

Kvalitetsberättelse för vårdgivare

År 2015

Upprättad av Britt-Marie Karlsson
Kvalitetsutvecklare

2016-03-01

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Mål /strategier 2015	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	12
Teknik för att öka säkerhet och trygghet för den enskilde	13
Risikanalys	13
Omsorgspersonalens rapporteringsskyldighet enl. Lex Sarah, avvikelser	14
Klagomål och synpunkter	17
Kostutbildning	19
Fortlöpande kvalitetssäkring	20
Mål / strategier för 2016	21

Sammanfattning

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

Internkontroll beslutad av Kommunstyrelsen har genomförts genom kontroll av rutiner för rutiner inom hemtjänsten följs och utfall biståndsbeslut gällande verkställighet och utförande av insatser.

Egenkontroller i verksamheten av beslutade rutiner.

Analysdag efter resultat från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2014.
Resultat och analys Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2015, Kommunens kvalitet i korthet KKiK samt Öppna jämförelse ÖJ.

Processkartläggning av verksamhetens processer.

Äldreförvaltningens Kompletterande handbok i Systematiskt arbetsmiljöarbete är framtagen.

Lex Sarah rapporter och övrig avvikelserapportering.

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

Teknik för ökad säkerhet och trygghet för den enskilde.

Trygg hemgång i hemtjänsten och *Trygg inflytt* på Vård- och omsorgsboenden

Det fortsatta arbetet med Värdighets- och tjänstegarantin i alla enheter.

Gemensam introduktion och information till vikarier inför sommarens semester.

Utbildning i kost för den äldre

Mål/strategier 2015

- Kontinuerligt arbete med Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete/Fortsatt arbete i förbättringsgrupper med framtagande av processer och rutiner/ Fortsatt kartläggning av verksamhetens processer.
- Uppföljning av enheternas arbete enligt handlingsplaner gällande Vårdighets- och tjänstegarantin.
- Fortsatt arbete i verksamhetens alla enheter med att analysera resultatet av brukarundersökningar, Kommunens kvalitet i korthet och Öppna jämförelse och ta fram förbättringsåtgärder.
- Internkontroll enligt beslut, av rutiner för rutter i hemtjänsten samt utfall biståndsbeslut gällande verkställighet och utförande av insatser samt uppföljning och analys av åtgärdat resultat.
- Öka egenkontroll och tillsyn i verksamheten samt analys och återkoppling av åtgärder.
- Systematiskt arbetsmiljöarbete SAM/ Upprätta och dokumentera ”Äldreförvaltningens kompletterande Arbetsmiljöhandbok” för verksamheten.
- Delta i kommunens övergripande kvalitetsgrupp som ska arbeta för samordning och utveckling.

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. Uppföljning och uppdatering av kunskaperna i registrering av avvikelser i verksamhetssystemet till all personal, genomförs av kvalitetsutvecklaren och medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS. Kvalitetsutvecklaren och MAS har kartlagt verksamhetens lednings- kärn- och stödprocesser. Processer ska kontinuerligt uppdateras vid behov av revidering av processer samt vid kartläggning av nya processer. 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.

- Kvalitetsutvecklaren och MAS har genomfört utbildning 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 som har en halv dag för varje profession med fokus på deras specifika områden.

- Utvecklingsgruppen, (sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut) har avslutat sitt utvecklingsarbete under hösten, de har under drygt ett år studerat förvaltningens styrstruktur med utgångspunkt från Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Gruppens fokus riktades på förvaltningens organisation *Lilla ledningsgrupp* LLG (enhetens chef, den centrala rollen i den gruppen, patientansvarig sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och undersköterska).

Det konstaterades att LLG saknade styrstruktur för det strategiska arbetet och arbetet med individens fokus. Förslag från utvecklingsgruppen var att dela upp det i två forum. Gruppens arbete utmynnade i att en övergripande utvecklingsdag under hösten för alla LLG genomfördes av verksamhetscheferna och utvecklingssamordnaren. I planeringsdagen deltog både Hälso- och sjukvårdspersonal samt utvecklingsgruppen. Där enades man om att LLG skulle arbeta med strategiska frågor enligt ledningssystemet och ett team med liknande sammansättning skulle arbeta med frågor med individens fokus. Runt LLG finns förvaltningens stödpersoner som resurs vid behov.

2.2 Nationella värdegrunden

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

”Värdegrundskort” med tänkvärda texter av olika situationer som förekommer i det dagliga service- och omvårdnadsarbetet ska diskuteras på enheternas arbetsplatsträffar APT. Detta ska leda till eftertanke hos personalen i deras förhållningssätt gentemot den enskilde i sitt dagliga arbete. 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. Under 2015 har ett flertal enhetschefer inom hemtjänsten slutat och nya tillsatts, därför har arbetet med värdegrunden inte uppfyllt verksamhetens ambitioner att hålla värdegrunden levande så det krävs omtag i det arbetet.

2.3 Introduktion för sommarvikarier

Två separata halvdagars övergripande introduktion och information för sommarvikarier i hemtjänst och särskilt boende genomfördes för 6:e året i rad. Kvalitetsutvecklaren är samordnare och ansvarar för introduktionen, övriga deltagare är MAS, facklig representant, representant från personalenheten samt brandinspektör från Räddningstjänsten. 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 lyftteknikutbildning.

Cirka 120 sommarvikarier deltog i introduktionen.

Enhetscheferna ansvarar för den arbetsplatsrelaterade introduktionen. Enhetscheferna har fått uppdrag att dokumentera en gemensam rutin för den arbetsplatsrelaterade introduktionen som ska vara klar inför 2016 års introduktion.

2.4 Introduktion av personal

Äldreförvaltningens kompletterande handbok för systematiskt arbetsmiljöarbete har tagits fram och här finns checklistor för introduktion vid nyanställning av enhetschefer, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal samt det informationsmaterial som ska finnas i introduktionsmappen. Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal har påbörjat att ta fram checklistor och informationsmaterial för sin introduktion. 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 riktades mot hemtjänsten då fokus riktats på Vård- och omsorgsboenden tidigare år.

- Kontroll av rutiner inom hemtjänsten enligt rutin har genomförts i 2 slumpvis utvalda hemtjänstgrupper 4 gånger under året.

Inga avvikelser av väsentlighet konstaterades då rutternas genomfördes enligt rutin.

- Kontroll av utfall biståndsbeslut i verkställighet och utförande av insatser inom hemtjänsten, genom stickprov av ärenden 10 gånger 2 gånger under året, det genomfördes genom att totalt 20 hemtjänsttagare besöktes och intervjuades om de erhöll insatserna enligt sitt biståndsbeslut samt hur insatserna utfördes. Inga avvikelser av väsentlighet konstaterades då alla 20 personer erhöll beslutade insatser och var tillfreds och belåtna med utförandet och med sin hemtjänstpersonal.

3.2 Egenkontroll i verksamheten genom stickkontroll av

- basal hygien i vård och omsorg följs enligt föreskrift SOSFS 2015:10
- omvårdnadspärmar
- genomförandeplaner

Kontrollerna genomfördes inom samma hemtjänstområden som internkontrollerna.

- Resultatet visade, att användande av skyddskläder vid fysisk kontakt med den enskilde i omvårdnadsarbetet var undermåligt samt att handhygien behöver förbättras.

Socialstyrelsen första föreskrift för basal hygien kom 2007, 2008 fick samtlig personal utbildning i hygien i vårdarbetet. En fysisk pärm *Basal hygien med lokala rutiner* togs fram i samverkan med dåvarande enhetschefer och utvald omvårdnadspersonal, den finns i alla grupper/avdelningar och på intranätet samt att hygienombud utsågs för varje Vård- och omsorgsboende och hemtjänstområde. Enhetschefer är informerade om rutinen.

Kontroller har genomförts i personalgrupper i deras dagliga arbete samt att information har skett i basal hygien, vissa gånger på initiativ av enhetschefen. Det är viktigt att följa rutinerna för att därmed minimera/förhindra eventuell smittspridning då det sker en ökning av antibiotikaresistenta bakterier.

Föreslår att en handlingsplan upprättas för att förtydliga och uppdatera rutinen för basal hygien i vård- och omsorgsarbetet.

- Ett antal omvårdnadspärmar befanns inte vara uppdaterade med aktuellt material.
- Upprättade och uppdaterade genomförandeplanerna var marginellt bättre än tidigare års kontroller.

Berörda enhetschefer på enheterna där brister framkom har fått rapport om resultatet för åtgärd med återkoppling av åtgärder till kvalitetsutvecklaren.

Hemtjänstpersonalen ska uppdateras av vikten av att följa rutin för basal hygien för att förhindra smittspridning.

Under hösten har hemtjänstpersonal inom alla områden arbetat med uppdatering av omvårdnadspärmarna samt upprättat och uppdaterat genomförandeplanerna.

Checklista för egenkontroll på enheterna både inom hemtjänst och Vård- och omsorgsboenden har framtagits och delgetts enhetscheferna, finns för åtkomst på intranätet.

4. Nationell brukarundersökning och Kommunens kvalitet i korthet

4.1 Brukarundersökning 2015

Nationell brukarundersökning genomfördes för 3:e året i Socialstyrelsens regi. Riktat 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 %)

	2014	2015		2014	2015
Fick plats på önskat äldreboende			Personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål		
Ronneby	94	91	Ronneby	79	80
Blekinge län	89	90	Blekinge län	81	78
Riket	88	88	Riket	79	79
Trivs med sitt rum/sin lägenhet			Känner sig trygg på sitt äldreboende		
Ronneby	75	77	Ronneby	89	91
Blekinge län	74	75	Blekinge län	88	90
Riket	75	74	Riket	89	89
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen			Känner förtroende för personalen		
Ronneby	59	66	Ronneby	88	87
Blekinge län	64	63	Blekinge län	87	87
Riket	65	65	Riket	87	87
Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet			Nöjd med de aktiviteter som erbjuds		
Ronneby	64	66	Ronneby	60	58
Blekinge län	65	62	Blekinge län	64	63
Riket	67	67	Riket	63	63
Tycker att maten smakar bra			Möjligheterna att komma utomhus är bra		
Ronneby	80	78	Ronneby	44	50
Blekinge län	73	76	Blekinge län	58	59
Riket	75	76	Riket	58	58
Upplever måltiderna som en trevlig stund			Besväras <u>inte</u> av ensamhet		
Ronneby	67	76	Ronneby	32	31
Blekinge län	68	68	Blekinge län	31	33
Riket	69	69	Riket	34	34
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet			Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov		
Ronneby	70	72	Ronneby	77	76
Blekinge län	73	72	Blekinge län	76	76
Riket	72	72	Riket	78	77

Personalen informerar om tillfälliga förändringar			Har lätt att få träffa läkare vid behov		
Ronneby	54	56	Ronneby	70	57
Blekinge län	50	48	Blekinge län	62	57
Riket	50	49	Riket	58	57
Kan påverka vid vilka tider man får hjälp			Lätt att få kontakt med personalen vid behov		
Ronneby	52	53	Ronneby	85	87
Blekinge län	60	59	Blekinge län	87	86
Riket	60	60	Riket	85	84
Får bra bemötande från personalen			Är sammantaget nöjd med äldreboendet		
Ronneby	92	92	Ronneby	86	85
Blekinge län	92	93	Blekinge län	83	83
Riket	94	94	Riket	83	82
Fungerande samarbete mellan närstående och boendet			Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål		
Ronneby	92	86	Ronneby	46	46
Blekinge län	89	88	Blekinge län	42	45
Riket	88	88	Riket	46	45

Resultat *lägre* än snittet 2014, tillgängligheten till läkare har minskat betydligt i Ronneby, värden *lägre* än snittet för både länet och riket är möjlighet att påverka tider för hjälpen, möjligheten att komma utomhus, nöjd med de aktiviteter som erbjuds. Värdet för om man vet var man ska vända sig med klagomål/synpunkter är samma som vid 2013 och 2014, ambitionen är att ytterligare förbättra värdet inför 2016 års undersökning med den mer tillgängliga foldern ”Tyck till”.

Höga värden gällande bemötandet, sammantaget nöjd med äldreboendet, känner sig trygg i sitt boende, fått plats på önskat boende. Undersökningens resultatet har förbättrats några procentenheter främst gällande gemensamutrymmenas trivsamt och att måltidsmiljön blivit trevligare, totalt är det ungefär samma resultat som 2014.

Analys av resultat 2014 brukarundersökning och förbättringsåtgärder särskilt boende

I februari 2015 genomfördes analys av Vård- och omsorgsboendenas resultat med alla enheternas LLG och det resulterade i utvecklings- och förbättringsåtgärder.

Analysen visade att det låga värdet för aktiviteter som erbjuds var på grund av bristande information till boende, närstående och andra besökare som påverkade svaren, det bedrevs aktiviteter på alla boendena samt att fler aktiviteter har skapats.

Boendena har tagit fram verktyg för informationsflöde, ex. tavlor där aktiviteter är anslagna synligt för alla, på Ågårdbo har aktivitetsombud utsetts och har infört informationsblad till anhöriga några gånger per år.

Åtgärderna har gett ett positivt gensvar från närstående.

Vidablicksvägen 8 plan 4-7 har skapat mer individuella aktiviteter för den boende, såsom ”guldstunder”.

Några boenden har arbetat med att förbättra måltidsmiljön, ex. personalen sitter ned tillsammans med de boende vid måltiderna, skapat en trivsammare och lugnare miljö med nya interiörer i sina matsalar.

Anhörigräffar har genomförts samt förbättringar av utomhusmiljön.

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

	2014	2015		2014	2015
Handläggbarbeslutet är anpassat efter den äldres behov			Personalen kommer på avtalad tid		
Ronneby	75	74	Ronneby	86	89
Blekinge län	76	77	Blekinge län	87	87
Riket	73	73	Riket	86	86
Fått information om val av utförare av hemtjänsten			Personalen har tillräckligt med tid för arbetet		
Ronneby	0	0	Ronneby	81	82
Blekinge län	0	0	Blekinge län	82	82
Riket	82	55	Riket	82	82
Vet vart man vänder sig med synpunkter/klagomål			Personalen informerar om tillfälliga förändringar		
Ronneby	63	65	Ronneby	70	74
Blekinge län	63	63	Blekinge län	71	70
Riket	62	62	Riket	69	69
Personal tar hänsyn till den äldres åsikter/önskemål			Får bra bemötande från personalen		
Ronneby	88	86	Ronneby	96	98
Blekinge län	87	88	Blekinge län	97	97
Riket	87	87	Riket	97	97
Kan påverka vilka tider man får hjälp			Känner sig trygg hemma med hemtjänst		
Ronneby	51	54	Ronneby	85	91
Blekinge län	60	61	Blekinge län	88	89
Riket	61	61	Riket	86	86
Personalen utför sina arbetsuppgifter bra			Känner förtroende för personalen		
Ronneby	89	88	Ronneby	93	92
Blekinge län	90	88	Blekinge län	92	91
Riket	87	87	Riket	91	91
Besväras inte av ensamhet			Lätt att få kontakt med personalen vid behov		
Ronneby	40	37	Ronneby	79	81
Blekinge län	42	43	Blekinge län	82	82
Riket	45	45	Riket	80	79
Lätt att få träffa sjuksköterska vid behov			Är sammantaget nöjd med hemtjänsten		
Ronneby	64	70	Ronneby	93	91
Blekinge län	67	66	Blekinge län	92	91
Riket	69	67	Riket	89	89
Lätt att få träffa läkare vid behov			Fungerande samarbete mellan närstående och hemtjänsten		
Ronneby	65	63	Ronneby	88	92
Blekinge län	60	57	Blekinge län	90	89
Riket	56	53	Riket	88	88

Resultat *lägre* än snittet 2015 som behöver förbättras är samma som i Vård- och omsorgsboende, möjlighet att påverka tider för hjälpen. Undersökningens resultatet har förbättrats några procentenheter främst gällande samarbete närstående och personal och att man känner sig trygg hemma med hemtjänst, totalt är det ungefär samma resultat som 2014.

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 uppdrag att under 2016 arbeta med förbättringsåtgärder gällande den enskildes möjlighet att påverka tiden för insatsen.

Samtliga enheter fick även uppdrag att ta fram förslag till förbättringar efter sina enhetsresultat under 2016, samtliga lämnade in handlingsplaner för förbättringsåtgärderna.

Analys av resultat 2014 brukarundersökning och förbättringsåtgärder inom hemtjänst

Från hemtjänsten kom inte alla områdenas handlingsplaner förvaltningen tillhanda, flera enhetschefer slutade sin tjänstgöring och några fick byta områden.

Förbättringsåtgärder i hemtjänsten är, ex, Bräkne-Hoby hemtjänst visade mycket bra resultat per enhetsnivå och fortsätter fokusera på att bibehålla resultatet, har genomfört ytterligare förbättringsåtgärder för ökad tillgänglighet för den enskilde, närstående samt personal med en öppen telefonlinje vissa timmar per dag.

Även genomfört en områdesindelning kopplat till kontaktpersonal för den enskilde för att få en bättre kontinuitet.

Kallinge hemtjänst har genomfört förbättring av kontinuiteten med samma arbetsmetod.

Hallabro hemtjänst har tillfört omvårdnadspärmen foton på anställda för att på så vis öka tryggheten för den enskilde, de känner personalen till utseende som besöker dem.

Utvecklings- och förbättringsåtgärder som genomförts både inom Vård- och omsorgsboende och hemtjänst efter analysdagen av 2014 års resultat gav inte något större utslag i 2015 års undersökning då denna var ute hos den enskilde för besvarande under mars till slutet av maj. Har åtgärderna bidragit till bättre resultat kan vi först se vid resultatet av undersökningen 2016.

Resultat i hela riket från 2015 års undersökning jämfört med resultatet 2013 och 2014

Socialstyrelsen har frågat alla äldre med äldreomsorg vad de tycker om sin vård och omsorg. Totalt var det 131 938 personer som svarade på årets undersökning.

Bilden av äldreomsorgen i Sverige är generellt positiv. Resultaten varierar mellan olika kommuner och verksamheter. De äldres åsikt om äldreomsorgen har inte förändrats särskilt mycket under perioden 2013-2015.

I vissa frågor syns skillnader. Flertalet, 89 %, är nöjda med hemtjänsten och det är få som svarade att de är missnöjda. De flesta tycker att personalen utför arbetsuppgifterna på ett bra sätt, och andelen som svarade att utförandet är mycket bra har ökat. Fler än var femte kan inte påverka när hemtjänsten ska komma, och möjligheten till inflytande varierar beroende på

vilken utförare den äldre har. Nästan lika många svarade att de sällan eller aldrig får information i förväg om förändringar, och även på den frågan är det stora skillnader i svaren beroende på utförare.

Majoriteteten på Vård- och omsorgsboende, 82 %, är nöjda med boendet. De äldre upplever i dag i något större omfattning än 2013, att de kan påverka hur och när hjälpen ska utföras.

Resultaten varierar mycket mellan boendena.

Vad de äldre tycker om aktiviteterna och utomhusmiljön varierar. I genomsnitt är mer än var fjärde missnöjd med möjligheterna att kunna vistas utomhus.

Personalens bemötande får generellt gott omdöme både inom hemtjänsten och Vård- och omsorgsboende.

Hela undersökningen 2015 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 2014 var i snitt 55 dagar.
- *Personalkontinuiteten i hemtjänsten* under en 14-dagarsperiod, resultat gav i genomsnitt 12 i personalkontinuitet, 11 personal år 2014.
- *Serviceutbudet inom Vård- och omsorgsboende*, resultat gav 3 poäng av totalt möjliga 5 poäng = 64 % av maximalt 100 %.
Låga poäng i utbudet av organiserade aktiviteter och 0 poäng gällande 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*, resultatet gav 61 % av maximalt 100 %.
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.

5. Samverkan för att förebygga otrygghet för den äldre

5.1 Tjänsten/insatsen *Trygg Hemgång*, som inrättades 2012, som den enskilde kan beviljas efter sjukhusvistelse för att känna trygghet inför hemgång med att insatser erhålls i egna hemmet. Den enskilde får, om behov finns, biståndsbeslut på insatsen Trygg hemgång. Det har gett ett bra resultat genom att, få personer har blivit återintagna på sjukhuset samt att den enskilde inte behöver fortsatt hemtjänst. Tjänsten har uppmärksamats av andra kommuner nationellt, flera har infört tjänsten efter Ronnebys modell.

Trygg hemgång har utökats med en undersköterska för att kunna täcka behovet även under helger och för att möjliggöra uppföljningar.

5.2 Tjänsten/insatsen *Trygg Inflytt* inrättades 2014 för personer med demens 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 är i behov av. Förvaltningens Silviasystrar fungerar som detta stöd och handleder såväl den boende,

närstående och omvårdnadspersonal. Under cirka två veckor tillhandahåller Silviasystererna handledning och därefter ska boendets personal ge den specifika omvårdnad den boende är i behov av samt att den boendes utsedda kontaktpersonal ska vara länken mellan boende, den närstående samt medarbetare. Även denna tjänst kommer att utökas 2016 med ytterligare en Silviasyster för att täcka det efterfrågade behovet samt möjliggöra uppföljningar.

6. Teknik för ökad säkerhet och trygghet för den äldre

6.1 I verksamheten har utbytet av analoga trygghetslarm till *digitala trygghetslarm* i ordinärt boende som kommunicerar via det mobila nätet installerats under 2015. Dessa larm har i stort sett fungerat bra, tyvärr så finns det områden inom kommunen där det inte fungerar med ett digitalt system och där får det analoga systemet finnas kvar tills alternativ lösning kan införas. De digitala trygghetslarmen höjer kvaliteten och säkerheten för den enskilde som bor kvar i sitt hem och är beroende av trygghetslarm.

Verksamheten blir bättre rustad att möta de behov och utmaningar som finns med en åldrande befolkning vars vård och omsorg i allt högre grad sker i hemmet. Fungerande trygghetslarm är en viktig del i kommunernas arbete med att ge äldre en trygg och säker vård och omsorg i hemmet.

6.2 Avtal för upphandling av *digitala nycklar*, även kallad "*nyckelfri hemtjänst*" är klart och leverantör av systemet är företaget Phoniro. Verksamheten förbereder i januari 2016 information och installation av systemet till den enskilde som har hemtjänst. Systemet ska förhindra att obehöriga kan ta sig in hos den enskilde som har insatser från hemtjänsten, minskar kostnaden både för den enskilde och för verksamheten. 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. Installationerna beräknas vara klart under första halvåret 2016.

6.3 Ett upphandlingsunderlag har framtagits för larm på Vård- och omsorgsboende. Under början av 2016 kommer upphandlingen att gå ut till intressenter och upphandling beräknas vara klar i mitten av 2016 för att börja installation av larmen.

I samband med att larmen installeras kommer även WiFi- nätet på Vård- och omsorgsboendena att byggas ut.

7. Riskanalys

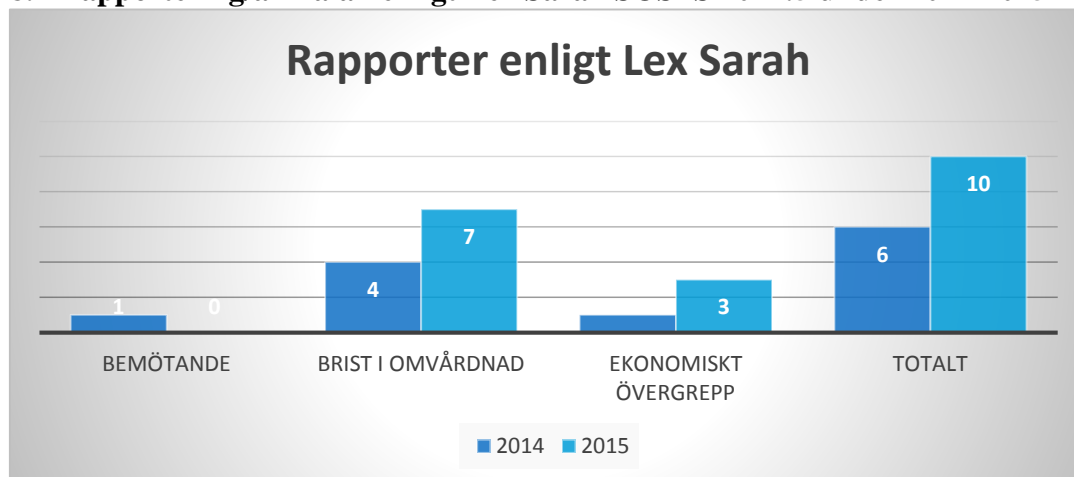
Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, skall riskanalyser göras inför varje förändring av organisation eller arbetssätt. Riskanalys görs på avvikelser som rapporteras till verksamheten.

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 2014-2015



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 tio rapporter enligt Lex Sarah registrerades i verksamhetens avvikelshantering under 2015, sex registrerade rapporter under 2014.

Fyra rapporter i hemtjänsten, brister i omvårdnaden, hårda tag och av ekonomisk art.

Sex rapporter i Vård- och omsorgsboende, brister i omvårdnaden, av ekonomisk art och bemötande.

Av dessa anmäldes två från hemtjänsten och ett från Vård- och omsorgsboende till IVO.

Utredningar är genomförda i samtliga ärenden som anmäls till IVO och är enligt beslut från IVO avslutade då förslag till åtgärder har skett enligt lagstiftningen.

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 åtgärdat inom verksamheten. Ett ärende inom Vård- och omsorgsboende och ett ärende inom hemtjänst ledde efter intern utredning till dokumenterat beslut om korrigerande/medvetandegörande samtal med berörd personal.

Ett ärende inom hemtjänst som anmäldes till IVO ledde till samma beslut.

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.

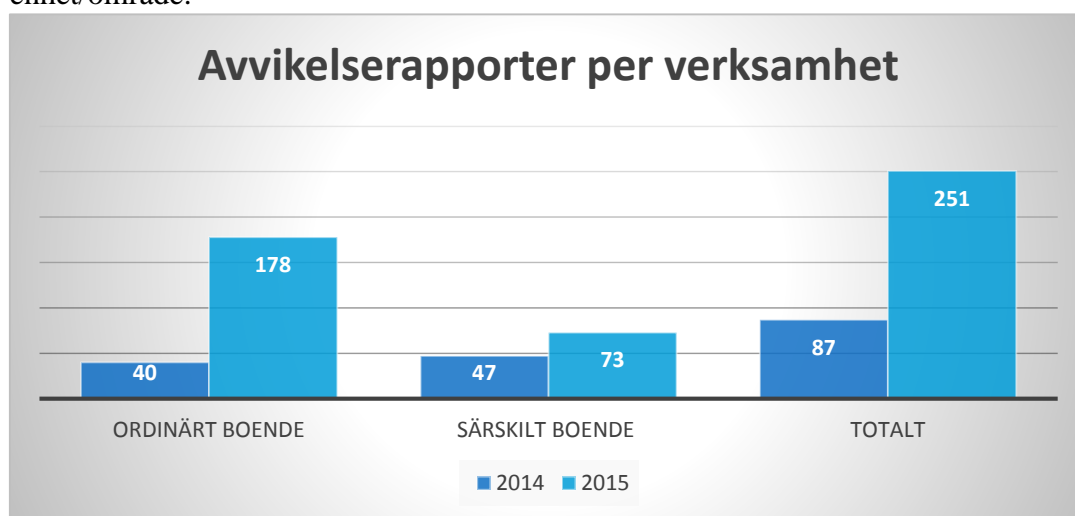
All avvikelserapportering sker i verksamhetssystemet vilket gör det enklare för personalen.

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 Rapportering av avvikelser

Rutin har upprättats för hantering av omfattande klagomål. Gäller ärenden från IVO samt ärenden där flera professioner är inblandade. En verksamhetschef ansvarar för att utredning genomförs, i samarbete med kvalitetsutvecklaren och/eller annan sakkunnig profession.

Utredningens förslag till åtgärder lämnas till berörd enhet/område, för information i kollegieforum och Ledningsgrupp. genomför snarast överlämnade förslag till åtgärd, uppföljning av åtgärdernas resultat till anmälare av avvikelse/klagomål samt med berörd enhet/område.



Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per område Ordinärt boende

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

Johannis- hus/ Listerby	6	4	0	0	2	0
Kallinge	7	0	1	0	3	0
Nattpatrull	14	10	0	0	0	15

Analys av avvikelserapportering inom hemtjänst

Analysen ger flera aspekter,

Högt antal avvikelser, som exempel, R-by syd och norr hade en turbulent verksamhet med bland annat ledarskapet som ledde till svårigheter att styra verksamheterna i rätt riktning med fokus på individens behov.

En aspekt är att den problematiken ger en frustrerad personal som upplever att de inte kan uträtta sitt uppdrag på bästa sätt.

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

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

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.

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 Vidablicksvägen 1-3 endast har en rapporterad avvikelse under året i jämförelse av ett lågt resultat i brukarundersökningen.

Det registrerades totalt 251 avvikelser, därutöver rapporter enligt Lex Sarah.

73 avvikelser inom Vård- och omsorgsboende, korttidsvistelsen inräknad, samt 178 avvikelser i hemtjänsten, nattpatrullen inräknad.

Både inom boendena och hemtjänsten var avvikelser för ej specificerad utebliven eller dåligt utförd insats/aktivitet högst, därefter specifikt för insatsen omvårdnad.

En sannolik orsak till den markanta ökningen av avvikelser under 2015 är att all rapportering sker i verksamhetssystemet till skillnad från första delen av 2014 då rapportering skedde i pappersform och det digitala rapporteringssystemet infördes efter sommaren och inte fungerade fullt ut i verksamheten.

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 händelsens 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.

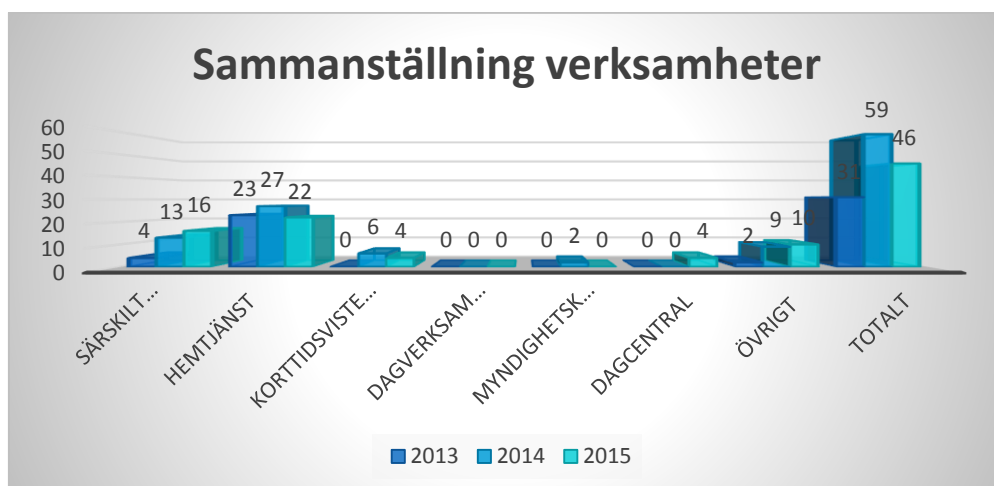
Uppföljning av vidtagna åtgärder ska utföras av enhetschefen på berörda enheten, uppföljning och återkoppling av Lex Sarahrapportering/anmälan görs av kvalitetsutvecklaren.

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

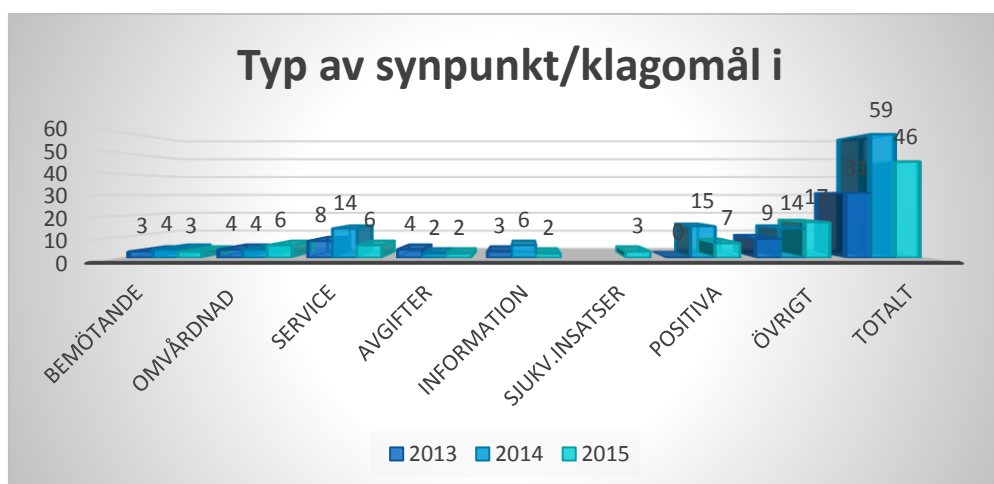
9. Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter inkommer via olika kanaler såsom Ronnebys hemsida, inskickat direkt till verksamheten, muntligt till personalen eller via telefonsamtal.

Från och med augusti 2014 finns en förfrankerad folder ”Tyck till” som skickats ut för spridning till verksamheten och till allmänheten. Process och rutin för utredning, åtgärder och uppföljning samt återkoppling finns enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



Tabell 1. Jämförelse av totalt inkomna klagomål/synpunkter 2013-2014- 2015 inom olika enheter. Totala resultatet visar en minskning sen 2014.



Tabell 2. Jämförelse 2013-2014-2015 av det specifika klagomålet/synpunkten har minskat enligt totalen. Ökning är under övrigt och där räknas klagomål gällande ex. maten och synpunkter på att det bör finnas mer personal.

Positiva synpunkter från den enskilde, närstående och övriga medborgare har minskat, föregående år sågs en markant ökning införande av att ge synpunkter via den förfrankerade foldern "Tyck till" skickades ut för spridning både i verksamheten och till allmänheten. Sammanlagt har 7 positiva synpunkter inkommit, det största antalet har rört hemtjänst och korttidsboende.

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. Kosten

Den äldre kan, i vissa fall, på grund av diagnos tappa i vikt och riskerar att bli undernärdd. 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.

Ett sätt är att skapa en lugn och trivsamt miljö vid måltider, uppmärksamma bemarkelsedagar av skiftande slag och duka festligt och inbjudande.

Äldreförvaltningen och Kostenheten initierade i samverkan en stor satsning med utbildningen ”Den goda måltiden” med syfte att förbättra måltiderna inom äldreomsorgen. Det finns stora utmaningar och behov av utveckling när det gäller mat och måltider för äldre. Förutom det faktum att målgruppen ökar och allt fler äldre bor hemma längre, är det ingen homogen grupp, vilket ställer krav på nya lösningar. Äldre har olika behov, men måltiden är lika betydelsefull för alla.

Utbildningen startade i maj 2015 och avslutas i januari 2016, ett stort antal deltagare var 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.

Ämnen som ingått i utbildningen är, exempelvis, mat och näring för äldre, undernäringssituationer, kosttillägg, smak, aptit och mättnad, måltidssituationen vid demenssjukdom samt mat och näring vid livets slutskede.

Målet med utbildningen var att deltagarna erhållit kunskaper och förståelse om;

- matens och måltidens betydelse för omvårdnaden av äldre
- att kunna individanpassa måltiden till äldres specifika behov
- betydelsen av kulturella, religiösa, etniska och sociala faktorer i måltidssituationen
- måltidsmiljöns viktiga inverkan på de äldres upplevelse av måltiden
- ha förmåga att anpassa måltiden efter äldres behov
- hur måltidssituationen och bemötande kan påverka matlusten
- att visa förmåga att tillsammans med enhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) leda ett kontinuerligt förbättringsarbete rörande mat och måltider inom Vård- och omsorgsboende och inom hemtjänsten.

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.

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.
- Verka för att verksamhetens arbete med Världighets- och tjänstegaranti återupptas.
- Verka för att handlingsplan upprättas 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 kontrollera 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.

