

Kvalitetsberättelse för omvårdnadsförvaltningen, Falu kommun 2017

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 Skog
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 tjänsteproducerande 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

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 ansvarar för att utveckla och anpassa systemet efter verksamhetens behov. Förvaltningsledningen värderar om ledningssystemet är tillräckligt och effektivt.

Kvalitet- och utvecklingsenheten ska säkerställa att god kvalitet upprätthålls inom omvårdnadsnämndens verksamhetsområden samt säkerställa att ett långsiktigt hållbart och koordinerat utvecklingsarbete. 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.

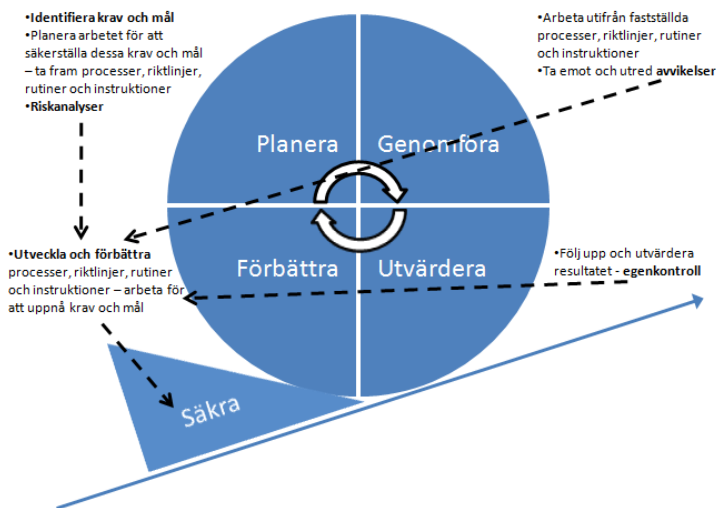
Verksamhetschef HSL, tillika omvårdnadschef, ansvarar för att tillhandahålla tjänster uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden, lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

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 uppnåtts under 2017 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 nu börjar ta 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.

Arbetet med ledningssystemet

Ledningssystem för kvalitet, tidigare benämnd Verksamhetshandboken, 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 ansvarar för 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 9 gånger under 2017 och genomfört följande aktiviteter:

- gått igenom rutiner och instruktioner
- referensgrupp vid processkartläggning
- upphov till samlingssida för broschyrer och foldrar
- informationsturné om ledningssystemet
- kompetensutvecklats genom klarspråksutbildning

Ledningssystemet har kompletterats med sidor för Barn som far illa och Psykisk ohälsa.

En arbetsgrupp för arbetet med ledningssystemet ur ett myndighetsperspektiv har skapats under året. Arbetsgruppen består av SAS, MAR, MAS, sektionschef Bistånd, kvalitet och utveckling, enhetschef Kvalitet och utveckling samt två verksamhetsutvecklare. En Gap-analys är inledd och kontakt med den kommunövergripande projektgruppen är tagen för fortsatt samarbete.

Under 2018 ska Kvalitetspolicy med ledningssystem för kvalitet uppdateras.

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 är 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 är följande metoder och arbetssätt aktuella:

- Arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC)
- Personcentrerad vård
- Rehabilitering i hemmet
- Rehabiliterande förhållningssätt och vardagsrehabilitering

Några aktiviteter under 2017:

- Inspirationsföreläsning - *Tankar om team* med Lisa Andersson
- Enkät till alla enheter. Enkäten behandlar frågor gällande kundernas delaktighet, egna resurser och möjligheter samt meningsfullhet i vardagen. Enkäten frågar också efter om det finns fungerande ledningsgrupp och teamträff på enheten.
- Vid tre tillfällen, i Svärdsjö, centrala Falun och Bjursås, har omvårdnadsförvaltningen bjudit in till informationsträffar riktade till personer över 75 år. 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.

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 månad samt följdes upp genom egenkontroll i oktober.

I vårens medarbetarundersökning ställdes påståendet: Jag vet att det finns kvalitetskriterier som anger hur vård och omsorg ska utföras inom omvårdnadsförvaltningen. Resultatet var att 88 % har vetskap om det.

I november 2017 genomfördes en egenkontroll för att kontrollera efterlevnaden av omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier. Enkäten gick ut till nämndens alla utförare inom vård- och omsorgsboende samt hemtjänst, hemtjänstservice och ledsagning. Enkäten innehöll alla kvalitetskriterier i form av påståenden som utförarna fick besvara med Helt uppfyllt, Delvis uppfyllt samt Inte uppfyllt.

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 97,82 %. Ordinärt boende, inklusive externa utförare, uppfyller kvalitetskriterierna till 96,46 %. Alla utförare har skrivit handlingsplaner för de områden där de inte helt uppfyller kraven. Resultatet redovisas närmare under OMV0066/17

Kvalitetsarbete – aktiviteter och åtgärder

Här redovisas några av de aktiviteter och åtgärder som genomförts under 2017. 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. I år innehöll dagen information från demokrativägledare Jenny Antonsson och från projekt breddad rekrytering – Karin Rosenberg och Andreas Pernhall. Eftermiddagen ägnades åt Mål, resultatstyrning och nyckeltal där Maria Price från RKA3 stod för innehållet.

Supercross

Ledningsgrupp, kvalitet- och utvecklingsenhet samt gemensam analysgrupp omvårdnad- och socialförvaltning tog del av Ulf Henrikssons genomgång av Supercross. Supercross är ett av Statistiska centralbyråns verktyg för att presentera data. Ulf och Christer Johansson på Miljö och samhällsbyggnadskontoret är de som har tillgång till denna databas och vi kan beställa uppgifter via dem.

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. Under året har en arbetsgrupp arbetat med planering, information och utbildning för byte från LCP till NVP. 2018-02-01 sker övergången till det utvecklade arbetssättet.

³ Rådet för främjande av kommunala analyser.

Utbildning och test av Freda

FREDA-beskrivning är främst tänkt som ett underlag för samtal om det våld som förekommit och bedömningen av behov av hjälp och skydd. Det kan användas både för att beskriva det våld som förekommit innan den utsatte fått insatser och för att undersöka våldssituationen efter insats. Omvårdnadsförvaltningen har beslutat att införa detta bedömningsinstrument och har påbörjat planering och implementering av Freda - kortfrågor till utvalda enheter.

Implementeringsprojekt Högskolan Dalarna

Under benämningen ”Äldre personer och personal som medskapare i utveckling av vård och omsorg: implementering och effekter av personcentrerat arbetssätt i primärkommunal verksamhet” ansöker högskolan Dalarna om medel för att tillsammans med omvårdnadsförvaltningen och Borlänge kommun utveckla personcentrerad vård och omsorg.

Det planerade projektet syftar till att utveckla och validera strategier för implementering av ett personcentrerat förhållningssätt inom kommunal äldreomsorg samt att studera effekterna av en personcentrerad ansats. Ansökan anger också som specifikt syfte att skala upp och utvärdera implementeringsstrategiernas förändringsmekanismer och utfall.

Demokratiarbete

Förvaltningens alla chefer har fått information om hur demokratiarbetet bedrivs inom Falu kommun. Därefter har diskussioner påbörjats om hur medborgardialoger skulle kunna genomföras. Informationsmöten med möjlighet till medborgardialog har till exempel genomförts i korttidsplatsutredningen.

Mest sjuka äldre – samgranskning Dalarna

KPMG har i Falu kommun granskat den kommunala vård- och omsorgen samt landstingets hälso- och sjukvård i relation till gruppen mest sjuka äldre. Syftet med granskningen har varit att undersöka om planeringen av vården inom kommunen och landstinget sker utifrån relevanta förutsättningar och senaste kunskaper på området. Revisionen kom sammanfattningsvis fram till att Omvårdnadsförvaltningen kan utveckla sina angreppssätt och att förutsättningarna kan stärkas för att skapa en sammanhållen vård och omsorg för målgruppen. Implementering av arbetssättet IBIC ser revisionen som ett viktigt steg för att säkra kvaliteten i arbetet med biståndsbedömningar och beslut. Införandet behöver säkerställa att individuella behovsbedömningar resulterar i konkreta individuella mål att uppnå för de äldre som har biståndsbeslut. Idag finns till stor del inte sådana mål i besluten vilket är en brist som får följdverkningar i styrningen och uppföljningen av de mest sjuka äldre.

Tillsättning av verksamhetsutvecklare med inriktning fallprevention

I juli anställdes en ny verksamhetsutvecklare med särskilt ansvar för fallprevention. Uppdraget innebär att ansvara för arbetet med Falu kommuns delprogram Fallprevention som är en bilaga till Falu kommuns övergripande arbete med trygghet och säkerhet.

Inom ramen för uppdraget har bland annat givits tre föreläsningar om fallprevention till medborgare i Svärdsjö, Bjursås och centrum. Detta har skett på informationsmöten tillsammans med SAS, anhörigkurator och sektionschef BKU.

Kontakter är tagna med SBU Upplysningstjänst som kommer att göra en litteraturgenomgång av evidensläget kring utbildningar till omvårdnadspersonal som åtgärd för att minska fall samt evidensläget för hemtagningsteam som åtgärd för att minska fall. En fallpreventionsutbildning i dataspelsform har utarbetats och testats. För att möjliggöra ett arbete kring teambaserade fallförebyggande hembesök är en ansökan om finansiering insänd till Folkhälsorådet.

Kartläggning av processer

Inom ramen för det kommunövergripande processprojektet har processer kartlagts enligt uppdrag. Exempel på detta är:

- Kontaktcenterprocesser (fortsatt arbete från 2017)
- Stödteamet för demens
- Utredning- och bedömningsprocesser för dietist, rehab och bistånd
- ”Processen för förebyggande arbetssätt” utifrån intervjuer på Källegården och Kårebacken
- Hantering av Avvikelser i Flexite.
- Genomförande av hälso- och sjukvård samt kommunikation inom LSS-området i samarbete med socialförvaltningen. Uppdraget handlade om att beskriva och förtydliga ansvar, mandat och roller.

Under året har det 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. Roller för ansvariga i processerna har identifierats och beskrivits.

Kontaktcenter

Omvårdnadsförvaltningen gick in i Kontaktcenters verksamhet 1 juni 2017. Alla inkommande externa processer från icke etablerade kunder var då kartlagda och svarsgrupper formerade. Hälso- och sjukvården står utanför Kontaktcenter och Bistånds enhetens inkommande samtal styrs via ett särskilt svarssystem med automatisk kö. Införandet har gått bra även om roller i svarsgrupperna samt stödtexter för kontaktcenters medarbetare har behövts justeras vid några tillfällen.

Flexite avvikelshantering

Flexite är ett system för automatisering av processer, vilket gör att alla avvikelser hanteras enligt en given process. Under 2017 har arbetet kommit igång igen efter det stillestånd som varit under systemförvaltarens frånvaro. Identifierade brister och kvarstående delar från införandet har åtgärdats eller påbörjats. Förvaltningen arbetar ständigt med att utveckla hanteringen av avvikelser. Ett arbete som måste fortsätta under överskådlig tid.

Förberedelserna för att införliva processen för hantering av synpunkter och klagomål i Flexite är klara. En arbetsgrupp med representanter från omvårdnadsförvaltningen, socialförvaltningen och Kontaktcenter arbetar tillsammans med systemförvaltaren för att förverkliga den praktiska processen för att få igång detta till sommaren 2018.

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD

Implementering av BPSD-registret har fortsatt på omvårdnadsförvaltningens vård- och omsorgsboenden och dagverksamheter under 2017. Att arbeta aktivt med BPSD registret leder till att vi implementerar riktlinjerna för demens vilket i sin tur leder till en personcentrerad vård och omsorg, utvärdering av omvårdnadsåtgärder, teamarbete, kvalitetssäkring samt verksamhetsutveckling.

Individens behov i centrum (IBIC)

Omvårdnadsförvaltningen har beslutat införa arbetssättet Individens behov i centrum. Under 2017 har utbildning och implementering inletts. Biståndshandläggarna och i stort sett alla hemtjänstgrupper har fått utbildning. Utbildning för kvarstående hemtjänstgrupper kommer ske i januari/februari 2018. Därefter följer utbildning för vård- och omsorgsboende. Ytterligare tre processledare har utbildats under 2017 och ingår nu i arbetsgruppen som leds av sektionschef Jonas Hampus. I arbetsgruppen ingår även en enhetschef som var en av omvårdnadsförvaltningens representanter vid tidigare studieresa till Odense i Danmark. I Odense arbetar man enligt samma principer som arbetssättet IBIC.

Mobilt arbetssätt

Arbetet med att ha ett mobilt arbetssätt har fortsatt under 2017. En del är mobil dokumentation som nu införts 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 i mobilen för att kunna ge vård och omsorg av god kvalitet.

Trygg hemgång

Trygg hemgång är ett förbättringsarbete i samverkan med Kardiologen Falun, Specialiserade palliativa vårdavdelningen Falun, Primärvården Falun och Falu kommun. Arbetsättet tillämpas på hjärtsviktpatienter utifrån vissa kriterier och målet är att ge den enskilde en trygg hemgång och minska återinläggningar inom de första 30 dagarna efter hemgång. Trygg hemgång innebär att den enskilde blir inskriven i Falu hemsjukvård. Uppföljning sker i form av att Kardiologen ringer upp den enskilde efter 72 timmar. Hemsjukvårdens sköterskor har möjlighet att kontakta Hjärtbakjouren för konsultation. Gemensam dokumentation sker i Hjärtsviktsmapp.

Säker utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Från och med 1 januari 2018 ersätts lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Den nya lagen ska främja en god vård och en socialtjänst med god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutet vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. I länet har en arbetsgrupp bestående av representanter för länets kommuner, landstinget och Region Dalarna med länsnätverket för förvaltningschefer som styrgrupp arbetat med förberedelser för den nya lagen. Föreläsningar och work shops har genomförts och en överenskommelse har upprättats mellan kommunerna och landstinget. Riktlinjer för samverkan är vid årets slut inte helt färdiga.

GDPR

Allmänna dataskyddsförordningen, GDPR, efter engelskans General Data Protection Regulation, är en europeisk 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. Falu kommun har startat arbetet för att säkra personuppgiftsbehandling genom att KPMG genomfört en kartläggning var varje förvaltning står. En översikt har överlämnats och utifrån den arbetar nu varje förvaltning vidare för att leva upp till de krav som ställs.

Projekt Ny digitalplattform

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. Varje förvaltning har tillsatt en utvecklingsgrupp som arbetar tillsammans med den kommunövergripande projektledaren. Under året byttes e-posten ut till Outlook och Skype for business infördes.

Välfärdsteknik

Införandet av välfärdsteknik har fortsatt under året. Omvårdnadsförvaltningens IT-enhet har arbetat med att byta ut och införa de nya kamerorna för fjärrtillsyn till den utrustning som den leverantör som vann Hjälpmedelsnämndens upphandling tillhandahåller. Utbytet har skett i ett samarbete med LD hjälpmedel och trygghetscentralen. Det är ca 40 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. Tillsynsbesöken sker dygnet runt.

Falun är en av de kommuner som ligger långt fram i användandet av välfärdsteknik och fick därför besök från socialstyrelsen under året. Socialstyrelsen intervjuade både brukare, anhöriga, omvårdnadschef och medarbetare. De kommer sammanställa resultatet under 2018 och även göra en e-hälsoekonomisk beräkning utifrån de uppgifter de hämtade in.

Av samma anledning valde Myndigheten för delaktighet att lägga en regional konferens kring välfärdsteknik i Falun. Där Falun fick ett eget pass för att berätta om projektet Smart liv och kring den välfärdsteknik som omvårdnadsnämnden infört.

En pilot för att testa Mobilt trygghetslarm, med 5 stycken så kallade GPS-klockor har förberetts under 2017. 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 kommer att utvärderas under 2018. Omvårdnadsförvaltningen deltar på mässan för välfärdsteknik och gör även annan omvärldsspaning för att Falun fortsatt ska ligga långt framme i arbetet med välfärdsteknik.

Knoppenmodellen – ny arbetsmodell i hemtjänst

Hemtjänstgruppen Lustigknopp införde under slutet av 2016 en ny arbetsmodell där fokus ligger på mindre arbetsgrupper och en delaktighet för personal att själva styra sin planering. Gruppen jobbar fortsatt med mindre arbetsgrupper och för ökad kontinuitet hos kund. Upplevelsen hos medarbetarna är att kommunikationen sinsemellan har förbättrats, det har lett till ett ökat lugn och en känsla av kontroll. Möjligheten att påbörja och avsluta uppdrag som är sammankopplade till kontaktmannaskapet har förenklats i och med en tydlig uppdelning och ansvarsfördelning för specifika kunder. Färre kunder att ansvara för leder till ett ökat förtroende i båda riktningarna: medarbetare – kund.

Resultatet från årets kundundersökning påvisar ett mycket gott resultat:

- Personalen utför sina arbetsuppgifter bra = 100% positiva svar
- Får bra bemötande från personalen = 100% positiva svar
- Känner förtroende för personalen = 97% positiva svar

Sjuktalet sjunkit jämfört med 2016:

- Total sjukfrånvaro okt 2016: 13,1%
- Total sjukfrånvaro okt 2017: 7,6%

"Äldres syn på hemtjänstens kärnvärden"

Under 2017 har förvaltningens doktorand slutfört datainsamlingen för studie 1 som innefattar intervjustudier med en grupp äldre personer med hemtjänst som inte har någon demenssjukdom och en grupp med äldre personer med hemtjänst som har en demensdiagnos. Sammanfattning av studie 1 är att manus 1 är färdigt och inskickat till vetenskaplig tidskrift, och manus 2 är under bearbetning. Inför studie 2 som är en registerstudie, har doktoranden under 2017 skrivit en etikansökan som beviljats av etiska nämnden i Uppsala i april 2017. Efter erhållet etiktillståndet har doktoranden skrivit projektplanen för studie 2 och ansökan om registerutdrag från Socialstyrelsen som är registerhållare för de register som ingår i studie 2. Doktoranden förväntar få beslut om registerutdragen i december 2017.

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.

Lyckosamma förhandlingar med högskolan har lett fram till att kommundoktoranden kan använda de 20 % som, inom ramen för doktorandens anställning, är vikta för utbildning på förvaltningen. Under 2017 har doktoranden hållit demensutbildning på 17 avdelningar, för alla sjuksköterskor i hemsjukvården samt mobila teamet. Sammanlagt har under 2018 ca 350 vårdpersonal, sjuksköterskor och enhetschefer erhållit demensutbildning. Utbildningen för personal fortsätter under 2018.

Smart liv – digitalisering

Smart Liv är ett samarbetsprojekt mellan Falun och Borlänge och som ska pågå under 18 månader. Medel för projektet kommer även från Region Dalarna. Omvårdnadsförvaltningen deltar i projektet. En central projektledare leder Faluns arbete i projektet. Ett första möte för att ta fram förslag och idéer genomfördes tillsammans med Borlänge i december 2017. Arbetet fortsätter under 2018.

Samverkan

Samverkan för kvalitetssäkring och utveckling sker inom flera olika områden och 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:

- Utförrarforum - Vid tre tillfällen under 2017 genomfördes utförrarforum. Där träffas omvårdnadsförvaltningen, entreprenörer för vård- och omsorg samt LOV-utförare för att dela information och erfarenheter.
- Nätverk via Region Dalarna för arbetssättet Individens behov i centrum. Arbetsgruppen har även träffat Gävleborgs nätverk för erfarenhetsutbyte.
- 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.

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 sektionschef Bistånd, Kvalitet och Utveckling (BKU). Under 2017 har kvalitetsuppföljning genomförts på Källegårdens vård- och omsorgsboende och hemtjänsten i Svärdsjö. En uppföljning redovisades i december 2017 och nästa redovisas i februari 2018. Goda exempel ingår i redovisningen tillsammans med ett antal påpekanden som kommer att följas upp i maj och september 2018.

Kvalitetsuppföljning av Annikas hemtjänst genomfördes 2016. Här framkom att verksamheten saknade ett godkänt ledningssystem. Under 2017 har uppföljning av detta fortgått och fullgoda åtgärder har satts in. Ett ledningssystem finns nu och VD för företaget fick i oktober redovisa utvecklingen av detta för nämnden som ett gott exempel.

Temabo AB har följts upp vid flera olika tillfällen:

- Två av företagets tre enheter var föremål för fortsatt kvalitetsuppföljning av egen tid, erbjudande om daglig utevistelse samt social dokumentation.
- Norshöjden följdes upp med anledning av klagomål på utförandet av mervärden, oanmält besök juni och förannmält besök oktober.
- Korsnäsgården, där har uppföljning av utvecklingsområden utlovade i anbud skett.

Egenkontroll av Omvårdnadsnämndens kvalitetskriterier har administrerats och sammanställts.

Resultatet av ovanstående granskningar finns i förvaltningens diarium.

Förslag till plan för uppföljning och förslag till kvalitetsrevision på alternativa sätt är framtagna.

Internkontroll

Internkontrollplanen består varje år av kontrollmoment som både är obligatoriska för hela kommunens verksamheter och som är specifika för omvårdnadsförvaltningen. Kvalitet och utvecklingsenheten är samordnare för omvårdnadsförvaltningens internkontroll.

I internkontrollen 2017 genomfördes kontroll att återsökning av statlig ersättning för flyktingmottagande sker. Detta fungerar och omvårdnadsförvaltningen har erhållit statlig ersättning sedan 2014.

En kontrollpunkt om avtalstrohet gav inte tillfredsställande resultat och fortsatt kontroll kommer att ske 2018.

Dokumentation av HSL-åtgärder genom vårdplaner fungerar inom omvårdnadsförvaltningen efter genomförda utbildningsinsatser för flera målgrupper. Inom LSS och socialpsykiatri pågår förbättringsinsatser och uppföljning kommer att ske 2018.

Efterlevande av handlingsplaner med anledning av IVO-beslut fungerar. En plan upprättades 2016. Riktlinje/rutin kommer att beredas för beslut under 2017 och implementeras första kvartalet 2018.

Alla enheter genomförde en informationsinsats på en arbetsplatsträff under året om Kommunens policy avseende mutor och andra otillbörliga förmåner, Kommunikations policy och Regler för dokumenthantering. Dokumenten ingår nu i omvårdnadsförvaltningens introduktion.

Åtgärder efter internkontroll 2016

Under 2017 har åtgärder vidtagits efter internkontrollen 2016. Behörigheter till verksamhetssystem och utbildningar för hantering av personlyft anses nu godkända och avslutas därmed i internkontrollen.

Analys av avvikelser gällande överlämnande av läkemedel kan inte analyseras genom statistik från verksamhetssystemet. Kontrollen parkeras till dess att systemet stödjer möjligheten att analysera. Det pågår ett arbete av avvikelssystemet med syfte att tydliggöra och ge bättre stöd vid registrering.

Nationell kvalitetsplan

På regeringskansliet har en utredning om en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen genomförts. Utredare var Susanne Rolfner Suvanto och syftet var att identifiera behovet av långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden för att säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. Utredningen presenterade sitt förslag till nationell kvalitetsplan, SOU 2017:21, den 31 mars 2017. Utredningen föreslår åtgärder som bland annat syftar till

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

Omvårdnadsförvaltningen arbetar med en lokal kvalitetsplan för omvårdnadsförvaltningen som följer utredarens förslag. Omvårdnadsnämndens kvalitetsplan 2016 – 2030. Förvaltningsledningen har under året genomfört dialogmöten på enheternas arbetsplatsträffar för att få in fler synpunkter, tankar och förslag innan kvalitetsplanen fastställs. Dessa dialogmöten kommer att slutföras under våren 2018.

LOV

Under året har tre LOV-ansökningar behandlats. Vid årets utgång har en av ansökningarna godkänts. Ett företag har ansökt om rättelse för andra gången hos Förvaltningsrätten men ansökan togs inte upp då den inkommit för sent.

I syfte att tydliggöra godkännandeprocessen av inkomna LOV-ansökningar kartlades den inklusive de samarbetsytor och gränssnitt som uppstår.

För att underlätta hanteringen av LOV för både anbudsgivare och handläggare har ett arbete påbörjats för att ansökningarna ska kunna lämnas in i ett E-formulär. Samarbete i detta kommer att ske med Upphandlingscenter.

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 avvikelse- 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 ska åtgärder 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 2017:

- Individuppföljning av upplevd kvalitet
- 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, Synpunkter och klagomål

Förbättringsarbete, lärande, analys

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

Synpunkter och klagomål

Syftet med synpunkts- och klagomålshantering är att samla in och ta tillvara synpunkter, klagomål och förbättringsförslag 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 50 registrerade synpunkterna kan man ändå konstatera att de flesta handlar om bristande eller utebliven omvårdnad (11), kommunikation/information (8) och bemötande (7). Kontinuitet finns också bland de vanligast förekommande synpunkterna (7). Ny synpunkt som inte identifierats tidigare är debitering av bostid (4). Övriga handlar om bilkörning, inomhusmiljö, hygien, svårt att få anhörigavlösning, uppföljning av insats, icke fungerande larm och om hygienpaket. Flera synpunkter ger också beröm till utförarna och en synpunkt ger bara beröm.

I samband med att hanteringen lyfts in i det nya systemet Flexite bör en utbildningsinsats genomföras gällande såväl praktiskt handhavande såsom syftet med synpunkts- och klagomålshantering.

Avvikelsehantering

Redovisas i Patientsäkerhetsberättelse 2017.

Lex Sarah

Under 2017 inleddes 14 utredningar utifrån 14 kap 6 § socialtjänstlagen om missförhållanden/risk för missförhållanden. Av de 14 utredningarna initierades 12 direkt av rapporter om missförhållanden/risk för missförhållanden och två av att avvikelse inkommit som avslutats med beslut om att inleda utredning om missförhållanden/risk för missförhållanden.

Följande bedömningar och beslut har gjorts utifrån de utredningar som slutförts:

- 5 beslut om att missförhållande förelåg
- 2 beslut om att risk för missförhållande förelåg
- 1 beslut om att allvarligt missförhållande förelåg och därmed också 1 anmälan till Inspektionen för vård och omsorg
- 1 beslut om att missförhållande/risk för missförhållande inte förelåg

5 utredningar är pågående.

Antalet rapporter och utredningar gällande missförhållanden/risk för missförhållanden är betydligt högre under 2017 jämfört med tidigare år. En hypotes är att omvårdnadsförvaltningens verksamheter i motsvarande utsträckning inte har försämrats, däremot har medvetenheten hos förvaltningens medarbetare om skyldigheten att rapportera ökat. Grundsytet med utredningar utifrån 14 kap 6 § socialtjänstlagen om missförhållanden/risk för missförhållanden är att de ska leda till ett förbättringsarbete och det är därmed positivt att brister i verksamheten som får konsekvenser för våra kunder uppmärksammas av medarbetare.

Kartläggningar och utredningar

Utredning korttidsplatser

Utredningen *Kan korttidsplatser omvandlas till boendeplatser* har genomförts med stor delaktighet för alla inblandade parter. Utredningen kom fram till att det generellt inte är möjligt att omvandla alla korttidsplatser till boendeplatser. Nio olika punkter är presenterade i rapporten som redovisades för nämnden i december. Omvårdnadschef får i uppdrag att arbeta vidare med dessa punkter.

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.

Under året har de obligatoriska utbildningarna lagts in i den checklista som hör till förvaltningsgemensam introduktion. Det är Medarbetarintroduktion, Hantering av personlyft, Förflyttning, Grundläggande brandutbildning, Demens ABC, ABC+ och Nollvision, Munhälsovård, Rehabilitering i hemmet, Brand och fall samt Våld i nära relation

Utöver de utbildningarna har följande utbildningssatser genomförts:

Grundläggande demensutbildning

Omvårdnadsförvaltningens kommundoktorand har sedan många år utbildat i demens. Genom ett nära samarbete med högskolan Dalarna får förvaltningen nu tillgång till denna grundutbildning i demens utan kostnad. Under 2017 har hon hållit demensutbildning på 17 avdelningar, för alla sjuksköterskor i hemsjukvården och på vård- och omsorgsboende samt mobila teamet. Sammanlagt har ca 350 vårdpersonal, sjuksköterskor och enhetschefer erhållit demensutbildning. Utbildningen för personal fortsätter under 2018.

Medarbetarintroduktion

Förvaltningens medarbetarintroduktion genomfördes vid ett tillfälle under året. Den andra utbildningen ställdes in p.g.a. för få anmälda. Utbildningen utvärderas med jämna mellanrum och innehållet kan då förändras.

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens)

Två enhetschefer och två sjuksköterskor är utbildade till licensierade utbildare i BPSD-registret. De utbildar i arbetssättet samt stödjer verksamheterna i det fortsatta arbetet ute på varje enhet. Under 2017 har det fortsatt utbildats BPSD-team i kommunens vård- och omsorgsboenden. Alla enheter är införda i registret under perioden 2015-2017.

Kommande år arbetar vi med att utbilda de enheter som har behov av utökning av administratörer. På nätverksträffarna under 2017 har vi arbetat med att tala kring Nollvisionen - en demensvård utan tvång och begränsningar. Till stöd har Förvaltningens Silvia-sjuksköterska varit stöd i arbetet.

Under året genomförs nätverksträffar för utbildade BPSD-team i april och november.

Våld i nära relationer

Enligt beslutad strategi för kompetensförsörjning avseende våld i nära relationer ska all nyanställd personal ska få utbildning inom området via en webbaserad basutbildning. Två stycken utbildningar är genomförda i samarbete med socialförvaltningen. En på våren med 16 deltagare och en på hösten med 19 deltagare.

Tillsammans med socialförvaltningen har avtal ingåtts om förlängning av licens för användande av eKvinnofrid med Kvinnofridsakademin. Avtalet sträcker sig från 1/1 2017 – 31/12 2018.

Individens behov i centrum, IBIC

Under 2017 har biståndshandläggare och de flesta hemtjänstgrupper i kommunal regi fått utbildning i arbetssättet IBIC. Under första delen av 2018 kommer resterande hemtjänstgrupper i kommunal regi samt privata hemtjänstutförare få utbildning. Därefter inleds utbildning till vård- och omsorgsboenden. All omvårdnadspersonal har fått/kommer få 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.

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.

Kompetensutvecklingen fortsätter sedan med grundutbildning till alla medarbetare som följs av arbetsplatsförlagd utbildning i studiecirkelform.

Stimulansmedel för kompetensutveckling

Förvaltningen hade under 2016 tillgång till särskilt avsatta medel för kompetensutveckling. Utbildning som då prioriterades är Silviautbildning samt utbildning i samtalsmetodik. Båda dessa utbildningar fortgick in i 2017

- 1 sjuksköterska är utbildad Silviasjuksköterska
- 2 undersköterskor har gått tre terminer till Silviasyster. Avslutas i juni 2018.
- 12 personer går utbildning i samtalsmetodik *Bemötande och kommunikation 7.5 poäng*. Avslutas februari 2018.

Övriga utbildningssatsningar som genomförts beskrivs i respektive sektionens verksamhetsberättelse.

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. I årets undersökning tillfrågades endast hemtjänstverksamheter och särskilda boenden, då frågor till kommunerna tillfälligt uteslöts 2015. 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.

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/18.4543249815ebb42045f76e6a/1506690531281/Nyckeltalsrapporten%202017_2.pdf

Mål och mått från Verksamhetsplan 2017-2019 avseende Trygghet och välfärd

Indikator	2015	2016	2017
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.	79 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.	77 % 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.	90 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.	91 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.	92 % 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.	81 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.	84 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.	82 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.
Kundens möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag i ordinärt boende.	93 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.	94 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.	94 % uppger möjlighet att alltid eller oftast kunna påverka sin vardag.
Personalkontinuitet: Antal personal som kund i ordinärt boende möter under 14 dagar.	12 stycken	14 stycken	18 stycken

Verksamhetsmål: Kundens rätt till trygghet och hälsa			
Indikator	2015	2016	2017
Kundens upplevda nöjdhet med sitt vård- och omsorgsboende.	83 % uppger att de är ganska eller mycket nöjda med sitt vård- och omsorgsboende.	85 % uppger att de är ganska eller mycket nöjda med sitt vård- och omsorgsboende.	82 % 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.	95 % 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	67 stycken	65 stycken	Uppgift ej klar ännu.

Verksamhetsmål: Kundens egenupplevda hälsa			
Indikator	2015	2016	2017
Kundens upplevda allmänna hälsotillstånd som mycket eller ganska gott i vård- och omsorgsboende.	31 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.	27 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.	27 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska gott.
Kundens upplevda allmänna hälsotillstånd som mycket eller ganska	34 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är	33 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska	35 % uppger att deras allmänna hälsotillstånd är mycket eller ganska

gott i ordinarie boende.	mycket eller ganska gott.	gott.	gott.
Kundens goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus i vård- och omsorgsboende.	63 % uppger goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus.	65 % uppger goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus.	61 % uppger goda eller mycket goda möjligheter att komma utomhus.

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

Indikator	2015	2016	2017
Antal besök på Träffpunkterna	Uppgift saknas i verksamhetsberättelsen.	22 365 stycken	17 247 stycken ⁴
Antal timmar som anhöriga får avlösning	Uppgift saknas i verksamhetsberättelsen.	1744 stycken	2399 stycken
Antal utförda uppdrag av Kommunfixar'n	Uppgift saknas i verksamhetsberättelsen.	858 stycken	974 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	2015	2016	2017
Antal registrerade ärenden med inslag av våld	Uppgifter ej registrerade.	9 stycken	12 stycken nya ärenden, varav: 9 stycken gällande våld i nära relation och 3 stycken gällande våld inom verksamhet (mellan medboende)

⁴ 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	2015	2016	2017
Andel personer som fick personligt besök genom uppsökande verksamhet.		Utskick genomfört till personer 75 + som inte har hjälp från omvårdnadsförvaltningen. Uppgift om hur många besök som gjorts finns ej. Checklista för fall och brand har utarbetats och den följde med i ovan nämnda utskick.	Utskick genomfört i november till personer 75 + som inte har hjälp från omvårdnadsförvaltningen. Uppgift om hur många besök som gjorts finns ej. Utskicken kompletterades med informationsmöten i Svärdsjö, Grycksbo och centrala Falun.
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt hemtjänstpersonal/personalen på ditt äldreboende vid behov?	90% / 84% anser att det är lätt eller mycket lätt.	92 % / 89 % anser att det är lätt eller mycket lätt.	92 % / 88 % 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 % / 88 % uppger att de kände sig mycket trygga/ganska trygga där de bor.	92 % / 92 % uppger att de kände sig mycket trygga/ganska trygga där de bor.	90 % / 89 % uppger att de kände sig mycket trygga/ganska trygga där de bor.
Har du besvär av ångslan, oro eller ångest? (ordinärt boende/äldreboende)	4 % / 7 % uppger att de har svåra besvär med ångslan, oro eller ångest.	7 % / 10 % uppger att de har svåra besvär med ångslan, oro eller ångest.	4 % / 10 % uppger att de har svåra besvär med ångslan, oro eller ångest.
Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig/på ditt äldreboende?	95 % / 89 % har förtroende för all eller flertalet av personalen.	96 % / 89 % 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)	93 % / 81 % uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.	94 % / 84 % uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.	94 % / 82 % 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)	72 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.	70 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.	73 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.
Antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar.	12 stycken	14 stycken	18 stycken

Respektfullt bemötande			
Indikator	2015	2016	2017
Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? (ordinärt boende/äldreboende)	84 % / 60 % uppgger att de var mycket nöjda med personalens bemötande.	84 % / 65 % uppgger att de var mycket nöjda med personalens bemötande.	83 % / 66 % uppgger att de var mycket nöjda med personalens bemötande.
Ingen i våra verksamheter ska kränkas på grund av etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning eller funktionshinder. (ordinärt boende/äldreboende)	Ingen uppgift.	Ingen uppgift.	?/71 % uppgger att de inte kränkts av någon personal under året
Har du under det senaste året upplevt något av följande i dina kontakter med personalen? Att personalen: <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 i 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 	Ingen uppgift.	Ingen uppgift.	Ingen uppgift.

Delaktighet i beslut			
Indikator	2015	2016	2017
Fick du välja utförare av hemtjänst? (U21473)	72 % uppgger att de fått välja utförare.	72 % uppgger att de fått välja utförare.	71 % uppgger att de fått välja utförare.
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? (Ordinärt boende (U21463)/Vård- och omsorgsboende (U23461))	93 % / 81 % uppgger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.	94 % / 84 % uppgger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.	94 % / 82 % uppgger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.

Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov? (U21472)	78 % uppger att beslut är anpassat efter behov.	80 % uppger att beslut är anpassat efter behov.	77 % uppger att beslut är anpassat efter behov.
Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer? (Ordinärt boende (U21462)/Vård- och omsorgsboende U23460))	72 % / 67 % uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider personalen kommer.	73 % / 67 % uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider personalen kommer.	68 % / 67 % 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 (U21452)/Vård- och omsorgsboende (U20443)	72 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.	70 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.	73 % / 94 % av kunderna har aktuell genomförandeplan.
Andel personer som fick minst ett av sina beslut uppföljt under 2016 respektive 2017	636	739	2110
Andel kunder som känner till vart man ska vända sig när man har synpunkter på vård och omsorg. (Ordinärt boende (U21464)/Vård- och omsorgsboende (U23516))	70 % / 52 % uppger att de vet vart man vänder sig med synpunkter.	71 % / 52 % uppger att de vet vart man vänder sig med synpunkter.	69 % / 53 % uppger att de vet vart man vänder sig med synpunkter.

God och näringsriktig mat (äldreboende)			
Indikator	2015	2016	2017
Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?	67 % uppger att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena	71 % uppger att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena	65 % 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	79 % uppger att personalen på boendet alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet	77 % uppger att personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.
Upplever du att måltiderna 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.	74 % uppger att måltiderna som serveras på det särskilda boendet alltid eller oftast 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.
Hur brukar maten smaka?	79 % uppger att maten som serveras på det särskilda boendet smakar mycket eller ganska bra	83 % 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 11,9 h.	Median 13,0 h.	Medelvärde nattfasta = 12,2 h Median = 12,8 h
Åtgärder som är genomförda för de som har risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel i procent. (U23433)	29 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.	45 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.	62 % 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	2015	2016	2017
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.	Följs upp separat inom ramen för arbetet med fallprevention.
Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga? (U23469)	63 % uppger att det är mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus.	65 % uppger att det är mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus.	61 % uppger att det är mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus.
Antal platser i Vård- och omsorgsboende där den äldre erbjuds daglig utevistelse. (U23405)	95 % av boendeplatserna i särskilt boende inom äldreomsorg som erbjuder daglig utevistelse.	94 % av boendeplatserna i särskilt boende inom äldreomsorg som erbjuder daglig utevistelse.	100 % 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. (U23433)	29 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.	45 % har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och minst en åtgärd mot riskområdet har utförts.	62 % 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	67 stycken	65 stycken	Uppgift saknas.
Läkemedel som bör undvikas bland äldre (75+), andel (%). (U20454)	Måttet avslutat 2014.	Måttet avslutat 2014.	Måttet avslutat 2014.

Tryggad personalförsörjning			
Indikator	2015	2016	2017
<ul style="list-style-type: none"> Medarbetarindex (MI) lägst som kommunens medelvärde. (Medarbetaren upplever meningsfullhet, delaktighet och glädje i arbetet.) 	Måttet finns ej kvar.		Omvårdnadsförvaltningen har ett MI på 59 i kommunens medarbetarundersökning.
<ul style="list-style-type: none"> Minskad sjukfrånvaro högst 7,0 % 	9,6 %	9,2 %	
<ul style="list-style-type: none"> Öka andelen medarbetare med undersköterskeutbildning till 75% 	Uppfyllt 75 %.	Uppfyllt 75 %.	December 71 %

Flexibla former för beslut om äldreomsorg			
Indikator	2015	2016	2017
Vägledande riktlinjer för biståndsbedömning	Beslutade i nämnd	Implementering pågår och uppföljning planeras till 2017.	Uppföljning redovisas för nämnden febr -18.
Rutin för handlägningsprocess		Framtagen och fastställd.	---
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.	Genomfört.