



Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2018

Dokumenttyp:	Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse
Dokumentet gäller för, personalkategori:	
Fastställsedatum, nämnd, paragraf:	
Diarienummer:	
Dokumentansvarig, befattning och namn:	MAS, Kristina Bornhall SAS, Kerstin Frost
Senast uppdaterat:	2018-03-20
Uppdateras nästa gång:	2019-03-01

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Mål och strategier	4
Ansvarsfördelning	5
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	21
Samverkan med den enskilde och anhörig	23
Personalens medverkan i det systematiska förbättringsarbetet	25
Risikanalys och händelseanalys	27

Sammanfattning av 2018 års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten och för att öka kvaliteten under 2018 har varit följande.

- Uppstart bedömningsverktyg för sjuksköterskor, Visam
- Ny författning om arbetskläder ökat arbetsgivaransvar
- Startat checklistor vid läkemedelsöverlämning så ingen blir glömd
- Undervisning till sjuksköterskorna i brytpunktssamtal
- Rutin skapad för att minska antalet dåligt ifyllda signeringslistor
- Förebyggandenheten har förbättrat den uppsökande verksamheten.
- Utbildning för omsorgspersonal i dokumentation
- Att fortsatt använda sig av BPSD
- Uppstart Magna Cura web ökar delaktighet hos brukare
- Att all personal ska använda sig av kommunikationsverktyget SBAR
- Utvärdering av magsjukesutbrott, ny rutin
- Genomförandeplanerna kompletteras med bemötandestrategier
- Projektstart med musik och minnen för dementa
- Riskanalys genomförs inför verkställande av insatsen eller minst en gång per år
- Träffpunkterna bedrivit balansträning i gruppform

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 patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse där uppgifterna har integrerats.

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

Patientsäkerhetsberättelsen 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 VOÄ där avdelning för funktionsstöd sedan 1/1 2018 ingår.

I Alingsås utvecklas vården och omsorgen efter individens behov

Åtagande

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

I Alingsås minskar vi vår miljöpåverkan genom energieffektiv omställning

Åtagande

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

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

Åtagande

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

I Alingsås finns det valfrihet och självbestämmande

Åtagande

- Vård- och äldreomsorgsnämnden får i uppdrag att fortsatt utveckla valfrihetsmodeller inom ramen för Lagen om valfrihetssystem.

Ansvarsfördelning

Enligt § 18 i Hälso- och sjukvårdslagen har vård och äldreomsorgsnämnden 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 äldreomsorgsförvaltningen 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 äldreomsorgsnämnden är vårdgivare och därför ytterst ansvarig för kvaliteten på hälso- och sjukvården.

Socialnämnden är ansvarig för vården som ges inom socialpsykiatri men vård- och äldreomsorgsförvaltningen 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 kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, 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 medicinskt tekniska 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
- 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 anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter

Socialt ansvarig samordnare, (SAS)

Ansvarar 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 oc
- 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
- 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)
- inhämtande av synpunkter från kvalitetsuppföljning av SAS och MAS

Uppföljning av extern hemtjänst utifrån avtal

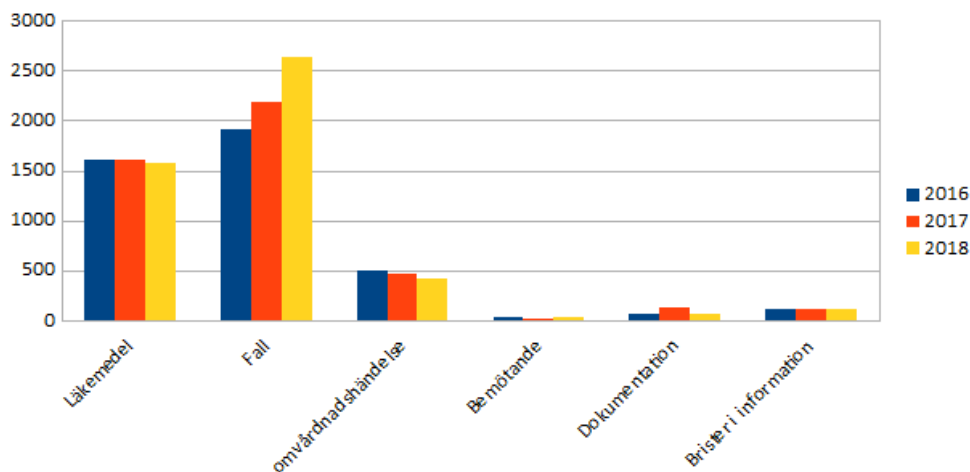
Ett externt hemtjänstföretag sader upp sitt avtal på egen begäran då de inte kunde rekrytera personal med rätt kompetens för att anta uppdrag utifrån vad som framkommer i förfrågningsunderlag.

Avvikelse

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

Statistiken av avvikelserna inkluderar all verksamhet inom Alingsås kommun. MAS, MAR och SAS tar del av samtliga avvikelser som klassificerats med allvarlighetsgrad tre eller fyra och gör en bedömning av hanteringen och åtgärder och avslutar dem.

Totalt antal avvikelser under året, 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
- att patienter faller när inte personal finns i närheten

Omvårdnadshändelse, bemötande och dokumentation handlar om följande:

- brister i kommunikation internt och externt
- personal uttrycker sig på ett olämpligt sätt som upplevas kränkande av den enskilde
- hur de boende på demensboenden bemöter varandra
- hemtjänstbeslut som inte omprövats i rätt tid
- insatser som inte blir utförda på grund av personalbrist, missförstånd eller glömska

Lex Sarah,

En utredning enligt lex Sarah är gjord efter ett fall ur säng som medförde en höftfraktur. Utredningen påvisade att inga brister i tillsynen och bedömdes inte som ett allvarligt missförhållande. Nödvändiga begränsningsåtgärder vidtogs på boendet för att minimera risken att det händer igen.

Ytterligare tre händelser har skett på särskilt boende, korttidsboende under året där enhetschef muntligt tagit kontakt med SAS. En av händelserna var att en nattpersonal missat en kvällsrapportering och medförde att brukare inte fick den omvårdnaden som planerats utan blev sittande i en fåtölj hela natten.

Brist på närhet av personal gjorde att brukare inte själv kunde påkalla hjälp upplevde olust när annan boende kom för nära.

Lex Maria,

Inga anmälningar har inlämnats till IVO.

Vi har däremot fått svara på en inlämning från IVO som gjordes av anhörig. Vid tillfället som händelsen skedde gjordes en fördjupande utredning av Alingsås kommun och åtgärder gjordes utifrån dessa. Svaret från IVO innebar att en sjuksköterska fick en kommentar att sjuksköterskan inte fullgjort sin uppgift som sjuksköterska vid detta aktuella tillfälle. Detta uppmärksammades även i Alingsås kommuns utredning och åtgärdades.

Däremot har fördjupad analys av vårdskada genomförts.

Händelse 1

Fallolycka där sjukhusvård krävdes visades vara en blödning i hjärnan.

Utredningen visade att hälso- och sjukvårdens insatser innan och vid tillfället som händelsen skedde inte kunde ha förändrats för att mildra utgången för patienten.

Verksamheternas analys, åtgärder och resultat av avvikelser

Hälso- och sjukvårdsavdelning

Avdelningens enhetschefer samt rehab personal har deltagit i workshop kring avvikelser.

Äldreboendeavdelning

Följer avvikelser, klagomål och synpunkter regelbundet och under 2018 har vi haft få klagomål och synpunkter. Analysen av avvikelserna görs i teamsamverkan samt på arbetsplatsträffar och förbättringar görs efter detta.

Även diskussioner om avvikelser/händelser sker i samverkansgrupper där äldreboendeavdelningen samverkar med hälso- och sjukvårdsavdelningen. En fråga som har kommit upp är svårighet att nå sjuksköterska kvällstid. Här sker fortfarande diskussioner.

Hos ett arbetslag ökade läkemedelsavvikelseerna när arbetsmiljön var mindre bra.

Chefen vidtog åtgärder och man kan se att läkemedelsavvikelseerna minskat.

Några andra enheter har använt sig av checklistor för att minska antalet läkemedelsavvikelser. Dessa checklistor skall påminna att brukarna får sina läkemedel.

Digital signering kan underlätta för personalen men Alingsås kommun har ännu inte kommit igång med detta. Digital signering innebär att i varje bärbar telefon finns alla signeringslistor som omsorgspersonalen behöver för att kunna signera vilka åtgärder de utfört hos brukaren. Systemet tillgodoser även beställning av läkemedel med automatik görs en beställning till sjuksköterskan.

Kvarboendeavdelning

Alla enheter på avdelningen har genomgång med personalen om vad Lex Maria/Lex Sarah innebär en gång per år samt vid nyrekrytering

Ett hemtjänstområde har skapat ny rutin vid läkemedelsavvikelser. Man ringer personen som varit där innan om man märker något som inte stämmer på signeringslistan, för att ta reda på vad som hänt innan man skriver avvikelse. Sedan skriver man i meddelande om avvikelse till chef vem som var där och vad man kom fram till. Läkemedelsavvikelser skall även skickas till samordnaren som enkelt kan höra med personal på morgonen, vem som exempelvis missat att ge läkemedel. Skriver sedan i avvikelsen och resultatet kan bli indragen delegation för personal som inte uppnår de krav som ställs gällande att ha delegation.

Avdelningen för funktionsstöd

Avdelningen har en utredd Lex Sarah under året. Rutiner och bemötandestrategier i det aktuella fallet har utvecklats och implementerats i personalgrupp för att säkerställa att risk för missförhållande inte upprepas. Händelsen har också diskuterats i avdelningens ledningsgrupp för att förebygga och minska risken för att liknande händelser uppkommer.

Enhetscheferna har arbetat med avvikelserna som redovisats.

Avvikelsehanteringsystemet implementerades på avdelningen hösten 2017 och det har inte fungerat helt tillfredsställande under 2018, då det inte varit helt tillförlitligt.

Återkoppling på inlämnade Lex Sarah-rapporter har varit bristfällig. IT-avdelningen har hjälpt till med förändringar av behörigheter och arbetat bort så kallade "buggar" i systemet. Planering att ingå i vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetssystem med start våren 2019.

För att tillförsäkra god kvalitet för brukare pågår reflektion över olika metoder och bemötande på pedagogiska konferenser fortlöpande på arbetsplatsträff. Enhetscheferna har stöd av metodutvecklare och stödpedagoger i detta arbete.

Avvikelser, extern verksamhet

Externa utförare har egna rutiner för avvikelsehantering 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 regin.

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	14	informationsöverföring	9
omvårdnadshändelse	6	omvårdnadshändelse	72	omvårdnadshändelse	65
bemötande	0	bemötande	7	bemötande	10
dokumentation	0	dokumentation	150	dokumentation	23
läkemedel	11	läkemedel	82	läkemedel	46
fall utan skada	17	fall utan skada	91	fall utan skada	93
fall med skada	3	fall med skada	0	fall med skada	3
fall med fraktur	0	fall med fraktur	1	fall med fraktur	3
lex Sarah	1	lex Sarah	0	lex Sarah	1
Lex Maria	0	Lex Maria	0	Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	0	Synpunkter/klagomål	8	Synpunkter/klagomål	16

Hemtjänstutförare inom kommunens valfrihetssystem enligt LOV

Hemtrevnad		24 h vård o omsorg		Team Assistans (två uppdrag)	
informationsöverföring	8	informationsöverföring	0	informationsöverföring	0
omvårdnadshändelse	12	omvårdnadshändelse	1	omvårdnadshändelse	0
bemötande	0	bemötande	0	bemötande	0
dokumentation	2	dokumentation	0	dokumentation	0
fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	64	fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	3	fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	16	fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
lex Sarah	1	lex Sarah	0	lex Sarah	0
Lex Maria	0	Lex Maria	0	Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	1	Synpunkter/klagomål	0	Synpunkter/klagomål	0

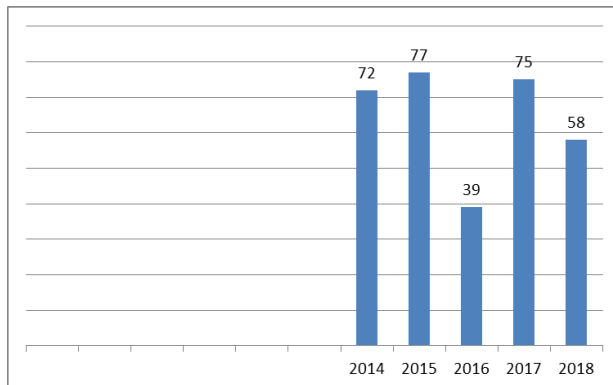
Ruts hemtjänst		Assistansbyrån i VG (Bräcke diakoni hemtjänst	
informationsöverföring	0	informationsöverföring	0	informationsöverföring	2
omvårdnadshändelse	0	omvårdnadshändelse	0	omvårdnadshändelse	2
bemötande	0	bemötande	0	bemötande	0
dokumentation	3	dokumentation	0	dokumentation	0
fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall utan skada (ej inskriven i hemsjukvården)	1
fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0	fall med skada (ej inskriven i hemsjukvården)	0
lex Sarah	0	lex Sarah	0	lex Sarah	0
Lex Maria	0	Lex Maria	0	Lex Maria	0
Synpunkter/klagomål	1	Synpunkter/klagomål	0	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 äldreomsorgsnämnd

Antalet inkomna synpunkter och klagomål redovisas i tabellen nedan



Vad handlar synpunkter och klagomål om?

Flera positiva synpunkter har kommit in

- bra fungerande anhörigstöd
- personalen kommer i tid
- nöjd med allt
- fantastisk hemtjänst
- hemtjänstpersonal som sprider glädje
- bra att välja vad för mat man önskar
- trevliga aktiviteter som personal ordnar

Klagomål som lämnats in

- slarv med insatser, de glöms bort
- personalen kommer inte på överenskommen tid, meddelar inte förändringar
- brister i information till anhöriga
- lång handläggningstid för att få färdtjänst
- hjälp och stöd utförs inte på ett bra sätt
- tar inte vara på anhörigas synpunkter i utformningen av hjälpen
- inte rätt hjälpmedel i hemmet
- höj habiliteringsersättningen
- mer läkartid på särskilda boenden
- personalen kör för fort, parkerar fel
- brister i rutiner och organisation, leder till att anhöriga får ta ett stort ansvar
- sjuksköterska kontaktas inte i tid
- möjlighet att hyra möblerade säboplatser
- utbilda personal i sopsortering

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.

Äldreboendeavdelning

Ett klagomål som gällde en genomförandeplan har utretts och åtgärdats. Ett annat klagomål gällde ringklockan på ytterdörren vid äldreboendet Brunnen . Åtgärden här blev en rutin - vem svarar när det ringer.

Kommer även att göra ett systematiskt arbete med brukarlarmen på Brunnen för att säkerställa hanteringen av dessa nya larm.

Från några enheter har endast positiva synpunkter inkommit från anhöriga. Speciellt gäller dessa vård i livets slut, att det varit en god och trygg omvårdnad.

På äldreboendet Tuvegården har många positiva synpunkter inkommit från boende och anhöriga via kort, samtal och dagens ros i tidningar, en positiv synpunkt från anhörig som gällde kontaktmanaskap och kontinuitetet.

Har kommit in två klagomål om fimpar utanför Hemsjögården. Vi kommer att jobba vidare om en rökfri arbetstid under våren -19.

En anhörig skrev ett klagomål gällde att en brukaren skickades ensam i en transport till sjukhus. Finns en befintlig rutin som uppdaterades och förtydligades till all personal.

En annan synpunkt kom från anhörig och patient som berörde kostfrågor samt om dröjsmål vid larm som skett kvällstid, samtal har skett med anhöriga.

Vi har fått två klagomål från grannarna till ett äldreboende att vårdtagare matar fåglarna vilket har dragit till sig kråkfåglar. Samtal med vårdtagaren har gjorts flera gånger då personen har svårt att ta till sig att inte få mata fåglarna.

Kvarboendeavdelning

Uppföljning av de synpunkter och klagomål som inkommit till avdelningen utreds av ansvarig chef i samverkan med avdelningschef. Erfarenheter och lärdomar från dessa utredningar redovisas och diskuteras på avdelningens ledningsgrupp.

Detta gäller även interna avvikelser som utretts och som har en principiell betydelse för verksamheten.

Gemensamt för hela kommunen är att det är en låg andel som svarat att de inte vet vart de skall vända sig med synpunkter och klagomål. Detta är återkommande år efter år, trots att hemtjänsten delar ut blanketten "Hjälp oss att bli bättre" vid första besöket hemma hos brukaren. Hemtjänsten gick ut med blanketten "Hjälp oss att bli bättre" under början av året, för att förbättra sig i brukarundersökningen. När frågan dök upp några månader senare, när personal intervjuade brukaren om hur vi skall förbättra oss, var det endast 55% som förknippade blanketten "Hjälp oss att bli bättre" med frågan om klagomål och synpunkter i brukarundersökningen. Förvaltningen har nu beslutat om namnbyte på blanketten till synpunkter och 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

Kvalitetsresultat

Nattfasta

Kostekonom Karin Klint har genomfört en nattfastemätning på våra äldreboende. Totalt är 828 nätter registrerade hos 276 brukare varav 756 nätter är medräknade. Totalt har 4243 registrerade på mattider gjorts. Medeltid för den faktiska nattfastan är 12,9 timmar vilket visar en ökning med 20 minuter sedan mätningen gjordes 2013.

Avvikelser, fallhändelser

MAS, Kristina Bornhall utförde journalgranskning på 1912 journaler. För att ta reda på vilka effekter patienterna fått av sitt fall som var registrerad som en fallavvikelse.

Medfört sjukhus besök , 83 patienter

- 16 patienter krävde endast besök på akuten
- 66 patienter Inlagda på sjukhus av olika orsaker

Diagnosen lårbensfraktur var den dominerande gruppen av de ineliggande patienterna. Tätt efter kom diagnosen bäckenfraktur.

Enligt denna statistik kunde vi se att Alingsås kommun ligger något under den genomsnittliga nivå som finns i Sveriges alla kommuner gällande sjukhusvård efter en fallolycka.

Vinterkräksjuka

Alingsås kommun har under året haft två stora utbrott av vinterkräksjukan, i ett hemtjänst område och på ett äldre boende. Medicinsk ansvarig sjuksköterska har tillsammans med ansvariga enhetschef gått igenom logglistor och handlingsplaner vilket har resulterat i uppdaterade och nya rutiner.

Social dokumentationsgranskning

Socialt ansvarig samordnare, Kerstin Frost, har granskat dokumentation och genomförandeplaner kontinuerligt under året genom stickprov i vård- och äldres verksamheter. Det som granskats är om det finns aktuell genomförandeplan och social dokumentation. Granskningen är gjord i verksamhetsystemet Magna Cura.

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

De flesta brukare har en genomförandeplan som är aktuell och som är uppdaterad var tredje månad. De brister som ses i planerna är att delaktigheten i upprättandet inte i alla fall framkommer och att egna resurser och livssituation inte alltid finns med.

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. Personal kan ha svårt med språk och stavning vilket kan leda till felaktigheter i dokumentationen.

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 Alertregistret visar att vi regelbundet använt oss av registret. Genom att använda Senior Alert som ett arbetsverktyg skapas förutsättningar för att upptäcka eventuella risker. Vi kan erbjuda evidensbaserade åtgärder för att förebygga de risker som föreligger.

Vi ser att täckningsgraden av hela processen är större än tidigare år. Med det menas att det utförs riskbedömning, åtgärd och uppföljningar kontinuerligt. Syftet med riskbedömningar är att där risk föreligger ska åtgärder planeras, erbjudas och utföras.

Tabellen nedan visar antal riskbedömningar/enhetstyp som är gjorda där risk föreligger och minst en åtgärd planerats.

	Vårdprevention				Utfall				
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utlösta åtgärder vid risk	Trycksår	BMI-22	Fall	Munhälsa grad 2
Alingsås kommun	402	89% 439 av 495	81% 356 av 439	85% 372 av 439	67% 249 av 370	63 44 personer	153 personer	274 86 personer	98 personer
Alingsås Centrum Ordinärt boende	16	82% 14 av 17	29% 4 av 14	14% 2 av 14	0% 0 av 1	6 4 personer	6 personer	1 1 personer	2 personer
Alingsås Hemtrevnad	1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	0% 0 av 2	0 0 personer	1 personer	0 0 personer	1 personer
Alingsås Ordbo Bjärke	26	79% 22 av 28	95% 21 av 22	100% 22 av 22	57% 0 av 14	6 5 personer	8 personer	0 0 personer	0 0 personer
Alingsås Ordinärt boende	60	85% 58 av 68	71% 41 av 58	69% 40 av 58	53% 26 av 49	11 6 personer	21 personer	19 12 personer	20 personer
Alingsås ordinärt boende psykiatri	1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	100% 1 av 1	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 0 personer
Bjärkegården	33	82% 40 av 49	88% 35 av 40	100% 40 av 40	66% 23 av 35	5 4 personer	11 personer	14 8 personer	6 personer
Brunnsgården	55	85% 53 av 62	98% 52 av 53	89% 47 av 53	40% 24 av 60	20 12 personer	23 personer	80 23 personer	10 personer
Ginstgården Bräcke Diakoni	21	77% 17 av 22	65% 11 av 17	59% 10 av 17	50% 3 av 6	3 2 personer	9 personer	23 11 personer	3 personer
Hagagården	39	100% 39 av 39	90% 35 av 39	100% 39 av 39	89% 35 av 39	2 2 personer	8 personer	35 11 personer	9 personer

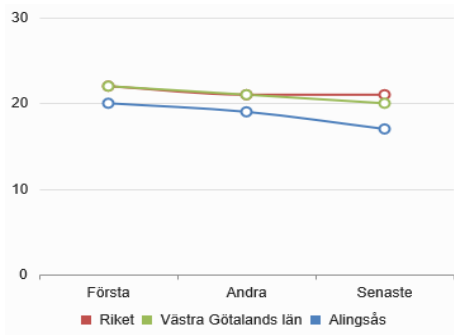
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Syftet med detta register är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Idag beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avlidna människa besvarar ett trettiofrågor. 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.

Kvalitetsindikatorer	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dokumenterade brytpunktssamtal	75,7	98	106	140
Injektion opioid vid smärtgenombrott	96,4	98	135	140
Injektion ångestdämpande vid behov	95,7	98	134	140
Smärtskattats sista levnadsveckan	45	100	63	140
Munhälsobedömning sista levnadsveckan	53,6	90	75	140
Utan trycksår (grad 2-4)	94,3	90	132	140
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	91,4	90	128	140

BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens. BPSD registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Rapporten visar att NPI-poäng minskat i Alingsås och man ser också en klar förbättring utifrån första, andra och tredje skattning. Förklaring till siffrorna visar den sammanlagda poängen efter bedömning av symtom, är siffran över fyra/symtom, bedöms symtomet orsaka lidande för personen. Är den sammanlagda siffran under 20 är bedömningen att vårdtagaren mår relativt bra. När det gäller användandet av detta verktyg så görs det i större utsträckning än föregående år. 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.



Munhälsobedömningar och uppsökande tandvård

Tandvårdslagen 1985:125

Många äldre har problem med sin munhälsa. Tandvårdsreformen som genomfördes 1999 innebär att äldre och funktionshindrade med stort omvårdnadsbehov, har rätt till uppsökande och nödvändig tandvård. Personalen erbjuds årligen utbildning till kring munhälsa via Folktandvården. I särskilt boende erbjuds alla som flyttar in munhälsovårdserbjudande, och tackar vårdtagaren ja så kommer en tandhygienist till boendet och gör en munhälsovårdsbedömning. Alla vårdtagare 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 119 personer deltagit från Alingsås kommun.

Erbjudna munhälsobedömningar

LSS/Enskilt boende

ja 185, nej 341, utfärdade intyg 253

Äldreboende

ja 253, nej 24, utfärdade intyg 277

Genomförda munhälsobedömningar

LSS/Enskilt boende 142

Äldreboende 192

Hälso- och sjukvårds avdelning

Två äldreboenden har fokuserat och aktivt jobbat med det förebyggande arbetet och delaktighet, relaterat till fall, trycksår, undernäring samt ohälsa. Detta genom att följa hela processen enligt Senior Alert.

Äldreboendeavdelning

Ett av avdelningens mål har varit att fortsätta användandet med BPSD, här kan vi se att läkemedels användandet har minskat för dessa vårdtagare.

Enkät svar visar att vårdtagarna inte är helt nöjda med utvistelser och aktiviteter på våra äldreboendeavdelningar. Resultaten varierar på de olika boendena. Förbättrings arbeten kommer att starta 2019 med ett gemensamt mål "En meningsfull vardag för dig".

Ytterligare ett svar gav ett mindre bra resultat gällande maten. Åtgärden är att vi har haft matråd med brukare, representant från matleverantör och personal från enheten.

Resultatet är att de som bor där är mer nöjda med maten.

Ett av målen har varit att utveckla brukarnas trygghetslarm.

På äldreboendet Tuvegården har gamla trygghetslarm inte fungerat optimalt. Nya trygghetslarm har installerats med bra resultat. Bjärkegårdens larm, Bestlarmet som installerades 2014 har inte fungerat optimalt.

Under hösten har ett arbete pågått för att hitta bristerna tillsammans med leverantören som har lyckats lokalisera problemen och åtgärder har gjorts. Nya digitala trygghetslarm kommer att installeras under första kvartalet 2019.

Ett annat mål att förbättra dokumentationen för omsorgspersonalen för det har visat sig finnas en del brister. Under hösten påbörjades en planering hur utformningen av utbildningen ska se ut. Fortsatt implementering av demensprogrammet sker i studiecirkelform. Där även en del dokumentation och upprättandet av genomförandeplanerna ingått.

Vi har haft två kontroller ifrån miljöskyddet och fått godkänt på våra enheter.

Hygienutbildning har genomförts för enhetschefer och hygienombud. Hygienombuden ansvarar för hygienfrågor på arbetsplatsträffarna. Många frågor finns hos omsorgspersonalen om hur och när användandet av handskar ska ske. Enhetschefer har observerat nagellack, smycken och kortärmat och vid något tillfälle behövt påpeka nagellack på omsorgspersonalen.

Egenkontroll på hygienreglerna är genomförda på alla enheter. De flesta enheter sköter hygienreglerna bra. Uppföljning är gjord på respektive enhet i april. Där det var brister har enhetschef tagit kontakt MAS som varit med på APT.

Nya hygienregler infördes under 2018 när det gäller arbetskläder. Byte varje dag och tvätt av arbetskläder på arbetsplatsen. Arbetsgivaren har under året arbetat med en plan att ordna tvättmöjligheter av arbetskläderna.

Kvarboendeavdelning

Resultatet från öppna jämförelser diskuteras och analyseras frekvent i verksamheten för att skapa handlingsplaner hur man kan arbeta effektivt för att förbättra resultatet.

Resultat och handlingsplaner diskuteras också på avdelningens ledningsgrupp med syfte att lära och sprida goda idéer.

Uppstart av Magna Cura webb till all tillsvidareanställd och månadsanställd personal som har personliga telefoner med tillgång till Magna Cura webb. All personal (förutom timvikarier) har möjlighet att alltid ha tillgång till en aktuell genomförandeplan och alltid tillgång till aktuell information om den enskilde i SoL och/eller HSL. Det ger även brukaren en helt annan insyn, begriplighet. De ges även möjlighet att vara med att dokumentera tillsammans med personalen.

Hemtjänsten har identifierat, utifrån brukarnöjdhet, att nyckeln till framgång gällande brukarnöjdhet är en fungerande samverkan mellan enhetschef, personal, samordnare, vårdtagare, anhöriga och patientansvarig sjuksköterska.

Ett utvecklingsområde har varit dokumentation för omsorgspersonalen. Här har alla medarbetare på avdelningen genomgått utbildning i upprättande av genomförandeplaner.

I samband med värmeböljan i somras har verksamheten gett mycket information till både brukare och personal kring vad som är viktigt att tänka på för att inte drabbas av vätskebrist. Verksamheten gjorde vätskeersättning, delade ut melon och chips samt erbjöd bad eller glass på stan, vilket var mycket uppskattat.

Hygienutbildning har skett bland annat i form av film från vårdhygien, egenkontroller har genomförts på arbetsplatsträffar. Sjuksköterska har också varit ute och informerat om i vilka situationer förkläde respektive handskar skall användas och bytas. Hygienombuden har ofta stående punkt på arbetsplatsträffarna.

Avdelningen för funktionsstöd

För att tillförsäkra den enskilde brukaren god vård och omsorg arbetar avdelningen 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.

För att tillgodose den enskilde brukares behov av kontinuitet i vem som verkställer stödet arbetar avdelningen med att bemanna upp och erbjuder personal heltidstjänster. Detta minskar antalet timvikarier i verksamheten.

För att främja brukares hälsa har olika aktiviteter anordnats under året. Studiecirklar i olika ämnen efter modellen "Schyssta relationer", café-verksamhet inspirerad efter samma modell, "Matglad" "Musik, mat och minnen", "Välkommen på middag", "Go-glad", idrott och jobbsökarkurs är några exempel.

Nöjd brukarindex ligger över riksgenomsnittet inom fler områden.

Resultaten visar överlag på en god kvalitet i jämförelse med riket.

Andel positiva svar 2018	Inflytande		Trygghet		Trivsel	
	Alingsås	Riket	Alingsås	Riket	Alingsås	Riket
Daglig verksamhet LSS	87%	74%	69%	72%	89%	83%
Gruppbostad LSS	78%	75%	63%	63%	90%	81%
Servicebostad LSS	82%	82%	72%	63%	75%	76%

Avdelningen har främst arbetat med trygghetsfrågor utifrån genomförd brukarundersökning. Främst har vi behandlat ämnet rädslor, genom att ha gruppdiskussioner och individuella samtal med olika brukare.

Enligt den nya föreskriften gällande arbetskläder, så finns arbetskläder på samtliga gruppbostäder och även i några ärenden med personlig assistans och enheter där vårdnära arbete utförs.

Rutiner för livsmedelshygien följs och enligt Miljö- och hälsas protokoll efter inspektion fick avdelningen en anmärkning, som nu har åtgärdats för att tillgodose kravet på rätt kvalitet.

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

SAMLA är benämningen för områdets närvårdsamverkan, här finns en plan för det gemensamma arbetet för hälso- och sjukvården i närvårdsamverkans område.

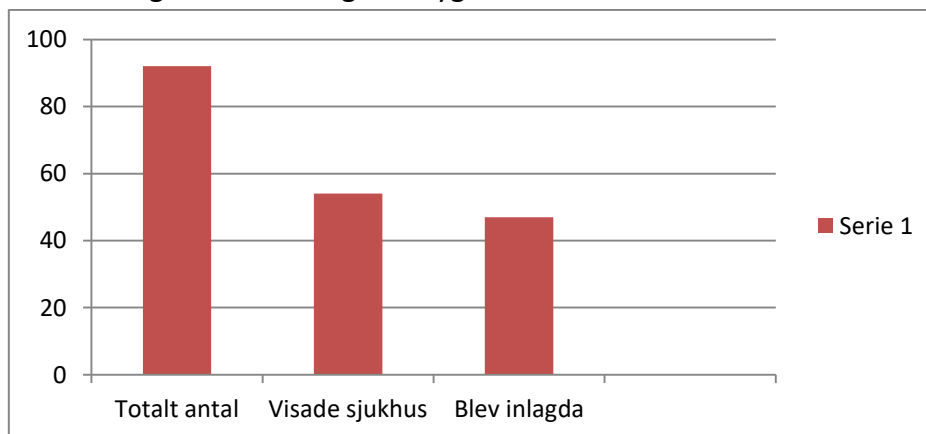
Verksamma grupper som finns är samordningsgruppen, styrgrupp, och utvecklingsgrupp Äldre, samt andra arbetsgrupper. Här sker all gemensamt utvecklingsarbete.

Utvecklingsgrupp äldre, har diskuterat/planerat hur vi ska få till en bra brukarmedverkan integrerat i det arbete som riktas mot olika målgrupper ännu inte påbörjat brukarmedverkan.

Ett utvecklingsarbete som startades var att implementera ett bedömningsverktyg, visam. Innebär att kvalitetssäkra informationsöverföringen och öka patientsäkerheten.

Regionförbundet i Örebro tagit fram ett evidensbaserat beslutsstöd för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg, som ska användas när den enskildes hälsotillstånd hastigt försämrats. Beslutsstödet, som är utformat som en checklista, ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst sker. När en patient, som har kommunal hemsjukvård, blir hastigt sjuk gör ansvarig sjuksköterska en bedömning om läkare ska kontaktas eller ej samt bedömning om det finns behov av att tillkalla ambulans.

Utvärdering av bedömningsverktyget



54 patienter visade bedömningsverktyget en hänvisning till sjukhus.

Av dessa 54 bedömda på akuten, blev 47 patienter inlagda på sjukhuset.

28 patienter visade bedömningsverktyget att stanna kvar i hemmet.

Till större del av dessa krävdes fortsatt sjuksköterskeuppföljning eller tillsyn av ordinarie primärvårdsläkare. Sammanfattningsvis uppfattar sjuksköterskan att man får en "grund" att stå på med de olika kontrollerna, så man kan fatta rätt beslut.

Ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård, 2017:612, gällde från 1 januari 2018. Västra Götalandregionen beslutade att det skulle införas den 1 september på grund av svårighet att tolka den ekonomiska fördelningen.

I nuläget håller vi fortfarande på att utforma detta nya arbetssätt mellan de tre vårdgivarna i Västra Götaland. I vårdsamverkan har arbetet med detta intensifierats från september 2018, och numera finns en utvecklingsgrupp tillsatt för att jobba med dessa frågor. Resultatet är entydigt. Personer som är utskrivningsklara lämnar sjukhuset snabbare idag än innan. Detta gör att alla interna processer har blivit snabbare. Ännu har ingen avvikelse rapporterats där någon patient farit illa, men vi ser att riskerna med snabbare hantering och kortare ledtider kan leda till högre risker för individer som går mellan olika vård instanser.

I hälso- och sjukvårdsavtalet som finns i Västra Götalandsregionen finns det reglerat hur samverkan skall ske mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård. Dessa avtal uppdateras årligen tillsammans med vårdcentralerna. Ett utav uppdragen är att vårdcentralerna ansvarar för vidareutbildning för sjuksköterskorna i kommunal hälso- och sjukvård, under året var temat "Brytpunktssamtal".

Äldreboendeavdelning

Teamsamverkans rutinen är reviderad och utskickad i verksamheten för implementering. De flesta enheter har infört miniteam (enhetschef, sjuksköterska och vårdpersonal) där man träffas en kortare stund varje vecka för att lyfta det som är aktuellt. Det är däremot svårt att få med rehabiliteringspersonalen på våra teammöten.

Kvarboendeavdelning

Synpunkt har framförts till hälso- och sjukvårdsavdelningen att omsorgspersonalen sällan eller aldrig får ta del av kunskaper och slutsatser utifrån kvalitetsregistret senior alert. Hälso- och sjukvårdsavdelningen kommer under 2019 ta fram relevant information från nämnda register för verksamheten att ta del av.

Avdelning kvarboende och hälso- och sjukvårdsavdelningen har regelbundna samverkansmöten. Deltagare vid dessa möten är avdelningschefer samt enhetschefer från respektive avdelning. Frågor som diskuteras är verksamhetsutveckling, samverkan mellan avdelningarna och analys av avvikelser.

Representant från Palliativa-teamet har besökt en hemtjänstenhet på deras arbetsplatsträff och beskrivit sin verksamhet. Resonemang har förts kring hur hemtjänst och deras verksamhet kan samarbeta i ärenden.

Omsorgspersonalen inom hemtjänsten fortsätter sitt arbetsätt med avstämningsmöten med sjuksköterska för att följa upp brukarens livssituation och behov. Avvikelser hanteras även då.

Fixartjänst har under året gjort 1185 hembesök. 72% har varit i fallpreventivs syfte, 5% har varit brand/säkerhetsrond och 23% varit teknikstöd.

Träffpunkterna har bedrivit balansträning i gruppform.

Enhetschef har ingått i arbetsgrupp gällande införandet av den nya rutinen med in och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård samt IT-tjänsten Samsa. Här har man arbetat med att på ett så effektivt sätt som det går få hem brukarna till deras hem för att där skapa trygghet och återhämtning i hemmet.

Avdelningen för funktionsstöd

Samverkan har skett mellan olika personalgrupper och hälso- och sjukvårdspersonal. 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. Tillsammans komma fram till olika åtgärder, förbättrade strategier och genomförande av insatsen.

Samverkan med extern utförare

IOP (Ideburet Offentligt Partnerskap)

En teamsamverkan mellan Bräcke diakoni och vård- och omsorgsförvaltningen startades upp i september med en kick-off. Uppdraget har kommit från styrgruppen IOP. Syftet var att skapa en sömlös vårdkedja för personer med demenssjukdom samt deras anhöriga. I gruppen ingår också en representant från frivilligverksamheten. Arbetsgruppen har haft två arbetsmöten efter uppstarten. Ämnen som tagits upp är hur vi tidigt ska stödja personer med demenssjukdom och deras anhöriga, hur vi kan öka kunskapen om demens i samhället i stort. Gruppen har också jobbat fram förslag på hur man kan jobba med att informera personal i butiker, taxi och banker. Uppdraget kommer att fortsätta under 2019.

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.

Äldreboendeavdelning

Ett projekt har startas upp på ett äldreboende Brunngården med att stimulera de brukarna som har en demenssjukdom genom musik och minnen. Projektet planeras att visa ett resultat under 2019.

Att sätta "Guldkant" till de som bor på våra äldreboende innebär exempelvis promenader och aktiviteter förhoppningsvis kan vi anställa personal på "extratjänster" att utföra detta.

Äldreboendet Tuvegården har under året ordnat musikhörna, väffelcafé och påskfest. Nöjdheten upplevs stor bland de boende.

Äldreboendeavdelningen jobbar med individuella och organiserade aktiviteter samt egen tid. Högläsning har också varit uppskattat. Apple-TV kommer att installeras möjliggör en ökad kvalitet på val av filmer och program.

Samverkan med Slussen (personer som tillhör avdelningen för funktionsstöd) har påbörjats och de ansvarar för mat, musik och minnen. Utveckling och samordningsvinster för båda verksamheterna fortsätter under 2019.

Många aktiviteter har skett i samverkan som till exempel besök av alpackor på ett av våra äldreboende.

Under hösten har vi påbörjat en samarbete med en vårdhund på Bjärkegården. Vilket vi tror kan ge ett ökat välbefinnande för de som bor på äldreboendet.

Kvarboendeavdelning

Förvaltningen har en skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet för personer över 80 år. Förebyggandeenheten har under året utvecklat den uppsökande verksamheten. I dag skickas en skriftlig blankett med olika alternativ till kontakt ut till samtliga personer som fyllt 80 år. Utöver detta så bjuder enheten också in till ett gemensamt informationstillfälle (halvdag), dit också anhöriga är välkomna. Arbetssättet har visat sig vara framgångsrikt. Störst genomslag hade möjligheten att besöka en informationsträff med Förebyggandeenheten i Alingsås eller Sollebrunn. Totalt deltog 117 seniorer vid dessa informationstillfällen.

De fyra Träffpunkterna har haft 26 647 besök under året. Vid 70 tillfällen har fixartjänst haft teknikcaféer och syn- och hörselinstruktören har haft 26 syn- & hörcaféer.

Anhörigstödet har under året haft kontakt med 172 anhöriga. 41 anhöriga har tillkommit under året vilket är ett stort inflöde. Anhörigstödet har också bedrivit aktiviteter och föreläsningar på Hagagårdens och Bjärkegårdens träffpunkt. Anhörigvårdare har fått möjlighet att påverka utbudet av föreläsningar och studiecirklar.

Följande aktiviteter/projekt finns inom enheten för att stimulera och utveckla frivilliginsatser på boenden och inom kvarboende:

- Hörselskadades riksförbund har hörcafé på Bjärkegården 1 gång/vecka
- Synskadades riksförbund är medarrangör vid syncaféerna på Brunnsgården
- Röda korsets besöksgrupp är i samverkan med förebyggandeenheten
- PRO/SPR/Röda korset har caféträffar på träffpunkterna
- PRO/SKPF/RPG/Hjärt-lungsjukas förening har alla fyra körverksamhet och underhåller regelbundet på träffpunkterna
- Bjärke hembygdsförening och Alingsås hembygdsförening deltar regelbundet i träffpunktens verksamhet.
- Seniordata har regelbundna datakurser på Brunnsgårdens träffpunkt
- PRO har startat lördagsträffar på Tuvegården
- Alla kyrkliga samfund har gudtjänster på våra äldreboenden
- Neuroförbundet samverkar med anhörigstödet i arbetet med att arrangera anhörigcirklar till de som vårdar och stödjer en äldre person med neurologiska funktionsnedsättningar.
- Samverkan med Frälsningsarmen för målgruppen personer med demenssjukdom och deras anhöriga.
- Samverkan med Röda Korset, Bräcke Diakoni och Sensus i arbetet med att bedriva Alzheimers Café
- Pensionärsföreningarna ingår i en referensgrupp för utvecklingen av förebyggandeenheten
- Lions ordnas fester på träffpunkterna
- Enheten deltar i Hushållningssällskapetets nystartade projekt "Matfröjd" med syfte att stimulera äldre personers matglädje.
- Enheten har tillsammans med kommunens fem pensionärsföreningar tagit fram en ny broschyr som ger information om kommunal service och föreningarnas arbete, allt i syfte att informerar seniorer i Alingsås om insatser som kan främja social gemenskap och öka tryggheten i hemmet.

Avdelningen för funktionsstöd

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.

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

Brukare och deras anhöriga har bjudits in till invigning av nytt boende.

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 rapporteringsskyldighet 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

Alla sjuksköterskor samt enhetschefer har haft en utvecklingsdag kring värdegrund och en föreläsning om vård och bemötande av barn. Vi ser att kunskapsnivån har höjts från att ha varit bristfällig.

Sjuksköterskestudenter: Ett arbete kring peer learning

Bildat en sårvårdsgrupp ihop med Lerum, och två sjuksköterskor deltar från Alingsås.

Äldreboendeavdelning

I Teamsamverkan är vårdpersonalen tillsammans med övriga professioner.

Enhetscheferna har en punkt på arbetsplatsträffarna med avvikelser där det som är aktuellt tas upp. Vid rapportering till sjuksköterskorna används SBAR, som är ett enkelt instrument vid överrapportering om någon vårdtagare inte mår bra. SBAR ger en säkrare rapportering att allt är med som sjuksköterskan behöver veta för att kunna ge råd eller behandling.

Kvarboendeavdelning

Efter avslutad magsjukesbrott genomfördes en analys av enhetschef tillsammans med arbetslaget och därefter tillsammans med MAS. Frågeställningarna var Vad har vi lyckats med? Vad kunde vi gjort annorlunda? samt övriga förbättringsområden. En lokal rutin upprättades.

Genombrottsmetoden har använts på några enheter för att få ner antalet missade signeringar på läkemedelslistor.

En enhet har startat en "Delegationsgrupp" (som skall ta hand om mer komplicerade såromläggningar)med tio personer från två hemtjänstgrupper. I de fall där de varit involverade har man sett en förbättring i och med mindre antal personer kring brukaren och lättare att följa upp sårläkningen.

Under året har vi fortsatt med studiecirkel för personalen gällande demensprogram och det har varit uppskattat.

I höstas fick 50 medarbetare på avdelningen utbildning i motiverande samtal(MI-utbildning). Uppdrag som gavs efter utbildning innefattade att introducera kollegor i samtalstekniken och fastställa ett förhållningssätt/arbetsätt i vårt arbete med brukarna.

Utifrån resultatet från Öppna jämförelser har hemtjänstpersonal har gått ut och intervjuat brukarna om varför de är nöjda med hemtjänsten, resultat utifrån vårdtagarnas svar har sammanställts och redovisats tillbaka till personalgruppen. Personal har även själva svarat på frågor kring varför de tror att brukarna är nöjda, eller missnöjda, och enhetschef har sammanställt och redovisat tillbaka.

Hemtjänstverksamheten har ett aktivt förhållningssätt där personal uppmanar brukare att ta kontakt med enhetschef, eller samordnare, för att framföra önskemål, synpunkter eller om man är orolig för något.

Avdelningen för funktionsstöd

Personal utgår ifrån ett pedagogiskt förhållningssätt i mötet med brukaren. Att personal fortlöpande arbetar med att genomförandeplanen är aktuell och följs upp. All personal genomför en web-baserad utbildning innan sjuksköterska förnyar läkemedelsdelegationen.

Personal använder sig av kommunikationsverktyg SBAR.

Genomgång av Lex Sarah och Lex Maria på arbetsplatsträffar.

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 utbildningsinsats för all personal i "Pedagogiskt förhållningssätt". Totalt genomfördes de tre första delarna av totalt fem olika kurstillfällen. Syftet är att öka personalens kompetens och uppnå en ökad kvalitet för brukaren i det dagliga arbetet. Utbildningen kommer att fortsätta under 2019.

Risicanalys 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.

Hälso-och sjukvårdsavdelning

Utbildning anordnades till chefer och de legitimerade professionerna i höstas, i samarbete med högskolan i Borås. Verktyg för att få till risk och konsekvens- analys arbetet.

Avdelningen för funktionsstöd

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

