



**BJUVS  
KOMMUN**

## **Kvalitetsberättelse 2018**

**Vård- och omsorgsnämnden**

Datum:



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
Målstyrning .....	4
Definitionen av kvalitet.....	5
<b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet</b> .....	<b>5</b>
<b>Processer och rutiner</b> .....	<b>7</b>
<b>Samverkan</b> .....	<b>8</b>
<b>Systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>9</b>
Riskbedömningar.....	9
Egenkontroller .....	10
Avvikelser .....	16
<b>Samlad analys och utvecklingsområden</b> .....	<b>18</b>

# Inledning

Vård- och omsorgsnämnden i Bjuvs kommun är politiskt ansvarig för kommunens äldreomsorg, handikapp- och psykiatriomsorg samt hälso- och sjukvård. Det är verksamhetsområdet med stora krav på rättssäkerhet och omfattande lagstiftning som tex. Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Utifrån föreskriften för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, bör förvaltningens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras årligen i en *Kvalitetsberättelse*, i syfte att ge ansvarig nämnd en bild av:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder har vidtagits för att säkra kvaliteten
- vilka resultat har uppnåtts

Verksamheten presenterar även en Patientsäkerhetsberättelse, i den presenteras resultatet av verksamhetens arbete utifrån krav från Hälso- och sjukvårdslagen.

## Målstyrning

### Den röda tråden för målstyrning

Kommunens verksamheter arbetar utifrån kommunens, *Vision 2030* med tillhörande kommunfullmäktigemål. Utifrån det har Vård- och omsorgsnämnden formulerat nämndmål med indikatorer och målvärde.



### Uppdrag till förvaltningen

Nämndmål tillsammans med styrande lagstiftning utgör grunden för förvaltningens formulerade uppdrag till verksamheterna. Utifrån respektive verksamhetsuppdrag och erhållet resultat från

föregående år, formulerar enheterna sina verksamhetsmål och aktiviteter för hur dessa ska nå uppsatta nämndmål.

Resultaten för måloppfyllelsen av nämndmål presenteras för nämnden och kommunfullmäktige via förvaltningens årsredovisning.

Verksamheterna arbetar med målstyrning genom att planera, följa upp och analysera sin verksamhets arbete och resultat via IT- verktyget Stratsys.

## Definitionen av kvalitet

Föreskriften SOSFS 2011:9 definition av begreppet kvalitet kan ses som en ram som ska fyllas med det innehåll som definieras av ansvarig nämnd. Kvalitet enligt föreskriften är att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten utifrån för verksamheterna gällande lagstiftningar.

Vård- och omsorgsförvaltningen har definierat kvalitet utifrån gällande lagstiftning och genom fokusgrupper tillfrågat kommuninvånare vad kvalitet är för dem. Detta har summerats ihop till att: kvalitet för Vård- och omsorgsförvaltningen är värdegrunden KRAFT. Värdegrunden KRAFT är därmed en mycket viktig utgångspunkt i verksamheternas kvalitetsarbete.



## Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Verksamheten ska enligt 6 kap. 1 § i föreskriften SOSFS 2011:9, säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Vidare omfattas all personal inom Vård- och omsorgsförvaltningen av kompetenskrav. Att personalen har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter och åtagande utifrån lagstiftningen och tilldelat uppdrag.

### En kvalitetsorganisation för kvalitetsspridning

I januari 2018 drog förvaltningen igång sin kvalitetsorganisation som innebär en stor satsning för att lyfta fram engagerade medarbetare. Genom dessa medarbetares ökade delaktighet och kunskap ska de stödja cheferna i ansvar att driva ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete. Ökad kunskap och delaktighet förväntas leda till en kompetensspridning ut i verksamheten. På så vis hoppas vi nå visionen om att "*Kvalitet är inte bara ett begrepp, det är ett arbets-sätt*".

Kvalitetsorganisationen består av kvalitetsansvariga och internrevisorer som är utsedda från varje verksamhet - medarbetare ges möjlighet att vara medskapare och en viktig del i utvecklingen av våra verksamheter. Genom att berörda personalgrupper görs delaktiga i arbetet med bl.a. att ta fram processer och rutiner ökar möjligheten till att våra styrdokument blir begripliga och användbara för de som faktiskt arbetar efter rutinerna i sitt dagliga arbete.

Under kvalitetsorganisationens första år har vi tillsammans försökt skapa en samsyn kring riktningen för åt vilket håll denna resan ska ta oss. Vi har tittat på vårt uppdrag och på våra olika roller samt försökt hitta formerna för hur vi ska arbeta med detta. Det har varit en nyfikenhet i att ta till sig kunskap och ett otroligt engagemang och en vilja att ta sig an allt arbete som vi ser behöver göras. Inledningsvis har det varit mycket att "bygga upp" både vad det gäller kunskapsmässigt och rent praktiskt för att kunna genomföra vårt uppdrag. Detta innebär som i alla utvecklingsarbeten att ständigt vara flexibel för förändring och justeringar för att så småningom landa i ett arbetssätt som är välfungerande. Under resan har vi påmint varandra om att vi gör detta för att vi vågar testa något vi inte gjort förut och vår styrka är att vi vågar göra fel och testa oss fram – misstag är den bästa lärdomen och vägen fram för att få till utveckling och förbättring.

### **Kvalitetsorganisationens resultat under 2018:**

- Kvalitetsansvarig, internrevisorer har bekantat sig med lagstiftningen utifrån: varför och på vilket sätt finns den i vårt dagliga arbete.
- Internrevisorerna har genomfört två internrevisioner i syfte att säkra upp verksamhetens följsamhet utifrån utvalda rutiner.
- Alla verksamheterna har börjat att sortera, skapa och slänga lokala rutiner.
- Vi har tagit fram underlag för revisionerna, och underlag för hur vi ska rapportera och återkoppla resultatet. I det har vi tagit fram en process för hur detta arbete ska gå till.
- Även processen för att fastställa övergripande och lokala rutiner har fastställts.
- Verksamheterna har infört avvikelseråd en gång i månaden i syfte i att kartlägga risker/brister och upptäcka systemfel. Vidta åtgärder och revidera rutiner.
- Även kvalitetsråd har införts vart tredje månad. Syftet med kvalitetsråden är att implementera kvalitetsledningssystemet i våra verksamheter genom att aktivt arbeta med ständiga förbättringar och för att säkra kvaliteten i våra verksamheter.

### **Annat utfört arbete för god personalförsörjning och kompetensutveckling**

- **Introduktionsprocessen, för en god start!**  
Som ett av nämndens interna kontrollmål har förvaltningen övergripande arbetat med att revidera den förvaltningsövergripande introduktionsprocessen med tillhörande checklista. Syftet har varit att skapa bättre förutsättningar för en god introduktion för nya medarbetare - vara en attraktiv arbetsgivare.
- **Medarbetarundersökning HME (Hållbart medarbetar engagemang)** är ett sätt att utvärdera organisationen och dess chefers förmåga att skapa, tillvarata och upprätthålla ett stort medarbetarengagemang. Resultatet för förvaltningen 2018 är 83% av 100% (2017 = 80%). HME beräknas som ett medelvärde kopplat till frågor om motivation, ledarskap och styrning.
- **Insyn och delaktighet genom APT- träffar.** Alla verksamheter har regelbundet APT och verksamhetsträffar. Genom enkätundersökningar och granskningar har det kommit fram att medarbetare upplever brister i chefernas återkoppling av resultat från till exempel avvikelser eller insyn i verksamheten. För att förbättra detta har det under 2018 tagits fram en ny APT dagordning. Målet är att det ska bidra till att medarbetarna får en bra helhetsbild av verksamheten genom återkoppling och insyn i alla ansvarsområden så som arbetsmiljöfrågor, ekonomi och det systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet.

- **Medarbetardagar.** De flesta verksamheter har under året haft planerings/medarbetardagar. Under dessa dagar går man till exempel igenom resultat från medarbetar- och brukarundersökningar och utifrån resultatet tar fram en handlingsplan, genomgång av dokumentation i olika former, tittar på verksamhetens mål och målstyrningen kring hur allt hänger ihop med kommunens vision, lagstiftning etc.

## Utveckling

Kvalitetsansvarig och internrevisor har fått i uppdrag att under 2019 presentera för sina kollegor vad som är deras uppdrag samt sprida erhållen kunskap vidare och därmed påbörja den kvalitetsspridning vi jobbar för!

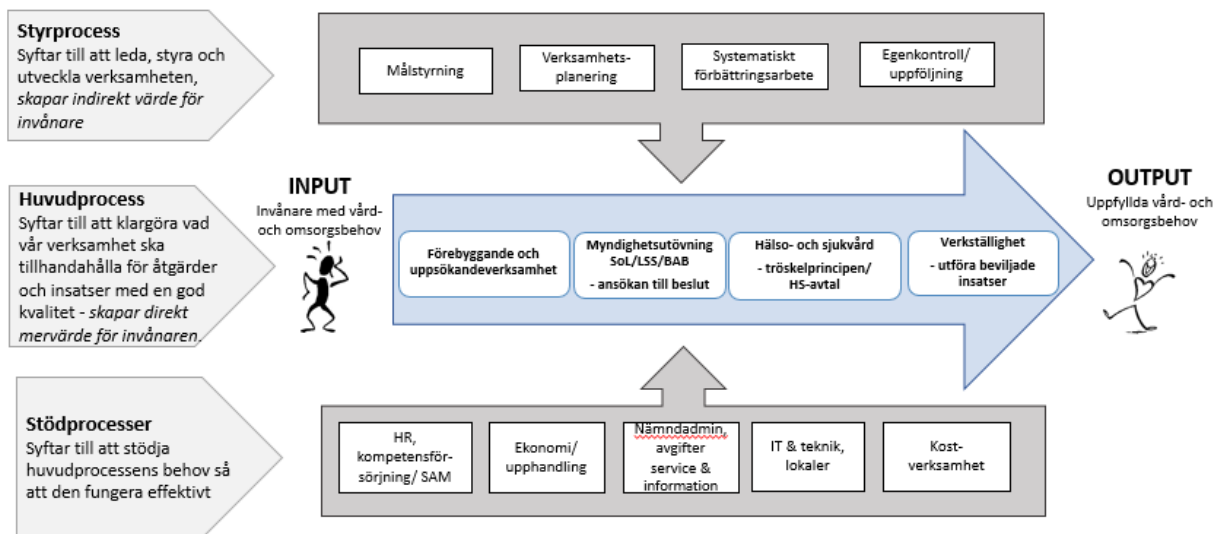
## Processer och rutiner

Verksamheterna ska enligt föreskriften SOSFS 2011:9 (4 kap 2-4 §) identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

En process är en serie av sammanhängande aktiviteter. Processen syftar till att uppnå ett bestämt mål eller resultat som skapar ett värde/resultat för den kommuninvånaren/kund/part vi finns till för. En process beskriver alltså det som händer i en verksamhet steg för steg, tills det att den vi finns till för har fått det den har rätt till.

Syftet med att kartlägga en process är att skapa en gemensam bild kring hur olika aktiviteter hänger ihop med varandra. För att förstå processen måste man förstå sambanden mellan aktiviteterna.

### Förvaltningens övergripande processer



### 2018 års processarbete

Utifrån förvaltningens huvudprocess har kvalitetsorganisationen påbörjat arbetet med att kartlägga sin verksamhets viktigaste processer och det arbetet kommer fortskrida under 2019.

### Nya övergripande processer

- Fastställt stödprocessen: introduktionsprocessen för nyanställda. Den har kompletterats med en gemensam övergripande rutin med tillhörande checklista för hur och vad introduktionen ska innehålla. Syftet är att säkerställa en god och enhetlig introduktion av nya medarbetare för att skapa förutsättningar för att medarbetaren ska trivas och att



våra kommuninvånare får en god vård och omsorg med hög patientsäkerhet.

### Utvecklingsområden 2019

Målen för 2019 är att verksamheterna fortsätter att rensa bland sina lokala rutiner och revidera i de som behövs samt kartlägga sina viktigaste processer. Dessutom fortsätter det övergripande arbetet med att få struktur på våra rutiner samt få klart våra viktigaste huvudprocesser.

## Samverkan

Förvaltningen arbetar utifrån olika former av samverkan och informationsöverföring för att tillgodose den enskildes behov, patientsäkerhet, en god kvalitet i mötet och utförandet av vård- och omsorgsinsatser.

Det ska finnas processer och rutiner som säkerställer hur samarbetet ska bedrivas i den egna verksamheten, mellan olika enheter och med externa samverkansparter.

- **Regionalnivå**

- Samverkan med Primärvården när det gäller läkarmedverkan för råd och stöd. För att säkerställa informationsöverföringen mellan vårdgivare vid in- och utskrivning från sjukhus arbetar verksamheten efter en IT baserat vårdplaneringsverktyg som kallas Mina Planer.

- Samverkan med Region Skåne angående Samordnad Individuell Plan (SIP) i syfte att ge en ökad trygghet och säkerhet för den enskilde vårdtagaren och deras närstående, samtidigt ger den stöd hos personalen i vilka åtgärder som ska vidtas när vårdtagarens tillstånd förändras.

- **Förvaltningsnivå**

Vård- och omsorgsförvaltningen har samverkat på förvaltningsnivå främst med Arbete och tillväxt men även med Barn och utbildning då vissa enskilda har behov och insatser från flera förvaltningar.

- **Samverkan med den enskilde**

*Genomförandeplaner* - i samråd med den enskilde eller dess företrädare beskrivs det i genomförandeplanen hur den enskilde vill att utförandet av beslutade insatser ska genomföras.

*Kontaktman* - personer som har blivit beviljat särskilt boende eller hemtjänst enligt SOL/LSS ska erbjudas en kontaktman. Kontaktmannen har huvudansvaret för att det finns en planering/genomförandeplan för hur den enskildes hjälp och stöd ska utföras och är den person som den enskilde och dess närstående i första hand vänder sig till med frågor. Syftet är att skapa trygghet, kontinuitet och delaktighet för den enskilde.

### Resultat 2018

Från Socialstyrelsens enkätundersökning "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?".

Hemtjänsten har under året arbetat med att utveckla och förbättra sitt arbete kring välkomstsamtalen när de träffar nya vårdtagare. Målet är att det första mötet med nya vårdtagare ska skapa goda förutsättningar för en gemensam och tydlig bild av vad hemtjänsten är och vad vårdtagaren kan förvänta sig.

	Bjuv 2017	Bjuv hemtjänst 2018	Riket	Skåne län
Upplever att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.	90 %	87 %	86 %	83 %
		<b>Bjuv säbo</b>	<b>Riket</b>	<b>Skåne län</b>
Upplever att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.	92 %	84 %	79 %	78 %



# Systematiskt förbättringsarbete

## Riskbedömningar

### Verksamhetsövergripande

Förvaltningens ledningsgrupp ska genomföra riskbedömning kring risker som kan inträffa i verksamheten. Detta görs utifrån en konsekvens- och sannolikhetsmatris. Identifierade riskområden ligger till grund för nämndens interna kontroll. Under året har förvaltningen tagit fram en bruttolista med identifierade riskområden som ligger till grund för det framtida arbetet med intern kontroll, i enlighet med kommunens nya riktlinje och arbetsätt kring intern kontroll.

I början av året genomförde Arbetsmiljöverket en planerad tillsyn. Utifrån den har förvaltningen bland annat tagit fram nytt material för "riskbedömning i den enskildes hem". Detta arbetsmaterial ska ha implementerats på enhetsnivå under året. Planen för 2019 är att gå ut och följa upp hur detta arbete fungerat.

### Enhetsnivå

Enhetschefen ansvarar för att löpande analysera riskerna på sin enhet. Utifrån resultatet av riskanalysen ska ansvarig chef vidta åtgärder för att säkra kvaliteten.

Det görs kontinuerliga riskbedömningar i det dagliga arbetet som vägleder verksamheten till ett beslut. Dessa vardagliga riskbedömningar är bra, men det viktiga är att enhetscheferna gör en dokumenterad riskbedömning i de fall där risker uppdagas som är av större dignitet och som inte kan anses vara löpande arbete.

### Genomförda riskanalyser på enhetsnivå 2018:

Under 2018 har vi förändrat lite i rapporterna där verksamheterna dokumenterar sitt arbete och resultat löpande under året. I årets rapporter kan man utan att ha en helt jämförbar statistik, ändå observera att det under 2018 dokumenterats fler riskbedömningar på enhetsnivå cirka: 50 st. Dock varierar det mycket mellan verksamheterna där vissa har 0 riskbedömningar till en enhet som gjort 11 st.

Riskbedömningar handlar till exempel om organisationsförändring i verksamheten, brist på personal, ökad arbetsbelastning, krav efter en tillsyn, hot och våld etc.

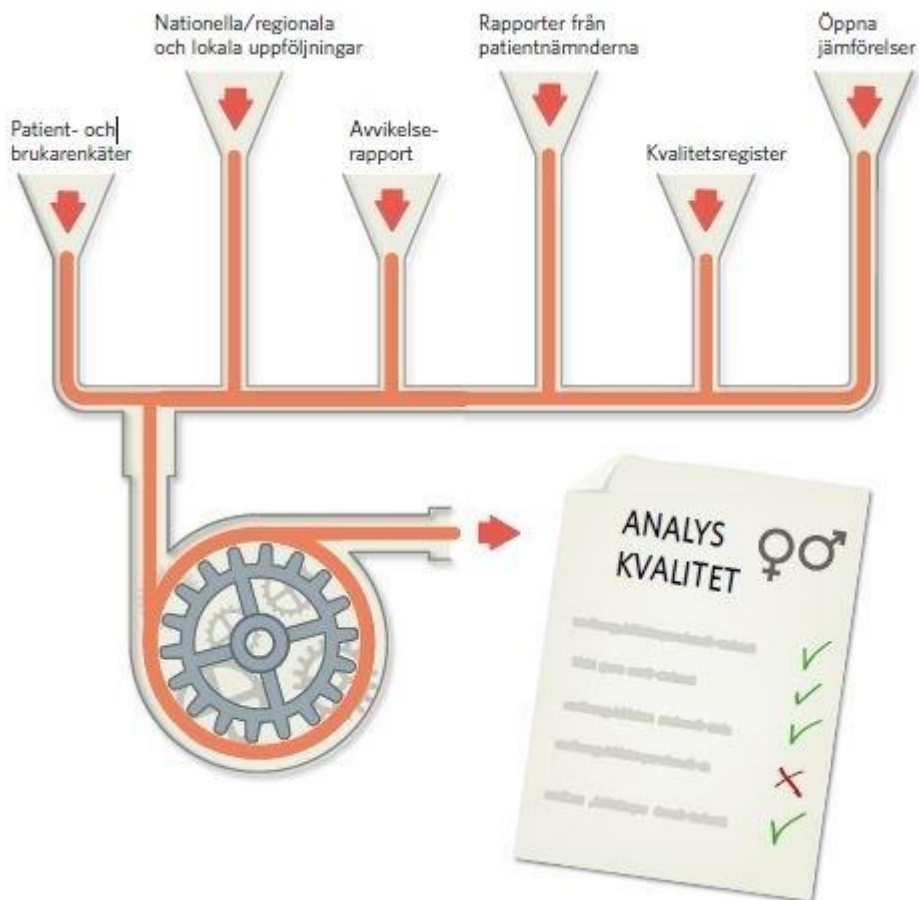
### Individnivå

Medarbetare i verksamheterna gör riskbedömningar på individnivå varje gång man träffar en ny vårdtagare/deltagare/patient. Riskbedömningen och åtgärder dokumenteras i den nya mallen "riskbedömning i den enskildes hem" med eventuell handlingsplan. Den bedömningen ligger till grund för planeringen och utförandet av insatser, detta dokumenteras i den enskildes genomförandeplan/vårdplan.

### Identifierade förbättringsområden

Det finns ett förbättringsbehov kring hur vi ska hantera genomförda riskbedömningar för att inte missa att följa upp dem. En tanke är att lägga in det i Stratsys som ett sätt att få riskbedömningarna samlade och mer lättarbetade med en kopplad handlingsplan.

## Egenkontroller



Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Den förvaltningsövergripande egenkontrollen vars uppföljning och analys baseras på resultat från:

- Nationella enkätundersökningar - Vad de äldre tycker om äldreomsorgen, Äldreguiden, Öppna jämförelser.
- Egna lokala enkätundersökningar, fokusgrupper, anhörigundersökningar
- Tillsyn av IVO och revision
- Dokumentationsgranskning
- Rättssäkerhet - loggkontroll, handläggningstider etc
- Kommunen kvalitet i korthet (KKIK)
- Medarbetarenkäter
- Analys av avvikelser, synpunkter och klagomål

### Egenkontroller 2018

Följande egenkontroller ska följs upp av verksamheterna löpande under året.

- **Logguppföljning**

Syftet med regelbundna logguppföljningar är att förvaltningen ska säkerställa ett gott integritetsskydd genom att säkerställa att ingen haft åtkomst till patientuppgifter utan nödvändighet för arbetet. Målet med loggkontroller är att avhålla personal från att läsa patientuppgifter som de inte behöver i sitt arbete samt upprätthålla förtroendet för verksamheternas hantering av patientuppgifter i alla typer av patientdata.

Loggranskningen genomförs av ansvarig chef under en vecka vid två tillfällen per år. Slumpmässigt utvalda granskningsperioder för 2018 var veckorna 22 och 43.

### Resultat

Jämfört med 2017, då många verksamheter inte genomfört loggkontrollerna har det skett en stor förbättring. Under 2018 har alla enheter följt egenkontrollplanen och rutinen för loggkontroll, inget resultat som krävde vidare åtgärder utifrån misstanke om obehörig läsning.

- **Personalkontinuiteten i hemtjänsten**

Om många olika personer kommer in i hemmet för att utföra insatsen finns det risk att kvaliteten blir lidande. Det kan bli svårt för den enskilde att lära känna personalen. Det är därför viktigt att inte alltför många olika personer hjälper den enskilde i hemmet.

### Resultat

Trots ett ökat antal vårdtagare inom hemtjänsten har verksamheten lyckats förbättra personalkontinuiteten. Verksamheterna har arbetat aktivt med detta och en del i det har varit att man under året infört ett planeringsverktyg som underlättar planeringen av personalresurserna.

Personalkontinuitet hemtjänsten - Antal olika personal under 14 dagar	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antal hemtjänsttagare	86	77	78	81	81	105
Medelvärde	13	16	15	13	14	11
Median	12	13	14	12	14	10

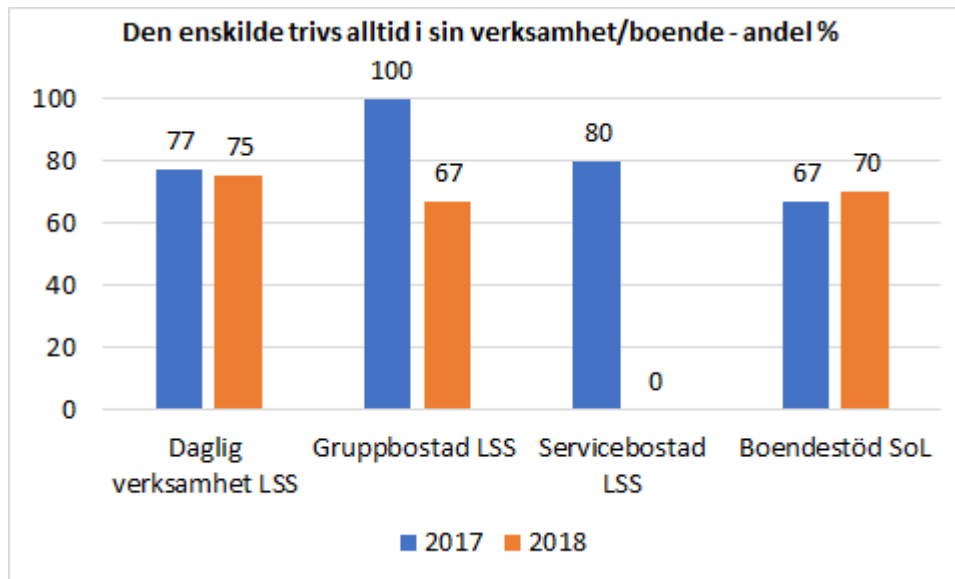
## Nationella undersökningar

### Handikapp- och psykiatriomsorgen

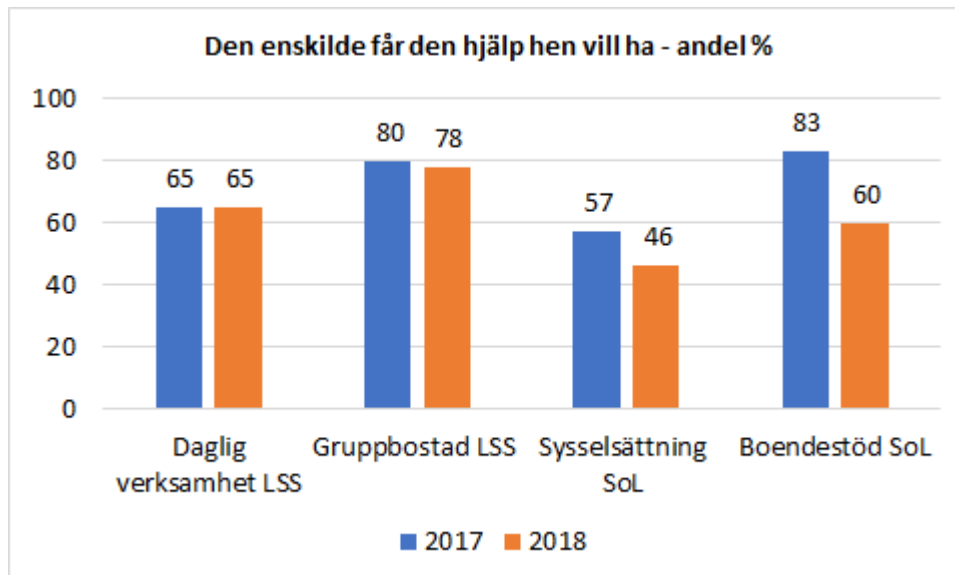
Handikapp- och psykiatriomsorgen deltar i Sveriges kommuner och landsting, SKL´s nationella brukarenkät för funktionshinder. Enkäterna har anpassats utifrån målgrupp. Det innebär att vissa har fått enkäten i textformat medan andra har fått den i formatet Pict-O-Stat i form av Pictogramsymboler, fotografier och inspelat tal för att presentera och förtydliga frågeställningar och svarsalternativ.

Här presenteras ett urval av de viktigaste frågorna som handlar om trivsel, får man den hjälp man anser sig behöva och känner man sig trygg. Resultaten visas i jämförelse med förra årets resultat.

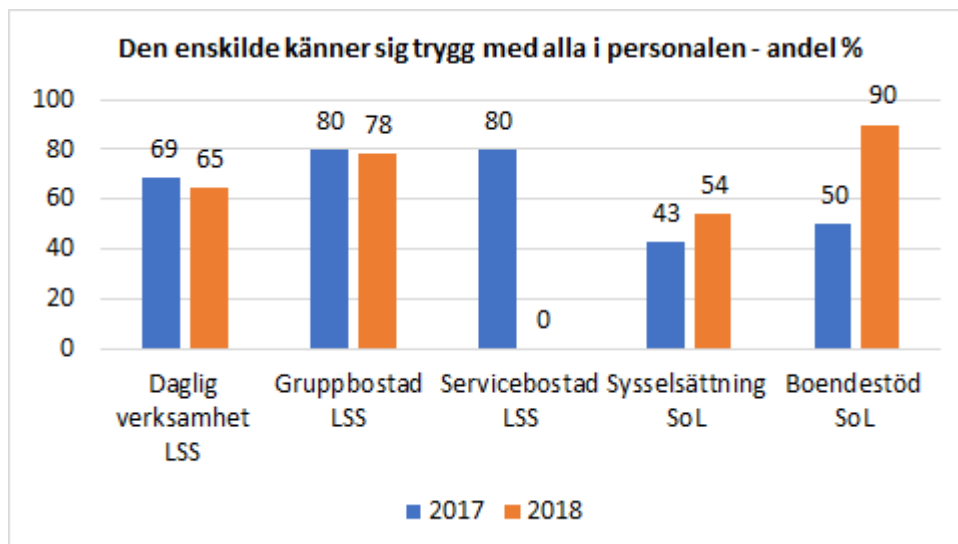
### Trivsel



### Rätt stöd



### Trygghet



### Utveckling

Varje verksamhet har analyserat sitt resultat och identifierat vilka områden de bör utveckla och förbättra under 2019. En stor brist i årets resultat är att det är få svarande och att vissa verksamheter ej får något resultat alls på grund av att det är för få svarande. Under 2019 måste verksamheterna titta på detta och se hur man ska arbeta med det på lokalnivå för att få till ett resultat.

## Äldreomsorgen

### Så tycker äldre om äldreomsorgen 2018

Syftet med Socialstyrelsens nationella enkätundersökning för äldreomsorgen är att kartlägga de äldres uppfattning om sin vård och omsorg.

Hemtjänsten	2017	2018
Får bra bemötande från personalen	98	97
Har lätt att få kontakt med personalen i hemtjänsten vid behov	84	76
Är sammantaget nöjd med hemtjänsten	92	88
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	77	80
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	90	87
Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? T.ex. byte av tid/dag, förseningar etc.	73	65
Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp? T.ex. tid för att duscha/bada, gå och lägga dig etc.	50	52

Särskilt boende	2017	2018
Får bra bemötande från personalen	98	98
Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov	96	93
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	92	86
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	80	78
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	90	84

<b>Särskilt boende</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? T.ex. byte av personal, ändringar av olika aktiviteter etc	68	62
Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp? T.ex. tid för att duscha/bada, gå och lägga dig etc.	84	66
Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?	80	80

Det är överlag ett bra resultat för verksamheterna. Det finns en tendens till att resultatet sänkts något. Verksamheterna har arbetat med sina resultat och formulerar mål och åtgärder för att förbättra sig inom vissa områden.

## **Intern tillsyn och granskning**

### **Oanmälda egenkontroller**

#### **Oanmält besök på Solhemmet**

Vid ett besök på en demensenhet under sommaren visade det sig att samtlig tre personal satt ute på altanen och pratade medan de boende satt inne utan närvaro av personal.

Åtgärder utifrån detta besök, förutom den direkta åtgärden, är att vi på denna enhet har samtalat om varför vi är på vår arbetsplats, för vem, gör vi det till enbart vår arbetsplats eller ser vi det som vårdtagarnas hem. Dessa ämnen kommer fortskridande att diskuteras på berörd enhets verksamhetsmöten.

### **Nattillsyner**

Nattillsyner ska enligt förvaltningens beslut genomföras oanmält ett par gånger per år i de verksamheter som bedrivs/bemannas dygnet runt. Syftet är att som ansvarig ska det finns god kännedom och insyn i nattarbetet, vilket är en stor del av dygnet. Det är viktigt att ansvarig chef är en del i nattpersonalens arbetsmiljö och ibland kan vara delaktig i realtid. Vidare ges det möjlighet att säkerställa att arbetet bedrivs enligt den planering som finns både utifrån bemanning och insatser.

#### **Genomförda nattillsyner 2018**

##### **Socialpsykiatri - Träffpunkt 24:an, Boendestöd, Satellit**

Kvällstillsyn gjordes av enhetschef en fredagskväll. Det var en satellitboende som sov på 24:an. Personalen satt i samtal med en annan satellitboende och höll även på med dokumentation.

##### **Varagården särskilt boende**

I november genomfördes kl 3:00-6:30 en oanmäld nattillsyn och det vi tittade på var så att medarbetarna var stationerad på den avdelningen som anges i deras schema och de följde sitt schema.

##### **Ekhaga särskilt boende**

I maj genomfördes en nattillsyn. Enhetschefen började sin tillsyn i samband med överrapportering mellan kvällspersonal och nattpersonal vilken genomfördes enligt rutin i entren på Ekhaga. Arbetskort fanns utifrån de boendes genomförandeplaner vilket innebar att man också visste vilka olika uppgifter man skulle utföra under natten.

Natten var lugn med ett antal larm som besvarades utan problem. Nattarbetet fungerar enligt bedömning i alla delar väl och de svårigheter som uppstår kommuniceras direkt med samordnare/enhetschef och löses på så sätt.

##### **Korttidsenheten Almliden**

Två oanmälda nattinsyner. En i januari när vi startade med vår nya organisation där nattpersonalen på Almliden arbetar ensamma större del av natten. Resultatet var gott, personalen hade gjort det man skulle och ssk och usk från nattpatrullen kom in ett par gånger på natten.

En nattinsyn är gjord i november, på boendet arbetar man själv mellan 22-06.45 och har hjälp av nattpatrull vid fasta insatser och av nattpatrull eller sjuksköterska vid akuta situationer. Nattpatrullen hörde inte av sig under natten men ssk kom in och tillbringade ca en timme på avdelningen. Usk hade gjort de arbetsmoment som var planerade, natten var lugn.

### **Höstgatans gruppbostad med särskild service vuxna, LSS**

Kvällsinspektion av enhetschef. Personalen befann sig på personalrummet och vilade. Betydligt fler kvällsinspektioner i framtiden.

### **Västergatans gruppbostad med särskild service vuxna, LSS**

Nattinsynen utfördes den 1 december av ansvarig enhetschef. Den startade kl 21.30 och avslutades kl.04.00. Nattpersonal visste att enhetschef skulle komma. Det var en lugn natt där endast några få vårdtagare vaknade under natten. Det visade sig att personalen denna natt inte bar sitt personlarm. Vi diskuterade vikten av att bära det på sig både av personliga och arbetsmiljöaspekter.

Resultatet av nattinsynen är att en del av de uppgifter som ska göras av verksamheten gällande livsmedelshygien t.ex avfrostas frysar, rengöring av kylar och avkalkning av kaffebruggare kommer att läggas på nattpersonalen så att dagpersonalen istället kan lägga fokus på vårdtagarna vid deras vakna tid på dygnet. Ett förtydligande gällande personlarmet har också gjorts för samtlig personal.

## **Anmäld intern tillsyn**

En av huvuduppgifterna för kvalitetsorganisationen är att genomföra interna granskningar och revision av våra egna verksamheter. Syftet är att säkra upp och ha koll på vår verksamhet och kunna utveckla och förbättra det som brister.

Under 2018 har förvaltningens internrevisorer varit ute på revision vid två tillfällen. Vid första revisionen var allt helt nytt och gav mycket viktig erfarenhet för att utveckla vårt arbetssätt vid revision. Vid båda tillfällena granskades avvikelserutinen och lex Sarah rutinen.

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om den granskande verksamheten arbetar i enlighet med gällande rutin för avvikelshantering inom SoL, LSS och HSL samt Lex Sarah rutinen.

Resultatet av granskningen kan i stort summeras med att verksamheterna känner till rutinerna och i stort arbetar i enlighet med rutin. Dock finns det stora lokala variationer, vilket respektive verksamhet fått till sig i återkopplingen efter revisionen. Något som nu åligger verksamheten att utveckla och förbättra.

## **Extern tillsyn och granskning**

### **Arbetsmiljö**

Arbetsmiljöverket genomförde under året en planerad tillsyn och inspektion av verksamheterna Varagården, Ekhaga och hemtjänsten.

Vissa delar gjordes ur ett övergripande perspektiv, andra ur lokalt perspektiv. Tillsynen föranledde ett antal åtgärder så som en riskbedömning och handlingsplan för verksamheterna, reviderad rutin för riskbedömning i enskilt hem samt reviderad checklista för riskbedömning i vårdtagarens hem.



Arbetsmiljöverket meddelar i november att man är nöjd med det arbete som utförts och avslutar ärendet.

## Avvikelser

Alla anställda, vikarier och praktikanter inom Vård- och omsorgsförvaltningen är enligt kap 5 i föreskriften SOSFS 2011:9 skyldiga att uppmärksamma, ta emot och rapportera avvikelser i form av synpunkter, klagomål, kvalitetsbrister, missförhållanden och vårdskada som innebär en risk för vårdtagarens säkerhet.

Det sker avvikelser i verksamheten som inte ryms inom lagrummet för lex Sarah, det vill säga mindre allvarliga avvikelser. Dessa är nog så viktiga att uppmärksamma. Detta gör verksamheten genom att rapportera avvikelser utifrån lagrummen man arbetar under SoL, LSS eller HSL.

## Synpunkter och klagomål

Bjuvs kommun har en kommungemensam hantering av synpunkter och klagomål från medborgare. Hanteringen ska säkerställa att synpunkter tas tillvara på ett bra sätt för att snabbt och effektivt kunna åtgärda eller förbygga fel och brister.

Under året har det kommit in totalt 60 synpunkter och klagomål (2017 49 st). Synpunktshanteringen är välfungerande process inom förvaltningen, alla synpunkter besvaras inom korrekt svarstid, 20 dagar och med återkoppling till diariet.

Under året är det inget synpunkt som sticker ut eller är överrepresenterad utan det handlar om väldigt varierade saker.

## Avvikelser SoL/LSS

Definitionen av en avvikelse är att när det inträffade avviker från god kvalitet och god ordning genom avsteg från fastställda rutiner, genomförandeplaner, vårdplaner eller andra överenskommelser.

Genom att följa upp och utvärdera kvaliteten i det arbete som bedrivs både utifrån kvalitet och kvantitet kan vi få en uppfattning av vilken mån det bedrivs en systematisk avvikelshantering och därmed arbetar i enlighet med gällande lagstiftning och fastställda rutiner för förvaltningen.

## Antalet avvikelser inom SoL och LSS

Vi ser att det har skett en tillbakagång gällande antalet registrerade avvikelser från 2017 till 2018. Nytt för 2018 är ju införandet av avvikelseråd. Syftet med ett avvikelseråd en gång per månad är att samla alla berörd professioner för att kartlägga risker/brister och upptäcka systemfel. Det skapas en gemensam helhetsbild och man kan hjälpas åt att identifiera relevanta åtgärder som behöver vidtas för att bristen ej ska återupprepas och eventuellt behöva revidera rutiner.

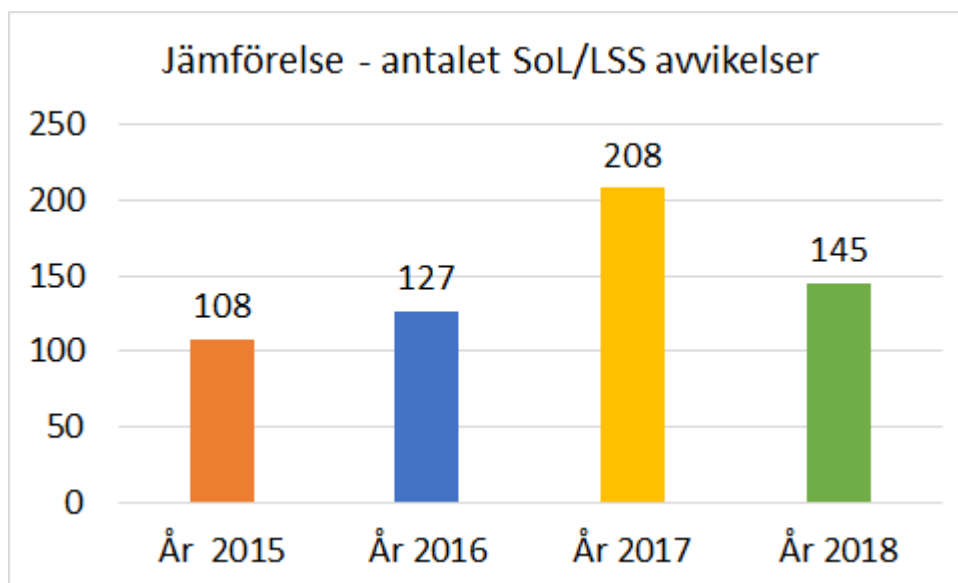
Dock vet vi att det är inte alla enheter som kommit igång med detta. Vissa har haft svårt att få med sig alla professioner, andra har inte haft några avvikelser att diskutera och finna förbättringar för. Detta har dock lett till diskussion om en enhet inte haft avvikelser är det ett bra tillfälle att diskutera med deltagarna kring varför vi inte har några avvikelser och hur vi ska förbättra oss där.

Målet för 2019 är att alla enheter kommer igång med avvikelseråden ordentligt och får till ett

fungerade förbättringsarbete kring identifierade brister i våra verksamheter.

Det är ett fortsatt och ständigt arbete med att uppmana och utbilda medarbetare och chefer i hur och varför det är viktigt att rapportera avvikelser. Det är ett arbete som tar tid och en kultur som ska ställas om från att känna att det är negativt att skriva till att se syftet med varför vi gör det.

Under året har det tagits fram en power point presentation som enheterna kan använda sig av i utbildningen och samtalet kring vårt arbetar med avvikelser och lex Sarah inom förvaltningen.



## Lex Sarah

Respektive enhetschef är skyldig att när en person påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande, ska denne informeras om att hon/han har en skyldighet att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Informationen om rapporteringsskyldigheten ska även ges för samtliga anställda både muntligt och skriftligt minst en gång per år.

Under året uppger samtliga verksamheter att de haft genomgång. Detta är en klar förbättring jämfört med 2017 då det vara 7 verksamheter som inte haft information och genomgång om skyldigheten att rapportera missförhållanden/ risk för missförhållanden.

### Rapporterade missförhållanden

Under 2018 har det rapporterats 7 lex Sarah (2017 10 st).

Där 5 handlar om stölder/misstänkta stölder av antingen pengar, smycket eller narkotikaklassat läkemedel. Två rapporter handlar om psykiskt och fysiskt övergrepp genom filmning/fotografering av vårdtagare.

## Samlad analys och utvecklingsområden

Att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete är ett gediget och komplext arbete som kräver delaktighet, tid och tålamod för implementeringen. I det stora hela bedöms Vård- och omsorgsnämndens verksamheter utföra ett gott arbete med uppskattad personal som anses utföra insatser med god kvalitet.

Förvaltningen ser att det finns goda förutsättningar att 2019 få igång ett väl fungerande arbete för att systematiskt följa upp och revidera verksamheternas viktigaste arbetsmoment. Vi kommer även fortsätta implementeringen av vår kvalitetsorganisation med fokus på att visat engagemang och kunskap ska spridas vidare inom hela förvaltningen! Fokus ligger på att fortsätta det arbete som vi bedriver genom revisioner och egenkontroller av våra verksamheter samt att få bra struktur och ordning på våra rutiner och processer.