

Kvalitetsberättelse för omvårdnadsförvaltningen, Falu kommun 2018

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap. 3 § säger: *”Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”*

Av SoL 5 kap. 4 § framgår att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) i kraft. I föreskriften lämnas ett allmänt råd om att socialtjänsten bör upprätta en kvalitetsberättelse.

I SOSFS 2011:9 definieras kvalitetsbegreppet som ”i vilken grad uppsatta krav och mål uppfylls”. Denna kvalitetsdefinition, tillsammans med omvårdnadsnämndens kvalitetspolicy, utgör utgångspunkten för omvårdnadsförvaltningens syn på kvalitetsbegreppet.

Tina Berg
Socialt ansvarig samordnare (SAS)
Maria Forsström
Enhetschef Kvalitet och utvecklingsenheten

Omvårdnadsnämndens kvalitetspolicy

Kvalitetspolicyn är ett övergripande dokument som beskriver det långsiktiga kvalitetsarbetet samt den inriktning och det förhållningssätt som ska känneteckna all verksamhet som bedrivs på nämndens uppdrag.

Kvalitetsarbetet ska:

- Bidra till att medborgarnas behov av service och stöd tillgodoses.
- Skapa förutsättningar för ett kontinuerligt förändrings- och utvecklingsarbete.
- Bedrivs systematiskt.
- Vara en integrerad del i det dagliga arbetet.

Målsättningen med kvalitetsarbetet är att de tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet och tydligt definierade.

Kvalitetsdefinition

Kvalitet är ett svårfångat begrepp och låter sig inte enkelt definieras. Människor uppfattar begreppet kvalitet olika då det är beroende av sitt sociala och kulturella sammanhang. I en tjänstproducerande verksamhet skapas till stor del kvalitet i möten och i dialog mellan människor. Därför är en gemensam värdegrund viktig. Värdegrunden formuleras både i den lagstiftning som reglerar verksamheten inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område samt i omvårdnadsförvaltningens gemensamma värdegrund.

En allmän definition av begreppet är:

Kvalitet är att tillfredsställa uttalade och outtalade behov och infria förväntningar hos människor.

Vad är god kvalitet?

God kvalitet i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård¹ kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutats samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet.
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet.
- Utgår från att alla ska få leva ett värdigt liv och ges möjlighet att känna välbefinnande.
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda.
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade.
- Är trygga, säkra och präglade av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Strategi

För att uppnå god kvalitet ska förvaltningen utarbeta, förvalta, informera, följa och följa upp Kvalitetspolicyn. Verktöget för detta är *Ledningssystem för kvalitet* enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inom respektive ansvarsområde samt Omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier.

¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

Sammanfattning

Sammanfattningsvis handlar de förbättringsområden som omvårdnadsförvaltningen ska arbeta med utifrån verksamhets- respektive kvalitetsplan om:

- Trygghet och välfärd för vuxna
- Högre kvalitet och effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Användning av välfärdsteknologi

För att uppnå förbättringar inom dessa områden arbetar omvårdnadsförvaltningen med en rad olika aktiviteter och åtgärder som presenteras i kvalitetsberättelsen. Ett övergripande förbättringsarbete som berör flertalet av områdena är införande av ett rehabiliterande förhållningssätt i hela organisationen. Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär arbete för att den enskilde ska kunna ha ett så tryggt, aktivt och oberoende liv som möjligt. Att i möjligaste mån bibehålla enskildas egna förmågor, förebygga ohälsa och nyttja välfärdsteknik där det är möjligt gynnar den enskilde och är en förutsättning för att klara framtidens utmaningar inom välfärdsområdet, bland annat vad gäller personalförsörjning. När det gäller välfärdsteknik är omvårdnadsförvaltningens devis ”teknik när det är möjligt, personligt när det behövs”. Som enskild kanske man hellre klarar sina toalettbesök själv med hjälp av teknik och tar det personliga mötet vid köksbordet istället?

Rehabiliterande förhållningssätt har varit omvårdnadsförvaltningens temaområde under 2017 och 2018. Som en del i det rehabiliterande förhållningssättet införs arbetssättet Individens behov i centrum, IBIC, i omvårdnadsförvaltningens verksamheter inom socialtjänstområdet.

Ett annat område som ligger i linje med ett förebyggande arbetssätt är arbetet med att minska risk för fall som bedrivs på omvårdnadsförvaltningen. Under 2018 har arbetet varit inriktat på att öka kunskap hos både personal och medborgare om faktorer som innebär ökad risk för fall och vad man kan göra för att minska risken för fall.

Ett rehabiliterande förhållningssätt, arbetssättet IBIC, andra förebyggande åtgärder och användandet av välfärdsteknik innebär något av en ändring i den kultur som normalt råder inom framförallt äldreomsorg, en kultur som domineras av tanken om omhändertagande. Kulturen finns såväl hos oss professionella som hos våra kunder, anhöriga och andra medborgare och vi behöver tillsammans ändra den kulturen. Synsättet att våra äldre behöver tas om hand innebär risk för passivisering samt minskat deltagande och engagemang, vilket i sin tur innebär en hälsorisk. Känslan av en meningsfull vardag är en av de främsta faktorerna för att bibehålla en god hälsa. Andra faktorer är fysisk aktivitet, goda matvanor och social gemenskap. Omvårdnadsförvaltningens förbättringsområden och aktiviteter stämmer väl överens med dessa hälsofaktorer.

Utvecklingsmål för 2019 beskrivs i Verksamhetsplan 2019-2021.

Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbete

Omvårdnadsförvaltningens arbete ska präglas av långsiktigt förbättringsarbete med fokus på förbättrad kvalitet. Arbete ska inriktas på att den enskilde ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.

I detta stycke beskrivs roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet på omvårdnadsförvaltningen.

Omvårdnadsnämnden fullgör kommunens uppgifter enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Nämnden har ett övergripande ansvar för att det finns ett kvalitetsledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Nämnden fastställer och följer upp övergripande mål för verksamheten. Som ett led i detta kommer kvalitetsberättelsen att årligen rapporteras till nämnden.

Omvårdnadschefen fastställer riktlinjer och rutiner kopplade till de mål och krav som lagstiftningen och omvårdnadsnämnden ställt upp. **Förvaltningsledningen** ska ha en god insyn och informeras i det kvalitetsarbete som bedrivs. Kvalitetsledningssystemet förvaltas av **kvalitets- och utvecklingsenheten** i samråd med **kvalitetsrådet**² och de stödjer verksamheterna i utveckling och anpassning av systemet. Förvaltningsledningen värderar om ledningssystemet är tillräckligt och effektivt.

Kvalitet- och utvecklingsenheten ska bidra till att god kvalitet upprätthålls inom omvårdnadsnämndens verksamhetsområden och att ett långsiktigt hållbart och koordinerat utvecklingsarbete bedrivs. Enheten ansvarar för att ta fram och uppdatera omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier inom ramen för omvårdnadsnämndens uppdrag. Dessutom ansvarar enheten för upphandlingar och genomför kvalitetsuppföljningar.

Biståndsenheten utreder, beslutar och följer upp insatser till enskilda.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs i verksamheterna. **Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)** har samma ansvar inom rehabiliteringsområdet.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) har det övergripande ansvaret för att god kvalitet och en rättssäker myndighetsprocess upprätthålls inom omvårdnadsnämndens verksamhetsområden vad gäller det sociala området. Genom samarbete med MAS och MAR bidrar SAS till att en god vård och omsorg bedrivs.

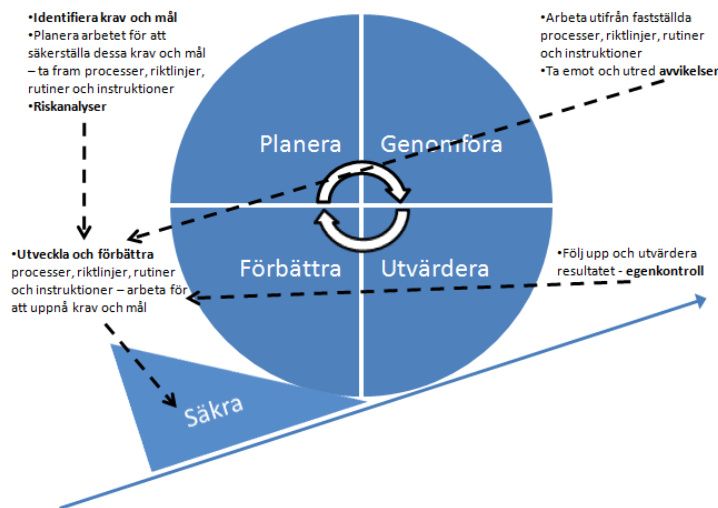
Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahållna tjänster uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden, lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Enhetschef ansvarar för att de tillhandahållna tjänsterna uppfyller de målsättningar och de kvalitetskriterier som ställts upp av omvårdnadsnämnd, lagstiftning och föreskrifter.

² Kvalitetsrådet består av representanter från förvaltningens olika verksamheter.

Tillvägagångssätt och upplägg av kvalitetsberättelse

Årets kvalitetsberättelse baseras på det arbete och de resultat som uppnått under 2018 men också på att presentera nuläge för de målvärden som prioriterats i omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och kvalitetsplan för kommande år. För att kunna följa lagstiftarens intentioner om en kvalitetssäkrad verksamhet krävs ett samordnat systematiskt kvalitetsarbete i förvaltningen som tar form i ovan nämnda planer.



Förbättringshjulet är ett enkelt och bra sätt att illustrera hur kvalitetsarbete bör gå till. När man planerat och genomfört insatser utvärderar man resultatet och fortsätter förbättringsarbetet i ett ständigt rullande hjul. Kilen påvisar vikten av att säkra det nya arbetssättet så att man inte faller tillbaka i gamla hjulspår. Omvårdnadsförvaltningen arbetar i stora delar så men vi behöver fortlöpande utveckla systematik och dokumentation gällande analys och förbättringsarbete.

Kvalitetsstyrning

Ledningssystem för kvalitet

Ledningssystem för kvalitet är en beskrivning för hur vi styr, utvecklar och dokumenterar kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Det är ett flexibelt system som innebär att det utvecklas och förändras när det krävs t.ex. vid ny lagstiftning, nya uppdrag och uppgifter, reviderade rutiner och instruktioner m.m.

Systemet styrs av Kvalitetspolicy med ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL och HSL.

Kvalitets- och utvecklingsenheten förvaltar Ledningssystem för kvalitet. Till sin hjälp har enheten ett kvalitetsråd bestående av två enhetschefer, tre undersköterskor, en sjukgymnast, en biståndshandläggare, tre sjuksköterskor samt två verksamhetsutvecklare. Sammanfattande är enhetschef på Kvalitet- och utvecklingsenheten.

Kvalitetsrådet har träffats 8 gånger under 2018 och genomfört följande aktiviteter:

- genomgång av rutiner och instruktioner
- uppdaterat uppdraget för kvalitetsrådets medlemmar

Ledningssystemet har kompletterats med sidor för: Säker utskrivning från slutenvården, Influensavaccination och Beslutsstöd Visam.

Arbetsgrupp för arbetet med ledningssystemet har under året förändrats. Gruppen arbetar nu för att säkerställa ledningssystem för kvalitet för socialtjänsten. Kontakter har tagits och ett förslag kommer att arbetas fram under 2019 som gäller all socialtjänst i Falu kommun, alltså även den som bedrivs på socialförvaltningen.

Arbetsgruppen består av SAS, sektionschef Bistånd, kvalitet och utveckling, enhetschef Kvalitet och utveckling, systemadministratör samt två verksamhetsutvecklare. Utifrån Gap-analys 2017 har arbetet fortsatt med t.ex. kartläggning av hur förvaltningen uppfyller socialtjänstlagen, uppdatering av rutin för hantering av synpunkter och klagomål, framtagande av nya mallar för rutiner och instruktioner samt kartlägga hur en rutin arbetas fram.

Under året har ett förslag tagits fram för ett pilotprojekt för att utarbeta ett kommunövergripande ledningssystem. Strax innan årets slut beslutades dock att inget kommunövergripande projekt skulle starta i nuläget. Omvårdnadsförvaltningen kommer att följa de tester som ska genomföras av andra förvaltningar i kommunen under första halvåret 2019.

Omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier

Omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier syftar till att tydliggöra kvalitetskraven för omvårdnadsförvaltningens tjänster. De ska säkerställa att kunden får en omsorg och omvårdnad som kännetecknas av hög kvalitet. För närvarande finns kvalitetskriterier för hemtjänst, hemtjänstservice, ledsagning och vård- och omsorgsboende. De uppdaterades och antogs av omvårdnadsnämnden i april 2017.

I oktober/november 2018 genomfördes en egenkontroll för att kontrollera efterlevnaden av omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier. Enkäten gick ut till nämndens alla utförare inom nämnda områden.

Resultatet visar att utförarna bedömer att de i mycket hög grad lever upp till omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier. Vård- och omsorgsboende, inklusive externa utförare, uppfyller kvalitetskriterierna till 96,7 %. Motsvarande resultat 2017 var 97,82 %. Två enheter bedömer att de lever upp till omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier till 100 %. Ordinärt boende, inklusive externa utförare, uppfyller kvalitetskriterierna till 97,64 %. Motsvarande resultat 2017 var 96,46 %.

Alla utförare har skrivit handlingsplaner för de områden där de inte helt uppfyller kraven.

Omvårdnadsförvaltningens kvalitetsplan

En nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen har tagits fram med syfte att identifiera behov av långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden för att säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. De strategiska områdena är:

- Högre kvalitet och effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Användning av välfärdsteknologi

Omvårdnadsförvaltningen har arbetat fram en lokal kvalitetsplan som följer den nationella och som Omvårdnadsnämnden antagit. Till grund för kvalitetsplanen har förvaltningsledningen under 2017 och 2018 genomfört dialogmöten på enheternas arbetsplatsträffar för att få in synpunkter, tankar och förslag.

Omvårdnadsnämndens kvalitetsplan är ett strategidokument och syftet är att genom långsiktiga insatser inom viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. I den ordinarie verksamheten ingår förutom äldreomsorg även omsorg riktad till personer med

funktionsnedsättning som inte innefattas av annan verksamhet inom socialtjänsten eller LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

De områden som presenteras i omvårdnadsförvaltningens kvalitetsplan 2016–2030 handlar om:

- Trygghet för den äldre och anhöriga
- Respektfullt bemötande
- Delaktighet i beslut
- God och näringsriktig mat (äldreboende)
- Bättre, förebyggande och rehabiliterande åtgärder
- Tryggad personalförsörjning
- Flexibla former för beslut om äldreomsorg

Strategidokumentet ska också utgöra ett stöd för omvårdnadsnämnden när det gäller att prioritera vilka aktiviteter som ska utföras inom ramen för ordinarie verksamhet respektive bedrivs i andra utvecklingsformer. Mål, aktiviteter och resultat presenteras i verksamhetsplaner och årsberättelser på alla nivåer.

Verksamhetsplan

Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan beskriver hur nämnden ska bidra till kommunens vision ”Ett större Falun”. Som bidrag till utveckling av den generella välfärden beskrivs en rad förbättringsområden i verksamhetsplanen, till exempel:

- Systematiskt arbete för att förebygga olycksfall och skador, bland annat fallolyckor
- God måltidsmiljö och rätten till bra mat
- Motverka våld i nära relationer
- Utveckla välfärdsteknik
- God kontinuitet i utförande av insatser
- Möta ökat behov av vård och omvårdnad i hemmet
- Möjlighet till utomhusvistelse
- Tillgång till öppna och främjande verksamheter
- Samverkan med alla utförare, egen regi och privata utförare
- Främja goda förutsättningar för arbete och näringsliv
- Trygga personalförsörjningen

Fokusområde/Temaår

Syftet med temaåren är att utveckla vården och omsorgen på omvårdnadsförvaltningen. Genom att lyfta olika teman varje år fokuserar enheterna på olika pusselbitar, en i taget, som tillsammans skapar en helhet och bidrar till en utveckling av vård och omsorg med god kvalitet.

Rehabiliterande förhållningssätt

Rehabiliterande förhållningssätt var tema för år 2017–2018. Ledningsgruppens motivering löd: ”Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorgen innebär att se och ta tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter. Medarbetarna har ett stödjande förhållningssätt och uppmuntrar individen till självständighet och delaktighet. Inom ramen för ett rehabiliterande arbetssätt kan man införliva fler av de inkomna förslagen t.ex. bemötande vid demenssjukdom, basal hygien, välfärdsteknologi, meningsfull vardag och teamets betydelse.

När arbetet sker med utgångspunkt i ett rehabiliterande förhållningssätt stärks kundens identitet, funktioner, självständighet och hälsa.”

Rehabiliterande förhållningssätt innebär ett stärkande förhållningssätt och ska ses som ett övergripande arbetssätt som man når med hjälp av olika metoder och arbetssätt. Inom

omvårdnadsförvaltningens verksamheter inom socialtjänstområdet implementeras arbetssättet Individens behov i centrum som bygger på ett rehabiliterande förhållningssätt. Information om ett rehabiliterande förhållningssätt ingår i förvaltningens Medarbetarintroduktion.

Andra närliggande förhållningssätt är bland annat personcentrerad vård och personcentrerad omvårdnad. Personcentrerad omvårdnad är utgångspunkten i registret för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, som används inom omvårdnadsförvaltningens verksamheter.

En arbetsgrupp bestående av representanter från alla verksamheter har under åren arbetat med temat Rehabiliterande förhållningssätt. Under 2017 genomfördes inspirationsföreläsning av Lisa Andersson och under 2018 har ny rutin för teamträff tagits fram och publicerats i ledningssystem för kvalitet. Arbetsgruppen har haft eget ansvar för aktiviteterna.

Med tanke på de effekter området bedöms ha för de förbättringsområden som omvårdnadsförvaltningen ska arbeta med hade ytterligare aktiviteter och effekter varit önskvärda. Vid tidigare temaår, och i nästkommande temaår, har en samordnare utsetts och det har visat sig göra skillnad i aktiviteter. Det är av vikt att de förbättringar i nya arbetssätt, rutiner eller liknande som arbetas fram implementeras i verksamheterna vid temaårets slut.

Utöver aktiviteter som arbetsgruppen arbetat med har information om rehabiliterande förhållningssätt har ingått i förvaltningens informationsträffar till personer över 75 år och en informationsbroschyr har tagits fram och delas ut till kunder och i samband med informationsträffar/förebyggande hembesök.

Temaår 2019 – Hygien

Att vårdpersonal tillämpar basala hygienrutiner i sitt arbete är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner inom alla former av vård och omvårdnad. Temaåret ska leda till att vi skapar en arbetsmodell för hygienfrågor som ska vara enkel att följa genom verksamhetsåret. Temaåret ska på ett naturligt sätt införlivas i befintlig verksamhet. Metoden är att genom utbildning och kunskap om basala hygienrutiner lyfta yrkes stolthet hos alla yrkeskategorier.

Kvalitetsarbete – aktiviteter och åtgärder

Här redovisas några av de aktiviteter och åtgärder som genomförts under 2018. Aktiviteterna har skett både inom förvaltningen och tillsammans med andra aktörer såsom t.ex. socialförvaltningen och landstinget Dalarna. Beslut om och resultat av aktiviteter och åtgärder handläggs på olika nivåer i organisationerna. Till exempel fattar Omvårdnadsnämnden beslut om övergripande riktlinjer medan handlingsplaner och liknande beslutas på tjänstemannanivå. I diarium, ledningssystem och/eller på Insidan finns alla aktiviteter redovisade.

Pia-dagen

Pia-dagen är den dag då omvårdnadsförvaltningens alla chefer träffas för att diskutera aktuella ämnen och lära nytt. Årets program bestod av:

- Information om vad som är allmän handling och vad som ska diarieföras.
- Information om regler vid upphandling och inköp.
- Genomgång av riktlinjer vid Mobbing och kränkande särbehandling
- Avstamp mot framtiden: Omvårdnadsförvaltningen 2019–2021

Granskning av kommunens kontroll och uppföljning av privata utförare inom särskilt boende

På uppdrag av Falu kommuns revisorer granskade KPMG omvårdnadsförvaltningens kontroll och uppföljning av privata utförare inom särskilt boende. Granskningen syftade till att konstatera om förvaltningen har en tillfredsställande intern kontroll avseende de avtal som finns med externa utförare och om den kontroll och uppföljning som görs är tillräcklig. Revisionens sammanfattande bedömning var att omvårdnadsnämnden har en löpande och systematisk uppföljning och kontroll för avtalsefterlevnad men att den i vissa avseenden bör förtydligas och utvecklas. Rutinen för kvalitetsuppföljning av externa och intern verksamhet har justerats efter revisionens rekommendationer och en standardiserad plan för uppföljning av privata utförare är framtagen. Båda dessa är godkända av nämnden.

Uppsökande verksamhet

Enligt socialtjänstlagen är nämnden skyldig att bedriva uppsökande verksamhet och därigenom upplysa om socialtjänst samt erbjuda grupper och enskilda sin hjälp.

Den uppsökande verksamheten har under tid varit eftersatt på omvårdnadsförvaltningen, men under 2017 och 2018 har verksamheten bedrivits på ett strukturerat sätt med gott resultat. Nu erbjuds alla över 75 år (som inte har insatser sedan tidigare) förebyggande hembesök samt bjuds in till informationsträffar.

Under 2018 har informationsträffar genomförts i Svärdsjö, Grycksbo och centrala Falun. Intresset för träffarna har varit stort och för att möta upp efterfrågan anordnas ytterligare tre träffar i centrala Falun under januari 2019. Vid träffarna har det informerats om socialtjänst och omvårdnadsförvaltningens verksamheter, rehabiliterande förhållningssätt och arbetssättet Individens Behov i Centrum (IBIC), fallförebyggande åtgärder, omvårdnadsförvaltningens öppna och främjande insatser samt anhörigstöd och anhörigkuratorns arbete. En biståndshandläggare har arbetat med förebyggande hembesök och genomfört ett 30-tal hembesök.

Inför arbetet kommande år har frivilliga deltagare från informationsträffarna bjudits in till ett dialogmöte kring hur verksamheten kan utvecklas i enlighet med medborgarnas behov och önskemål.

Projekt Fallförebyggande hembesök med teambaserad intervju för kartläggning av medborgarens behov

Folkhälsorådet beviljade medel för att starta ett utvecklingsprojekt kring teambaserade fallförebyggande hembesök. Vid årets slut har projektet ännu inte kommit igång på grund av en svår bemanningssituation då det är svårt att rekrytera arbetsterapeuter. En medarbetare är rekryterad men den har inte kunnat tillträda då ordinarie verksamhet måste säkras först. Med anledning av detta måste förvaltningen ansöka om omprövning av dessa medel inför 2019.

Kontakter togs under året med SBU Upplysningstjänst i syfte att be dem göra en litteraturgenomgång av evidensläget kring utbildningar till omvårdnadspersonal som åtgärd för att minska fall. Studien är av intresse för projektet då det ingår aktiviteter för att utbilda och informera personal och medborgare.

För att ta del av resultatet: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/fortbildning-av-personal-inom-aldreomsorg-for-att-forhindra-fall-bland-aldre/>

Nationell vårdplan palliativ vård – NVP

Nationell vårdplan för palliativ vård, är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/ stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. NVP är utarbetad på basen av Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Nationellt vårdprogram för palliativ vård samt utifrån den samlade kunskapen i palliativ vård. Övergång till nytt arbetssätt skedde 2018-02-01 och under året har fortsatt implementering av NVP – nationell vårdplan för palliativ vård skett.

Introduktion av FREDA-kortfrågor

FREDA-kortfrågor är det instrument som omvårdnadsförvaltningen har valt och som är tänkt att användas vid frågor om våld då misstanke om våldsutsatthet finns. Två av tre utvalda enheter har fått introduktion i användandet av instrumentet.

Riktlinjer för mat och måltider

Omvårdnadsförvaltningens riktlinjer för mat och måltider är framtagna som en vidareutveckling av kommunens kostpolitiska program. Riktlinjerna har tagits fram tillsammans med en referensgrupp bestående av representanter från nämndens olika verksamheter och det färdiga resultatet har antagits av omvårdnadsnämnden i november 2018.

Kartläggning av processer

Inom ramen för det kommunövergripande processprojektet har processer kartlagts enligt uppdrag.

Exempel på detta är:

- Intern kommunikation för Säker utskrivning från sjukhus för personer som bor i ordinärt boende, för personer som bor på vård- och omsorgsboende samt för personer som beviljas insats till korttidsplats och vård- och omsorgsboende. Arbete pågår för personer som bor på gruppboende och servicebostad enligt LSS samt för personer som tillhör socialpsykiatri.
- Processkartläggning genomförande av hälso- och sjukvård samt kommunikation inom LSS-området.

Arbetet har gått relativt långsamt då verksamheterna har svårt att släppa medarbetare som ska vara med i kartläggningarna av de olika processerna.

Under året har det också varit en del administration kring processprojektet. Processträdet har uppdaterats och en tabell *Från politiska mål till verkställighet* har tagits fram. Syftet med huvudprocesserna samt de övergripande verksamhetsprocesserna har beskrivits i samverkan med övriga förvaltningar.

Flexite – avvikelshantering samt synpunkter- och klagomål

På omvårdnadsförvaltningen hanteras alla avvikelser i ett särskilt verksamhetssystem, Flexite. Flexite är ett system för automatisering av processer, vilket gör att alla avvikelser hanteras enligt en given process. Förvaltningen arbetar ständigt med att utveckla hanteringen av avvikelser, både kunskapsmässigt och systemtekniskt. Systemtekniskt har det under 2018 arbetats med en del åtgärder för att minska risken för felregistreringar och för att öka kvaliteten på förbättringsarbetet utifrån inkommande avvikelser. Bland annat har registreringsformuläret förtydligats och i analysdelen efterfrågas om riskbedömning gjorts. Den enskildes (eller företrädares) delaktighet i processen efterfrågas också både i registrerings- och analysdelen. Åtgärderna kommer träda i kraft under första delen av 2019.

Förberedelserna för att införliva processen för hantering av synpunkter och klagomål i Flexite är klara. En arbetsgrupp med representanter från omvårdnadsförvaltningen, socialförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen samt serviceförvaltningen har arbetat tillsammans för att uppdatera rutin och instruktion för hantering av synpunkter och klagomål. Övergången till Flexite sker 2019.02.01.

Individens behov i centrum (IBIC)

Omvårdnadsförvaltningen har beslutat införa arbetssättet Individens behov i centrum och under 2018 har arbetet med utbildning och implementering av arbetssättet fortsatt. Alla utförarenheter, både inom ordinärt boende och vård- och omsorgsboende, har nu fått utbildning.

Biståndshandläggarna fick utbildning under hösten 2017, men på grund av olika omständigheter (systemtekniska brister och hög arbetsbelastning) gick inte implementeringen planenligt. Under hösten 2018 fick biståndshandläggarna kompletterande utbildning och möjlighet att med support av processledare börja göra egna utredningar. Antalet utredningar enligt arbetssättet ökar successivt och under december månad gjordes en knapp fjärdedel av utredningarna enligt arbetssättet.

För att hålla kunskapen aktuell har bland annat gruppledare inom ordinärt boende fått uppdatering och möjlighet till reflektion under ledning av processledare.

För att säkerställa fortsatt stöd i implementering och möta kommande utbildningsbehov kommer ytterligare två till processledare utbildas. Gruppen processledare ser för närvarande ut så här:

- Två biståndshandläggare
- Två enhetschefer inom vård- och omsorgsboende (en är föräldraledig och en kommer gå utbildning under våren 2019)
- Två enhetschefer inom ordinärt boende (en har inte varit aktiv under 2018 på grund av ordinarie arbete och en kommer gå utbildning under våren 2019)
- SAS, Socialt ansvarig samordnare

Under början av 2019 är det av största vikt att handläggarna i fullstor skala börjar handlägga enligt IBIC. Det är ett arbetssätt som omvårdnadsnämnden beslutat ska införas och därmed ska ansökningar utredas i enlighet med arbetssättet. De systemtekniska brister som finns idag måste också lösas i samverkan med förvaltningen, IT-kontor och leverantör.

Mobilt arbetssätt

Arbetet med att ha ett mobilt arbetssätt har fortsatt under 2018. En del är mobil dokumentation som nu används i hemtjänsten och på de flesta vård- och omsorgsboenden. Mobil dokumentation har möjliggjort för omvårdnadspersonal att kunna läsa och skriva mobilt och syftet är att rätt person ska ha tillgång till rätt information vid rätt tid. Detta är ett komplement till tidigare införande av att ha dagens planering, insatsregistrering samt trygg och säker nyckelfri dörröppning samt öppning av de digitala medicinskåpen med mobilen för att kunna ge vård och omsorg av god kvalitet.

Trygg hemgång

Under hösten 2018 har arbetet med ett team för trygg hemgång inletts. En verksamhetssamordnare har anställts med uppdrag att ta fram riktlinjer för teamet och börja rekrytera undersköterskor. Rekrytering av enhetschef har inletts.

Målet med insatsen och teamet för Trygg hemgång är att, i det egna hemmet, skapa trygghet och hjälp till självständighet, att minska risken för att personer utvecklar ett beroende av omsorgsinsatser samt minska risken för återinläggning inom slutenvården.

Säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Från och med 1 januari 2018 ersattes lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Den nya lagen ska främja en god vård och en socialtjänst med god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

I länet finns en arbetsgrupp bestående av representanter för länets kommuner, landstinget och Region Dalarna med länsnätverket för förvaltningschefer som styrgrupp. Under året har arbetet fortsatt med implementering av den nya lagen, bland annat har workshops genomförts och olika styrdokument fastslagits. Ett år efter lagens införande kan konstateras att den fortfarande innebär stora utmaningar i

samverkan, både mellan kommun och landsting men även internt. För att tydliggöra de interna processerna har lokala instruktioner med checklistor tagits fram. Sannolikt finns anledning att återkomma med rapportering i nästa års kvalitetsberättelse.

GDPR

Allmänna dataskyddsförordningen, GDPR, efter engelskans General Data Protection Regulation, är en EU-förordning med syftet att stärka integritetsskyddet för levande, fysiska personer vid hantering av personuppgifter. Den nya dataskyddsförordningen innebär många förändringar, speciellt när det gäller hur företag behandlar och lagrar personuppgifter.

Omvårdnadsförvaltningen har identifierat vilka personuppgiftsbehandlingar som finns i de olika verksamheterna och dokumenterat dem i anvisat system – Draftit. Utifrån det arbetet har de ca 80 personuppgiftsbehandlingarna riskbedömts och prioriterats för att, i tur och ordning, genomgå en djupare analys och säkerställande av databehandlingen.

Projekt Ny digital plattform

Utvecklingen av teknik och digitala lösningar har de senaste åren varit snabb ur de flesta aspekter inom teknikområdet. Projekt Ny digital plattform har i uppdrag att förbereda Falu kommuns tekniska plattform för framtidens digitala utveckling och ge användarna moderna verktyg för digital kommunikation och samarbete. Omvårdnadsförvaltningen har helt gått över till den nya plattformen under 2018 och projektet stängdes därmed 1 november.

Välfärdsteknik

Falun ligger långt fram vad det gäller välfärdsteknik och införandet av välfärdsteknik har fortsatt under året. Omvårdnadsförvaltningens IT-enhet har arbetat med att byta ut och införa ny mjukvara till de nya kamerorna för fjärrtillsyn. Utbytet har skett i ett samarbete med LD hjälpmedel och trygghetscentralen. Det är ca 40–50 stycken kameror som finns ute hos brukare både i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende och det är ca 100 tillsynsbesök per dygn som sker med kamera för att kunderna ska känna sig trygga och sova ostört på natten även om tillsynsbesöken sker dygnet runt.

En pilot för att testa Mobilt trygghetslarm, med 5 stycken så kallade GPS-klockor har genomförts under 2018. Tanken är att öka friheten och höja livskvaliteten hos brukare med larm så att de kan känna sig trygga då de går tex till postlådan eller tar en promenad. Piloten har pågått under hela året och i nära samarbete med leverantören för att utveckla och justera delar enligt Faluns önskemål. Piloten kommer utvärderas under första kvartalet 2019. Omvårdnadsförvaltningen deltar på mässan för välfärdsteknik och gör även annan omvärldsspaning för att Falun fortsatt ska ligga långt framme i arbetet med välfärdsteknik.

Upphandling av trygghetslarm med tillbehör, för kunder i ordinärt boende, har genomförts under 2018 och det nya avtalet träder i kraft 2019-01-01. Samma leverantör som tidigare vann upphandlingen så kunderna kan bara fortsätta med sitt trygghetslarm som vanligt.

Omvårdnadsförvaltningen fick under 2018 stimulansmedel för välfärdsteknik, medel som skulle användas under året. Pengarna har bl.a. använts till bärbara datorer till varje enhet så personalen kan ha dator med sig hem till kunden så denne kan vara mera delaktig då man utformar genomförandeplanen. En rubrik där välfärdsteknik ingår i planen har lagts till för att vid varje plan ta upp punkten om någon välfärdsteknik kan underlätta för kunden att vara mer självständig, delaktig, aktiv eller känna sig trygg. Datorerna ska även användas för att skapa intresse för datorer och den digitala världen genom att personalen tillsammans med kunderna kan ha aktiviteter i form av att surfa enligt kundens intresse, titta på filmklipp på Youtube, musik, ha kontakt med anhöriga som bor långt borta, ev beställa mat mm och på detta sätt minska det digitala utanförskapet där många äldre befinner sig.

Utrustning för digitala vårdplaneringar, sensorer, Ipads, chromecast mm är andra delar som införskaffats.

Upphandling verksamhetssystem och planeringssystem

Under 2018 har arbetet med upphandling av verksamhetssystem och planeringssystem påbörjats och representanter från de olika verksamheterna har tagit fram delar till en kravspecifikation. Arbetet har skett i samarbete med socialförvaltningen, AIK och upphandlingscenter och hela upphandlingen beräknas vara klar så avtal kan tecknas under hösten 2019. Upphandlingen utförs då nuvarande avtal går ut och då förvaltningen vill ha ett modernt IT-stöd till medarbetarna samt kunna erbjuda nya tjänster till kunderna såsom tex e-tjänster.

Bättre kontinuitet – ordinärt boende

Av omvårdnadsförvaltningens kvalitetsplan framgår att den enskilde ska kunna känna trygghet med den personal och med de insatser som utförs. Den enskilde ska kunna lita på att hans eller hennes behov av omvårdnad och omsorg blir tillgodosedda. En viktig förutsättning för att den enskilde ska uppleva trygghet är att omvårdnaden och omsorgen har hög kontinuitet avseende personal, tid och omsorg. I nationella jämförelser ligger Falun relativt högt i andel personal som en kund möter under fjorton dagar. För att uppnå en förbättrad personkontinuitet arbetar hemtjänsten i egen regi aktivt med att minska arbetslagen. Upplevelse av trygghet och tillit är en central del i en kvalitativ omsorg och en förutsättning för ett rehabiliterande förhållningssätt; därav är det av stor vikt att kontinuiteten förbättras i kommunens hemtjänst.

Breddad rekrytering

Breddad rekrytering är ett ESF (europeiska socialfonden) -projekt som ska pågå till 2020. Projektet syftar till att stärka arbetsplatserna inom omvårdnad, kost och service att bli mer attraktiva och inkluderande samt att utveckla och implementera en modell som bidrar till integration av nyanlända i Falu kommun och till kommunens kompetensförsörjning. Några enheter inom ordinärt- respektive vård- och omsorgsboende deltar i projektet.

”Äldres syn på hemtjänstens kärnvärden”

Under 2018 har omvårdnadsförvaltningens doktorand analyserat studie 2 och nästan färdigställt den. Studie 2 är en registerstudie där en jämförelse mellan svar i brukarundersökning och tex läkemedelsregistret och depressionsregistret genomförs för att se om svaren skiljer sig åt beroende på vilken diagnos du har.

Resultatet av studierna kommer att ge en djupare kunskap och förståelse för viktiga värden för äldre och öka kunskapen om skillnader i värderingar inom och mellan den äldre och personalen. Denna kunskap ger vårdgivare och personal mera kompetens och möjlighet att faktiskt möta de äldres behov och erhålla ett värdigt liv och uppleva välbefinnande. Vidare är syftet att belysa äldre personer med demens upplevelser av kvalitet i äldreomsorgen, samt att undersöka samband mellan ensamhet, oro, otrygghet och depression med insatsen socialt stöd i gruppen personer med demens.

Smart hem

Smartare Hem är ett samarbetsprojekt mellan Kopparstaden, LD hjälpmedel, Region Dalarna och omvårdnadsförvaltningen som startades under 2018. En lägenhet på Smedjan har försetts med produkter och teknik som kan underlätta för den äldre att vara självständig och trygg i sitt boende. Målgruppen har varit äldre, anhöriga men även tänkt för utbildning till hemtjänsten, biståndshandläggare med flera.

Lägenheten har utrustats med allt ifrån enkla burköppnare, spisvakt med artificiell intelligens, spol- och blåstolett, roterande duschpall, tåtvättare till GoogleHome där man med rösten kan styra alla uppkopplade delar i hemmet. Flera guidade visningar och även ett öppet hus genomfördes under hösten. Lägenheten kommer fortsätta utrustas och anpassas. Visningarna fortsätter under 2019 för att sprida informationen och kunskapen om välfärdsteknik och därmed nyttan för medborgare, kunder och anhöriga.

Samverkan

Samverkan för kvalitetssäkring och utveckling sker inom flera olika områden, på både kommunal, regional och nationell nivå. Att samarbeta aktivt i kommunala nätverk ses som en av åtta framgångsfaktorer inom äldreomsorgen.

Några exempel på nätverk som omvårdnadsförvaltningen deltar i är:

- Utförarforum - Vid 4 tillfällen under 2018 genomfördes utförarforum. Där träffas omvårdnadsförvaltningen, entreprenörer för vård- och omsorg samt LOV-utförare för att dela information och erfarenheter.
- Chefsnätverk för landstings- och kommunföreträdare
- Kommunalt chefsnätverk
- Samverkan med myndighetschefer i länet för kvalitetsutveckling och erfarenhetsutbyte gällande myndighetsutövning.
- Referensgrupp för välfärdsteknologi tillsammans med Region Dalarna, utvecklingsgrupper och Landstinget Dalarna.
- Regional utvecklingsgrupp äldre – forum för samarbete mellan länets olika kommuner, region dalarna samt landstinget dalarna.
- Samverkan med Gävle och numera även Sundsvalls kommuner gällande kvalitets- och verksamhetsutveckling.
- LOV-nätverk med Mora, Rättvik och Leksands kommun
- Förening för Sveriges socialchefer (FSS), regionalt och nationellt.

Samverkan med Gävle sker en gång per år och från och med nästa år kommer även Sundsvall ingå i samverkan. I år stod Gävle som värd och en delegation från Falu kommun med representanter från omvårdnadsförvaltningen och stadskansliet deltog. Dagen bestod bland annat av workshops med tema Förebyggande arbete – erfarenheter och framtida utmaningar respektive Omvärldsanalys och verksamhetsutveckling. Dessutom föreläste Anders Ekholm (institutet för framtidsstudier) på temat digitaliseringens möjligheter kopplat till kontinuitet.

Utöver dessa exempel finns många fler nätverk och samverkansforum på olika nivåer och i olika konstellationer som förvaltningen deltar i.

Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljning sker efter beslut från omvårdnadsnämndens ordförande, omvårdnadschef och alla sektionschefer. Under hösten 2018 har kvalitetsuppföljning genomförts inom hemtjänstgrupperna Britsarvet och Grycksbo. Resultaten kommer att redovisas enheterna och omvårdnadsnämnden i början av 2019. Två uppföljningar efter revision 2017 har skett i hemtjänsten Svärdsjö. Revisionen kommer att följa ett påpekande även 2019. Även på Källegården genomfördes en uppföljning efter revision 2017. Några påpekanden kvarstår som kommer att följas upp tidig vår 2019.

En kvalitetsuppföljning av Herrhagsgården påbörjades i slutet av innevarande år. Då önskemål om tre rapporter för boendet framförts, indelade efter respektive enhetschefsområde, ska tre uppföljningar sammanställas. Kvalitetsuppföljningarna kommer att fortsätta januari 2019.

I samband med kvalitetsuppföljning av intern och extern verksamhet genomförs en uppföljning av upplevd kvalitet. Uppföljningen sker genom hembesök eller telefon utifrån ett förutbestämt frågeformulär. Resultatet presenteras i revisionsrapporten.

En stödjande uppföljning genomfördes med Blåklockans hemtjänst och hälsoservice då de var relativt nystartade. Enheten genomförde de åtgärder som påtalades. En sedvanlig kvalitetsuppföljning planerades till 2019 men företaget begärde sig själva i konkurs i slutet av november. Enhetens cirka 20 kunder fick stöd att välja nya utförare.

Temabo AB har följts upp vid flera olika tillfällen:

- Uppföljning av utvecklingsplaner på Temabos tre enheter
- Norshöjden följdes upp med anledning av klagomål på utförande av mervärden.

Omvårdnadsförvaltningen begärde redovisning från Temabo AB av insatta och planerade åtgärder vilka omvårdnadsnämnden godtagit som fullgoda och ärendet är avslutat.

Internkontroll

Internkontroll sker årligen enligt kommunstyrelsens arbetsmodell för internkontrollplaner och ska enligt denna bestå av kontrollpunkter som både är obligatoriska för hela kommunens verksamheter och som är specifika för respektive nämnd/bolag.

Kommungemensamma granskningsområden 2018:

Informationsinsats på APT för kännedom om kommunens policy avseende mutor var en kontrollpunkt. Omvårdnadsförvaltningen har dock genomfört en kontroll av medarbetarnas kännedom om mutor tidigare med gott resultat, samt denna informationsinsats på APT 2017. Därför har ingen ny informationsinsats skett 2018.

Kontroll att upphandling och inköp av större beställningar och inköp sker i enlighet med gällande bestämmelser i LOU (Lagen om offentlig upphandling) och enligt kommunens riktlinjer. Resultatet visade att ingen faktura överstiger tillåten gräns.

Omvårdnadsförvaltningens kontrollpunkter 2018:

Vid kontroll av vårdplaner i hälso- och sjukvårds dokumentationen inom LSS och socialpsykiatri framkommer att vårdplaner inte upprättas i tillräcklig omfattning. Gällande rutin ska därför kompletteras och implementeras under första halvåret 2019.

Informationsinsats och dialog på APT om diskriminering, trakasserier och kränkande särbehandling genomfördes på 44 av 47 enheter. Resterande enheter har senare rapporterat att de genomfört insatsen.

Chefer inom omvårdnadsförvaltningen fick information om riktlinjer och bestämmelser för upphandling och inköp under omvårdnadsförvaltningens chefsdag 2018. Informationsinsatsen var ett komplement till den kommungemensamma kontrollpunkten avseende upphandling och inköp.

Valfrihet enligt Lag om valfrihetssystem - LOV

Under året har två LOV- ansökningar behandlats. En utförare ansökte för utförande av hemtjänst och ledsagning och den andra om utförande av serviceinsatser och ledsagning. Båda ansökningarna har godkänts och före årsskiftet har båda utförarna startat upp sin verksamhet. I syfte att tydliggöra godkännandeprocessen av inkomna LOV-ansökningar kartlades den inklusive de samarbetsytor och gränssnitt som uppstår.

Upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling - LOU

Under året har ett ramavtal för externa korttidsvårdsplaceringar upphandlats. Upphandling har skett enligt ett förenklat förfarande och med omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier som grund. Avtal har tecknats med Korttidskliniken Dalarna AB.

Social dokumentation, vård- och omsorgsboende

Inom sektionen vård- och omsorgsboende har en nyanställd enhetschef haft som inledande uppdrag att förbättra den sociala dokumentationen. Enhetschefen har varit cirka två veckor på respektive enhet och bistått med kunskap och praktisk hantering.

Risکانالys och egenkontroll**Risکانالys**

Risکانالys genomförs i samband med organisationsförändringar, införande av nya tekniska system, start av nya projekt samt inom områden som identifierats via avvikelser- och synpunktshantering samt kvalitetsuppföljning.

Alla enheter inom vård- och omsorgsboende registrerar i Senior alert. Riskbedömningar av områdena trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen utförs. Syftet är att resultatet ska analyseras och att åtgärder ska planeras, genomföras och följas upp. Det fungerar dock väldigt olika på olika enheter. Rutin och processbeskrivning finns.

Omvårdnadsnämnden beslutar varje år om en Internkontrollplan i enlighet med Falu kommuns riktlinjer. Planen innehåller risکانالys, sannolikhet- samt konsekvensbedömning. Internkontroll redovisas under egen rubrik. Se föregående sida.

Egenkontroll

Egenkontroller utförs efter ledningsbeslut om vilka egenkontroller som ska göras. Resultat analyseras, bakomliggande orsaker identifieras och åtgärder sätts in och följs upp på olika nivåer i verksamheten. Rutiner och instruktioner innehåller uppföljningspunkter som kontrolleras på förvaltnings- och på enhetsnivå. För att underlätta för verksamheterna bör ett gemensamt årshjul för planerade egenkontroller sammanställas.

Exempel på egenkontroller som utförts 2018:

- Uppföljning av biståndsbeslut
- Uppföljning av genomförandeplaner
- Kostpolicyn genom dygnsfastemätning
- Internkontrollplanens kontrollpunkter
- Livsmedelshygien
- Brandskydd
- Analys av resultat från Nationell brukarundersökning, Öppna jämförelser och övrig nationell statistik.

Avvikelse, lex Sarah och synpunkter och klagomål**Förbättringsarbete, lärande, analys**

Avvikelsehantering är en viktig del i fortlöpande systematisk kvalitetssäkring och förbättringsarbete. Att sammanställa och analysera inkomna rapporter av missförhållanden, avvikelser, klagomål och synpunkter är nödvändigt för att kunna se mönster som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

För att kunna använda informationen som finns i registrerade avvikelser, så att det blir till nytta för kund, behövs kunskap och praktisk hjälp. Därför har enhetschefer VOB fått utbildning i vilken information som kan tas fram samt vilken information som kan användas som verktyg för att välja rätt åtgärd, vid rätt tid och på rätt plats.

En lathund för att ta fram statistik som analysverktyg har utformats och distribuerats tillsammans med erbjudande om praktisk hjälp till enhetschefer inom VOB. Fyra enhetschefer har utnyttjat erbjudandet om praktisk hjälp under 2018. Under 2019 kommer samma utbildning och erbjudande om stöd att ges till enhetschefer inom OBO.

Synpunkter och klagomål

Syftet med synpunkts- och klagomålshantering är att samla in och ta tillvara synpunkter och klagomål för att förbättra och utveckla verksamheterna. Synpunkter och klagomål är viktiga informationskällor för att åtgärda brister för den enskilde samt för att identifiera områden som behöver förbättras. Möjligheten att lämna in synpunkter och klagomål har också ett brett demokratiskt syfte, att fånga in medborgarnas åsikter och förmedla dessa till politikerna.

Ett flertal av de synpunkter och klagomål som kommer in till förvaltningen hanteras fortfarande utanför synpunktsmodulen Lotus Notes vilket gör att statistiken inte blir tillförlitlig. Av de 41 registrerade synpunkterna under 2018 kan ändå konstateras att de flesta handlar om bemötande (8) och utförande av insats (8). Ny synpunkt som inte identifierats tidigare är avgift (1). Övriga handlar om tillgänglighet, information, utebliven insats, fysisk miljö och kompetens. I övrigt kan konstateras att förvaltningen blivit sämre i sin hantering av synpunkter och klagomål då så många som 14 klagomål inte är kategoriserade. Det innebär att den statistik som finns till stora delar inte kan analyseras.

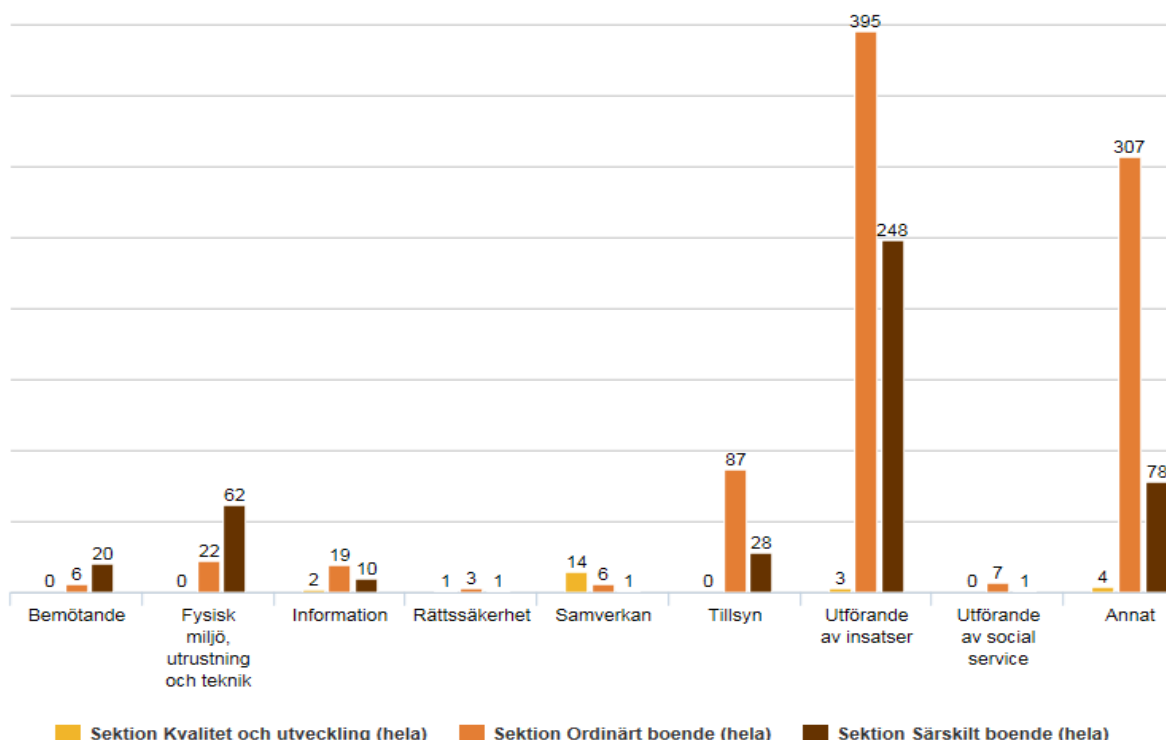
I Nationella brukarundersökningen framkommer det att 71 % av kunderna i ordinärt boende och 50 % av kunderna i vård- och omsorgsboende vet vart man vänder sig om man har synpunkter eller klagomål på vård och omsorg. Förvaltningen måste säkerställa att alla vet vart de ska vända sig då de vill lämna synpunkter eller klagomål.

2019-02-01 överflyttas hanteringen av synpunkter och klagomål till ett nytt mer lättillgängligt system, Flexite.

Avvikelser

Registrering och hantering av avvikelser sker i särskilt verksamhetssystem, Flexite. En avvikelse innebär i sammanhanget en ”fel och brist” utifrån kvalitet, det vill säga uppstår om en verksamhet inte når upp till god kvalitet utifrån lag och föreskrift och om processer och rutiner utifrån ledningssystem för kvalitet inte efterlevs.

Andel registrerade avvikelser per sektion



Kommentar, sektion ordinärt boende:

- Avvikelser inom områdena *Tillsyn och Utförande* av insatser handlar ofta om utebliven insats nattetid och där nattpatrullen kan behöva fördela om arbetet för att tillgodose de behov som under natten bedöms som mest primära. Det behöver inte innebära att kunder blir negativt påverkade och om det får konsekvenser för den enskilde ska en lex Sarah-rapport upprättas.

Att en tillsyn hos en person bedöms vara möjlig att prioritera lägre kan däremot visa på att biståndsbesluten inte alltid matchar det aktuella behovet. Många gånger kan ett mer omfattande beslut om bistånd tas inför till exempel hemgång från lasarett för att den enskilde ska känna sig trygg. Efter en tid i hemmet kan behovet av tillsynsbesök minska, men biståndsbeslutet följs inte upp och korrigeras på motsvarande sätt. För att säkerställa en mer flexibel och anpassad insats nattetid har under hösten insats för omvårdnad nattetid ändrats till motsvarande hantering som omvårdnad under dagtid. (I begreppet omvårdnad ingår tillsyn.) Insatsen innebär att nattpatrullen får tid per vecka att fördela utifrån den enskildes behov. Överenskommelsen dokumenteras i genomförandeplanen som biståndshandläggaren kan använda som ett verktyg för uppföljning.

- En stickprovskontroll av området *Utförande av insatser* visar att 40 av 100 avvikelser handlar om läkemedelshantering. Dessa avvikelser skulle därmed ha registrerats som *Läkemedelshantering*. Motsvarande kontroll av 100 avvikelser inom området *Annat* visar att

58 stycken handlar om utebliven insats (främst nattetid), 28 handlar om fall och 8 om läkemedel.

Kommentar, sektion särskilt boende:

- En stickprovskontroll av området *Utförande av insatser* visar att 57 stycken handlar om läkemedel och skulle därmed ha registrerats som *Läkemedelshantering*. Övriga handlar om utförande av insats eller utebliven insats.

Kommentar, sektion Bistånd, kvalitet och utveckling:

- Området *Samverkan* handlar främst om samverkan mellan kommun och landsting i samband med utskrivning från slutenvård. Majoriteten av avvikelserna är registrerade av förvaltningens biståndshandläggare och har sänts vidare till landstinget för vidare hantering.

17 avvikelser har bedömts som allvarliga och har gått till fördjupad utredning, varav tre stängts och hanterats som lex Sarah.

Lex Sarah

I 14 kap. socialtjänstlagen regleras socialtjänstens skyldighet att rapportera, utreda, avhjälpa och eventuellt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg när missförhållande/risk för missförhållande drabbat någon som får eller kan komma ifråga för insatser inom verksamheten. Rutin för denna hantering på omvårdnadsförvaltningen har tagits fram under året och förslag har lämnats till förvaltningens ledningsgrupp för beslut.

Under 2018 inleddes 8 nya utredningar och 5 tidigare inledda utredningar färdigställdes. Följande bedömningar och beslut har gjorts utifrån de utredningar som slutförts:

- 7 beslut om att missförhållande förelåg
- 4 beslut om att risk för missförhållande förelåg
- 1 beslut om att allvarligt missförhållande förelåg och därmed anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO
- 1 utredning är pågående

Beslutet från IVO utifrån anmälan innebar avslut av ärendet utan ytterligare åtgärder. Som skäl angav IVO att det inträffade inte föll inom ramen för anmälningsskyldigheten enligt lex Sarah.

Förvaltningens utredning kunde inte påvisa några brister i verksamheten på systemnivå utan det inträffade skedde utifrån enskild medarbetares eget agerande.

IVO har under senaste tiden i olika sammanhang tydliggjort förutsättningarna för när en händelse ska bedömas som ett missförhållande enligt 14 kap. socialtjänstlagen, att det då ska handla om brister i verksamheten på systemnivå och inte enbart på en enskild medarbetares val av agerande. Det innebär dock inte att rapporteringsskyldigheten påverkas, det är först efter utredning det kan konstateras om en enskild medarbetares agerande berott på brister på systemnivå, som exempelvis stress, bristande introduktion eller liknande, eller enbart på eget val av agerande. Denna gränsdragning kan många gånger vara svår att göra då en personals agerande gentemot en enskild kan uppfattas som mycket allvarligt och som ett självklart missförhållande. Om inte brister på systemnivå går att påvisa är det dock inget missförhållande i socialtjänstlagens mening, men däremot en allvarlig händelse och en personalrättslig process.

Det kan konstateras utifrån flertal utredningar att när missförhållande/risk för missförhållande uppstår är ofta vikarierande personal involverad. Flertal åtgärder som vidtagits/inletts under året berör därmed hantering av vikarier och nyanställda, som rekrytering, introduktion och fortsatt kompetensmässig påfyllnad.

Åtgärder som vidtagits/inletts:

- Förslag har lyfts gällande registerkontroll (ur belastningsregistret) motsvarande som vid anställning där barn berörs. Utredning om behov hos arbetsgivare kontra integritetsintrång för enskild pågår för närvarande på uppdrag av regeringen. Utredningen ska vara klar i januari 2019 och förvaltningen avvaktar ställningstagande till dess.
- Arbete med utveckling av introduktionsmaterial pågår i sektionerna för ordinärt boende och vård- och omsorgsboende.
- SAS har deltagit, och kommer delta vid behov, i förvaltningens arbetsgruppsmöten med Bemanningscenter för att delge vad som framkommer i lex Sarah-utredningar och föra dialog om hur vi tillsammans kan arbeta för att förhindra upprepning.
- Inom sektion vård- och omsorgsboende görs försök med en enhetschef per nätverk som får extra ansvar för vikarier.
- En diskussion har påbörjats kring metodhandledare på enheterna för praktisk vägledning i omsorgsarbetet. Önskemål om metodhandledare har även lyfts i samband med kvalitetsuppföljningar.
- När endast vikarier är i tjänst på ett vård- och omsorgsboende finns nu möjlighet att få hjälp med omplanering i planeringsverktyget TES av närliggande boende.

Andra utredningar under året har berört konflikter mellan medboende på vård- och omsorgsboende där bristande uppsikt varit orsaken. Arbete med rutin för bemanning efter behov på vård- och omsorgsboende har inletts. Rutinen innebär tydliggörande av hur förvaltningen ska efterleva SKL:s rekommendation om bemanning på vård- och omsorgsboende som nämnden tidigare antagit.

Som ytterligare åtgärder kan nämnas utbildningsinsatser i arbetssättet Individens behov i centrum samt i demens av kommunens doktorand.

Hantering av vikarier/nyanställda och bemanning på vård- och omsorgsboende är stora och viktiga frågor i kvalitetshänseende och resultatet av det inledda arbetet kommer presenteras i 2019 års kvalitetsberättelse.

Kartläggningar och utredningar

Kompetensstege för undersköterskor

Förslag till Kompetensstege för undersköterskor är utarbetad och klar att testa i liten skala. Den är tänkt att utgöra ett verktyg för att på ett strukturerat sätt att ge undersköterskor möjlighet till utveckling i sin yrkesroll som ett led att attrahera och behålla kompetenta medarbetare. De grundläggande principerna för att förflytta sig mellan stegen är kompetens och arbetsuppgifter. Med kompetens menas förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter.

Utbildningsinsatser

De utbildningar som finns tillgängliga internt finns publicerade i omvårdnadsförvaltningens utbildningskatalog. I katalogen framgår vilka utbildningar som obligatoriska och vilka som sker på behovsbasis. Utöver det träffas alla ombudsfunktioner i sina nätverk och får där kunskapspåfyllning och information att förmedla vidare på arbetsplatsträff.

Utöver de utbildningarna har följande utbildningsinsatser genomförts:

Medarbetarintroduktion

Förvaltningens medarbetarintroduktion genomfördes vid två tillfällen under året. Varje introduktionstillfälle kan ta emot 30 deltagare och i år deltog totalt 53 medarbetare. Det är ett högre deltagarantal än tidigare år. Utvärdering inhämtas av deltagarna vid varje tillfälle och dagordningen justeras efter behov och med hänsyn till deltagarnas synpunkter.

Individens behov i centrum, IBIC

Under 2017 inleddes arbetet med utbildning i arbetssättet IBIC och biståndshandläggare och de flesta hemtjänstgrupper i kommunal regi fick då utbildning. Utbildningsinsatserna fortsatte under 2018 med resterande hemtjänstgrupper i kommunal regi, hemtjänstgrupper i privat regi samt vård- och omsorgsboenden. All omvårdnadspersonal har fått en halv dags utbildning av processledare. Biståndshandläggare har av processledare fått teoretisk utbildning i arbetssättet, utbildning i verksamhetssystem samt genomfört webb-utbildning och arbetat med övningsuppgifter. Under 2019 kommer utbildningstillfällen erbjudas till nyanställd personal och personal som var frånvarande under tidigare ordinarie tillfälle.

Jämställdhet

Falu kommun deltar i projektet Jämställt - hela tiden, ett projekt som drivs av Länsstyrelsen i Dalarnas län i samarbete med Hedemora Näringsliv och Stiftelsen Minerva. Projektet finansieras av Europeiska Socialfonden och pågår mellan februari 2016 – december 2018.

Projektet syftar till att öka jämställdheten, minska den könsuppdelade arbetsmarknaden och öka kvinnors möjligheter att arbeta heltid. Det är cheferna och politikerna som ska driva det jämställdhetspolitiska arbetet i kommunen och tillsammans med medarbetarna utveckla arbetet över tid. Alla chefer på omvårdnadsförvaltningen har erbjudits denna första jämställdhetsutbildning.

Under året har en webb-utbildning Ett Dalarna för alla presenterats och genomförts av flera enheter.

Kompetensutvecklingen fortsätter sedan med grundutbildning till alla medarbetare som följs av arbetsplatsförlagd utbildning i studiecirkelform som genomförs enhetsvis med ansvarig chef som ledare.

Stjärnmärkta dagverksamheter

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell från Svenskt demenscentrum. Den vänder sig främst till hemtjänstenheter och särskilda boenden men även till biståndshandläggare. Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats, något som har högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. När minst 80 % av personalen genomfört de fyra utbildningsstegen och arbetsplatsen arbetar utifrån utbildningsmodellens intentioner tilldelas den diplommet Stjärnmärkt. Stjärnmärkningen omprövas varje år.

Omvårdnadsförvaltningen har två stjärninstruktörer som har utbildat förvaltningens dagverksamheter: Korsnäsgården, Knoppen, Slussen och Grycksbo. De första dagverksamheterna i Sverige.

Stimulansmedel för kompetensutveckling

Förvaltningen hade under 2016 tillgång till särskilt avsatta medel för kompetensutveckling. Utbildning som då prioriterades var Silviautbildning samt utbildning i samtalsmetodik. Silviautbildningen avslutades i juni 2018 och förvaltningen har nu 2 undersköterskor som är examinerade Silviasystrar.

Övriga utbildningssatsningar som genomförts beskrivs i respektive sektionens verksamhetsberättelse.

Under 2019 kommer omvårdnadsförvaltningens utbildningskatalog att bli digital och endast presenteras på Insidan. Utbildningen Kost för äldre ska ses över för att även den eventuellt ska bli digital, helt eller delvis.

Nationella register och undersökningar

Det finns många slutsatser att dra av all data som samlas in och många olika sätt att hämta fakta ur olika undersökningar. Det viktigaste arbetet för att kunna använda resultatet i verksamhetsutveckling är att tillsammans diskutera och analysera de olika områdena som frågorna berör. Det kan t.ex. göras med omvårdnadsförvaltningens värdegrund, de lokala värdighetsgarantierna eller den enskilda frågan som utgångspunkt.

Mål och mått som prioriterats i omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och kvalitetsplan för kommande år presenteras i Bilaga 1 och 2. Det fortsatta kvalitetsarbetet fokuserar på vilka aktiviteter som behövs för att förbättra måluppfyllelsen av valda mål och mått.

- *Nationella brukarundersökningen (Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?)*
Alla över 65 år med hemtjänst eller som bor på ett äldreboende tillfrågas om vad de tycker om sin vård och omsorg. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Undersökningarnas resultat ska ge beslutsfattare och verksamhetsansvariga underlag för utvecklingsarbete.
- *Kommun- och enhetsundersökningen*
Kommun- och enhetsundersökningen är en nationell datakälla för rikstäckande uppgifter på kommun- och enhetsnivå. Uppgiftslämnare och kontaktpersoner för verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden har svarat på frågor om verksamheternas innehåll.
- *Nationella kvalitetsregister*
Verksamheterna registrerar olika uppgifter i nationella kvalitetsregister. *Svenska palliativregistret* som beskriver vård i livets slut. *BPSD-registret* som beskriver vård och omsorg för personer med Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. *Senior alert* som beskriver det förebyggande arbetet inom områdena undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen.
- *Kvalitetsindikatorer/RKA*
RKA (Rådet för kommunala analyser) samlar in uppgifter om olika kvalitetsindikatorer i äldreomsorgen. Presenteras i öppna jämförelser, KKIK, Äldreguiden m.fl. ställen. RKA är en ideell förening som bildats i samarbete mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Uppdraget är att underlätta uppföljning och analys av olika verksamheter i kommuner och landsting genom att tillhandahålla statistik i en öppen databas - Kolada.
- *Öppna jämförelser*
I Öppna jämförelser jämförs information om kvalitet, resultat och kostnader inom olika verksamhetsområden som kommuner och regioner ansvarar för. Syftet med Öppna jämförelser är att stimulera regioner och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

Nyckeltalsjämförelser ur ett Falu perspektiv

Denna rapport gör på ett enkelt sätt nationella jämförelser tillgängliga med kommunens egna kommentarer. De utvalda nyckeltalen ger en övergripande bild av Falun i jämförelse med andra kommuner och används som en del i planeringsarbetet och för ledning och styrning.

Se rapport:

<https://www.falun.se/download/18.544c53a0165fb4ebe2d7a8c6/1538637461014/Nyckeltalsrapporten%202018%20upplaga%20tv%C3%A5.pdf>

Bilaga 1

Mål och mått från Verksamhetsplan 2018-2020 avseende Trygghet och välfärd

Huvudprocess: Tillgodose behovet av trygghet och välfärd för vuxna

Indikator	2017	2018
Kundens upplevelse av att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete i vård- och omsorgsboende.	77 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.	74 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.
Kundens upplevelse av att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete i ordinärt boende.	92 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.	89 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.
Kundens möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag i vård- och omsorgsboende.	82 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.	84 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.
Kundens möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag i ordinärt boende.	94 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.	92 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.
Personalkontinuitet: Antal personal som kund i ordinärt boende möter under 14 dagar.	18 stycken	17 stycken

Verksamhetsmål: Kundens rätt till trygghet och hälsa

Indikator	2017	2018
Kundens upplevda nöjdhet med sitt vård- och omsorgsboende.	82 % uppger att de är ganska eller mycket nöjda med sitt vård- och omsorgsboende.	83 % uppger att de är ganska eller mycket nöjda med sitt vård- och omsorgsboende.
Kundens upplevda nöjdhet med sin hemtjänst.	94 % uppger att de är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst.	94 % uppger att de är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst.
Antal fallskador/1000 invånare i åldern 80+ som inneburit behov av slutenvård	62	Uppgift saknas.

Verksamhetsmål: Kundens egenupplevda hälsa

Indikator	2017	2018
Kundens upplevda allmänna hälsotillstånd som mycket eller ganska gott i vård- och omsorgsboende.	27 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.	28 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.
Kundens upplevda allmänna hälsotillstånd som mycket eller ganska gott i ordinärt boende.	35 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.	36 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.
Kundens goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus i vård- och omsorgsboende.	61 % uppger goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus.	62 % uppger goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus.

Verksamhetsmål: Äldre personer i Falun har tillgång till öppna och förebyggande verksamheter

Indikator	2017	2018
Antal besök på Träffpunkterna	17 247 stycken ³	17 432 stycken
Antal timmar som anhöriga får avlösning	2399 stycken	2487,45 timmar
Antal utförda uppdrag av Kommunfixar'n	974 stycken	972 stycken.

Resultatmål: I Falun bedrivs ett aktivt socialt och brottsförebyggande arbete

Verksamhetsmål: Följa handlingsplan för omvårdnadsnämndens arbete för att motverka våld i nära relationer

Indikator	2017	2018
Antal registrerade ärenden med inslag av våld	12 stycken nya ärenden, varav: 9 stycken gällande våld i nära relation och 3 stycken gällande våld inom verksamhet (mellan medboende)	8 stycken nya registrerade ärenden gällande våld i nära relation samt 3 stycken ärenden gällande våld inom verksamhet (mellan medboende/av personal) som utretts enligt lex Sarah

³ Fritidsledaren på Träffpunkt Svärdsjö/Hosjö sjukskriven i 3 månader med begränsad verksamhet. Smedjan under renovering med begränsad verksamhet.

Bilaga 2

Mål och mått från Kvalitetsplan 2016-2030

Trygghet för den äldre och anhöriga

Indikator	2017	2018
Andel personer som fick personligt besök genom uppsökande verksamhet.	Utskick genomfört i november till personer 75 + som inte har hjälp från omvårdnads-förvaltningen. Uppgift om hur många besök som gjorts finns ej. Utskicken kompletterades med informationsmöten i Svärdsjö, Bjursås och centrala Falun.	Utskick genomfört i november till personer 75 + som inte har hjälp från omvårdnads-förvaltningen. Uppgift om hur många besök som gjorts finns ej. Utskicken kompletterades med informationsmöten i Svärdsjö, Grycksbo och centrala Falun. På grund av hög efterfrågan anordnas ytterligare tre möten i centrala Falun under januari 2019.
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt hemtjänstpersonal/personalen på ditt äldreboende vid behov?	92 % / 88 % anser att det är lätt eller mycket lätt.	88 % / 86 % anser att det är lätt eller mycket lätt.
Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten/på ditt äldreboende?	90 % / 89 % uppger att de kände sig mycket trygga/ganska trygga där de bor.	89 % / 90 % uppger att de kände sig mycket trygga/ganska trygga där de bor.
Har du besvär av ängslan, oro eller ångest? (ordinärt boende/äldreboende)	4 % / 10 % uppger att de har svåra besvär med ängslan, oro eller ångest.	5 % / 10 % uppger att de har svåra besvär med ängslan, oro eller ångest.
Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig/på ditt äldreboende?	94 % / 88 % har förtroende för all eller flertalet av personalen.	94 % / 88 % har förtroende för all eller flertalet av personalen.
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? (ordinärt boende/äldreboende)	94 % / 82 % uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.	92 % / 84% uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.
Antal beviljade ärenden med aktuell genomförandeplan där brukaren är delaktig i att utforma denna. (ordinärt boende/äldreboende)	73 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.	98 % / 97 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.
Antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar.	18 stycken	17 stycken

Respektfullt bemötande

Indikator	2017	2018
<p>Brakar personalen bemöta dig på ett bra sätt? (ordinärt boende/äldreboende)</p>	<p>83 % / 66 % uppger att de var mycket nöjda med personalens bemötande.</p>	<p>79 % / 65 % uppger att de var mycket nöjda med personalens bemötande</p>
<p>Ingen i våra verksamheter ska kränkas på grund av etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning eller funktionshinder. (ordinärt boende/äldreboende)</p>	<p>- % / 71 % uppger att de inte kränkts av någon personal under året</p>	<p>- % / - % uppger att de inte kränkts av någon personal under året</p>
<p>Har du under det senaste året upplevt något av följande i dina kontakter med personalen? Att personalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ inte visat respekt för din integritet genom att de t.ex. inte knackat på dörren innan de kliver in i ditt rum/lägenhet ○ kommenterat dig, dina saker eller ditt rum/lägenhet negativt ○ behandlat dig respektlöst genom ordval, tilltal eller gester ○ talat förminskande till dig t.ex. som om du vore ett barn ○ nonchalerat dina önskemål samband med den hjälp du får ○ ignorerat dina önskemål i samband med måltidssituationen ○ inte visat respekt vid t.ex. toalettbesök, dusch eller påklädning ○ varit hårdhänt i samband med t.ex. toalettbesök, dusch eller påklädning ○ visat avsmak i samband med omvårdnad ○ på annat sätt agerat olämpligt ○ Nej, jag har under det senaste året inte upplevt någon av ovanstående 		

Delaktighet i beslut

Indikator	2017	2018
<p>Fick du välja utförare av hemtjänst?</p>	<p>71 % uppger att de fått välja utförare.</p>	<p>73 % uppger att de fått välja utförare.</p>
<p>Brakar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? (Ordinärt boende/Vård- och omsorgsboende)</p>	<p>94 % / 82 % uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.</p>	<p>92 % / 84 % uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.</p>

Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?	77 % uppger att beslut är anpassat efter behov.	76 % uppger att beslut är anpassat efter behov.
Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer? (Ordinärt boende Vård- och omsorgsboende)	68 % / 67 % uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider personalen kommer.	70 % / 60 % uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider personalen kommer.
Antal beviljade ärenden med aktuell genomförandeplan där brukaren varit delaktig i att utforma denna. (Ordinärt boende /Vård- och omsorgsboende)	73 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.	98 % / 97 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.
Andel personer som fick minst ett av sina beslut uppföljt under 2017 respektive 2018	2110	1372 (registrerade) uppföljda beslut och 11 uppföljningar i ärenden med våld i nära relation
Andel kunder som känner till vart man ska vända sig när man har synpunkter på vård och omsorg. (Ordinärt boende/Vård- och omsorgsboende)	69 % / 53 % uppger att de vet vart man vänder sig med synpunkter.	71 % / 50 % uppger att de vet vart man vänder sig med synpunkter.

God och näringsriktig mat (äldreboende)

Indikator	2017	2018
Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?	65 % uppger att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena	68 % uppger att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	77 % uppger att personalen på boendet alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet	74 % uppger att personalen på boendet alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet
Upplever du att måltiderna är en trevlig stund på dagen?	68 % uppger att måltiderna som serveras på det särskilda boendet alltid eller oftast är en trevlig stund på dagen.	73 % uppger att måltiderna som serveras på det särskilda boendet alltid eller oftast är en trevlig stund på dagen.
Hur brukar maten smaka?	77 % uppger att maten som serveras på det särskilda boendet smakar mycket eller ganska bra	77 % uppger att maten som serveras på det särskilda boendet smakar mycket eller ganska bra
Dygnsfastemätning medel och median	Medelvärde nattfasta = 12,2 h Median = 12,8 h	Medelvärde och Median – resultat inte färdigställt för 2018.
Åtgärder som är genomförda för de som har risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel i procent.	62 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.	59 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.

Bättre, förebyggande och rehabiliterande åtgärder

Indikator	2017	2018
Antalet fall ska minska i en fallande skala X - X - X utifrån 2016 års resultat i Flexite. Alla fall med skada eller återkommande fall utan skada ska ha en vårdplan för hur arbetet bedrivs. Antalet uppkomna händelser, i exemplet fall.	Följs upp separat inom ramen för arbetet med fallprevention.	Måttet avslutat då det är för svårbedömt.
Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?	61 % uppger att det är mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus.	62 % uppger att det är mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus.
Antal platser i Vård- och omsorgsboende där den äldre erbjuds daglig utevistelse.	100 % av boendeplatserna i särskilt boende inom äldreomsorg som erbjuder daglig utevistelse.	32 % av boendeplatserna i särskilt boende inom äldreomsorg som erbjuder daglig utevistelse.
Åtgärder som är genomförda för de som har risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel i procent.	62 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.	59 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.
Antal fallskador/1000 invånare i åldern 80+ som inneburit behov av slutenvård	62	Resultat ej presenterat ännu.
Läkemedel som bör undvikas bland äldre (75+), andel (%).	Måttet avslutat 2014.	Måttet avslutat 2014.

Tryggad personalförsörjning

Indikator	2017	2018
Medarbetarindex (MI) lägst som kommunens medelvärde. (Medarbetaren upplever meningsfullhet, delaktighet och glädje i arbetet.)	Omvårdnadsförvaltningen har ett MI på 59 i kommunens medarbetarundersökning.	Ingen övergripande medarbetarundersökning har genomförts.
Minskad sjukfrånvaro högst 7,0 %		
Öka andelen medarbetare med undersköterskeutbildning till 75%	December 71 %	November 75, 4 %

Flexibla former för beslut om äldreomsorg

Indikator	2017	2018
Vägledande riktlinjer för biståndsbedömning	Uppföljning redovisas för nämnden i februari 2018	Riktlinjer uppföljda, uppdaterade utifrån IBIC och antagna av nämnden.
Rutin för handlägningsprocess	---	Finns
Ärendehandledning för biståndshandläggare varje vecka	Genomförs	Genomförs
Arbete med att stärka professionen biståndshandläggare, bland annat genom att ändra ordning av uppdelning, från geografiska distrikt till fördelning efter datum.	Genomfört	Genomförd förändring kvarstår.