

Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2020-03-23, kl. 14:00

Plats: Sparbankssalen Utbildningens hus

Micaela Kronberg (M),
Ordförande

Brita Enbom,
Sekreterare

Ärendelista

1. Information och överläggningar
 - A/ Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2019
 - B/ LOV - tids och aktivitetsplan
 - C/ Ekonomiuppföljning 2020
 - D/ Förvaltningschefens information
 - E/ Nämndledamöternas information
2. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2019, 2020.061 VON
3. Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer, 2020.075 VON
4. Ej verkställda beslut SOL 2019, 2019.049 VÄN
5. Anmälan av delegationsbeslut 2020, 2020.040 VON
6. Meddelanden

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2019

2

2020.061 VON

2020-03-10

§ 17 2020.061 VON

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2019

Ärendebeskrivning

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligare ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och skall arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

För att uppfylla kraven i lagen är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts.

Övergripande mål har varit att varje brukare ska känna sig trygg och säker i kontakten med vård och omsorg.

Likasa ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg kan ges. Ett ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för brukare, personal och övriga medborgare.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse daterad 2020-03-03 lämnat följande yttrande:

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och SOSFS 2011:9 säger att vi skall upprätta en patientsäkerhetsberättelse i vilken det skall framgå hur patientarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder vi bedrivit för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat vi uppnått.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Denna berättelse försöker uppfylla detta krav.

De viktigaste resultat som uppnåtts under året är att förvaltningen nu har ett gemensamt verksamhetssystem Magna Cura ÅHO och att samtlig personal inom avdelningen för funktionshinder fått utbildning i systemet.

Förebyggandeenhetens arbete har skapat ett större aktivitetsutbud i samverkan med frivilligorganisationer för personer som bor i eget boende.

Implementering av Magna Cura webb är genomförd i samtliga hemtjänstgrupper samt i korttidsverksamheten. Detta för att säkerställa goda möjligheter för medarbetare att både följa dokumentation och att dokumentera.

Avdelningarna jobbar aktivt med hantering av inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelshanteringen på alla nivåer för att höja kvaliteten i verksamheten. Även avdelningen för funktionsstöd har nu ett fungerande avvikelssystem när de gått över till förvaltningens gemensamma verksamhetssystem.

2020-03-10

Beslut

Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Beslut i ärendet hänskjuts till nämndens sammanträde 2020-03-23.

Expedieras till

Handläggare



Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2019

Dokumenttyp:	Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse
Dokumentet gäller för, personalkategori:	
Fastställersedatum, nämnd, paragraf:	
Diarienummer:	
Dokumentansvarig, befattning och namn:	MAS, Kristina Bornhall SAS, Kerstin Frost
Senast uppdaterat:	2019-03-20
Uppdateras nästa gång:	2020-03-03

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Bakgrund.....	4
Mål och strategier.....	4
Ansvarsfördelning.....	5
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Verksamheternas analys, åtgärder och resultat utav avvikelser.....	11
Avvikelser, extern verksamhet.....	18
Synpunkter och klagomål.....	20
Verksamheternas analys, åtgärder och resultat av synpunkter och klagomål.....	21
Verksamheternas åtgärder utifrån politiska mål, åtaganden, verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister.....	22
Samvekan för att förebygga vårdskador.....	26
Samverkan mellan enskilda och anhörig.....	28
Personalens medverkan i det systematiska förbättringsarbetet.....	29
Risikanalys och händelseanalys.....	31

Sammanfattning av 2019 års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten och för att öka kvaliteten under 2019 har varit följande.

- Förebyggandeenheten har förbättrat den uppsökande verksamheten till personer över 80 år genom att erbjuda fler alternativ för att få en personlig kontakt för att informera om vad vård- och omsorgsförvaltningen har att erbjuda.
- Förebyggandeenheten samarbetar med arbetsmarknadsenheten på detta sätt får fler personer tillgång att arbetsträna på en arbetsplats.
- Under året har verksamhetssystemet Magna cura web införts på alla kommunala hemtjänstområden och korttidsenhet.
- Genomförandeplanerna har kompletteras med bemötandestrategier, för att tillförsäkra den enskilde brukaren god vård och omsorg samt att tydliggöra hur insatsen skall genomföras inom AFFs verksamhet.
- All personal inom vård- och omsorg har fått en utbildning i hjärt- och lung räddning.
- På våra äldreboenden har aktiviteter utökats när träffpunkten är stängd och då speciellt på helger.
- Träffpunkterna erbjuder mer fysiska aktiviteter än tidigare år.
- För att öka personalkontinuiteten har ett gränsöverskridande arbete mellan äldreboende och hemtjänst påbörjats, effekten har visat att läkemedelsavvikelser minskat.
- Nattpersonal på korttidsboende utför städ och tvättinsatserna vilket ger dagpersonal möjlighet att hinna sätta "guldkant" på dagen.
- AFF har utvecklat arbetet med kommunikation i form av bildstöd, scheman och digital teknik, metoden heter alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) Personalen hittar lättare rätt i vilket stöd de skall ge till brukare för att kompensera och anpassa insatsen utifrån brukarens funktionsnedsättning.
- Uppdraget med överflytt till verksamhetssystemet Magna Cura ÄHO för hela AFF:s verksamhet är genomförd. Här har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i dokumentation.

Bakgrund

Vårdgivare omfattas av såväl det allmänna rådet om att upprätta en kvalitetsberättelse som av lagkravet på att upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Det är möjligt för vårdgivaren att upprätta en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument så länge det går att utläsa de uppgifter som ska framgå i patientsäkerhetsberättelsen. I år upprättas en patient- och kvalitetsberättelse där uppgifterna har integrerats

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientberättelsen ska beskriva:

- *Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår*
- *Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten*
- *Vilka resultat som har uppnåtts*

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- *Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,*
- *Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och*
- *Vilka resultat som har uppnåtts*

Mål och strategier

Kommunfullmäktiges mål samt nämndens åtagande

I Alingsås råder god ekonomisk hushållning grundad på effektiv resurs användning

Åtagande

- Uppnå en lägre nettokostnadsökning än vad som motsvaras av pris-/löne- och volymförändringar sammantaget.
- Reducera nämndens kostnader till att motsvara budget för VON där avdelning för funktionsstöd sedan 1/1 2018 ingår.

I Alingsås utvecklas vården och omsorgen efter individens behov

Åtagande

- Vård- och omsorgsnämnden åtar sig genom systematiskt förbättringsarbete fortsatt utveckla kvaliteten i vården och omsorgen.
- Vård- och omsorgsnämnden åtar sig att fortsatt utveckla ett personcentrerat arbetssätt.

I Alingsås minskar vi vår miljöpåverkan genom energieffektiv omställning

Åtagande

- Vård- och omsorgsnämnden åtar sig att öka andelen ekologisk mat inom äldreomsorgen.

I Alingsås bygger välfärden på god service, hög kvalitet och tillgänglighet

Åtagande

- Vård- och omsorgsnämnden åtar sig att verka för att verksamheten utvecklas som ett attraktiv arbetsgivare

I Alingsås finns det valfrihet och självbestämmande

Åtagande

- Vård- och omsorgsnämnden får i uppdrag att fortsatt utveckla valfrihetsmodeller inom ramen för Lagen om valfrihetssystemet

Ansvarsfördelning

Enligt § 18 i Hälso- och sjukvårdslagen har vård och omsorgsnämnden hälso- och sjukvårdsansvar för följande grupper:

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service (5 kap. 5§, andra stycket, 7 §, tredje stycket samt 7 kap.1 §, första stycket, socialtjänstlagen) (SoL).
- Personer som omfattas av biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6§, socialtjänstlagen), samt daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende.

Hälso- och sjukvårdsansvaret gäller för såväl vård och omsorgsförvaltningen som inom socialförvaltningen samt privata utförare av delegerad hälso- och sjukvård. Dessa två förvaltningar har gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Nämndernas uppdrag

Nämndernas uppdrag är att styra, planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och därför ytterst ansvarig för kvaliteten på hälso- och sjukvården.

Socialnämnden är ansvarig för vården som ges inom socialpsykiatri men vård- och omsorgsförvaltningen är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs på socialförvaltningen.

Förvaltningschef

Ansvarar för att

- kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser,
- leda och fördela det övergripande kvalitetsarbete inom förvaltningen, förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och följs,
- initiera, fastställa och följa upp riktlinjer i samverkan med SAS, MAR och MAS,
- tillsammans med MAR och MAS upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse samt upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Verksamhetschefens uppdrag

Ansvarar för att

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen, upprätthålls samt uppfyller de krav som anges enligt SOSFS 2008:1, användning av medicinsktekniska produkter i hälso- och sjukvården.
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienterna drabbas av vårdskador,
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt
- ansvara för att vårdtagarna och deras närstående får möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbete.

Medicinsk ansvariga sjuksköterskan (MAS), Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att

- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- återkoppla och redovisa resultat av granskningar till verksamhet, förvaltningsledning och nämnd,
- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med verksamhetschef,
- anmäla till Inspektion för vård och omsorg, IVO när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, delegerat från nämnd
- vara anmälnings ansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicinsktekniska produkter.

Socialt ansvarig samordnare, (SAS)

ansvar för att

- bevaka och följa upp att kvalitet och säkerhet upprätthålls inom vård och äldreomsorgens ansvarsområde,
- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom Socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd och
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO vid missförhållanden eller risk för missförhållande, enligt Lex Sarah, delegerat från nämnden.

Avdelningschefen
ansvar för att

- bedöma vilka rutiner, processer och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig arbetsplan för avdelningen utifrån förvaltningsåtagande och arbetsplaner från förvaltningschef samt utifrån de granskningsresultat, avvikelser och klagomål som inkommit under året,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- ta emot och utreda avvikelser,
- där behov finns upprätta lokala rutiner utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och revidera dessa årligen,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa till MAS/MAR och SAS,
- sammanställa bokslut och årsberättelse som rapporteras till förvaltningschef.

Enhetschefen
ansvarar för att

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig arbetsplan för avdelningen, utifrån förvaltningsåtagande och arbetsplaner från förvaltningschef samt utifrån granskningsresultat, avvikelser och klagomål som inkommit under året,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet, utöva egenkontroller
- ta emot och utreda synpunkter och avvikelser,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för avdelningen utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och revidera dessa minst en gång årligen,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till avdelningschef,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens kvalitetsarbete och redovisa till avdelningschef samt
- sammanställa bokslut och årsberättelse som rapporteras till avdelningschef.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt patientsäkerhetslagen
ansvara för att

- hälso- och sjukvårds arbete följer vetenskap och beprövad erfarenhet,
- själv bära ansvaret för fullgörandet av sina arbetsuppgifter,
- delegera arbetsuppgift till annan om det är förenligt med god och säker vård,
- bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls
- rapportera risker för vårdskada samt händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada,
- tillämpa offentlighets- och sekretesslagen vid hantering av uppgifter om patients hälsotillstånd och andra personliga förhållanden.

Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning: SOSFS:2011:9

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen kan innefatta:

- egen uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål,
- egen uppföljning av åtgärder som ska leda till tänkt förbättring (Genombrottsmetoden),
- jämförelser i nationella kvalitetsregister,
- jämförelser av verksamhetens resultat med öppna jämförelser,
- jämförelser av verksamhetens resultat med resultat från andra liknande verksamheter (ex. andra enheter, andra utförare, GR-kommuner) och
- inhämtande av synpunkter från kvalitetsuppföljning av SAS och MAS

Uppföljning av extern hemtjänst utifrån LOV avtal

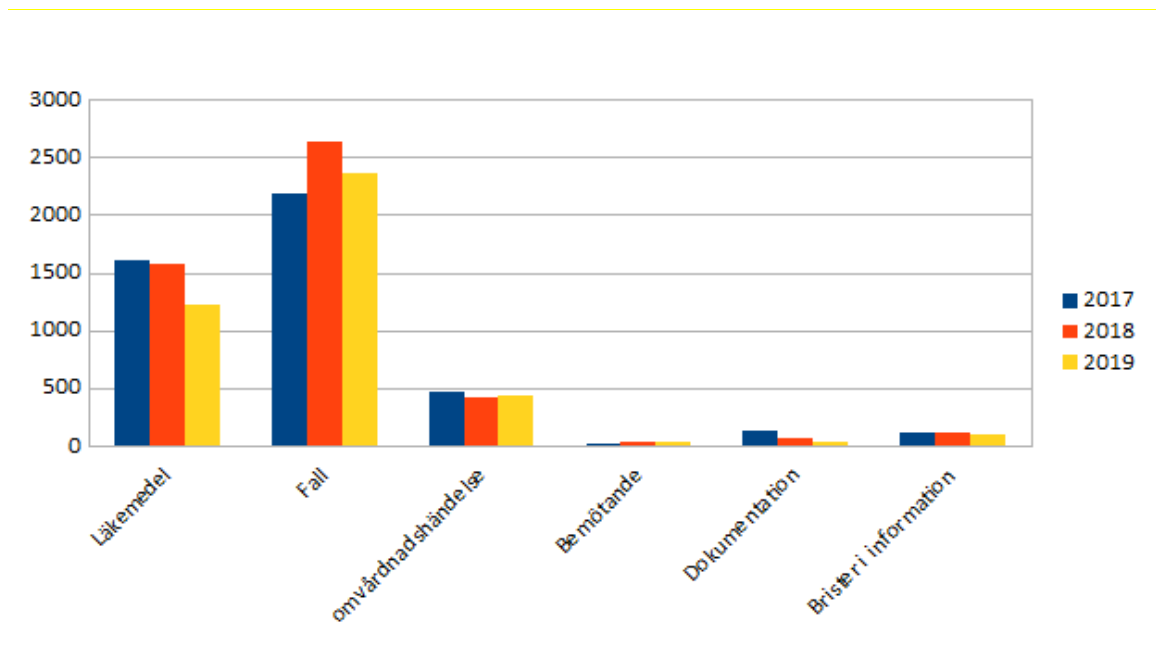
Från 1 april 2019 är det fyra externa företag som utför hemtjänst på uppdrag av Alingsås kommun. SAS har gjort uppföljningar kontinuerligt under året, vilket visat att det fungerar väl och att de följer de riktlinjer kommunen har samt att det finns ett bra samarbete och dialog med kommunen. I ett av företagen så har social dokumentation inte fungerat helt fullt ut utifrån kommunens riktlinjer och en åtgärdsplan har tagits fram.

Avvikelse

Två gånger per år görs en sammanställning och analys av rapporterade avvikelser som delges till vård och omsorgsnämnd.

Riktlinjer och rutiner som finns gällande hanteringen/utredning av avvikelser skall följas av avdelningschef och enhetschef. Avvikelse klassificeras enligt socialstyrelsens framtagna mall. I vår rutin ansvarar avdelningschef och enhetschef för hantera och utreda samt avsluta klassificering 1-2. När det gäller avvikelser som klassificeras 3-4 inkluderas MAS, MAR och SAS för att ta del av händelsen och därefter ta ställning om en anmälan enligt Lex Maria eller Lex Sarah skall göras.

Statistiken nedan av avvikelserna inkluderar all verksamhet inom Alingsås kommun. Totalt antal avvikelser under året, 4717 kan jämföras mot 2018 år då antalet var 4867.



Läkemedel, fallskador och falltillbud handlar om följande

- Att patienten inte får sin medicin på rätt tidpunkt eller utebliven insats.
- Att efter överlämnandet av läkemedlet personal inte signerat, alltså osäkert om patienten fått sitt läkemedel.
- Att patienten glömmer att använda sitt hjälpmedel exempel rullatorn.
- Patienter faller när inte personal finns i närheten.

Medicinteknisk utrustning handlar om följande

Det har registrerats 71 stycken avvikelser MTU under 2019, vilket är en stor ökning jämfört med 2018 då 43 stycken registrerades även ökning från 2017 då endast 33 stycken registrerades. Avvikelsena gäller i huvudsak hemsjukvårdshjälpmedel 23 stycken, rörelselarm 15 stycken, och öppna/olåsta medicinskåp 14 stycken.

Hemsjukvårdshjälpmedel innefattar sängar, hygienstolar och liftar. Största delen av avvikelserna handlar om underhåll av sängar och hygienstolar. Rengöringen av sängar och hygienstolar är eftersatt både på kommunala boenden och inom kommunalt kvarboende trots tydliga städrutiner. Fortsatt arbete med att säkerställa rengöring av hemsjukvårdshjälpmedlen kommer att pågå under 2020.

Rörelselarm, dessa avvikelser handlar det om handhavandefel gällande sensorlarmen till brukaren, men även funktion. När det gäller handhavandefelet så beror det på att det inte riktats mot brukaren samt att det missas att skrivas in när och hur larmet ska riktas mot vårdtagaren samt hänvisning till bruksanvisning i genomförandeplanen. Detta har påpekats för berörda enhetschefer under året i samband med hantering av avvikelserna. Fortsatt arbete med att säkerställa hanteringen av rörelselarm kommer att pågå under 2020.

Öppna/olåsta medicinskåp, gäller huvudsakligen kommunalt kvarboende, där ett område står för mer än hälften av avvikelserna, åtta stycken. Fortsatt utredning under 2020.

Omvårdnadshändelse, bemötande och dokumentation handlar om följande

- Brister i kommunikation internt och externt.
- Personal uttrycker sig på ett olämpligt sätt som upplevs kränkande av brukaren.
- Hur brukare på boenden bemöter varandra.
- Insatser som inte blir utförda på grund av personalbrist, missförstånd eller glömska.
- Missat att dokumentera och planera in bokade läkarbesök.
- Sjuksköterskorna har inte tid att komma vid behov.

Lex Sarah

En händelse som inträffade i slutet av 2019 och som i första skedet hanterades som ett personalärende efter att kollegor informerat enhetschef och gjort en avvikelse om en allvarlig händelse. Efter att enhetschef kontaktat SAS så görs bedömningen att händelsen är ett allvarligt missförhållande och ärendet anmäls till IVO. Den allvarliga händelsen handlade om psykiskt och fysiskt övergrepp mot en brukare på ett demensboende.

Två Lex Sarah rapporter som har inkommit har handlat om bemötande från personal om bemötande mot brukare på gruppboende. I båda ärendena har SAS gjort en grundlig utredning och verksamheten har tagit fram handlingsplaner som handlar om social dokumentation, pedagogiskt förhållningssätt och kommunikation mellan brukare, omvårdnadspersonal och ledning. Har inte rapporterats till IVO, uppföljning av SAS kommer att göras februari 2020.

Lex Maria

Inga anmälningar har inlämnats till IVO.

Däremot har 3 fördjupade analyser av vårdskada genomförts

Händelse 1. En personalgrupp inom ett särskilt boende har under många år använt sig av ett låst skåp där patienternas mediciner har förvarats under några timmar varje dag. Personalen har ej använt sig av instruktion för hur läkemedelshantering skall gå tillväga, ej följt innehållet i sin delegering.

Åtgärd. Personalens medicindelegering drogs in omedelbart. Internutredning genomfördes av HR-partner Åse Andersson och MAS, Kristina Bornhall. Åtgärden utifrån internutredningen bestod i att MAS, Kristina Bornhall genomförde en läkemedelsutbildning med ett nytt teoretiskt test.

Händelse 2. Vårdpersonal förväxlade brukares insulinsorter vilket innebar att brukare fick för hög dos av ett korttidsverkande insulin. Personal iakttog omedelbart sitt misstag tog kontakt med sjuksköterska samt ringde 112, ambulanspersonalen stannade kvar hos brukaren tills den akuta situationen var över vilket innebar att brukaren behövde inte transporteras till lasarettet.

Åtgärd, delegeringen drogs in under en tid. Att i brukarens medicinskåp skilja på de olika sorternas insulin med hjälp av olik färgade boxar.

Händelse 3. Vårdpersonal ringer till sjuksköterska för att brukaren troligen behöver tillsyn av legitimerad personal. Brukaren har en diabetes sjukdom och nu haft upprepade kräkningar och vid blodsockerkontroller visar svaren att det är högt blodsocker. Ingen sjuksköterska kommer till boendet under kväll eller natten, på morgonen blir brukaren påtagligt sämre ambulans tillkallas och brukaren avlider under dagen på lasarettet.

Åtgärd, i utredningen som mas ansvarat för visar att befintliga rutiner inte används i denna situation. Exempelvis kommunikationsverktyget SBAR har inte använts, inga tydliga instruktioner till vårdpersonal hur brukaren skulle vårdas utan här lades ansvaret på omvårdnadspersonalen. Dokumentationen bristfällig både inom legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Att läkaren inte hade gjort en medicinsk planering över omvårdnadsåtgärderna i eventuella olika tillstånd, ej haft brytpunktssamtal. MAS har informerat, ledningsgrupp, all omvårdnadspersonal på berörd enhet samt alla sjuksköterskor angående händelsen.

Läkemedelsstöld uppdagades inom ett hemtjänstområde. Det gick inte att säkerställa vem eller vilka som utfört stölden, men efter insatta åtgärder, slutade stölderna att förekomma.

Utifrån denna händelse har förvaltningen nu inhandlat skåp där man öppnar med mobilen. Denna funktion innebär att man kan få ut loggar där det tydligt står vem som har varit inne i skåpet samt att kunna styra behörigheten.

Verksamheternas analys, åtgärder och resultat av avvikelser

Hälso- och sjukvårdsavdelning

Avvikelse som handlade om brister när det gäller telefonin även öppna jämförelser visar en brist att nå en sjuksköterska på kväll och obekvämt arbetstid. Från och med februari infördes en tjänst på "kvällstelefonen" som gör att samtalen hamnar i en kö. Detta är viktigt för omvårdnadspersonalen så att de vet att de står på kö för inkommande samtal till sjuksköterskan under kväll- och helgtid. Vetskapen om att de står i kö, skapar ett lugn hos omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan har också möjlighet att återkomma och följa upp samtal.

Äldreboendeavdelning

Vi har haft regelbundna reflektionsmöten varje vecka med patientansvarig sjuksköterska (PAS), personal och enhetschef på varje avdelning. Vid dessa tillfällen går teamet igenom vad som är aktuellt för varje brukare och vad vi kan göra i förbättringssyfte.

Vid arbetsplatsträffar tas det regelbundet upp hantering av avvikelser och då gällande fall och läkemedel och övriga avvikelser. Utifrån de avvikelser ta fram bättre eller justera befintliga arbetssätt för att förhindra att de uppstår igen.

På enheterna har det när det gäller fall och läkemedelsavvikelse skett en förbättring från föregående år. I synnerhet när det gäller fall avvikelserna så har antalet mer än halverats.

Vid våra regelbundna team möten använder vi oss av kvalitetsregister, Senior Alert. Detta register använder vi på alla brukaren för att riskbedöma och åtgärda bland annat fall risken. När det gäller fall avvikelserna så oftast tappar brukaren balansen, flera av de

brukare som faller är dementa eller förvirrade och glömmer att larma när de skall förflytta sig eller glömmer sitt gånghjälpmedel.

Även läkemedelsavvikelser har minskat för vi kan se en ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonalen kring medicinhanteringen. Här har vi haft regelbundna reflektionsmöten tillsammans med sjuksköterska vilket bidragit till en samsyn när det gäller läkemedelshanteringen vilket lett till en ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonalen.

En annan enhet har identifierat att de flesta läkemedelsavvikelser sker runt kl. 14.00. Avvikelsen handlar då om att omvårdpersonal glömmer att överlämna läkemedel till brukaren. Här har man tillsammans med sjuksköterska och läkare enats om att ändra på tiden för överlämnandet till kl. 13.00 istället och detta har då visat att avvikelserna minskat.

Vissa enheter använder sig av checklistor där man under dagen kan se om brukaren har fått sina läkemedel, denna åtgärd har också visat sig vara positiv läkemedelsavvikelse minskar. En enhet har påbörjat ett nära samarbete med palliativa teamet, kopplat till korttidsenhetens arbete med målet samarbetet att brukarna ska få en god vård och att personalen ska känna sig trygg.

Vi har förbättrat kommunikationen mellan boendesamordning och korttids enheterna vilket resulterat i bättre beläggning på dessa platser.

Samverkan med vårdhygien i Borås sker årligen för att följa upp hur basala hygienrutiner efterlevs.

Precis som tidigare år, arbetar vi löpande med egenkontroll för livsmedel och följt upp detta arbete med goda resultat. Miljöskyddskontoret har delat ut glada gubbar efter kontroller av livsmedelshanteringen och avgiften är halverad där vi får glad gubbe.

Vi har under året tagit fram handlingsplan/aktiviteter utifrån att vi i brukarenkäterna fått låga siffror på utevistelser och aktiviteter på ett antal av våra äldreboende. Vi har exempelvis tagit fram ett mål för vår verksamhet. ”En meningsfull vardag för dig”. För att hitta meningsfullhet för alla har vi tagit beslut på att vi ska erbjuda 14 aktiviteter/vecka/enhet.

Våra äldreboende har olika förutsättningar och här följer en beskrivning av vad vi har jobbat med under året på några av våra äldreboende. På äldreboendet Brunnsgården, har brukarenkätens resultatet sjunkit något sedan föregående år. Vi har dock fortfarande ett relativt högt resultat på 87% nöjdhet. Under året har vi arbetat med att öka antalet aktiviteter för de boende. Bland annat har personal på avdelningarna ordnat fler aktiviteter på helgerna då Träffpunkten i regel inte har någon aktivitet att erbjuda. Som exempel kan nämnas filmvisning, ”fredags- och lördagsmys”. promenader med de boende, en dag i veckan per demensavdelning och korttidsavdelning. Under året har personalen ordnat flera fester för de boende. På serviceenheterna ordnades gemensam grillfest i trädgården och Nobeldagen firades med tre-rättersmiddag extra festlig dukning. De boende hade klätt upp sig till middagen och alla var mycket nöjda. Under hösten har vi även haft tapaskväll och kräftska för de boende.

Fysisk aktivitet har vi satsat extra på under 2019 och nu fortsatt under kommande år. Det handlar om cirkelträning på avdelning (demens) där också brukare från korttids och andra enheter har möjlighet att delta. Antal deltagare varierar mellan 10-15 per gång och är mycket uppskattat av brukarna. Vi kan se en effekt kopplat till denna aktivitet i form av bättre nattsömn vilket har rapporterats av såväl dag som nattpersonal.

Musikprojektet, Musik i minne fortsätter under året.

Äldreboendet, Bjärkegården har implementering av att "Erbjuda aktiviteter 2 gånger /7 dagar i veckan", både individuella och gruppaktiviteter. Lite större aktiviteter har varit trädgårdsröj på demensboendena, utflykt till Magra kyrka tillsammans med träffpunkten och där sångfåglarna från Bjärke uppträder, terapihund har besökt de olika avdelningarna 1 gång/vecka under året. Fikastunder, lunchtrav är en del av aktiviteterna med enskilda brukare.

Kören Sångfåglarna har blivit jättepuläret. Nu är kören full med medlemmar och det finns ytterligare intresse att vara med.

Egentiden har prioriterats, för de som önskar särskilda aktiviteter har vi försökt tillmötesgå dessa.

Tuvegårdens äldreboende har 100 % nöjdhet men fortsätter med förbättrings områden. Natt personal har valt "En God Natt" och tagit fram en hel del åtgärder som kommer att skrivas ner i en handlingsplan som visar hur brukarna vill ha det.

Implementeringen av att erbjuda två aktiviteter per dag är klar. Här erbjuds aktiviteter som bland annat kan vara yoga, gymnastik, promenader, musik quiz, filmvisning, spel, frågesport, bakning, Spa.

På demensavdelningarna har det varit en trädgårdsdag med hembakat till fiket. Det har bland annat genomförts fester, sommarfest, jul och nyårsfestligheter inneburit extra god mat, fin dukning, underhållning.

Alla brukare erbjuds egen tid 1 timma per vecka. Under året har demensboendena också implementerat egentiden vilket kan innebära att brukarna får mer utvistelse.

Utevistelser har och är en prioriterad verksamhet på hela Tuvegården.

Hagagårdens äldreboende ökade i brukarnöjdhet från 57 % 2018 till 84 % 2019. Vi har arbetat mycket med att informera till anhöriga om vad som händer på huset.

Boendeavdelningen har fått i uppdrag att ha 2 aktiviteter per dag. De aktiviteter som är mest uppskattade är badet, trädgårdsarbete och promenader/utevistelse. Vi har även film eftermiddagar, MMM, och musikunderhållning. Vissa av dessa aktiviteter får vi hjälp med från Slussen. Vi hade grillkväll i våras där alla boende och många anhöriga var med som blev väldigt uppskattad.

Stickprovskontroller gällande följsamhet av hygienregler görs av enhetschef. Här kan resultatet visa att de allra flesta följer regler gällande exempelvis att inte använda sig av nagellack, smycken eller lösnaglar. I händelse att någon missar detta brukar kollegorna och hygienombuden vara bra på att påminna.

Särskild rutin för egenkontroll på en korttids enhet som kompletterar de basala hygienrutiner.

Varje månad lämnas egenkontroll för livsmedel in från demensavdelningarna. Denna granskas och återkoppling sker i de fall där någon del saknas exempel inte skett en ordentlig städning. eller om det skett någonting som behöver hanteras långsiktigt. Möten med ISS och köket för att identifiera förbättringar kring mathanteringen och arbetet i serveringsköket. Rengöring av serveringsköket har genomförts efter inspektion av Miljö och hälsa med godkänt resultat

När det gäller hur vi använt oss av resultaten från öppna jämförelser så har vi reflekterat utifrån det resultat som presenterats vid gemensamma chefsdagar där jämförelser gjort kopplat till de resultat vi har inom förvaltningens olika delar. Detta på aggregerad nivå. Vi har inte på enhetsnivå analyserat resultatet mot den egna enheten.

Resultat från kvalitetsregistret Senior Alert, vi saknar dessa resultat som skall delges från hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Kvarboendeavdelning

Avdelningen följer upp kvalitets och säkerhetsarbetet genom metodåret på arbetsplatsträffar, ett aktivt arbete sker på varje enhet och medarbetare får information vid arbetsplatsträffar kring uppföljningsmaterialet. Vi använder oss också av brukarundersökningar, socialstyrelsens brukarundersökning ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019” som finns att läsa till enhetsnivå. Vissa enheter följer också upp brukarundersökning genom att man har tagit ut frågor och medarbetare har med fokusfrågor ut till brukaren, som sedan lyfts fram och diskuteras på arbetsplatsträff i förbättringssyfte.

Avvikelse registreras i verksamhetssystemet Magna Cura och avdelningen ligger över medeltal gällande både fall som är 163 i medeltal mot målvärdet som är 129, likaså gällande läkemedelsavvikelse som är 102 i medeltal mot målvärdet som är 69. Enskilda enheter har förbättrats sitt resultat från 2018. Läkemedelsavvikelse följs upp på individnivå. Avvikelse som skett i verksamheten under månaden följs upp och går igenom på arbetsplatsträffar. I grupper där många läkemedelsavvikelse sker har enhetschef enskilda samtal med medarbetarna som en förbättringsåtgärd. Har ökat det gränsöverskridande arbetet ännu mer mellan kvarboende och äldreboendesidan för att minska antalet timvikarier. På så sätt täcks frånvaro i större utsträckning av ordinarie och utbildad personal där man också kan se att avvikelserna har minskat från 2018. Mätningar har gjorts genom NKI visar att avdelningens kundnöjdhet ligger på 94% mot rikets 88%.

På områden där NKI inte görs som på korttidsboende har egen mätning gjorts vilket visar på mycket hög brukarnöjdhet i form av en anhörigenkät.

Avdelningen arbetar med ett salutogent förhållningssätt och målet är att:

” Alla som får vårt stöd är nöjda med oss”. Avdelningen och enheten har arbetat med Alingsås kommuns värdegrund vid APT och planeringsdagar, Öppenhet, respekt och engagemang som det salutogena förhållningssättet bygger på Socialstyrelsens undersökning ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019” har mätning gjorts specifikt på hemtjänst. Resultatet visar på att man är till 94% nöjd vilket är

ett positivt resultat, främst till 99% är man nöjd med personalens bemötande. Det resultat som fått minst positivt svar är om man upplever ensamhet vilket är 45%. Förebyggandeenheten har påbörjat ett arbete i samverkan med pensionärsorganisationerna om hur man tillsammans kan bidra till att minska ensamhetsproblematiken.

Förebyggandeenheten har jobbat med att stimulera och utveckla frivilliginsatser på boenden och inom kvarboende genom samverkan med PRO och SPF i Alingsås och Bjärke, Skpf, RPG, Aktiva Seniorer, Synskadades riksförbund, Hörselskadades riksförbund, Alingsås och Bjärke hembygdsförening, Seniordata, kyrkliga samfund, Neuroförbundet och Röda korset.

Förebyggandeenheten ingår också i en projekt, som drivs av Hushållningssällskapet med medel från Allmänna arvsfonden, för att öka matglädjen hos äldre personer.

Under året har aktivitetsutbudet förändrats efter önskemål från målgruppen. Nya aktiviteter är bland annat lunchverksamhet, fler fysiska aktiviteter, yoga och sociala aktiviteter som berättarkafé, samtalssalong och skivor till kaffet. Fixartjänst har fortsatt anordna teknikcaféer och syn- och hörselinstruktören fortsätter med sina kafèer på träffpunkterna.

Förebyggandeenheten har utvecklat ett nytt arbetssätt för att nå ut till alla personer i Alingsås som fyllt 80 år. De erbjuder nu flera valmöjligheter i form av hembesök, informationsträffar i Alingsås och Bjärke, skriftlig information per post, information längre fram eller ingen alls via en blankett. Dessutom bjuder enheten in till ett informationstillfälle (halvdag), dit också anhöriga är välkomna.

Antalet frivilliga volontärer har succesivt ökat sedan 2017. Enheten har aktivt jobbat för att skapa samverkan och nå ut vilket har lett till ett fördjupat samarbete med flera aktörer. Idag finns exempelvis utarbetade referensgrupper inom de olika pensionärsorganisationerna som enheten samverkar genom och som bedöms vara en bidragande orsak det ökade engagemanet bland pensionärer att delta i frivilligarbetet.

Enhetens uppdrag är att tillgodose aktiviteter och minska isolering för personer i eget boende. När det gäller antalet besök från personer i eget boende ses en tydlig ökning sedan uppstarten 2017. Vilket tyder på att den ökade samverkan nu har börjat ge effekt. 2019 var antalet besök per år 16 543 jämfört med 12 706 besök 2017.

Förebyggandeenheten samverkar med arbetsmarknadsenheten (AME). Dels via det så kallade "Äldreprojektet" där personer som behöver arbetsträning hjälper till på våra träffpunkter och dels via vårt "matprojekt". Matprojekt är vårt namn på arbetet att få till fler matmöten för seniorer som bor i eget boende. Idag lagas mat på Café Kvarnen som drivs av AME. En annan del av AME:s verksamhet kör ut maten till Hagagården och där hjälper frivilliga till att servera så att seniorer kan få äta i gemenskap.

Administrationn av trygghetsbostäder har under 2019 blivit helt digital. All registrering finns nu i en GDPR godkänd databas. Detta medför att seniorer kan få en mer korrekt bild på hur de ligger till i kön och tilldelningen har blir mer effektiv.

All omvårdnadspersonal på Kvarnbacken har fått nutritionsutbildning av SSK, syftet är att öka kunskaperna kring att arbeta förebyggande gällande fall, undernäring och trycksår.

Det har getts stöd och rådgivning till brukare som har hemtjänst i samband med fall i hemmet som inte är inskrivna i HSV, vad kan man få för hjälp ex genom primärvård,

omvårdnadspersonalen har sett över brukarens hem som lösa sladdar, mattor och andra föremål som kan orsaka en ökad fallrisk.

Implementering av Magna Cura webb är genomförd samtliga hemtjänstgrupper samt i korttidsverksamheten. Detta för att säkerställa goda möjligheter för medarbetare att både följa dokumentation och dokumentera.

Avdelningen för funktionsstöd

För att tillförsäkra den enskilde brukaren god vård och omsorg arbetar AFF aktivt med att brukare ska ha aktuella genomförandeplaner och att dessa ska följas upp enligt rutin. Genomförandeplanerna kompletteras med bemötandestrategier för att tydliggöra hur insatsen ska genomföras. Fortlöpande har varje personalgrupp regelbundna arbetsplatsträffar och pedagogiska konferenser där uppföljning av mål och olika planer sker med syfte att utveckla och individanpassa insatser för den enskilde.

För att tillgodose den enskilde brukares behov av kontinuitet i vem som verkställer stödet arbetar avdelningen med att bemanna upp och projekt "Heltidsresan" är inledd. Tanken är att detta ska minska antalet timvikarier i verksamheten.

Avdelningen har under året haft fokus på avvikelser och rapportering av dessa. Målet har varit att implementera metoden och att öka antalet avvikelser med 50% jämfört med 2018 vilket avdelning uppnått. SAS utbildade enhetschefer och metodutvecklare som i sin tur utbildat stödpersonal.

Analys och reflektion över avvikelser, tillbud och arbetsskador genererar också kunskap och förståelse för hur personal kan identifiera tidiga tecken i brukarens beteende och på så vis kunna agera förebyggande för att minska brukares utåtagerande beteende. Antalet avvikelser ökade med 84% under 2019.

Avdelningen har inte aktivt arbetat med fallolyckor då avvikelserna inom detta området är få.

Vid analys av årets registrerade fallolyckor framkommer det att det främst är några få brukare som drabbas av fallolyckor. I flera fall finns det en naturlig förklaring och arbetet sker individuellt med den enskilde brukaren, tex avseende möblering och placering av hjälpmedel. Samverkan har skett mellan olika personalgrupper och HSL-personal. Vid dessa träffar har man aktivt fokuserat på brukarens situation och arbetat lösningsfokuserat. Detta har resulterat i att stödet för den enskilde brukaren har utvecklats och antalet fall och läkemedelsavvikelser har minskat för några brukare. I några verksamheter har checklistor och dagplanerare införts för att minska medicinavvikelseerna.

AFF har två utredda Lex Sarah-rapport under året. Båda handlar om bemötande från personal till brukare. Handlingsplan är upprättad för personalgrupperna och uppföljning är inplanerad. Rutiner och bemötandestrategier i det aktuella fallen har utvecklats och implementerats i personalgrupp för att säkerställa att risk för missförhållande inte upprepas. Händelserna har också diskuterats i avdelningens ledningsgrupp för att förebygga och minska risken för att liknande händelser uppkommer. Genomgång av rutiner kring lex Maria och lex Sarah sker årligen på APT. Som särskild satsning under 2019 har personal på avdelningen tagit del av ett avsnitt av TV-

programmet Uppdrag granskning som handlade om missförhållanden inom LSS-verksamhet och sedan fört diskussioner utifrån detta.

SAS har utbildat enhetschefer och metodutvecklare i hantering av avvikelser i Magna Cura. Återkoppling på inlämnade lex-Sarah rapporter har inte fungerat tillfredsställande.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2019 genomfört en verksamhetstillsyn på en gruppbostad inom verksamhetsområdet. IVO fattade beslut att avsluta ärendet men påtalade följande brister: Alltför omfattande social dokumentation, personalens kompetens motsvarande brukarnas individuella behov avseende stöd till kommunikation är inte säkerställd, organisation av arbetet vid gruppbostraden är inte säkerställt så att den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Verksamheten har tagit fram en handlingsplan utifrån ovanstående brister och förändringsarbetet fortsätter löpande med samtliga områden. Personalstyrkan har förstärkts med en stödpedagog, som fått ett riktat uppdrag med att ta fram tydliga strategier och genomförandeplaner för brukarna.

För att verksamheten ska hålla en god kvalitet är avdelningen beroende av kunnig och kompetent personal som har ett pedagogiskt förhållningssätt och agerar lågaffektivt när de möter den enskilde brukaren. Under året genomförde avdelningen en utbildningssatsning för all personal i "Pedagogiskt förhållningssätt". Syftet är att öka personalens kompetens i att möta brukarens behov och på så vis uppnå en ökad kvalitet för brukaren i vardagen. Utbildningen fortsätter under 2020.

Flera av enheterna har parallellt arbetat med utbildning inom lågaffektivt bemötande. Dessa arbetsmetoder implementeras och följs upp genom att systematiskt arbeta med fortlöpande reflektion på pedagogiska konferenser i syfte att öka brukares inflytande, delaktighet och självbestämmande. Ett gott bemötande är en grundläggande förutsättning för den enskilde brukarens delaktighet och självbestämmande. Bemötandet ska präglas av respekt, ödmjukhet och empati. Stödet utformas individuellt och personer med funktionsnedsättning ska kunna påverka planeringen av sina insatser. Det framgår av genomförandeplanen hur brukaren varit delaktig i hur insatsen ska verkställas.

Inom avdelningen har ett nytt dokumentationssystem, Magna Cura ÄHO, införts under hösten. Utbildning av personal i systemet har skett. Detta innebär en förbättrad kvalitet då en säker dialog kan ske mellan olika personalkategorier, exempelvis mellan stödpersonal och sjuksköterska.

De olika personalgrupperna inom personlig assistans har försetts med datorer. Magna Cura har introducerats som ett arbetsverktyg och numer sker social dokumentation digitalt inom merparten av verksamheten.

Hjärt- och lungutbildning har genomförts på några enheter inom verksamhetsområdet.

Utifrån brukarundersökningens resultat har avdelningen arbetat med att utveckla arbetet med tydlighet och kommunikation. Genom att implementera olika former av bildstöd, scheman eller genom digital teknik, såsom I-pads eller datorer. Metod kallas för AKK, vilket står för alternativ och kompletterande kommunikation.

Effekten av detta är att kunskapsnivån kring hur arbetet ska bedrivas har höjts, det förekommer mer reflektioner kring våra brukares olika agerande och beteende.

Personalen hittar lättare rätt i vilket stöd de ska ge för att kompensera och anpassa för

brukarens funktionsnedsättning. Vi ser att vi med hjälp av AKK har kunnat förbereda brukare inför olika aktiviteter och på så sätt kunnat genomföra aktiviteter som de tidigare haft svårt för.

Detta arbetssätt visar sig också i att personal känner sig tryggare.

Brukare och gode män har uttryckt att de är nöjda över att delaktigheten och insynen i hur insatsen verkställs har ökat.

Personal upplever detta som ett bra stöd.

Kontroll av livsmedelshygien sker fortlöpande på aktuella enheter av miljöskyddskontoret. Resultatet har varit godkänt och inte påvisat brister.

Arbetskläder finns på samtliga gruppboendestäder och även i några ärenden med personlig assistans och enheter där vårdnära arbete utförs.

Myndighetsavdelningen

Under sommaren 2019 intensifierades arbetet med att förtydliga gränsdragningen i reglementet (antaget av kommunfullmäktige 21 november 2018, § 197) mellan socialförvaltningen och Vård och omsorgsförvaltningen. Första september flyttades alla beslut om insatser enligt SoL över till socialförvaltningen, vilket innebar att beslut om boendestöd ej längre kan fattas inom LSS. I mitten på november flyttades insatser om kontaktpersoner och stödfamiljer enligt LSS till Vård och omsorgsförvaltningen. Båda förvaltningarna har under hösten träffats för att reda ut oklarheter och gränsdragning mellan förvaltningarna Magna Cura LSS som tillhört socialförvaltningen har överflyttats till Vård och omsorgsförvaltningens verksamhetssystem Magna Cura ÄHO, migrering har genomförts enligt tidsplan och var klart i början på december. Överflyttningen genomfördes manuellt och utfördes av extrainsatt personal då det inte fanns tid för ordinarie personal att hinna med. Under hösten har myndighetsavdelningen utarbetat nya riktlinjer för LSS, dessa antogs på nämnden december 2019. Flera nya rutiner har upprättats och gamla rutiner har reviderats gällande myndighetsutövning. Allt för många patienter placeras på korttiden för att vi inte har ett bra flöde i processen. Handläggningstider under vissa perioder är långa inom LSS. Orsaken är en alltmer större inflöde av ärenden samt att handläggningstiden blir utdragen då vi väntar på intyg gällande funktionshindrets varaktighet. Medabetaerna har en hög arbetsbelastning av ärenden och möten i Västbus.

Avvikelser, extern verksamhet

Externa utförare har egna rutiner för avvikelshantering som beskrivs i respektive ledningssystem. Hemtjänstutförare rapporterar därför avvikelser inom hälso- och sjukvård, läkemedel och fall, i vård- och äldres verksamhetssystem, dessa redovisas tillsammans med de avvikelser som finns i den egna regionen. Varje kvartal rapporteras antal avvikelser in till Alingsås kommun.

Äldreboende som drivs på entreprenad eller genom avtal enligt IOP

Ginstgården		Ängabogården		Kaptenen	
informationsöverföring	1	informationsöverföring	20	informationsöverföring	16
omvårdnadshändelse	4	omvårdnadshändelse	46	omvårdnadshändelse	18
bemötande	1	bemötande	5	bemötande	10
dokumentation	0	dokumentation	6	dokumentation	12
läkemedel	19	läkemedel	92	läkemedel	114
fall utan skada	48	fall utan skada	71	fall utan skada	68
fall med skada	8	fall med skada	2	fall med skada	3
fall med fraktur	1	fall med fraktur	14	fall med fraktur	2
lex Sarah	1	lex Sarah	0	lex Sarah	1
Lex Maria	0	Lex Maria	0	Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	0	Synpunkter/klagomål	10	Synpunkter/klagomål	23

Hemtjänstutförare inom kommunens valfrihetssystem enligt LOV

Hemtjänst		24 h vård o omsorg	
informationsöverföring	5	informationsöverföring	1
omvårdnadshändelse	8	omvårdnadshändelse	1
bemötande	0	bemötande	0
dokumentation	2	dokumentation	0
fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	69	fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	1
fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	9	fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
lex Sarah	0	lex Sarah	0
Lex Maria	0	Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	0	Synpunkter/klagomål	0

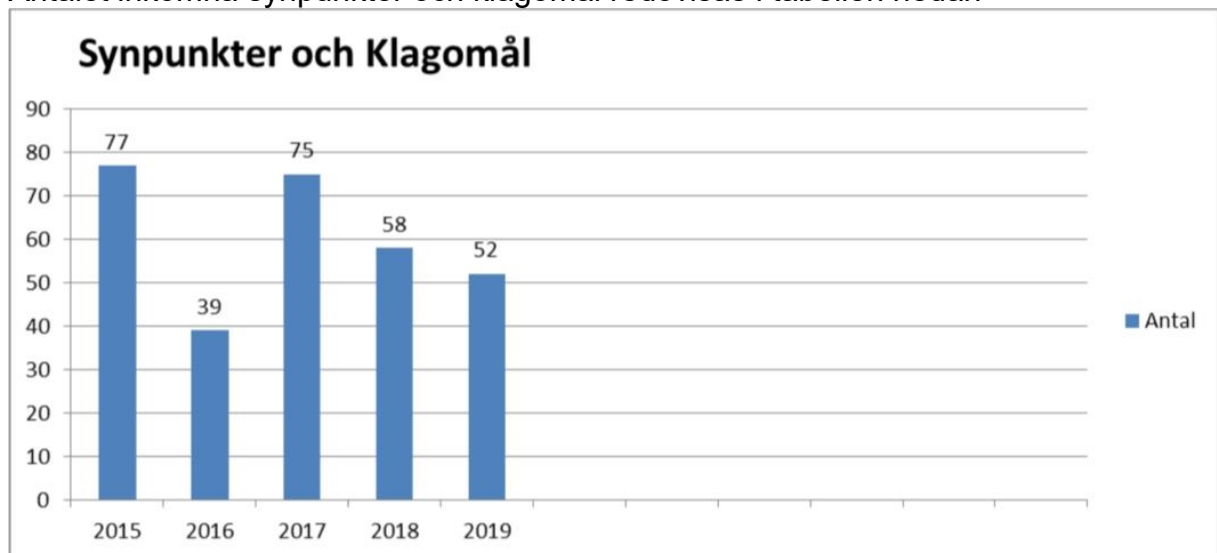
Ruts hemtjänst		Bräcke diakoni hemtjänst	
informationsöverföring	0	informationsöverföring	7
omvårdnadshändelse	0	omvårdnadshändelse	4
bemötande	0	bemötande	1
dokumentation	7	dokumentation	0
fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	23
fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
lex Sarah	0	lex Sarah	1
Lex Maria	0	Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	3	Synpunkter/klagomål	0

Synpunkter och klagomål

Det är nämndens ansvar att ett klimat råder där synpunkter och klagomål ses som en tillgång i förbättringsarbetet. Information om rutinerna för synpunkter och klagomål skall ges till den enskilde och dess anhöriga i samband med upprättande av genomförandeplan eller vid inskrivning i hemsjukvården.

Två gånger per år görs en sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål som delges till vård- och omsorgsnämnd

Antalet inkomna synpunkter och klagomål redovisas i tabellen nedan



Vad handlar synpunkter och klagomål om?

Flera positiva synpunkter har kommit in

- Byte av kontaktperson gav livslusten tillbaka.
- Fantastisk personal som är omtänksamma, trevliga, artiga och hänsynsfulla samt kunniga om demens.
- Fantastiskt att man kan få mat från restauranger.
- Väl genomfört ankomstsamtal
- Personalen är så goa mot mig samt är tillmötesgående och trevliga mot mina närstående.
- Alla skulle vara som hon, har glömt hennes namn.

Klagomål som lämnats in

- Anställd städskor istället för att omvårdnadspersonalen skall lägga tid på det.
- Förstörda kläder i samband med tvätt.
- För dyrt att vara på korttidsboende.
- Anhörig som inte kände sig lyssnad och dåligt bemött av biståndshandläggare.
- Tätare besök av sjuksköterska i hemsjukvården.
- Fick muntligt avslag på biståndsansökan men inget skriftligt beslut, ifrågasätter kommunens hantering av ärendet.
- Saknar aktiviteter på särskilt boende.
- Fimpar som slängs i bostadsområden utanför entreér.
- Sänkt värde på kommunens 25-årsgåva, känslan av att inte vara lika mycket värd.
- Hemtjänsten kör för fort i bostadsområden.
- Personal som blivit flyttade på eller tagits ur tjänst utan anledning blivit

oskyldigt anklagade.

- Dåligt bemötande av biståndshandläggare i akut situation.
- Matsedeln uppdateras inte på kommunens hemsida.
- Korttidsbeslut genomförs på permanent plats på grund av avsaknad på lediga platser.(AFF)
- Brist på LSS boenden till yngre personer som vill flytta hemifrån.(AFF)
- Får inte delta vid aktiviteter som anordnas på korttidsboendet.(AFF)
- Inte fått besöka gemensamhetslokal i den utsträckning som önskas.(AFF)
- Bristande engagemang från ssk till person med specifika behov.(AFF)

Verksamheternas analys, åtgärder och resultat av synpunkter och klagomål

Hälso- och sjukvårdsavdelning

Avdelningen har fått in synpunkt och klagomål på att det är svårt att nå sjuksköterska via telefon.

Synpunkter internt i förvaltningen: Varje år ökar antalet delegeringar i verksamheten och hanteringen för legitimerade når sin topp inför sommaren.

Äldreboendeavdelning

Generellt på våra äldreboenden får vi få synpunkter och klagomål skriftligt. Ibland får vi muntligt dessa hanteras omgående och ibland blir det per telefon. Vi informerar bland annat på anhörigträffar för att få fler brukare och anhöriga att få kunskap och kännedom om vår synpunkt och klagomåls hantering. Vi ser i brukarundersökningen att få har kännedom om hur man kan göra för att lämna synpunkter och klagomål.

På några enheter har vi inte fått in några klagomål eller synpunkter detta är beroende på en positiv effekt av en väl fungerande vård och omsorg vilket anhöriga och brukare tydliga med.

I de fall brukare eller anhöriga har synpunkter så har vi alltid en nära dialog och löser frågorna i samtal. Vi har synpunktsblanketter på respektive avdelning så att brukare och deras anhöriga har dessa lätt åtkomliga vid behov.

Blanketter samt muntlig information lämnas både vid lägenhetsvisning och vid ankomstsamtal. Trots detta fortfarande låga värden i brukarundersökningen 2019 "hur man klagat".

Kvarboendeavdelning

Brukare informeras om att synpunkter och klagomål är ett sätt för oss att få reda på hur vi kan bli bättre. Man får en pärm med information då hemtjänst startar och en genomgång av pärmen, däri finns blanketten om synpunkter och klagomål.

Brukare och anhöriga uppmuntras också till att ta kontakt med enhetschef för att tidigt kunna åtgärda klagomål.

Medarbetarna informeras av enhetschef om hur man hanterar synpunkter och klagomål, denna information ingår också vid introduktion av semestervikarier.

Rutin (alfresco) finns och används om hur enhetschef ska hantera klagomål.

Avdelningen för funktionsstöd

Blanketten ”synpunkter och klagomål” har delats ut till brukare och finns tillgängliga på enheterna.

Synpunkter och klagomål som inkommit utreds på den enhet eller enheter som berörs, och återkoppling sker till dem som inkommit med dem.

Verksamhetens åtgärder som skett utifrån politiska mål, åtagande, verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister

Kvalitets resultat

Nattfasta

Ingen genomförd nattfaste mätning under 2019.

Vinterkräksjuka

Alingsås kommun har inte haft något större utbrott av vinterkräksjuka endast enstaka fall.

Dokumentationsgranskning hälso-och sjukvård

Journalgranskning genomförts med ett slumpmässigt urval på 10 journaler. Genomförandet av journalgranskning för kommunal hälso-och sjukvård finns inget evidensbaserat stödmaterial. Här får medicinsk ansvarig sjuksköterska ansvara själv för utformningen av en granskningsmall. År 2015 genomfördes en granskning av 100 journaler. Resultatet visade att dokumentationen inte skedde på ett säkert och systematiskt sätt. Påbörjades ett lokalt arbete att utforma verksamhetssystemet så att dokumentationen blir mer säkert, lättförståeligt, personcentrerat och på ett systematiskt sätt. Nytt dokumentationssätt för hälso-och sjukvårdspersonal startades 2016 i oktober. Beslut togs att verksamheten behöver komma igång ordentligt innan en ny journalgranskning genomförs. Däremot har stickkontroller gjorts kontinuerligt.

Resultat från 2019 års journalgranskning visar att innehållet i huvudbilden finns lättillgängligt och ingen sekretess information fanns synligt. Riskbedömningar som skall göras utifrån fall, undernäring och trycksår fanns endast i tre journaler.

Den största förändringen som gjordes när systemet förändrades var att man skall dokumentera utifrån omvårdnadsplaner med en tydlig problemformulering, målformulering samt åtgärd.

Resultatet, visar att omvårdnadsplaner används med en tydlig problemformulering, målformulering och åtgärd, däremot behöver många planer och resultat uppdateras eller avslutas,

målformulering finns tydligt men saknades en tidsbestämning, fanns inte något olämpligt språk, värderingar eller patientnamn.

Social dokumentationsgranskning

Socialt ansvarig samordnare, har granskat dokumentation och genomförandeplaner kontinuerligt under året genom stickprov i vård- och omsorgs verksamheter. Det som granskas är om det finns aktuell genomförandeplan och social dokumentation.

Granskningen görs i verksamhetssystemet Magna Cura. I genomförandeplanen skall det

framgå om den enskilde varit delaktig när planen upprättades, den skall vara aktuell och om den är uppdaterad.

Det som ses i planerna är att delaktigheten inte i alla fall framkommer och skälet till det samt om vilka egna resurser brukaren har samt livssituation.

Målen med insatsen framkommer inte alltid.

Den sociala dokumentation är oftast god och det framkommer tydligt vad som hänt samt vad som åtgärdats. I de fall som dokumentationen är sämre ses stora variationer både i innehåll och detaljer, även svårigheter med språket kan göra att dokumentationen ibland är svår att läsa och tyda.

En åtgärdsplan har tagits fram för ett av de externa hemtjänstutförarna då det var brister i dokumentationens innehåll och att den inte skedde löpande.

Granskningen har inte skett i samma utsträckning inom AFF:s verksamhet då de först under sen höst 2019 överflyttats till ett gemensamt verksamhetssystem Magna Cura Äldre.

Kvalitetsregister Senior Alert, Palliativa registret och BPSD

Senior Alert

Är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet. I Senior Alert riskbedöms samtliga vårdtagare 65 år eller äldre, inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa och därefter vidtas åtgärder. Senior Alert registret visar att vi regelbundet använt oss av registret, genom att använda Senior Alert som ett arbetsverktyg skapar förutsättningar för att upptäcka eventuella risker. Vi kan erbjuda evidensbaserade åtgärder för att förebygga de risker som föreligger. Syftet med riskbedömningar är att där risk föreligger ska åtgärder planeras, erbjudas och utföras.

BPSD

Svenskt register för **B**eteendemässiga och **P**sykiska **S**ymtom vid **D**emens. BPSD registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Är den sammanlagda siffran enligt registret under 20 är bedömningen att brukaren mår relativt bra, i Alingsås är siffran 19. För att lyckas med analys av BPSD är det av stor vikt att bemötandeplan görs för att kunna möta varje unik person utifrån personens livsvärld.

Svenska Palliativregistret

Är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Syftet med detta register är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Idag beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor. Oavsett sjukdom så är detta kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet. Resultaten utifrån kvalitetsindikatorerna tydliggör vilka områden som behöver förbättras för att kvalitetssäkra vården vid livets slut. Siffran som står inom parentes visar 2018 resultat. Resultatet visar ett betydligt bättre resultat än föregående år endast inom ett område kan man se en liten försämring, trycksår.

Resultat, Palliativ register 2019

Kvalitetsindikatorer	Resultat	Målvärde	Antal väntade dödsfall
Dokumenterade brytpunktssamtal	84,5%(75,7)	98%	142
Injektion opioid vid smärtgenombrott	97,9%(96,4)	98%	142
Injektion ångestdämpande vid behov	97,2%(95,7)	98%	142
Smärtskattats sista levnadsveckan	63,4%(45)	100%	142
Munhälsobedömning sista levnadsveckan	66,9%(53,6)	90%	142
Utan trycksår (grad 2-4)	90,8%(94,3)	90%	142
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	93%(91,4)	90%	142

Munhälsobedömningar och uppsökande tandvård, tandvårdsregister

Tandvårdsreformen genomfördes 1999 (Tandvårdslagen 1985:125)

som innebär att äldre och funktionshindrade med stort omvårdnadsbehov har rätt till uppsökande och nödvändig tandvård. I särskilt boende erbjuds alla som flyttar in munhälsovårdserbjudande och tackar brukare ja så kommer en tandhygienist till boendet och gör en munhälsovårdsbedömning. Alla brukare i särskilt boende erbjuds årligen uppsökande tandvård. I ordinärt boende erbjuds idag de personer som har hemsjukvård och ett stort omvårdnadsbehov uppsökande tandvård.

Personalen erbjuds årligen utbildning i munhälsovård de senaste 3 åren har 188 personer deltagit från Alingsås kommun.

Resultatet visar att från föregående år är att antalet utfärdade intyg och munhälsobedömningar har ökat.

Erbjudna munhälsobedömningar LSS/Enskilt boende, ja 177, utfärdade intyg 513
Äldreboende, ja 235 , utfärdade intyg 252

Totalt antal genomförda
munhälsobedömningar 396

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i kommunalt akutläkemedelsförråd

Denna kvalitetsgranskning genomförs via enkät, ansvariga för denna undersökning är VG regionen, som riktar sig till ansvariga sjuksköterskor.

Sammanfattning av resultat visar att Alingsås har en välfungerande läkemedelshantering.

Vi har tidigare identifierat förbättringsområde inom detta område vilket vi gjorde en åtgärd att alla nyanställda sjuksköterskor får ett introduktionstillfälle där mas ansvarar för att informerar om läkemedelshantering.

Däremot får alla sjuksköterskor svarar på en egenkontroll läkemedelshantering som är utformad av mas även detta resultat visade att vi har en fungerande läkemedelshantering.

Hälso- och sjukvårdsavdelning

Verksamheten gör uppföljningar av VOO förvaltningens nyckeltal och målsättningar som finns i metodår 2019, ekonomi, sjukfrånvaro, brukar nöjdhet.

Uppföljningar görs av mål och handlingsplaner som finns i samverkansgruppen, SAMLA exempel på mål områden, tillämpning demens, SIP begreppet och arbetssätt, Mobilnärvård, NSVT, hemsjukvårdsläkare och palliativt team.

Kommunal hälso- och sjukvård har stora förväntningar på att göra mer och mer avancerade vårdinsatser i hemmet. Vilket kräver mer resurser från hemsjukvården. Socialstyrelsen krävde från 2019-01-01 att all kommunal hemsjukvård skall leverera in statistik, av kvalitetsåtgärder(KVÅ). Alla insatser som sjuksköterskan/rehabpersonal utför skall då kodas till en sifferkod som levereras till socialstyrelsen. KVÅ kodningen ger möjlighet att mäta de vårdåtgärder vi faktiskt gör i kommunal hemsjukvård insatserna kan tids mätas och då relatera till en kostnad.

Mobila arbetssätt kan effektivisera vardagen för legitimerade, därav har vi infört mobila arbetsplatser, lapstops utrustade med mobil teknik.

Detta är tillika en förutsättning för kommande införande av digital signering 2020.

Under året så har tvätt möjligheter för arbetskläder har skapats vilket är ett lagkrav.

Rutin för madrassförskrivning har skrivits och implementerats av mar på arbetsplatsträffar för sjuksköterskorna samt genom förskrivartäffar.

Äldreboendeavdelning

När det gäller följsamheten till användningen av kvalitetsregistren ser vi att på vissa enheter finns ett förbättringsarbete att göra under kommande år.

På äldreboendet Tuvegården, får alla brukare med en demensdiagnos en skattning i BPSD. Aktuella åtgärder är vidtagna efter detta. BPSD är ett levande arbete som präglar vården av dementa idag så den verkligen blir personcentrerad. Resultaten inom BPSD visar på stor sänkning av oro, apati, ångest, aggressivitet, mat och sömnstörningar hos de dementa. BPSD används även som arbetsmetod hos andra brukare med beteendemässiga och psykiska symtom. Miljön kring matsituationer har blivit avsevärt bättre efter åtgärder från BPSD.

Hagagårdens resultat kan man se att arbetet med att använda sig av BPSD visar att brukarna mindre oroliga och sover bättre.

Kvarboendeavdelning

Enhetschefer arbetar samverkar med HSV kring Senior Alert vid teamsamverkan. Kvarnbackens korttidsboende har utbildat fler BPSD-administratörer och har infört kontinuerliga BPSD möten för att säkerställa och följa det systematiska arbetet enligt BPSD.

Avdelningen för funktionsstöd

Avdelningen har diskuterat resultat i Kolada för att se hur vi ligger till i jämförelse med andra kommuner vid behov.

Att arbeta med brukarinflytande är en ständigt pågående process och avdelningen arbetar aktivt med att öka brukarens delaktighet och inflytande exempelvis vid upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Avdelningen har utifrån brukarundersökningens resultat identifierat och arbetat med förbättringsområden främst inom kommunikation. Dels genom att utveckla arbetet med AKK, men också genom brukarmöten och brukarråd. Sammantaget leder detta till ökad brukarnöjdhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Anvisning: SOSFS:2011:9

Samverkan så väl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. De kan vara fråga om hur samverkan kan bedrivas t.ex. mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper.

Hälso- och sjukvårdsavdelning

När det gäller extern samverkan så har vi regelbundna samverkansträffar Enhetschef och avdelningschef träffar vid två tillfällen per år vårdcentralernas chefer för avtalsmöte/samverkansmöten. Ett ämne som varit aktuellt under året har varit inskrivning i hemsjukvården, vi kan tydligt se brister i underlagen och dessa har vi tillsammans omhändertagit vilket då ger en större förståelse för varandras verksamheter.

Vi har haft ett samverkansmöte med närsjukvårdsteamet under året.

Samverkansmöte med enhetscheferna på socialförvaltningen två till tre gånger per halvår.

Samverkansmöte med den psykiatriska öppenvårdsmottagningen två gånger per halvår. Samverkan mellan enhetschefer Alingsås, Herrljunga och Lerum två gånger per halvår.

I vårdsamverkan mellan Lerum och Alingsås, SAMLA har personal som arbetar med planering från sjukhus och i in- och utskrivningsprocessen deltagit i möten kring samverkan.

Enhetschef deltar i KOS möten, samverkan mellan högskolan i Borås och chefer närbelägna kommuner.

Extern avvikelser hantering med primärvård och sjukhus.

Sjuksköterskorna deltar på Socialförvaltningens olika boendes APT där avvikelser tas upp.

Två sjuksköterskor inom vår verksamhet ansvarar för SAMSA-verktyget. Detta verktyg används när en brukare exempelvis blir inskickad till lasarettet eller att en vårdgivare önskar få en brukare inskriven i kommunalhemsjukvård. Vi har under året förbättrat förståelse för varandras ansvar samt vikten av bra checklistor och att all information och förväntningar finns med i underlaget innan fråga om inskrivning.

Intern samverkansträffar

- Samverkansmöte med enhetscheferna och avdelnings chefer på kvarboende och äldreboendeavdelningen två till tre gånger per halvår.
- Samverkansmöte med cheferna i de olika områden ca. en gång per månad.
- Samverkan med rehab och sjuksköterskor i kompetensutveckling.
- Personal deltar på arbetsplatsträff där avvikelser tas upp.

Äldreboendeavdelning

Intern samverkan finns på våra äldreboenden bestående av lokala team, sjuksköterska, undersköterska och chef. På så sätt har vi samsyn med brukaren i fokus. Samsyn över att ha brukaren i fokus är även en stående punkt på arbetsplatsträffar.

Reflektionsmöten sker varje vecka där delar av rehabteamet deltar här tas insatser såsom medicinhantering, fallprevention, sårvård. Där ges möjlighet att följa upp nuläge på individnivå och planera utifrån detta.

Ett utökat samarbete mellan våra olika korttidsenheter för en mer optimal placering av brukare har skett under året.

Kvarboendeavdelning

Samverkan sker mellan hemtjänst och psykiatri då vi ofta möter samma brukare, möten gällande SIP (samordnad individuell plan) har ökat och är ett fortsatt utvecklingsområde att jobba vidare med under 2020 för att förebygga och höja kvalitén för brukaren.

Förebyggandeenheten har under 2019 utökat samverkan med primärvården där distriktsläkare slussar seniorer med depression/ensamhetsproblematik direkt till kommunens träffpunkter. Enhetens fixartjänst samverkar med räddningstjänst för att sätta upp brandvarnare för de seniorer som inte har det.

Inom dagverksamheten samverkar man med hemtjänst och medarbetare på korttid för att ge brukaren ett samlat stöd.

Samverkan med HSV sker genom teamträffar med Senior Alert som mätning och diskussions underlag. HSV samverkar också med hemtjänst kring behov av specifik kompetenshöjning vid behov, exempel att ta blodtryck, linda ben med mera.

Samverkan sker mellan en hemtjänstgrupp och en arbetsgrupp på en äldreboendeavdelning för en ökad kompetens mellan avdelningar, man har olika delegationer som kan minska risk för uppkomst av vårdskada.

Avdelningen för funktionsstöd

Samarbetet sker med olika yrkeskategorier kring den enskilde brukare sker fortlöpande och fungerar överlag bra. Vid behov i enskilda ärenden har samverkan skett mellan olika yrkesgrupper för att tillsammans komma fram till olika åtgärder, förbättrade strategier och genomförande av insatsen.

Myndighetsavdelning

Trygg och säker hemgång, här sker fortsatt diskussion inom SAMLA avseende rutiner och riktlinjer hur vi ska få till ett bättre flöde med trygg och säker hemgång från slutenvård.

Samverkan med den enskilde och anhörig

Anvisning: SOSFS:2011:9

Verksamheten ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsavdelning

Under året har samverkan skett genom brukardialog i SAMLA. Har varit olika tema på dessa dialogmöten, demens och mobil närvård. Brukardialoger har givit insikt om frågor som är viktiga för våra brukare, ex ensamhet och ofrivillig isolering. I övrigt är man ganska nöjd med våra insatser.

Äldreboendeavdelning

Vi har som tidigare år anhörigträffar som sker regelbundet på våra äldreboende.

Inflyttnings samtal/ankomstsamtal med ny brukare och anhöriga.

Förtroenderåd med politiker, brukare, anhöriga och personal från verksamheten sker regelbundet 1-2 gånger/år på varje äldreboende.

Brukarråd har genomförts kontinuerligt.

Under året påbörjades regelbundna samverkans träffar mellan brukare, anhörig, läkare och sjuksköterska Detta har varit tillämpligt i vissa fall och gynnsamt för att minimera oro, och tydliggöra aktuellt hälsotillstånd. Även här för att ha en samsyn kring den personcentrerade vården och omsorgen.

Vi har under del av 2019 haft uppföljning med sjuksköterskechefen en gång per månad för att gå igenom resurs och teamrelaterade frågor. Ett sätt att hantera frågor som uppkommer från brukarna, medarbetarna i teamet och lyfta dem på ett enkelt sätt i organisationen.

Kvarboendeavdelning

Vid upprättande av genomförandeplan erbjuds både brukare och anhörig (om brukare tillåter) att vara med.

Enhetschef tar alltid kontakt med anhörig i samband med vårdskada.

Både anhöriga och brukare inbjuds till anhörigträffar och förtroenderåd, där möjlighet finns att diskutera och ge synpunkter på verksamheten.

Alla brukare har kontaktperson som också har dialog med anhöriga om samtycke har givit av brukaren.

Anhörigstödet har haft regelbunden kontakt med 167 anhöriga under 2019. 52 nya kontakter har tillkommit, 50 har avslutats. Därutöver är det ett stort antal anhöriga som använt sig av den öppna telefonrådgivningen.

Under året har anhörigstödet erbjudit anhöriga att delta i 6 temakvällar, regelbundna anhörigcirkel med tema demens och neurologiska funktionsnedsättningar.

Anhörigcaféet har varit öppet 50 gånger på Hagagårdens träffpunkt samt haft en mötesplats öppen 1 gång/månad på Brunnsgårdens träffpunkt.

Anhörigstödet har tillsammans med Bräcke diakoni och Röda korset bedrivit Alzheimers café med verksamhet 1 kväll/månad för personer med kognitiv svikt och deras anhöriga.

Avdelningen för funktionsstöd

Samarbete och samverkan med anhöriga sker efter den enskilde brukarens önskemål.

Exempel på samverkan är anhörigträffar och brukarmöten, vardaglig kontakt gällande insatserna. Nätverksmöten och samordnad individuell planering-SIP anordnas också.

Brukare och deras anhöriga har bjudits in till invigning av nytt boende. Resultat av genomförd brukarundersökning återkopplas till brukare.

Personalens medverkan i det systematiska förbättringsarbetet

Anvisning: SOSFS:2011:9 All personal har ansvar för att en god och säker vård och omsorg uppnås. All personal har rapporteringskyldighet vid risk för eller vid vårdskada och missförhållande.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Socialtjänstlagen (2001:453), enligt LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Hälso- och sjukvårdsavdelning

På arbetsplatsträffar och lokalsamverkansgrupp (LSG) är de forum där förändringar och viktiga frågor hanteras. Teamsamverkans tillfällena hanterar riskpatienter utifrån en multiprofessionellt arbetssätt.

Arbetsgrupper skapas vid behov kring viktiga frågor. Handleder/informerar omvårdnadspersonalen om nya hjälpmedel som förskrivs.

Utbildning i SIP, begrepp och arbetssätt.

Äldreboendeavdelning

När det gäller omvårdnadspersonalens medverkan i det systematiska förbättringsarbetet så har det genomförts egenkontroller gällande basala hygienrutin. Utöver detta deltar hygienombuden i ombudsträffar och informerar vidare till sina kollegor på APT.

Genomgång av Lex Maria (anmälan om vårdskador) och Lex Sarah sker vid varje nyanställning samt årligen med arbetsgrupperna.

Samtliga anställda har genomgått webbutbildning i palliativ vård under 2019 som ett sätt att höja kvalitén i den vården.

Utbildning i hot och våld har genomförts för 15 anställda på Tuvegården och Hemsjögården. Utbildning i hjärt-och lungutbildning samt "När någon sätter i halsen" är genomfört för all personal.

Delegeringar förnyas årligen genom att medarbetarna gör ett webbaserat kunskapstest samt personlig träff med den delegerande sjuksköterskan.

Reflektionstid med sjuksköterska, handledning till exempel kan ett dödsfall tas upp eller om det handlar om ett komplicerat vårdärende.

Kvarboendeavdelning

Inom avdelningen görs medarbetare delaktiga genom information på APT gällande lagstiftningar och ansvaret som rapporteringsskyldig. Man skriver även under rapporteringsskyldigheten vid sin anställning.

Avvikelse tas upp på team och APT

Rutinpärm finns i varje hemtjänstlokal att gå igenom varje år samt vid nyanställning.

Avdelningen för funktionsstöd

Genom fortlöpande utbildning och återkommande systematisk uppföljning av insatsen är personal direkt berörda i att bidra till att brukaren får en god och säker vård och omsorg. Personal utgår ifrån ett pedagogiskt förhållningssätt i mötet med brukaren.

Bemötandet ska präglas av respekt, ödmjukhet och empati. Stödet utformas individuellt och personer med funktionsnedsättning ska kunna påverka planeringen av sina insatser. Det framgår av genomförandeplanen hur brukaren varit delaktig i hur insatsen ska verkställas. Att personal fortlöpande arbetar med att genomförandeplanen är aktuell och följs upp.

Risikanalys och händelseanalys

Anvisning SOSFS: 2011:9

Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Hälsa-och sjukvårdsavdelning

Vid förskrivning av hjälpmedel av leg personal, görs risk analys och kring begränsningsåtgärder.

Avdelningen för funktionsstöd

En riskanalys genomförs inför verkställande av insatsen, följs upp vid behov eller minst en gång per år.

Äldreboendeavdelning

Vid reflektionsmöten på avdelningarna går vi gemensamt igenom avvikelser, risker i verksamheten och handlingsplaner upprättas där risk föreligger. Däribland skydds och begränsningsåtgärder.

När ny brukare flyttar in på ett äldreboende görs en arbetsmiljöbedömning och utifrån den upprättas handlingsplaner. Denna arbetsmiljöbedömning kan identifiera behov av t ex hjälpmedel som i sin tur kan förebygga händelser. Arbetsmiljöbedömningen följs upp varje år.

Kvarboendeavdelning

Avvikelser gällande kvalitet finns i verksamhetssystemet och registreras och följs upp på samma sätt som läkemedelsavvikelser och fallolyckor.

Handlingsplaner för brukare upprättas vid behov.

Risk och konsekvensanalys upprättas vid förändring i verksamheten.

Datum: 2020-03-03
Handläggare: Kristina Bornhall
Direktr:
Diariennr: 2020.061 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2019

Ärendebeskrivning

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligare ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och skall arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

För att uppfylla kraven i lagen är vårdgivaren skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts.

Övergripande mål har varit att varje brukare ska känna sig trygg och säker i kontakten med vård och omsorg.

Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg kan ges. Ett ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för brukare, personal och övriga medborgare.

Förvaltningens yttrande

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och SOFS 2011:9 säger att vi skall upprätta en patientsäkerhetsberättelse i vilken det skall framgå hur patientarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder vi bedrivit för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat vi uppnått.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Denna berättelse försöker uppfylla detta krav.

De viktigaste resultat som uppnåtts under året är att förvaltningen nu har ett gemensamt verksamhetsystem Magna Cura ÄHO och att samtlig personal inom avdelningen för funktionshinder fått utbildning i systemet.

Förebyggandeenhetens arbete har skapat ett större aktivitetsutbud i samverkan med frivilligorganisationer för personer som bor i eget boende.

Implementering av Magna Cura webb är genomförd i samtliga hemtjänstgrupper samt i korttidsverksamheten. Detta för att säkerställa goda möjligheter för medarbetare att både följa dokumentation och att dokumentera.

Avdelningarna jobbar aktivt med hantering av inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelshanteringen på alla nivåer för att höja kvaliteten i verksamheten. Även avdelningen för funktionsstöd har nu ett fungerande avvikelssystem när de gått över till förvaltningens gemensamma verksamhetssystem.

Ekonomisk bedömning

-

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner vård- och omsorgsförvaltningens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2019.

Beslutet ska skickas till

Handläggare

Anita Hedström
Förvaltningschef

Kristina Bornhall/Kerstin Frost
MAS/SAS

Vård- och
omsorgsförvaltningens
kritiska verksamhetsfaktorer

3

2020.075 VON

2020-03-10

§ 18 2020.075 VON

Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer

Ärendebeskrivning

I enlighet med Alingsås styrmodell ska vård- och omsorgsförvaltningen identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. Vidare ska förvaltningen informera vård- och omsorgsnämnden om vilka kritiska verksamhetsfaktorer som identifierats samt ge information vid uppföljning.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse daterad 2020-03-03 lämnat följande yttrande:

I anvisning för nämndens budget anges att samtliga förvaltningar ansvarar för att kvalitetssäkra verksamheten och löpande utveckla och förbättra de tjänster och den service som levereras. Styrmodellens gemensamma arbetssättet för detta innebär bland annat att förvaltningens ska identifiera områden som är kritiska för grunduppdraget och löpande följa upp dessa.

Vård- och omsorgsförvaltningen har sedan 2017 arbetat med systematisk verksamhetsuppföljning på samtliga nivåer utifrån nyckeltal inom områdena personal, kvalitet och ekonomi. Arbetssättet utvecklades under hösten 2016 till följd av att verksamheten såg ett behov av att arbeta mer metodiskt och systematiskt kring frågor som är primära för verksamhetens kvalitet men också för att kunna samla och dokumentera redan befintlig kunskap och för att skapa möjlighet för lärande av varandra. Urvalet baseras på att nyckeltalen belyser områden som är särskilt betydande för verksamhetens kvalitet.

Då förvaltningen bedömer att nuvarande arbetssätt och befintliga nyckeltal motsvarar styrmodellens gemensamma arbetssätt med kritiska verksamhetsfaktorer har förvaltningen beslutat att fortsätta använda redan befintliga nyckeltal och integrera dessa i styrmodellens matris för kritiska verksamhetsfaktorer. Förutom att nyckeltalen bedöms vara relevanta och väsentliga går de också att följa över i tid sedan 2017.

Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer:

Perspektiv	Kritisk faktor	Uppföljning (nyckeltal/annat)	Utfall (senast mätning)	Uppföljning (hur ofta?)
Ekonomi- Budget i balans	Kostnader överstiger inte intäkter	Budgetavvikelse		Månadsvis
Ekonomi- Budget i balans	Arbetade timmar överstiger inte antalet budgeterade timmar	% av arbetad tid för budget använt		Tre gånger per år
Målgrupp- invånare 65 + år	God kvalitet i hemtjänst	Nöjdhet i hemtjänst		En gång per år
Målgrupp- invånare 65 + år	God kvalitet i särskilt boende	Nöjdhet särskilt boende		En gång per år

Utdragsbestyrkande

2020-03-10

Målgrupp – personer med funktionsnedsättning	God kvalitet i bostad med särskilde service	Trivsel hemma Förtroende för personal		En gång per år
Målgrupp- personer med funktionsnedsättning	God kvalitet i daglig verksamhet	Trivsel på daglig verksamhet Förtroende för personal		En gång per år
Verksamhet	Trygga och säkra omsorgs och hälso- och sjukvårdsinsatser	Antal fallavvikelser Antal läkemedels-avvikelser Antal avvikelser bemötande		Tre gånger per år
Medarbetare- God arbetsmiljö och hälsa	Sjukfrånvaron överstiger inte 8,0 %	Sjukfrånvaro totalt (%)		Tre gånger per år
Medarbetare- God arbetsmiljö och hälsa	Korttidsfrånvaron överstiger inte mer än 3,0 %	Korttidsfrånvaro 1-14 dagar (%)		Tre gånger per år
Medarbetare - God arbetsmiljö	Tidiga rehabiliteringsinsatser erbjuds till alla medarbetare vid upprepad korttidsfrånvaro	Antal personer med fler än 6 sjukfrånvarotillfälle		Tre gånger per år
Medarbetare- Rätt till heltid	Den genomsnittliga sysselsättningsgraden understiger inte 93 %	Genomsnittlig sysselsättningsgrad		Tre gånger per år
Medarbetare- Rätt till heltid	Andelen timanställda överstiger inte Kvarboende 18 % Äldreboende 12 % Hälso- och sjukvård 4,2 % Myndighet och 2,5 % Funktionsstöd 14,0 %	Andel timanställda		Tre gånger per år
Medarbetare- Rätt till heltid	Andelen heltidsanställda understiger inte 100 %	Andel heltidsanställda		Tre gånger per år

Utdragsbestyrkande

2020-03-10

Medarbetare- Nöjda medarbetare	God arbetsmiljö och goda arbetsvillkor	NMI - Medarbetarenkäten		En gång per år
-----------------------------------	---	----------------------------	--	----------------

Uppföljning och rapportering av de kritiska verksamhetsfaktorerna kommer att ske på enhets, avdelnings och förvaltningsnivå tre gånger per år inom ramen för förvaltningen verksamhetsuppföljning . Undantaget budgetavvikelse som följs upp månadsvis. Redovisning till nämnd kommer att ske vid delårsbokslut och årsbokslut.

Därutöver kommer förvaltningen årligen att se över och vid behov revidera de kritiska verksamhetsfaktorerna. Under 2020 har förvaltningen beslutat att komplettera de kritiska verksamhetsfaktorerna med ytterligare faktorer för verksamhetsområdet myndighetsutövning. I samband med förändringen kommer ny information att ges till nämnden.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner informationen.

Expedieras till

Handläggare

Datum: 2020-03-03
Handläggare: Camilla Liljegren
Direktr:
Diariernr: 2020.075 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer

Ärendebeskrivning

I enlighet med Alingsås styrmodell ska vård- och omsorgsförvaltningen identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. Vidare ska förvaltningen informera vård- och omsorgsnämnden om vilka kritiska verksamhetsfaktorer som identifierats samt ge information vid uppföljning.

Förvaltningens yttrande

I anvisning för nämndens budget anges att samtliga förvaltningar ansvarar för att kvalitetssäkra verksamheten och löpande utveckla och förbättra de tjänster och den service som levereras. Styrmodellens gemensamma arbetssättet för detta innebär bland annat att förvaltningens ska identifiera områden som är kritiska för grunduppdraget och löpande följa upp dessa.

Vård- och omsorgsförvaltningen har sedan 2017 arbetat med systematisk verksamhetsuppföljning på samtliga nivåer utifrån nyckeltal inom områdena personal, kvalitet och ekonomi. Arbetssättet utvecklades under hösten 2016 till följd av att verksamheten såg ett behov av att arbeta mer metodiskt och systematiskt kring frågor som är primära för verksamhetens kvalitet men också för att kunna samla och dokumentera redan befintlig kunskap och för att skapa möjlighet för lärande av varandra. Urvalet baseras på att nyckeltalen belyser områden som är särskilt betydande för verksamhetens kvalitet.

Då förvaltningen bedömer att nuvarande arbetssätt och befintliga nyckeltal motsvarar styrmodellens gemensamma arbetssätt med kritiska verksamhetsfaktorer har förvaltningen beslutat att fortsätta använda redan befintliga nyckeltal och integrera dessa i styrmodellens matris för kritiska verksamhetsfaktorer. Förutom att nyckeltalen bedöms vara relevanta och väsentliga går de också att följa över i tid sedan 2017.

Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer:

Perspektiv	Kritisk faktor	Uppföljning (nyckeltal/annat)	Utfall (senast mätning)	Uppföljning (hur ofta?)
Ekonomi- Budget i balans	Kostnader överstiger inte intäkter	Budgetavvikelse		Månadsvis
Ekonomi- Budget i balans	Arbetade timmar överstiger inte antalet budgeterade timmar	% av arbetad tid för budget använt		Tre gånger per år
Målgrupp- invånare 65 + år	God kvalitet i hemtjänst	Nöjdhet i hemtjänst		En gång per år
Målgrupp- invånare 65 + år	God kvalitet i särskilt boende	Nöjdhet särskilt boende		En gång per år
Målgrupp – personer med funktionsnedsättning	God kvalitet i bostad med särskilde service	Trivsel hemma Förtroende för personal		En gång per år
Målgrupp- personer med funktionsnedsättning	God kvalitet i daglig verksamhet	Trivsel på daglig verksamhet Förtroende för personal		En gång per år
Verksamhet	Trygga och säkra omsorgs och hälso- och sjukvårdsinsatser	Antal fallavvikelser Antal läkemedelsavvikelser Antal avvikelser bemötande		Tre gånger per år
Medarbetare- God arbetsmiljö och hälsa	Sjukfrånvaron överstiger inte 8,0 %	Sjukfrånvaro totalt (%)		Tre gånger per år
Medarbetare- God arbetsmiljö och hälsa	Korttidsfrånvaron överstiger inte mer än 3,0 %	Korttidsfrånvaro 1-14 dagar (%)		Tre gånger per år
Medarbetare - God arbetsmiljö	Tidiga rehabiliteringsinsatser erbjuds till alla medarbetare vid upprepade korttidsfrånvaro	Antal personer med fler än 6 sjukfrånvarotillfälle		Tre gånger per år

Medarbetare- Rätt till heltid	Den genomsnittliga sysselsättningsgraden understiger inte 93 %	Genomsnittlig sysselsättningsgrad		Tre gånger per år
Medarbetare- Rätt till heltid	Andelen timanställda överstiger inte Kvarboende 18 % Äldreboende 12 % Hälso- och sjukvård 4,2 % Myndighet och 2,5 % Funktionsstöd 14,0 %	Andel timanställda		Tre gånger per år
Medarbetare- Rätt till heltid	Andelen heltidsanställda understiger inte 100 %	Andel heltidsanställda		Tre gånger per år
Medarbetare- Nöjda medarbetare	God arbetsmiljö och goda arbetsvillkor	NMI - Medarbetarenkäten		En gång per år

Uppföljning och rapportering av de kritiska verksamhetsfaktorerna kommer att ske på enhets, avdelnings och förvaltningsnivå tre gånger per år inom ramen för förvaltningen verksamhetsuppföljning . Undantaget budgetavvikelse som följs upp månadsvis. Redovisning till nämnd kommer att ske vid delårsbokslut och årsbokslut.

Därutöver kommer förvaltningen årligen att se över och vid behov revidera de kritiska verksamhetsfaktorerna. Under 2020 har förvaltningen beslutat att komplettera de kritiska verksamhetsfaktorerna med ytterligare faktorer för verksamhetsområdet myndighetsutövning. I samband med förändringen kommer ny information att ges till nämnden.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga kostnader.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner informationen.

Beslutet ska skickas till

Handläggare

Anita Hedström
Förvaltningschef

Camilla Liljegen
Utvecklingsledare

Ej verkställda beslut SOL

2019

4

2019.049 VÄN

Datum:	2020-02-27
Handläggare:	Birgitta Strandin
Direktnr:	7076
Beteckning:	Rapportering ej verkställda beslut

Rapportering av ej verkställda beslut 2019- Q4

Ärendebeskrivning

En rapporteringsskyldighet infördes 2006-07-01 i socialtjänstlagen (SoL) 16 kap 6 § f-h. Rapporteringen gäller ej verkställda beslut enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen. Rapporteringen ska ske till IVO, kommunens revisorer och kommunfullmäktige.

Genom ändringen i socialtjänstlagen ska en kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap 1 § SoL , som någon är berättigad till, enligt beslut från kommunen åläggas att betala en särskild avgift, sanktionsavgift.

Till fullmäktige ska nämnden lämna en statistikrapport, över hur många gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. I rapporten ska det anges vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagens för respektive beslut. Uppgifterna ska vara oidentifierade. Det ska således inte gå att härleda uppgifterna i rapporten till enskilda personer. Inte heller ska nämnden ange skälen till varför de rapporterade besluten inte är verkställda. Däremot ska det framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller kvinnor respektive män. Rapporteringen ska göras en gång per kvartal.

Beredning

Vid rapporteringstillfälle 2020-02-27 (innefattande kvartal 4) har vård och omsorgsförvaltningen redovisat fyra individrapporter till IVO.

Samtliga fyra individärenden är nyrapporteringar för kvartal fyra och samtliga individer har fått erbjudande i januari och februari månad, men tackat nej.

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden antar förvaltningens kvartals och individrapport som sitt svar till IVO och revisorerna.

Vård och omsorgsnämnden beslutar att överlämna upprättad statistikrapport till kommunfullmäktige

Titti Davidsson
T f Förvaltningschef

Birgitta Strandin
Avdelningschef Myndighetsavdelningen

Rapporteringskyldighet enligt 16 kap 6f§ Socialtjänstlagen

År	Kvartal	Rapporterings- tillfälle	Ärende ej verkställda inom 3 mån från beslutsdatum	Typ av bistånd	Kön (initialer)	Erbjuden inom tre månader	Antal dgr från beslut
2019	4	2020-02-27	1	Särskilt boende	kvinna	nej	127
			2	Särskilt boende	kvinna	nej	129
			3	Särskilt boende	kvinna	nej	126
			4	Särskilt boende	man	nej	93

**Anmälan av
delegationsbeslut 2020**

5

2020.040 VON

Datum: 2020-03-16
Handläggare: Anita Hedström
Direktr:
Diariennr: 2020.040 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälan av delegationsbeslut 2020-februari

Ärendebeskrivning

Delegering av ärenden inom en nämnd regleras i Kommunallagen 6 kap §§ 33-38. Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit viss beslutanderätt till ordförande, viceordförande, vård-och omsorgsnämndens arbetsutskott och enskilda kommunala tjänstemän enligt nämndens delegationsförteckning. Dessa beslut skall anmälas till vård-och omsorgsnämnden för information, kontroll och registrering.

Anmälan av delegationsbeslut ingår som en del i nämndens internkontroll.

Förvaltningens yttrande:

Följande delegater har fattat nedanstående beslut enligt delegationsförteckningen, under den aktuella perioden:

Förvaltning/Allmänt-kategori A16

Anita Hedström, förvaltningschef

Nedsättning av eller befrielse från avgift inom ramen för gällande riktlinjer, 13 st

Förvaltning/Allmänt-kategori C5

Anita Hedström, förvaltningschef

Varning, 2 st

Förvaltning/Allmänt-kategori C6

Anita Hedström, förvaltningschef

Avstängning, 1 st

Förvaltning/Allmänt-kategori A7

Anita Hedström, förvaltningschef

Förordnande av ersättare för förvaltningschefunder semester, sjukdom od, 1 st

Beslutsdelegation, 4 st

Förvaltningschefens vidaredelegation:

C6

Helen Gillquist, avd chef

Avstängning, 6 st

D2

Helen Gillquist, avd chef

Kassation, 1 st

D4

Pia Pettersson, enhetschef

Beslut om att ersätta personal för egendomsskada glasögon, 1 st

D3

Isabell Hansson, enhetschef

Beslut om att ersätta enskild person för egendomsskada som förorsakats av personal upp till ett belopp om 1500 kr/skada, 1 st

D3

Pernilla Brylander, enhetschef

Beslut om att ersätta enskild person för egendomsskada som förorsakats av personal upp till ett belopp om 1500 kr/skada, 1 st

Delegationer personalområdet:

Se bilaga

Ekonomisk bedömning

-

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner anmälan av delegationsbeslut 2020 –februari.

Beslutet ska skickas till

-

Anita Hedström
Förvaltningschef

Anställningsdatum	Sysselsättningsgrupp	Anställningsform	Befattning	Ansvar	Verksamhet
2020-02-01	Heltid Heltid	1 Tills vidare	9783 Personlig assistent HÖK	8141100 - Personlig assistans NZ	51330 - Personlig assistans enl L
2020-02-03	Heltid Heltid	1 Tills vidare	9066 Controller	8190000 - Chef planeringsavd, AE	93000 - Förvaltningsgemensam verksamh
2020-02-10	Heltid Heltid	1 Tills vidare	1137 Sjuksköterska	8132000 - Sskchef Norr, AK	51030 - Hälso- o sjukvård, >65 år
2020-02-10	Heltid Heltid	1 Tills vidare	3850 Omvårdnadspersonal	8132000 - Sskchef Norr, AK	51030 - Hälso- o sjukvård, >65 år
2020-02-24	Deltid Deltid	1 Tills vidare	3518 Stödassistent	8145000 - LSS korttids A-M S	51391 - Korttidshem (egen regi)
2020-02-24	Deltid Deltid	1 Tills vidare	3518 Stödassistent	8145000 - LSS korttids A-M S	51391 - Korttidshem (egen regi)

