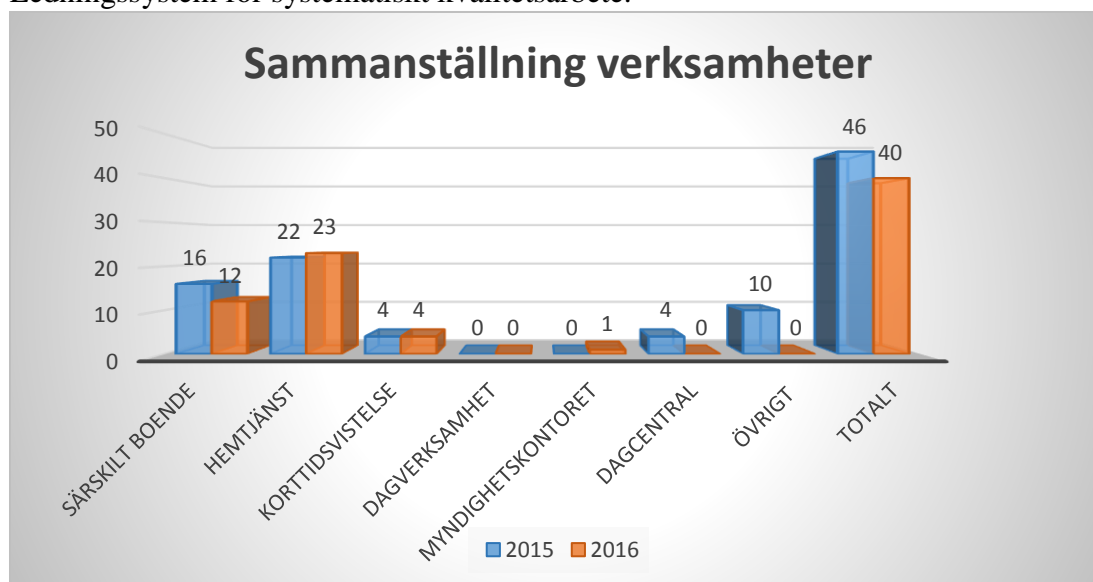
Uppföljning av vidtagna åtgärder ska utföras av enhetschefen på berörda enheten, uppföljning och återkoppling av Lex Sarahrapportering/anmälan görs av kvalitetsutvecklaren.

Med denna arbetsordning sker återkoppling av inträffad händelse snabbare och åtgärder kan genomföras, även uppföljningen sker snabbare samt att alla professioner blir delaktiga.

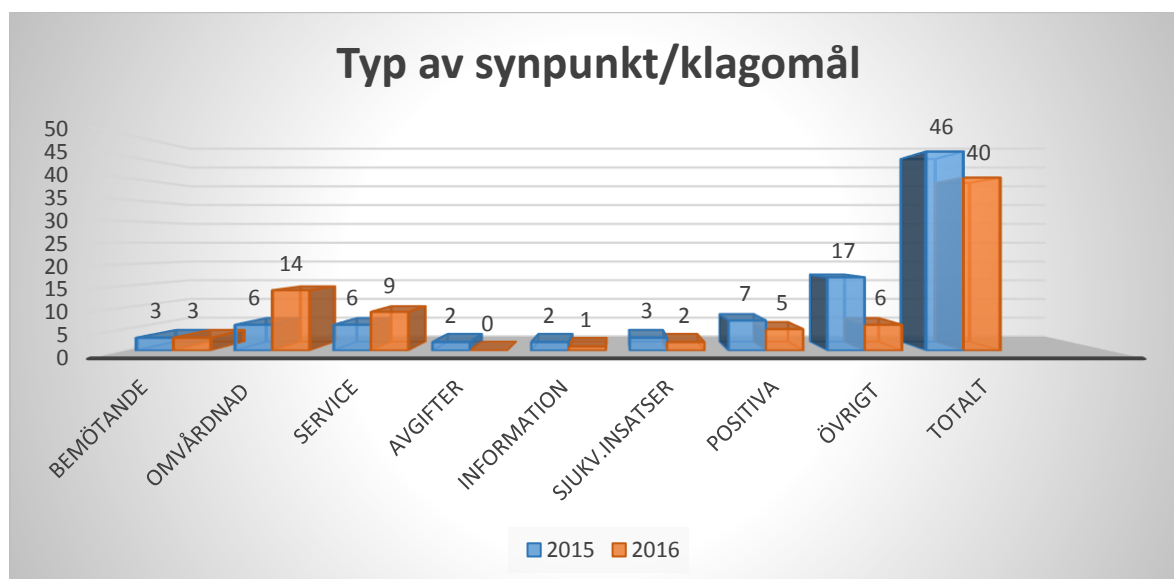
9. Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter inkommer via olika kanaler såsom Ronnebys hemsida, via foldern ”Tyck till” som finns i omvårdnadspärm och ute i verksamheten för tillgång för besökare, närstående, muntligt till personalen eller via telefonsamtal.

Process och rutin för utredning, åtgärder och uppföljning samt återkoppling finns enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



Tabell 1. Jämförelse av totalt inkomna klagomål/synpunkter 2015- 2016 inom olika enheter. Totalen visar en minskning sen 2015.



Tabell 2. Jämförelse 2015-2016 av det specifika klagomålet/synpunkten har minskat enligt totalen.

Ökning är under omvårdnad, samma trend som vid avvikelser och vad det beror på är något som verksamheten bör kontrollera och finna en orsak och åtgärd för.

I totalen för både tabell 1 och 2 har positiva synpunkter inräknats.

De klagomål/synpunkter som anger brister i verksamheten, oavsett om de är anonyma eller

inte, utreds och ska mynna ut i förbättringsåtgärder som ska följas upp på enheternas LLG för strategiskt arbete.

Alla klagomål/synpunkter där utredning har föranlett förbättringsåtgärder och de positiva synpunkter som inkommit återkopplas till uppgiftslämnaren och berörd enhet.

Klagomål/synpunkter och de vidtagna åtgärderna tas upp i respektive professions kollegieforum för spridning i verksamheten för att förhindra att liknande händelser sker igen.

10. Basal hygien

Enligt ny föreskrift gällande från 1 januari 2016 i Basal hygien SOSFS 2015:10, ska arbetsgivaren beakta att personal med service- och omvårdnadsarbete ska bära arbetskläder där nära fysisk kontakt med den enskilde finns. Det har även sen flera år tillbaka framställts önskemål från personalen inom verksamheten att tillhandahålla arbetskläder.

Under året har upphandling av arbetskläder genomförts. Kvalitetsutvecklaren och MAS var delaktiga i kravspecifikation. Socialförvaltningens verksamhet med gruppboendestäder och en del av kostenhetens personal var med i samma upphandling. Uttagna personalgrupper från respektive verksamhet deltog i utvärdering av klädernas funktionalitet gällande passform, material osv. av tre företag som lämnat anbud.

Företaget Berensen Textil tilldelades upphandlingen.

I maj månad 2017 beräknas det att kläderna ska levereras till verksamheten.

Förvaltningens ledningsgrupp beslutade val av klädmodeller och färger är grundat på vilken profession det är.

Vård- och omsorgsboende erhåller en och samma klädmodell fast i olika färger på de olika boendena, hälso- och sjukvårdsorganisationen samma modell med olika färger beroende på profession inom organisationen. Hemtjänstens personal får samma klädmodell som hälso- och sjukvårdsorganisationen i annan färg.

Klädprofilen ska bidra till att skapa en säkerhet och trygghet i framtiden när detta blir känt och identifieras av den enskilde som har insatser i äldreförvaltningen samt dess närstående och andra besökare.

11. Kosten

Den äldre kan, i vissa fall, på grund av diagnos tappa i vikt och riskerar att bli undernärd. Det är viktigt att omvårdnadspersonal som är närmast den äldre vid måltider är uppmärksamma på den äldres matvanor och att man på olika sätt kan bidra till att öka aptiten, uppmärksamma bemärkelsedagar av skiftande slag.

Äldreförvaltningen och Kostenheten initierade i samverkan en stor satsning med utbildningen, ”Den goda måltiden” under 2015 för omvårdnadspersonal, en från varje grupp/avdelning på Vård- och omsorgsboenden, samt en enklare version av utbildningen för omvårdnadspersonal i hemtjänsten. Även två sjuksköterskor och en arbetsterapeut från den kommunala hälso- och sjukvården deltog.

Syftet är att förbättra måltiderna inom äldreomsorgen. Målgruppen ökar och allt fler äldre bor hemma längre, det är ingen homogen grupp, vilket ställer krav på nya lösningar. Äldre har olika behov, men måltiden är lika betydelsefull för alla.

Dietistens tjänst delas 50-50 mellan äldreförvaltningen och kostenheten och det genererar en

naturlig samverkan mellan förvaltningarna som gynnar våra äldres kost.

En kostplan för verksamheten är utarbetad av dietisten, checklista till kostplanen håller på att arbetas fram, den ska underlätta att ta tillvara att utbildningsinsatserna lever vidare och utvecklas. Genom checklistan involveras såväl vårdpersonal, kökspersonal, MAS, arbetsterapeut och dietist, så att alla delar av utbildningen efterlevs och kontrolleras på bästa sätt.

Mellanmålen har fått ett nytt tänk, den serveras förmiddag, eftermiddag och kväll samt nattmål där behov finns. I stort sett alla boendens avdelningar besöktes av dietisten på arbetsplatsträffar, APT, som informerade om vikten av den äldre får den näring som man behöver. För äldre är det speciellt viktigt att få i näringsämnen och vitaminer, för att bevara sin muskelmassa och muskelstyrka för att förebygga fallrisken.

Mellanmålskasse har introducerats som en idé från personalen för att skapa inspiration, enkelhet och för att alla ska erbjudas liknande mellanmål var man än bor.

Dietisten har utarbetat en mellanmålsbroschyr i två varianter som använts på Vidablick, Ågårdso, Parkdala och Olsgården. Resultaten har varierat på grund av många olika smaker och viljor som ska tillgodoses hos såväl boende som omvårdnadspersonal och kökspersonal. Den kommer att utvecklas för att få det att fungera ännu bättre. Boendena stimuleras till att baka för att de den äldre ska få känna doften av nybakat.

I november skedde återträff med de som genomgick utbildningen under 2015, med erfarenhetsutbyte och beskrivningar på hur man arbetat under året med de kunskaperna/ idéer man lärt sig. Närvarande var omvårdnadspersonal från boende och hemtjänst, kökspersonal, MAS och dietist. Lärdom om nya rön, idéer och inspiration för det fortsatta arbetet.

Möjlighet för de som inte gått den långa utbildningen att få en kortare utbildning, en 1-dagarsutbildning för enhetschefer på boende och hemtjänst samt olika professioner inom kostenheten. Uppdragsbeskrivningar är framtagna för enhetschef, måltidsombud för vårdpersonal, måltidschef/köksmästare och för måltidsombud för kökspersonal.

Dietisten är sammankallande och ansvarig för uppföljning och att driva arbetet framåt.

Dietisten är även en länk mellan boendena, hemtjänst och kök, att samarbetet fungerar och i utveckling av utbildningen. Samarbetar med MAS, arbetsterapeut, Silvasystrar och sjuksköterskor med att se över rutiner för att tillgodose våra äldres behov på samtliga sätt.

Hemtjänsten ska under 2017 erhålla utbildning inom kost för äldre.

Resultaten har fallit väl ut på flera boenden och det är en framåtskridande process för att nå optimalt resultat.

11. Fortlöpande kvalitetssäkring

- Upprättande och uppdatering av regler, riktlinjer och rutiner utifrån Socialtjänstlagen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och från nämndbeslut sker fortlöpande.
- Kontinuerlig uppdatering och framtagande av ny kartläggning av verksamhetens processer.
- Analys av resultat och förbättringsåtgärder av brukarundersökningar, Kommunens kvalitet i korthet, Kommun- och enhetsundersökningen samt Öppna jämförelse.
- Kvalitetsdagar i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Uppdatering av kunskaper i avvikelshanteringen i verksamhetssystemet.
- Internkontroll enligt beslut.
- Egenkontroller i verksamheten.
- Introduktion av sommarvikarier.

12. Mål/strategier 2017

Kontinuerligt arbeta med Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Delta i förbättringsgrupper med framtagande av processer och rutiner.

Söka orsak till de höga värdena för avvikelser och klagomål gällande brister i omvårdnadsarbetet och ta fram en handlingsplan för åtgärder.

Analysera resultatet av nationella brukarundersökningen, Kommunens enhetsundersökningar om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Kommunens kvalitet i korthet och Öppna jämförelse med förbättringsåtgärder och uppföljning.

Genomföra internkontroll 2017 enligt beslut, följs process/rutin Basal hygien enligt föreskrift, hantering av avvikelser i Lilla ledningsgruppen samt följs utfall biståndsbeslut för insatsen verkställighet och utförande.

Egenkontroll och tillsyn i verksamheten samt analys och återkoppling av åtgärder.

Återuppta arbetet med värdegrundsgarantins efterlevnad i verksamheten.

Revidera och ta fram processkartor i verksamhetens arbetsprocesser och aktivt föra ut den till samtliga professioner.

