



**Borgholms
kommun**
SOCIALFÖRVALTNING

Socialnämndens kvalitetsberättelse

År 2016

2017-02-27
Yvonne Berneke, SAS

Dnr 2017/16-700 SN
Q-nr: 3.7

Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Kvalitetspolicy – verksamhetsidé, vision och värdegrund	4
3. Övergripande mål och strategier	4
4. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	4
5. Struktur för uppföljning och utvärdering	5
6. Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitet och patientsäkerhet.....	6
7. Uppföljning genom egenkontroll	20
8. Samverkan för att förebygga missförhållanden och vårdskador	23
9. Riskanalys	24
10. Händelseanalys	25
11. Personalens rapporteringsskyldighet	27
12. Hantering av klagomål och synpunkter	27
13. Samverkan med patienter, brukare och närstående.....	29
14. Sammanställning och analys.....	29
15. Resultat	32
16. Övergripande strategier för kommande år	37

Kvalitetsberättelse

1. Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen är en redovisning av kvalitetsarbetet och av kvalitetsledningssystemets effekt. Enligt SOFSF 2011:9 ska vårdgivare som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Enligt PSL, Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Så länge det går att utläsa de uppgifter som anges i PSL och i SOFSF 2011:9 finns inget hinder för en vårdgivare att upprätta sin kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument.

Vad är kvalitet och patientsäkerhet för oss?

Socialnämndens verksamhetsidé och vision är att vi ger människor; män, kvinnor, flickor och pojkar stöd, vård och omsorg med bästa kvalitet. Med medborgarens fokus ges insatser i dialog utifrån den enskildes behov och förutsättningar för ett självständigt och meningsfullt liv. Våra insatser utgår från vår värdegrund med extra fokus på värdeorden respekt, trygghet och meningsfullhet. Sammantaget innebär detta kvalitets- och patientsäkerhet för oss. De viktigaste åtgärderna för att öka kvalitets- och patientsäkerheten 2016 är:

- Förbättring av kontinuiteten hos brukare med hemtjänst.
- Påbörjad implementering av IBIC.
- Utvecklingsprojektet "Hemsjukhuset" – samverkan hemsjukvård – primärvård.
- Utbildning om beslutsgången inom LSS och om olika funktionsnedsättningar.
- Fokus på bemötande och behov i alla verksamheter.
- Implementering och fortsatt utveckling av kvalitetsledningssystemet.
- Utveckling av samtliga områden knutna till eHälsa.
- Uppbyggnad av den nya organisationen inom IFO för hemmaplanslösningar.
- Fortsatt satsning på den goda arbetsplatsen och goda arbetsvillkor.

Kunskaper och erfarenheter från verksamheter som gjort framsteg har tagits tillvara och utgjort grund för förbättringsarbeten inom andra verksamheter. Risker och skador har identifierats i större utsträckning, kommunicerats och rapporterats i tidigare skeden samt hanterats med bättre kunskap och säkerhet än tidigare. De viktigaste resultaten som uppnåtts under 2016 är:

- Ökad kunskap om bemötandets betydelse för en god omsorg.
- Ökad kunskap om processen från behov till beslut inom LSS
- Bättre planering för kvalitetsmätningar.
- Ökad efterfrågan på analys, åtgärder och uppföljning av resultat.
- Ökad användning av kvalitetsledningssystemet.
- Fortsatt utveckling av eHälsa-projekten mobilitet, e-tjänster och trygghetslarm.
- Ökad tjänstgöringsgrad för fler och färre delade turer.

2. Kvalitetspolicy – verksamhetsidé, vision och värdegrund

Socialnämndens verksamhetsidé och vision fungerar, tillsammans med vår värdegrund, som socialförvaltningens kvalitetspolicy och gäller inom samtliga verksamheter.

Socialnämndens verksamhetsidé

Vi ger stöd, vård och omsorg med bästa kvalitet

Socialnämndens vision

Bästa kvalitet i varje möte

Vår värdegrund

Våra insatser utgår från vår värdegrund med extra fokus på värdeorden *respekt, trygghet* och *meningsfullhet*. Värdegrunden är en självklar bas i all vår verksamhet.

3. Övergripande mål och strategier

Övergripande mål - Balanserat styrkort

Kommunfullmäktige har fattat beslut om övergripande, strategiska mål, vilka anger riktning för samtliga verksamheter i Borgholms kommun. Ett balanserat styrkort har tagits fram för samtliga verksamhetsområden med verksamhetsmål, aktiviteter och nyckeltal. Det balanserade styrkortet är ett verktyg som syftar till att varje verksamhetsområde med tilldelad resurs och kompetens arbetar för att nå uppsatta verksamhetsmål och ständigt förbättrade resultat. Balanserat styrkort har använts för att styra och leda mot uppsatta mål 2016 utifrån perspektiven Medborgare, Verksamhet & Process, Lärande & Förnyelse och Ekonomi.

Socialnämndens verksamhetsmål

Vi har goda resultat och kvalitet inom stöd, vård och omsorg.

Vi har en ökad andel externa utförare.

Vi har ökat miljömedvetenheten.

Vi har utvecklat verksamheten och har kvalitetsledningssystem för ökat medborgarfokus och ökad kvalitet.

Vi har jämställdhetsperspektiv.

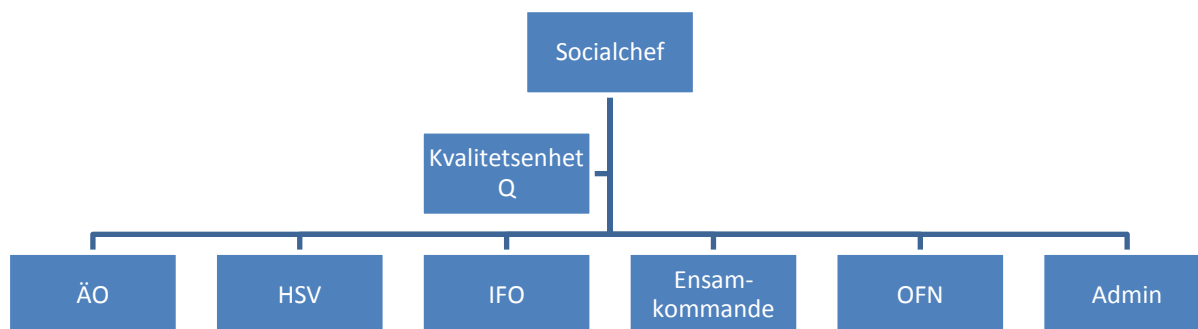
Vi har ökad frisknärvaro.

Vi har kostnadseffektivitet och fördelar resurser efter behov.

4. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetsansvar

Socialförvaltningen ansvarar för att, på socialnämndens uppdrag, handlägga, besluta och verkställa ärenden enligt lagrummen SoL, LSS, LVM, LVU och HSL. För verksamheten ansvarar socialchef, som därmed är verksamhetsansvarig för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Socialchef är också verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763. Socialförvaltningens organisation och verksamhetsdelar visas i modell 1.



Modell 1: Socialförvaltningens organisation och verksamhetsdelar

Verksamhetsledning

Under 2016 leddes socialförvaltningens verksamheter av socialchef, verksamhetschef ÄO/HSV, verksamhetschef IFO/OFN samt administrativ chef. Verksamhetschef IFO/OFN ansvarar även för verksamheten Ensamkommande.

Kvalitetsenheten, Q

Q leds av socialchef och är en resurs- och stödfunktion för samtliga verksamheter för utveckling och kvalitet. Q arbetar med systematisk uppföljning, utredning, utbildning och forskning/evidensbaserad praktik. Q bestod under första halvåret 2016 av MAS, SAS, utvecklingsledare för ÄO/HSV respektive OFN samt systemförvaltare. Från andra halvåret 2016 var tjänsten som utvecklingsledare OFN vakant. Borgholms kommun köper 50 % tjänst som MAS av Mörbylånga kommun.

5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Kvalitetsledningssystem enligt SOFSF 2011:9

Q:et är socialförvaltningens kvalitetsledningssystem, ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Q:et är uppbyggt enligt SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för systematiskt kvalitetsarbete. Q:et är symboliskt uppbyggt som ett cirkulärt system, där Q står för kvalitet. Q:et visar helheten i systemet, med lagarna och målen i form av det balanserade styrkortet i centrum, som tillsammans styr alla processer ute i verksamheten. Tabell 1 visar uppgifter kopplade till kvalitetsledningssystemet, Q:et, samt vilken funktion som är ansvarig för utförandet.

Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem **Q:et**



Tabell 1: Uppgifter och ansvar för utförandet utifrån kvalitetsledningssystemet, Q:et.

Uppgift	Funktion ansvarig för utförandet
Styrdokument, riktlinjer, rutiner och processer i kvalitetsledningssystemet, övergripande nivå	Socialchef
Planering och ledning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	Socialchef (verksamhetschef enligt HSL på beslut av SN)
Rapporteringskyldighet, avvikelserapportering	Socialchef
Rutiner och processer för ÄO/HSV i kvalitetsledningssystemet	Verksamhetschef ÄO/HSV, för HSV även MAS
Rutiner och processer för IFO/Ensamkommande/OFN i kvalitetsledningssystemet	Verksamhetschef IFO/OFN
Rutiner och processer för Administration i kvalitetsledningssystemet	Administrativ chef

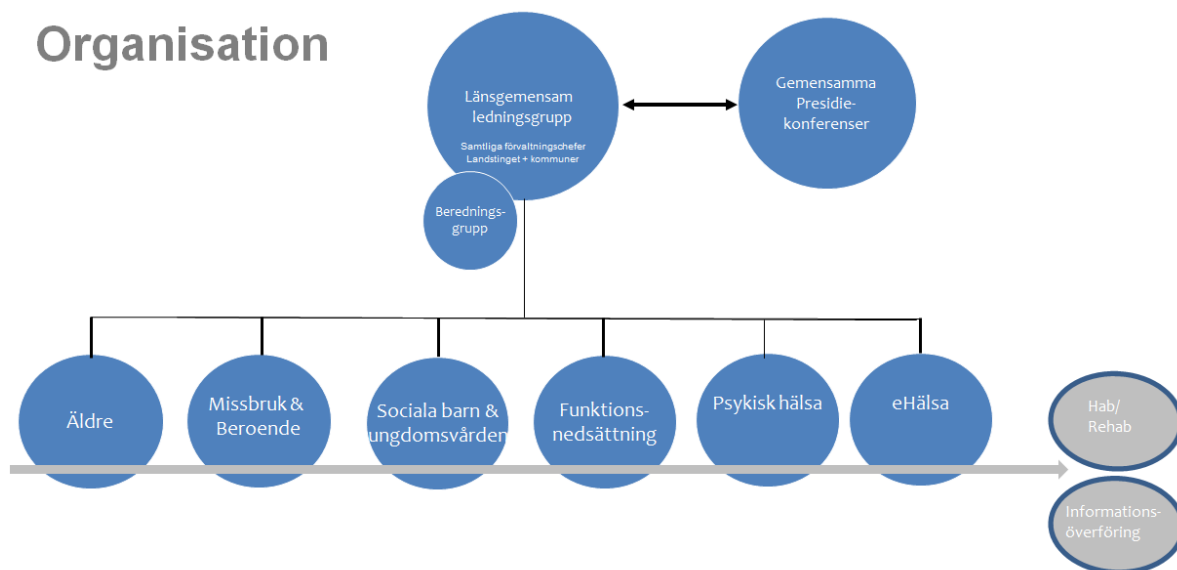
Uppföljning och utvärdering sker systematiskt med stöd av Q:et. Förbättringar initieras lokalt och centralt och förs fram till högsta ledningen, socialförvaltningens ledningsgrupp SFLG, via lednings-, arbets- eller styrgrupper samt via kvalitetsenheten, Q.

6. Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitet och patientsäkerhet

Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

I Kalmar län pågår utvecklingsarbeten inom områdena äldre, missbruk och beroende, sociala barn- och ungdomsvården, funktionsnedsättning, psykisk hälsa och eHälsa, där samordnande grupper finns för respektive område. Utöver dessa områden finns det arbetsgrupper för länsgemensamma frågor avseende habilitering/rehabilitering och informationsöverföring. Borgholms kommun är representerad i flera av de samordnande grupperna och har kontaktpersoner knutna till samtliga utvecklingsområden. En länsgemensam ledningsgrupp, bestående av social- och omsorgschefer, representanter från regionförbundets ledning, landstingets ledningsstab samt landstingets förvaltningschefer inom hälso- och sjukvård, primärvård och psykiatri, leder arbetet. Organisationen för regional styrning i Kalmar län visas i modell 2.

Organisation



Modell 2: Regional styrning i Kalmar län

Målet är att modellen för samverkan långsiktigt ska försörja det egna länet/regionen med ett praktiskt verksamhetsstöd och göra det möjligt att stimulera goda insatser, med fokus att förbättra resultaten för patienter och brukare samt att utveckla arbetssätt. Samverkansarbetet grundar sig i ett antal överenskommelser på nationell nivå som också omfattar nationella stöd i form av stimulansmedel och prestationsersättning. Stödet ges under en begränsad tidsperiod och medverkar till ett långsiktigt och hållbart utvecklingsarbete på lokal och regional nivå. Huvuddelen av medlen går till kommuner och landsting som når vissa förutbestämda mål. Åtgärder som genomförts i Borgholms kommun för ökad kvalitet och patientsäkerhet redovisas nedan under varje regionalt utvecklingsområde.

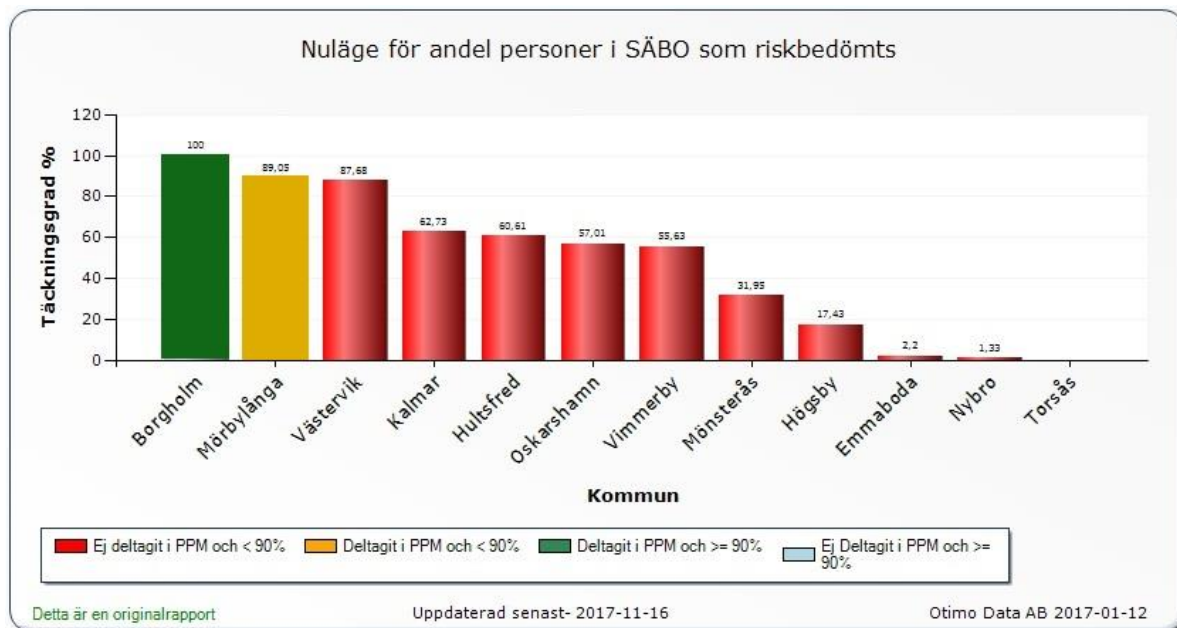


Kvalitetsregister i förbättringsarbetet

Senior Alert och vårdpreventivt arbete

I Borgholm har registrering av riskbedömningar i Senior Alert blivit en fungerande rutin. Borgholm är den enda kommunen i länet som når 100 % täckningsgrad för registreringar. Täckningsgraden för samtliga länets kommuner visas i tabell 2.

Tabell 2: Täckningsgrad i % för andel riskbedömningar per kommun.



Under 2016 har 330 riskbedömningar registrerats på SÄBO, särskilt boende, varav 289 utförda bedömningar hade någon form av risk. Av de 289 bedömningar som hade risk fick 75 % någon form av åtgärd och 30 % av åtgärderna följdes upp. Statistikuppgifter på åtgärder och uppföljning är något missvisande, då samtliga åtgärder och uppföljningar inte registreras i själva registret. Personal uppger att man i praktiken alltid utför någon åtgärd vid upptäckt av risk. I februari 2017 kommer en ny version av Senior Alert. Vid uppgraderingen till den nya versionen kommer utbildning ske av enheternas Senior Alert-ombud.

Inom hemsjukvården gjordes 79 riskbedömningar under 2016. Senior Alert är ett förebyggande riskbedömningsverktyg, vilket innebär att verksamheten kan sätta in åtgärder redan innan det uppstår vårdskador. En fördel med Senior Alert är att man använder validerande instrument vid mätning av risk, vilket gör bedömningen mindre subjektiv. Bedömningen blir inte beroende av vem som utför mätningen. Fall och trycksår har också följts upp genom PPM, punktprevalensmätning, vecka 11, 2016. Mätningen visar att utifrån 107 registreringar förekommer trycksår hos nio personer och fall hos fem personer. Tabell 3 visar antal registrerade fall och trycksår i PPM-mätningen.

Tabell 3: Antal registrerade fall och trycksår i PPM-mätningen.

	Sammanlagt antal personer på enheten	Antal registreringar	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal Kategori 1	Antal Kategori 2	Antal Kategori 3	Antal Kategori 4	Antal personer med fall	Antal fall	Antal personer med BMI < 22
Enhet											
Borgholms kommun		107	9	13	9	4	0	0	5	5	30

Av registrerade trycksår är samtliga kategori 1 eller 2, vilket innebär lindrigare trycksår. Inga registrerade trycksår finns i kategorierna 3 eller 4, allvarigare trycksår

Uppföljning av nattfastan

Mätningar av nattfastan gjorde våren 2016. Resultatet av mätningen var lågt, med en genomsnittlig fastetid på 15 timmar. Åtgärder som vidtagits efter mätningen är följande.

MAS har tagit fram två dokument som skall vara ett stöd i förändringsarbetet. Ett dokument innehåller fakta och förklaringar till varför det är viktigt att nattfastan inte överstiger elva timmar. Det andra dokumentet riktar sig mot hur personalen ska tänka vid förändringsarbetet, samt ger tips och förslag för arbetet.

De flesta enheter har minskat nattfastetiden. Två enheter, Ekbacka 2 och Ekbacka 4, har lyckats bra, med en nattfasta under elva timmar. Framgångsfaktorer är att enheterna gjort förändringar över hela dygnet. Det är inte ovanligt att brukare vill lägga sig tidigt på kvällen, men om de istället sover en stund på dagen kan sänggåendet på kvällen skjutas fram och nattfastetiden minskar. Förfrukost hjälper också till att minska nattfastetiden. En individuell plan för varje brukare har gett bättre effekt än en generell rutin för enheten.

Hemtjänsten Norr har gjort en mätning i december 2016 som visar på en medelnattfasta på 13,5 timmar. De flesta brukare ligger över elva timmar och som mest är nattfastan 17 timmar. Det är första gången mätning görs i hemtjänsten. I hemtjänsten Mellersta och Centrum har ingen mätning gjorts men bedömning av MAS är att det är troligt att de har liknande resultat.

Palliativa registret

Resultatet i Palliativa registret förändras mellan åren, utifrån inrapporterade dödsfall. Vid 2016 års slut hade Borgholms kommun rapporterat in 77 dödsfall, mot 54 inrapporterade dödsfall 2015 och 44 inrapporterade dödsfall 2014. Fem av nio kommunala indikatorer visar förbättrat resultat 2016. Indikatorerna *Läkarinformation till patienten* och *Läkarinformation till närstående* är indikatorer som kommunen kan påverka genom sjuksköterskornas påstötning till läkaren, men som läkaren är den som ansvarar för att genomföra. Tabell 4 och 5 visar resultatet per kvalitetsindikator för 2014 och 2015, respektive för 2016.

Tabell 4: Resultat per kvalitetsindikator för åren 2014 och 2015.

Kvalitetsindikator	Målvärde	2014	2015	Förbättring/försämring från 2014 till 2015
		Resultat	Resultat	
Eftersamtal erbjudet	100	84,1	90,7	↗
Läkarinformation till patienten	100	81,8	77,8	↘
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	54,5	48,1	↘
Munhälsa bedömd	100	70,5	66,7	↘
Avliden utan trycksår	90	88,6	98,1	↗
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	95,5	87,0	↘
Utförd validerad smärtskattning	100	25,0	81,5	↗
Lindrad från smärta	100	81,8	87,0	↗
Lindrad från illamående	100	81,8	94,4	↗
Lindrad från ångest	100	84,1	81,5	↘
Lindrad från rosslig andning	100	84,1	81,5	↘
Läkarinformation till närstående	100	86,4	77,8	↘

Tabell 5: Resultat per kvalitetsindikator för år 2016.

Kvalitetsindikator	Målvärde	2016	Förbättring/försämring från 2015
		Resultat	
Eftersamtal erbjudet	100	97,4	↗
Läkarinformation till patienten	100	72,7	↘
Munhälsa bedömd	100	68,8	↗
Avliden utan trycksår	90	92,2	↘
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	84,4	↘
Utförd validerad smärtskattning	100	64,9	↘
Lindrad från smärta	100	88,3	↗
Lindrad från illamående	100	94,8	↗
Lindrad från ångest	100	83,1	↗
Lindrad från rosslig andning	100	77,9	↘
Läkarinformation till närstående	100	85,7	↗

Analys av resultat för indikatorer som förbättrats från 2015 till 2016:

– *Läkarinformation till närstående* ↗

Denna indikator bedöms bero på ett bättre samarbete med Hälsocentralen samt ny rutin kring läkarbesök i hemmet. Det förbättrade samarbetet har även medfört att ordinationerna av palliativa läkemedel blivit bättre, vilket syns i förbättringen av resultatet för indikatorerna *Lindrad från illamående* och *Lindrad från ångest*.

– *Munhälsa bedömd* ↗

Sjuksköterskorna har arbetat aktivt med detta område och baspersonalen har blivit mer uppmärksamma på vikten av god munhälsa i palliativ vård.

– *Eftersamtal erbjudet* ↗

Sjuksköterskegruppen har haft återkommande samtal om efterlevandesamtal. De palliativa ombuden har utvecklat ett vykort som lämnas ut till anhöriga om erbjudande till samtal. Vykortet har uppskattats av anhöriga.

Analys av resultat för indikatorer som försämrats från 2015 till 2016:

– *Utförd validerad smärtskattning* ↘

Indikatorn innebär smärtskattning sista levnadsveckan. Försämringen bedöms bero på flera faktorer bl.a. svåröverskådlig dokumentation samt att smärtskattning dokumenteras på olika ställen. Baspersonalens dokumentation är inte överskådlig och smärtskattningsinstrument lämnas inte hemma hos patienten. Dokumentation i Palliativa registret tolkas olika av de patientansvariga sjuksköterskorna och ibland missuppfattas frågan. Övrig symtomskattning har också blivit sämre vilket bedöms bero på att personalen inte är bra på att använda skattningsinstrument där man får en överblick av andra symtom samt av brist i dokumentationen.

– *Mänsklig närvara i dödsögonblicket* ↘

Indikatorn påverkas av att alla patienter inte vill ha någon hos sig i dödsögonblicket och personalen upplever att detta ibland kan vara svårt att påverka. Förbättringsförslag som framkommit är att patientansvarig sjuksköterska tydligare ska följa rutiner och stötta baspersonalen inom detta område. Fler sjuksköterskor i arbetslaget behöver också hjälpas åt att fylla i Palliativa registret för att minska risken att frågorna tolkas olika.

BPSD-registret och arbete med demens

Kommunens BPSD-utbildare har haft en BPSD-utbildning för administratörer under året. Samtliga äldreomsorgens chefer har också fått lära sig att ta ut statistik ur registret. Ledningsgruppen för demens, som bildades 2015, träffas ca varannan månad. En nyanställd demenskoordinator, en undersköterska med specialistutbildning inom demens, har i slutet av året anslutit sig till gruppen. Gruppen jobbar bl.a. med:

- Genomgång av Demensprogrammet i Kalmar Län och följsamheten till målen.
- Rutiner kring samverkan och kommunikation mellan kommun och primärvård.
- Riktlinjer och rutiner kring tvångs- och begränsningsåtgärder.

Under 2016 har Borgholms kommun gjort totalt 135 BPSD-registreringar, fördelat på 5-17 registreringar varje månad. Antal registreringar i registret kan vara fler än en per individ. Under juli månad går antalet BPSD-registreringar ner generellt i hela länet. NPI-instrumentet (Neuropsychiatric Inventory) mäter hur mycket BPSD-symtom en person har. NPI-poäng visar att Borgholms kommun har ungefär lika många dementa brukare som övriga kommuner i Sverige. Antalet BPSD-registreringar i Borgholm jämfört med övriga kommuner i länet 2016 visas i tabell 6.

Tabell 6: Antalet BPSD-registreringar 2016 i Borgholm jämfört med övriga kommuner i länet.

	Summa	2016-01	2016-02	2016-03	2016-04	2016-05	2016-06	2016-07	2016-08	2016-09	2016-10	2016-11	2016-12
Summa	1233	108	123	136	124	127	112	9	50	107	128	109	100
Borgholm	135	10	12	12	16	16	16	0	5	9	10	12	17
Emmaboda	69	2	11	22	3	13	14	0	0	0	0	4	0
Hultsfred	80	4	4	12	4	6	16	0	4	6	8	9	7
Högsby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kalmar	118	8	16	10	35	6	2	0	0	14	21	3	3
Mönsterås	12	0	0	0	3	4	0	0	0	3	1	0	1
Mörbylånga	310	25	38	36	27	28	21	1	21	38	23	39	13
Nybro	24	1	1	1	3	2	5	1	1	2	5	0	2
Oskarshamn	116	9	11	12	14	25	4	1	6	4	9	8	13
Torsås	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vimmerby	204	26	11	17	6	17	12	5	10	22	27	24	27
Västervik	165	23	19	14	13	10	22	1	3	9	24	10	17

En analys av resultatet på enhetsnivå för Borgholms kommun visar att det finns förbättringsområden, speciellt inom hemtjänsten. Alla brukare på kommunens demensboenden och brukare med demensdiagnos som har hemtjänst och är inskrivna i hemsjukvården bör registreras i BPSD minst 1 gång per år. Uppföljningar tillkommer därefter. Analys av MAS är att Borgholms kommun behöver öka antalet registreringar till ca 20 registreringar per månad, vilket då i snitt innebär att registrera minst 2 brukare per månad och enhet.

Värdegrund och lokala värdighetsgarantier

Äldreomsorgens stora kompetensutvecklingsinsats hösten 2016, kring bemötande samt roller och arbetssätt för team, syftar till att konkretisera och ge verktyg för arbetet med värdegrunden. De lokala värdighetsgarantierna är kvalitetsgarantier, ett sätt att konkretisera värdegrunden, och därmed en del av styrning och ledning i värdegrundsarbetet. Alla brukare får broschyren med värdighetsgarantier vid start av hemtjänst eller vid inflytt på ett boende. Enhetschefer tar upp värdighetsgarantier vid nyrekrytering, på medarbetar- och lönesamtal. Inom särskilt boende följs värdighetsgarantierna i det dagliga arbetet men enhetschefer upplever att personalen har svårt att redogöra för dem. Värdighetsgarantierna och värdegrunden förväxlas ibland. Klagomål/synpunkt som rör lokala värdighetsgarantier ska rapporteras i avvikelssystemet och följs upp enligt rutin. Inga rapporter har inkommit under 2016. Arbetet med implementering av värdighetsgarantierna fortsätter 2017.

Biståndsbedömning

Biståndshandläggare gör behovsbedömning och insatsbeslut på hemtjänst i särskilt boende för ökad rättssäkerhet för brukarna. Besluten läggs tillsvidare och följs upp. Under 2016 har ingen direkt effekt av själva insatsbesluten uppmätts och effekten av insatserna i beslutet är inte bedömd. Då ett arbete med implementering av IBIC, Individens behov i centrum, pågår förväntas detta medföra en förbättring gällande rättssäkerheten för den enskilde.

IBIC, Individens behov i centrum

Socialstyrelsen har bytt namn på ÄBIC, Äldres behov i centrum, till IBIC, Individens behov i centrum. Borgholms kommun har följt socialstyrelsens modell och också ändrat benämning. Arbetet med IBIC har haft svårt att komma igång under början av året, men konkretiserades under det sista halvåret 2016 och planer för implementering tog form. Alla enhetschefer inom äldreomsorg har nu fått information om modellen och all personal inom hemtjänsten är informerade av biståndshandläggare. Ett verksamhetsmål som rör handläggning enligt IBIC har fastställts och en handläggare har anställts som resurs för att frigöra tid hos ordinarie handläggare för implementeringsarbetet. Den nyanställda handläggaren har tidigare erfarenhet av implementering av IBIC, vilket kommer att vara en resurs i kommunens arbete. Under våren 2017 kommer en handlingsplan för implementering att tas fram.


RFM – Resursfördelningsmodell

Resursfördelningsmodellen, RFM, som antogs som styrmodell i november 2016, ska fördela resurser utefter behov. Alla brukare i Borgholms kommun ska få biståndsbeslut som utgår ifrån behovet, vilket också ska styra verksamheten. Målet är en effektiv verksamhet som svarar upp mot brukarnas behov och ligger i linje med lagen och de politiska besluten.

Arbetet med en resursfördelningsmodell för äldreomsorgen har pågått aktivt sedan 2013. Under 2014 och 2015 utarbetades en modell som provades, men problemet var då att modellen inte kvalitetssäkrats utifrån ett verksamhetsperspektiv innan den togs i drift. Under 2015 implementerades lagen om valfrihet (LOV) i kommunen. Detta innebar nya utmaningar då modellen inte var tillämpbar på externa utförare. Beslut togs att modellen skulle utgå ifrån vad en hemtjänststimme får kosta, samt att resurser skulle fördelas utifrån beviljad tid.

Beräkningen av hemtjänststimmen bygger på en modell som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram som stöd till LOV-kommuner. Den heter Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå. Valet i Borgholms kommun är att utgå ifrån biståndsbedömd tid, även kallad beviljad tid. Uppdraget – lagstadgad verksamhet och eventuella politiska riktlinjer utöver lagkravet samt biståndsbedömning – kontroll att det finns aktuella riktlinjer för biståndsbedömning säkerställer en likvärdig bedömning i alla ärenden. Effekter som uppnåtts hittills är att flera delar av handläggprocessen har tydliggjorts och kvalitets-säkrats.

Utvärdering av modellen kommer att ske under hösten 2017 då den har använts under mer än sex månader. Tidsperioden är beslutad utifrån att arbetssättet fullt ut ska implementeras i organisationen och att modellen ska kunna styra. Först till kommande budgetår kommer hemtjänststimmen att justeras igen med eventuell omfördelning utifrån utvärderingen.



Missbruk &
Beroende

Organisation Barn- och familj inklusive missbruksvård

Under året har den nya organisationen inom Barn- och familj fortsatt förändras, för att öka möjligheten att arbeta mer på hemmaplan. Förändringen gjordes i samband med förändringen av utredar/utförarorganisation under slutet av 2015. Den nya organisationen har dock inte kunnat genomföras fullt ut under 2016 då socialsekreterarna har haft ett högt tryck av ensamkommande flyktingbarn och flera tjänster inte gått att tillsätta.

Under sommaren 2016 tillsattes en familjehemssekreterare, vilken ingår i Barn och familj. Syftet med den tjänsten är att utreda och coacha familjehem. Förväntade effekterna av det är att de familjehem som godkänts av förvaltningen ger barn och unga det stöd de behöver samt att familjehemmen kan finnas kvar för det placerade barnet om det bedöms vara gynnsamt. Familjehemssekreteraren ska vägleda familjehemmen och socialsekreteraren ska uppmärksamma barnets behov samt väga in biologiska föräldrars synpunkter. Från februari 2017 kommer tjänsterna inom Barn och familj att vara fulltaliga. Då ska även familjebehandlare arbeta med människor med missbruk/beroende på hemmaplan.

Sedan oktober 2016 ingår tjänsten som missbrukshandläggare i Vuxen- och försörjningsstödsgruppen. Syftet är att öka samverkan mellan försörjningsstödshandläggare och missbrukshandläggare då dessa handläggares ärenden ofta är gemensamma, samt att bygga upp en gemensam kompetens kring vuxna. Syftet är även att bygga upp en organisation som inte är så sårbar för förändringar i arbetsgruppen. Föräldrar och unga med missbruksproblem/beroende och konsekvenser av detta beroende uppmärksammas av 1:e socialsekreterare inom Barn och familj. En missbrukshandläggare och en socialsekreterare inom Barn och familj har gemensamt gått en universitetskurs på 7,5 högskolepoäng, gällande våld i nära relationer, och samverkar nu kring familjer där någon har blivit utsatt för våld. Syftet är att missbrukshandläggaren ska uppmärksamma vuxnas behov och socialsekreteraren inom Barn och familj ska ha sitt fokus på den unges behov av skydd.



Organisation utredar/utförarorganisation

Under året har arbetet med individ- och familjeomsorgens omorganisation fortsatt, nu under ledning av enhetschef för individ- och familjeomsorgen, och den teoretiska omorganisationen har genomförts i praktiken. Omorganisationen innebär att arbetsgruppen delats upp i två grupper, där den ena gruppen genomför utredningar enligt BBIC (Barns behov i centrum) och den andra gruppen arbetar med insatser. Detta gör att det finns större möjligheter att ge familjer vård på hemmaplan. Genom organisationsförändringen har personalgruppen fått möjlighet att få mer koncentrerade och riktade arbetsuppgifter i syfte att bli säkrare och kunna ha högre kompetens. Bakom omorganisationen finns forskning kring placeringar av barn på HVB-hem, som visar sämre resultat för dessa barn än för de barn som får hjälp på hemmaplan tillsammans med sin familj.

När ett ärende förs över från utredargruppen till insatsteamet har en struktur i form av en ärendekedja byggts upp. Kontinuerliga träffar genomförs mellan grupperna, i syfte att säkerställa att det blir så god verksamhet för klienterna att ingen faller mellan stolarna. Effekter som framträtt är att utredarna uttryckt det positivt att man har en tydlig start- och slutpunkt i ett ärende, i och med att man vet att man lämnar ärendet ifrån sig när utredningen är klar. Från hösten 2016 har det funnits två socialsekreterare som följer upp insatser men samtidigt fanns enbart en familjebehandlare kvar i tjänst. Från februari 2017 är samtliga tjänster inom insatsteamet fulltaliga. När alla tjänster i den nya organisationen är tillsatta kommer fler effekter att visas. Den långsiktiga effekt som eftersträvas är att kunna utföra behandlingsarbete på hemmaplan i större utsträckning än tidigare och därmed uppnå bättre och mer långsiktiga behandlingsresultat i familjer till lägre kostnad än vid placeringar.

Förebyggande teamet

Förebyggande teamet, som startades upp tillsammans med utbildningsförvaltningen 2015, har under året fortsatt att utvecklas och struktureras. Teamet arbetar med tidiga insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå och målgruppen är familjer med barn i åldern 6 till 18 år. Syftet är att ge behovsanpassat individuellt stöd och därmed förbättrade förutsättningar för barn och ungas utveckling. Teamet kan i samtal med föräldrar och barn/ungdom kartlägga den unges nätverk och nätverkets förmåga att stötta den unge. Föräldrar kan få hjälp att strukturera upp problem och göra upp en handlingsplan för hur familjens förändringsarbete ska fortlöpa. Teamet arbetar oregistrerat och kan även hänvisa till andra verksamheter. Teamet har tystnadsplikt, men även anmälningsplikt vid misstanke om att barn far illa. Förebyggande teamet har under 2016 funnits på kommunens fritidsgårdar för att möta och få kontakt med ungdomar. Förebyggande teamet ska i första hand arbeta med att erbjuda stöd till föräldrar och barn i olika forum.

Processen från behov till beslut inom LSS

Under våren 2016 genomförde kommunens två LSS-handläggare en stor utbildningsinsats för personal och chefer inom omsorgen om funktionsnedsatta, för socialnämndens ledamöter samt för övriga chefer och personal på socialkontoret. Utbildningen genomfördes först för baspersonal, vid tre tillfällen för att möjliggöra all personals deltagande, och därefter vid ett tillfälle för nämnden och ett ytterligare tillfälle för chefer och personal på socialkontoret. Utbildningen fokuserade på handlägningsprocessen och lagstiftningen LSS och syftet var att skapa förståelse och kunskap om hela handlägningsprocessen, från behov, via ansökan, utredning, kommunikering och bedömning, till beslut. Utbildningen belyste också mycket tydligt skillnaden mellan Socialtjänstlagen, SoL, och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och visade varför LSS benämns som en rättighetslag. Vid utbildningen gick handläggarna igenom personkretsbedömning samt insatskatalogen i LSS och vad de olika insatserna syftar till. Utbildningen var mycket uppskattad av samtliga deltagande parter och gav en viktig kompetensförstärkning till verksamhetens personal och till ansvariga politiker.

Fritidsgruppens uppdrag OFN

Arbetet med brukares möjlighet till en aktiv fritid utifrån sina behov har lett till en tydligare struktur för fritidsgruppens arbete. Syftet med fritidsgruppen inom omsorgen om funktionsnedsatta är att vuxna personer inom LSS personkrets, som har LSS-insatser från Borgholms kommun, får möjlighet till en aktiv fritid utifrån sina behov. Fritidsgruppen ska, där det är möjligt, samordna enskildas intressen för att kunna genomföra gruppaktiviteter och fånga upp önskemål från brukargruppen för att ge möjlighet till delaktighet och inflytande. Fritidsgruppen består av brukare och personal och leds av enhetschefen för daglig verksamhet. En LSS-handläggare samt två omsorgsassistenterna från grupp- och servicebostad och en omsorgsassistent från daglig verksamhet ingår i gruppen. Omsorgsassistenterna utses av ledningsgruppen för OFN och schemaläggs för uppdraget. Ambitionen är att det ska finnas en brukarrepresentant för varje grupp/servicebostad i gruppen. Fritidsgruppen träffas en gång per månad med uppehåll under semesterperioden.

Struktur för arbetet med ombud för schema, bemötande och genomförandeplaner

Under året har arbete skett med att skapa struktur inom områden där personal, på ledningens uppdrag, har olika övergripande roller av betydelse för verksamhetens kvalitet. Ny struktur har skapats för arbetet med bemötandeombud, schemaombud och genomförandeplansombud, vilket har inneburit att både kompetens och innehåll för uppdraget setts över.

Schemaombud

Övergripande schemastruktur och arbete via schemaombuden organiseras nu under en enhetschef, som leder gruppen schemaombud för likriktning i arbetet. Respektive enhetschef ansvarar för schemaarbetet på sina enheter och tydlighet görs för enhetschefens ansvar respektive schemaombudets uppdrag. Ett viktigt arbete med bemanningskrav har skett under året, vilket är grundläggande för att kunna bemanna verksamheten efter brukares behov och att löpande kunna göra förändringar i bemanning när brukares behov förändras.

Bemötandeombud

Arbetet med bemötande via bemötandeombud har nu organiserats under en av omsorgens enhetschefer. Lokalt är respektive enhetschef ansvarig, men gruppen bemötandeombuds uppdrag är viktigt för en likariktning och sammanhållning. Gruppen står för en gemensam kunskap till verksamheterna och är därför ett viktigt stöd och en viktig resurs i arbetet.

Genomförandeplansombud

Genomförandeplansarbetet och arbetet med social dokumentation har genomlysts under året och en ny struktur för ledning och kunskapsöverföring har skapats. En av omsorgens enhetschefer, med tidigare kunskap och erfarenhet av genomförandeplansarbete, leder nu gruppen genomförandeplansombud. Gruppen har också utökats, från tidigare fyra ombud som stöttade alla enheter till ett ombud per enhet/verksamhet. Genomförandeplansombud utses av enhetschef och arbetar i samråd med denne när det gäller upprättandet av nya genomförandeplaner eller revidering av de gällande. Syftet med genomförandeplansombud är att öka kompetensen i verksamheterna och ge stöd till medarbetarna i social dokumentation och i arbetet med genomförandeplaner. Under 2017 förväntas arbetet med social dokumentation och genomförandeplaner utvecklas ytterligare.



Sysselsättning enligt SoL

PRIO-projektet *Sysselsättning enligt SoL* planerades vara klart vid årsskiftet 2016/2017 men har fördröjts. Projektet ska ha sin utgångspunkt i den ordinarie verksamheten, som tydligare ska utgå ifrån arbetssättet *Supported employment*. Det är ett samlingsnamn för en viss typ av arbetsrehabiliteringsinsatser som förespråkas av Socialstyrelsen och som riktar sig mot personer med funktionsnedsättning. Detta innebär ett utvecklat arbetssätt med fokus på individuella placeringar inom daglig sysselsättning enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Det finns idag ett mycket begränsat platsutbud för insatsen sysselsättning enligt SoL och det krävs en stor arbetsinsats vid varje ny beställning ifrån myndighetshandläggare. Ibland kan det dra ut på tiden att finna en praktikplats och under tiden går oftast personen beställningen avser sysslös. Enligt en undersökning utförd med hjälp av brukarorganisationer finns ett behov av mer individanpassad sysselsättning.

PRIO-projektet och det permanentade, men relativt nya, utvecklade arbetssättet planeras under projekttiden gå hand i hand för att optimera utfallet, samtidigt som det kan bidra till en stark uppstart för den ordinarie verksamheten. Syftet är att genom projektet informera chefer och arbetsplatser om verksamheten för att väcka intresset och hjälpa till att se möjligheterna i att inom kommunens egna verksamheter tillskapa fler praktikplatser för den berörda målgruppen. Målsättningen är att en praktikplatsbank kan upprättas. På varje möjlig praktikplats utförs då en arbetsplatsanalys enligt strukturerad manual. Detta ökar chansen till en gynnsam matchning individ – praktikplats och möjlighet till förberedelse och uppföljning för såväl den enskilde som för arbetsplatsen.

Träffpunkt PRIO

I mars 2016 startade Träffpunkt PRIO, som därefter varit öppen fyra timmar två eftermiddagar/kvällar samt varannan söndag. En personal, van vid träffpunktsverksamhet, har drivit verksamheten tillsammans med boendestödjarna, de sistnämnda enligt rullande schema. Inför starten gjordes en enkätundersökning som visade att det var viktigt att besökarna skulle få stort inflytande på aktiviteter och utförande. I enkäterna framkom också önskemål om öppettider, lokalisering och innehåll. Utifrån detta gjordes en lokalinventering, personal utsågs och kort därpå var projektet uppstartat. Inom kort blev träffpunkten – som fick namnet "Träffpunkt PRIO" – välbesökt och utlåtandena ifrån besökarna var mycket goda.

Besökarna har under året aktivt deltagit i planering kring alla aktiviteter såsom biljard, kortspel, pussel, pilkastning, mandalamålning, bakning, bingo, filmkväll, matlagning och grillning. På söndagarna har stor tid ägnas åt att tillsammans laga en gemensamt bestämd söndagsmiddag. Det finns önskemål från besökarna om ytterligare aktiviteter, liksom behov av långsiktig planering, och därför skrivs tillsammans ett månadsblad för nästkommande månad. Utifrån besökarnas önskemål har öppentiderna förändrats under året. All fika och mat som tillverkas och förtärs på träffpunkten sker till självkostnadspris för besökaren.

Antalet besökare har varit i genomsnitt tio besökare vid varje tillfälle och det är tydligt att träffpunkten varit eftertraktad för målgruppen. Besökarnas åldrar varierar från 20 till ca 70 år. Lokalen fick, under en period hösten 2016, tillfälligt bytas ut pga. omfattande renoveringsbehov och under denna tid minskade besöksantalet.

Detta har av de tidigare deltagarna uppgivits bero dels på den tillfälliga lokalen som sådan, dels på bristen på internetuppkoppling samt att det blev svårt, för de personer som har insatsbeslut på boendestöd, att hålla isär personalens olika roller boendestödjare och träffpunktspersonal. Inför 2017 förändras därför personalgruppens sammansättning. För att träffpunkten efter projektiden skall kunna förbli en permanent del av kommunens verksamhet planeras fortlöpande uppföljningar med fokus på besökarnas upplevelse.

PSYNK

PSYNK-arbetet syftar till att synkronisera samhällets alla insatser för barn och unga som har, eller riskerar att få, psykisk ohälsa. Övergripande mål är att barns och ungas psykiska hälsa ska mötas med en helhet och att barn, unga och deras närstående får den hjälp de behöver, när de behöver det. PSYNK startade som ett treårigt nationellt utvecklingsprojekt via SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, och pågick nationellt under åren 2012 - 2014. Borgholms kommun gick med i Psynkprojektet hösten 2013 och genomförde 2014 en kartläggning av verksamheter som arbetade för ökad psykisk hälsa för barn och unga. Kartläggningen var grunden för bildandet av en lokal samordningsgrupp 2014, tillsammans med landstinget och övriga samarbetspartners, för uppföljning av de förbättringsområden som framkommit i kartläggningen. Borgholms samordningsgrupp har sedan 2015 haft ett eller två årliga samverkansmöten. Vid samverkansmötet 2016 var innehållet flyktingsituationens hantering i olika verksamheter samt presentation av nya resurser för arbetet med psykisk hälsa: Förebyggande teamet samt den länsövergripande Barn- och ungdomshälsan.

Psykiatriteamets verksamhet

Under 2016 har psykiatriteamet varit inkopplat i elva ärenden. Ett ärende har berört individ- och familjeomsorg, två ärenden äldreomsorg hemtjänst, fyra ärenden äldreomsorg särskilt boende samt fyra ärenden omsorgen om funktionsnedsatta. Psykiatriteamet, som består av medlemmar med olika professioner, har under året minskat antal medlemmar till sju.

Ytterligare minskning befaras ske, varför teamet ser behov av rekrytering, företrädesvis ifrån OFN-verksamheten. Fyra tidigare medlemmar är resurspersoner som kan kallas in vid behov på exempelvis teammöten, för en ökad tvärprofessionell bredd.

Teamet har 2016 endast småskaligt fortsatt det arbete som startade 2014, att inventera personals upplevelse av arbete med personer med omfattande psykisk ohälsa. Trygghetsinventeringarna var planerade att under 2016 främst fokusera på OFN:s verksamheter, men till följd av minskningen av antal medlemmar i teamet uppstod ett kompetensbortfall, varför inventeringarna skjutits fram. Andra satsningar inom OFN har gjorts av förvaltningen under året och antalet beställningar från OFN till psykiaritteamet har ökat, vilket bedöms ha gett motsvarande kompetens- och trygghetsstärkande effekt för verksamheten.

Utförda inventeringar har tagit fasta på personalens upplevelse av trygghet/otrygghet och utifrån det har uppföljande träffar med personalgrupper genomförts, i syfte att stärka trygghetskänslan. Utgångspunkt för de trygghetsstärkande samtalen/utbildningarna har främst varit dagsaktuella exempel från personalgruppernas arbete, vilket gjort det lätt för dem att ta till sig verktyg och applicera dem i verkligheten. I flera fall har samtalen lett till upprättandet av en bemötandeplan, utan att ett teamärende har upprättats.

Genom att bemötandeplanen belyser många väsentliga delar av en persons liv hjälper den till att öka känslan av sammanhang, KASAM, för den enskilde brukaren/patienten. I nästan samtliga faktiskt beställda ärenden har även vägledningen från teamet utmynnat i att personalen fått hjälp att upprätta en tydlig bemötandeplan, vars effekt följts upp innan insatsen avslutats. Upprättade bemötandeplaner har ökat tryggheten för såväl personal som den som tar emot insatsen och gör arbetsinsatserna kring och med den enskilde brukaren/patienten mer lika, oavsett vem som utför arbetet. Teamets insatser uppfattas ge goda resultat och leder till att personalgruppen många gånger får bemötandeverktyg som kan genomsyra arbetet även med andra brukare/patienter. Teaminsatsen dokumenteras, i samtliga fall utom IFO-ärenden, i verksamhetssystemet Procapita.

Psykiaritteamets powerpointpresentation rörande olika psykiska sjukdomar har frekvent uppdaterats och frekvent kommit till användning. Presentationen används vid teamuppdrag, för att på ett strukturerat sätt tydliggöra och öka förståelsen kring olika psykiatriska tillstånd, samt för att uppnå en förstärkt samsyn och därifrån anpassa bemötandet optimalt.



e-Hälsa

Arbetet med e-Hälsa har fortsatt under 2016. Arbetet har stor prioritet och fokus 2016 har främst legat på delprojekten e-tjänster och mobilitet. Innehållet i dessa projekt är:

e-tjänster:

Medborgare kan kontakta socialtjänsten via Borgholms kommuns hemsida, där fyra e-tjänster nu erbjuds. Inloggning till e-tjänsterna görs med e-legitimation och ansökan om e-legitimation görs via bank eller hos skatteverket. E-tjänsterna innebär utökad service för kommuninvånarna samt frigör tid för socialsekreterarna. E-tjänster som erbjuds idag är:

Försörjningsstöd – via Min sida – ekonomiskt bistånd, där ärenden gällande ekonomiskt bistånd kan följas och man kan se beräkning, beslut och utbetalning, ändra sina kontaktuppgifter samt ta emot meddelanden från sin socialsekreterare. Tjänsten vänder sig till den som har en pågående kontakt med socialsekreterare.

Insatser funktionsnedsatta - för ansökan om insatser enligt LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) för kontaktperson, avlösarservice och ledsagarservice.

Hemtjänst och larm - för ansökan om insatser enligt SoL (Socialtjänstlagen) för hemtjänst och trygghetslarm.

Ansökningar till insatserna funktionsnedsatta samt hemtjänst och larm görs elektroniskt. Den sökande fyller i uppgifter och kan komplettera med information i fritext. Ansökan går direkt till en biståndshandläggare som därefter tar kontakt med den sökande. Detta innebär bland annat att man inte är beroende av biståndshandläggarnas telefontider för kontakt.

Lämna synpunkt – e-tjänst där medborgarna har möjlighet att lämna synpunkter. Synpunkter hanteras sedan av berörd chef. Ingen e-legitimation krävs.

Mobilitet:

Under våren 2016 utökades den väl fungerande mobila lösningen för hemtjänstpersonalen successivt, för att före semesterperioden täcka hela kommunen. Alla semestervikarier inom hemtjänsten arbetade mobilt sommaren 2016. Inom hemsjukvården utsågs ett par sjuksköterskor under försommaren att bli pilotanvändare av mobil hemsjukvård, ett arbetssätt där man har en surfplatta med sig ut till hemsjukvårdspatienterna och kan läsa samt dokumentera i patientjournalen hemma hos patienten. Med säker roll och behörighet (identifikation med SITHS-kort) integrerat i surfplattan kan hälso- och sjukvårdspersonalen även komma åt sammanhållna journalsystem som nationell patientöversikt (NPÖ) samt Cosmic LINK, där samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvården dokumenteras. Under våren 2017 kommer samtlig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att kunna arbeta mobilt.

Nyckelfria lås startade i augusti 2016 som ett pilotprojekt på 27 lägenheter i ordinärt boende. Monteringen startade i september och låsen gick i bruk i oktober månad. Själva låsenheten har fungerat bra men det har varit lite problem med appen som styr låsen. Kommunen behöver se över interna rutiner kring felsökning av mjukvaran. Arbetet med införande fortsätter. Övriga prioriterade e-Hälsasatsningar är:

- Säker roll och behörighet, arbetet med att införa SITHS-kort till externa system som hanterar känsliga personuppgifter, fortsätter. Internt finns möjlighet till säker inloggning till verksamhetssystemet Procapita.
- Beslut om införande av nattillsyn via webbkamera finns och olika lösningar har visats upp av leverantörer under 2016. Fortsatt arbete kommer att ske under 2017

Hab/
Rehab

Länsgrupp Habilitering/rehabilitering

Länsgrupp Hab/rehab innebär ett gemensamt samarbete avseende arbetsterapi och fysioterapi/sjukgymnastik inom kommunernas och landstingets habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Målet är att skapa förutsättningar för att patientens habilitering/rehabilitering sätts i fokus och inte ansvarsgränserna mellan huvudmännen. Länsgrupp Hab/rehabs utvecklingsarbete utgår ifrån ett fristående uppdragsdokument som heter Länsgrupp Hab/rehab – gemensam målbild 2014 - 2016. Fokusområden 2014 - 2016 har varit:

- Praktiska anvisningar för habilitering och rehabilitering.
- Bidra till att implementera bas- och specialisthabiliteringen i länet.
- Kompetensutveckling.

Informations
överföring

SIP – Samordnad Individuell Plan

Arbetet med implementering av SIP, Samordnad individuell plan, pågår i hela länet och samordningen ska erbjudas då den ger ett mervärde för personen utöver de insatser och den samverkan som redan sker. Inom omsorgen om funktionsnedsatta har användningen av SIP ökat under året och SIP har börjat betraktas som ett användbart redskap.

7. Uppföljning genom egenkontroll

Under 2016 togs Stratsys, ett molnbaserade verktyg för effektiv verksamhetsstyrning, planering och uppföljning, i bruk. Flera av de aktiviteter som tidigare följts upp manuellt genom egenkontroll, har under 2016 följts upp i Stratsys och rapporterats till socialnämnden varje tertiäl. Tabell 7 visar förvaltningens egenkontrollprogram 2016.

Tabell 7: Egenkontrollprogram Socialförvaltningen 2016

Aktivitet	Omfattning	Rapportör	Källa	Frekvens	Ansvarig för redovisning till nämnd
Avvikelser	Anta/typ, konsekvens, mottagna, avslutade	Systemförvaltare	Procapita	1 gång/år	SAS och MAS
Kvalitetsregister Senior Alert	Antal registrerade och uppföljda	MAS, EC ÅO, EC HSV	Senior Alert	Tre ggr/år	Socialchef
Bemötandeplan	Andel med bemötandeplan utifrån behov	EC ÅO	Procapita	Tre ggr/år	Socialchef
Värdighetsgarantier	Andel implementerat	EC ÅO	Medarbetarsamtal	Tre ggr/år	Socialchef

Genomförandeplan	Aktuella, delaktighet, upprättade inom 14 dagar	EC ÅO, EC OFN	Procapita	Tre ggr/år	Socialchef
Kvalitetsregister Palliativa registret	% av parametrarna som visar förbättrat resultat	MAS EC HSV	Palliativa registret	Tre ggr/år	Socialchef
Basala kläd- och hygienrutiner	% följsamhet	MAS	SKL:s PPM	Tre ggr/år	Socialchef
HSV-journal	% av journaler där patientansvarig sjuksköterska /arbetsterapeut/sjukgymnast är dokumenterad	Enhetschef HSV	Procapita	Tre ggr/år	Socialchef

En uppföljning, uppföljning av avvikelser, har gjorts manuellt. Uppföljning av avvikelserna redovisas en gång för 2016, i kvalitetsberättelsen. Från 2017 kommer avvikelserna att följas upp varje tertiäl och rapporteras till nämnd med motsvarande periodicitet.

Synpunkter från revisionsrapporter

PwC har genomfört tre granskningar i verksamheten under 2016, *Granskning av den demokratiska processen i kallelser och protokoll*, *Granskning av kvalitet inom äldreomsorgen* samt *Granskning av flyktingverksamheten*. De två sistnämnda granskningarna är av direkt betydelse för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Nedan redovisas PwC:s revisionella bedömning samt bedömningar mot kontrollmål i dessa respektive granskningar.

Kvalitet inom äldreomsorgen

Revisorerna bedömer att socialnämnden inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen då det finns områden som behöver utvecklas. Revisionen menar att resultat från kvalitetsindikatorer inte tillräckligt visar att verksamheten bedrivs med god kvalitet. Bedömningen mot kontrollmål bedömer två av fem kontrollmål som uppfyllda. Dessa är:

1. Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet.
2. Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd.

Revisorerna bedömer att det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen inom en rad olika områden, som skapar förutsättningar för ökad kvalitet. Det finns dock utvecklingsområden för nämnden att beakta i sitt fortsatta arbete. Revisorerna bedömer också att nämnden till övervägande del får en tillräcklig återrapportering.

Bedömningen mot kontrollmål bedömer att tre av fem kontrollmål endast är delvis uppfyllda. Dessa är:

3. Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen.
4. Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig.
5. Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Åtgärder för måluppfyllelse, utifrån revisionens bedömning är, gällande 3. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, 4. Nämndens uppföljning och 5. Kvalitetsindikatorer:

3. Implementering av ledningssystem har pågått två år. I samband med genomgång av revisionsrapporten har samtliga enhetschefer diskuterat ledningssystemet och på vilket sätt implementeringen kan förbättras. Alla medarbetare ska uppdateras kring ledningssystemets syfte och upplägg. Ledningsgruppen för HSV-verksamheten har utökats. Nu ingår även MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska och, sedan 161101, MAR, medicinskt ansvarig för rehabiliteringsverksamheten.
4. Årshjul med plan för regelbunden uppföljning av mål, aktiviteter och nyckeltal ska uppdateras. Det finns ett årshjul framtaget 2015, för rapportering av kvalitet inom respektive verksamhetsområde, men följsamheten har varit otillräcklig under 2016. I kommunens nya uppföljningssystem Stratsys ges bättre förutsättning för uppföljning, IT-stödet underlättar genom automatiska signaler till ansvariga chefer då nyckeltal ska rapporteras. Kvalitetsenheten har fått i uppdrag att ta fram ett årshjul som stämmer överens med nyckeltalsrapporteringen i Stratsys.
5. Resultat från Öppna jämförelser är en del av utvecklingsarbetet inom äldreomsorgen och åtgärder har genomförts under 2016 till följd av resultaten. För att systematiskt förbättra verksamheten har en av utvecklingsledarna tillsammans med berörda chefer analyserat resultat och prioriterat indikatorer som är extra viktiga inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. De prioriterade indikatorerna ingår i nyckeltal för verksamhetsmål 2017. Under 2016 har kompetensutvecklingsåtgärder genomförts i bemötandets betydelse för en god omsorg. En annan satsning som nyligen genomförts är uppdatering av kompetens och organisation kring förebyggande åtgärder som omfattas av kvalitetsregistret Senior Alert. Rutin har framtagits för årlig läkemedelsgenomgång i samarbete med ansvariga inom primärvården. MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, har fått i uppdrag att kontrollera följsamhet och resultat samt redovisa till nämnden senast 170331. Förbättring av hemtjänstens personalkontinuitet är ytterligare ett mål, där arbete påbörjats.

Granskning av flyktingverksamheten

Granskningen avser om kommunstyrelsen, socialnämnden och utbildningsnämnden bedriver en ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet för asylsökande och nyanlända med uppehållstillstånd. Nedanstående redovisning avser revisorernas bedömning av socialnämndens verksamhet inom området.

Revisorerna bedömer att mottagandet av ensamkommande barn är uppbyggt på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundas på att det finns flera boendeanternativ i kommunen som utgör en komplett boendekedja för ett ensamkommande barn. Revisorerna ser positivt på att det finns riktlinjer och rutiner för verksamheten. Revisorerna ser också positivt på att nämnden har lyckats anpassa verksamheten till färre barn och bedömer att det nya och större boendet på Ekbacka är en mer kostnadseffektiv lösning än flera mindre boenden. Det kan dock innebära utmaningar för verksamheten att samla så många ungdomar på ett ställe och det kommer att ställa större krav på verksamhetens organisationsförmåga. Revisorerna lyfter fram att det inte är ändamålsenligt att ungdomarna som bor i utslussningslägenheter har andrahandskontakt på sina lägenheter.

Revisorerna bedömer att socialnämnden endast delvis bedriver en ändamålsenlig verksamhet avseende mottagande av asylsökande och nyanlända. Bedömningen görs mot kontrollmålet: "Det finns ändamålsenliga rutiner för handläggningen av placering av ensamkommande barn (även i familjehem)". Revisorerna bedömer kontrollmålet som ej uppfyllt.

Bedömning grundas bland annat på att verksamheten, under ett års tid, inte kunnat arbeta strategiskt med ärendehantering och att handläggningen inte har kunnat genomföras i enlighet med nationella föreskrifter. Revisorerna bedömer det som en brist att nämnden saknar dokumenterade rutiner för handläggningen av ensamkommande barn, vilket gör verksamheten sårbar i samband med personalomsättning. Revisorerna ser positivt på att nämnden har stärkt upp verksamheten med ytterligare tjänster i syfte att avlasta verksamheten. PwC har begärt att få svar senast den 24 februari 2017 vad nämnden avser att göra för att åtgärda påpekandena i den revisionella rapporten avseende flyktingverksamheten.

8. Samverkan för att förebygga missförhållanden och vårdskador

Definition av missförhållande enligt Socialstyrelsen:

Ett missförhållande är en handling eller en underlåtenhet som har medfört ett hot mot eller konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Definition av vårdskada enligt Socialstyrelsen:

En vårdskada är lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och inte är oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.

Samverkan inom kommunen.

Väl fungerande kommunikation baspersonal emellan samt mellan baspersonal och enhetschef är av stor vikt för patientsäkerheten och för att undvika missförhållanden eller risker för missförhållanden. En genomförd händelseanalys som rör både SoL och HSL visar att brister i kommunikation kan vara en bidragande orsak till vårdskador eller risk för vårdskador. God kunskap, säkerhet och förståelse av rapporteringsskyldigheten är också av stor vikt. Genomförda händelseanalyser vid utredningar enligt Lex Sarah visar att då brister finns i dessa faktorer finns stor risk att missförhållanden uppstår. Samverkan mellan baspersonal och enhetschef är också nödvändig för att kunna uppmärksamma kompetensutvecklingsbehov, då bristande kompetens inom bland annat bemötande kan medföra att risk för missförhållanden uppstår.

Samverkan mellan kommun och landsting

Hemsjukhuset

Sjukvård för patienter som är inskrivna i hemsjukvården ska vara av god kvalitet och vara lättillgänglig. Hemsjukhuset är arbetsnamnet på ett utvecklingsarbete i samverkan mellan hälsocentralen, landstingsdriven primärvård och den kommunala hemsjukvården. Hemsjukhuset är ingen fysisk byggnad utan en organisation för hemsjukvård. Där ska den som är i behov av och har rätt till sjukvård i hemmet få rätt vård i rätt tid av professionella utövare, läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor osv. I november 2016 startade arbetet med en kick-off för berörda chefer och medarbetare.

Demenskoordinator

En demenskoordinator är anställd av landstingets primärvård, för att vara en länk mellan kommun och landsting och samordna vårdplaneringar, hembesök och uppföljningar för demenssköterskorna. Demenskoordinatören har även en nattjänst som undersköterska på ett av kommunens äldreboenden. Anställning i båda verksamheterna ger möjligheter att samordna, då demenskoordinatören har behörighet till och kännedom om båda verksamheterna.

9. Riskanalys

Vid riskanalys identifieras både negativa och positiva faktorer. Material från Socialstyrelsen och SKL används som stöd vid riskanalyser. Under 2016 har fyra riskanalyser genomförts på övergripande nivå och ett flertal på individuell nivå enligt verksamhetens rutin. Innehåll samt riskområden tydliggörs i tabell 8.

Tabell 8: Genomförda riskanalyser och identifierade riskområden.

Riskanalysens innehåll / Övergripande nivå	Identifierat riskområde
Riskanalys utifrån Arbetsmiljöverkets nationella tillsyn med inspektioner av första linjens chefer inom vård och omsorg. Riskanalys genomförd utifrån – att det finns rutiner i organisationen för att följa upp hög arbetsbelastning, – att arbetsbelastningen är hälsosam med krav och resurser i balans samt – att cheferna får stöd i sitt ledarskap av arbetsgivaren.	Risk för brister i ledarskap beroende på brister i förutsättningar för ledare att skapa goda arbetsplatser med kvalitetssäker och patientsäker verksamhet.
Riskanalys utifrån Arbetsmiljöverkets nationella inspektion av socialsekreterares arbetsmiljö. Genomförd utifrån – socialsekreterarnas arbetsförhållanden avseende arbetsbelastning, – deras tillgång till stödfunktioner i organisationen samt – risker för hot och våld.	Risk för brister i beslut och verkställighet inom den sociala barn- och ungdomsvården beroende på brister i förutsättningar för socialsekreterare att utföra kvalitetssäker verksamhet.
Flytt av ansvar för trygghetslarm från hälso- och sjukvårdsverksamheten till hemtjänsten.	Risk för brister i kedjan verkställighet – installation av trygghetslarm. Förändringen görs för att få en enhetlig organisation med hela kedjan i samma verksamhet.
Säkerhetsåtgärder för personal inom IFO.	Risk för hot, våld och ensamarbete inom Individ- och familjeomsorgen.
Riskanalysens innehåll / Individuell nivå	Identifierat riskområde
Undvika eller minska användning av begränsningsåtgärder.	Begränsningsåtgärder för brukare med psykiska funktionsnedsättningar eller demens.
Riskbedömning enligt fastställd rutin när det föreligger någon form av risk för brukaren.	Exempel på riskområden: Trängda sociala situationer, t.ex. vid matbord, i affär, på aktiviteter där andra människor deltar. Relationer mellan brukare som blir svåra att hantera. Brukare som utagerar som kommunikation mot andra brukare eller mot personal.

Psykisk ohälsa hos en brukare	Påverkan på brukaren samt stress hos personalen. Har förvärrats och påverkar arbetsmiljön negativt.
Riskbedömning i ordinärt boende ÄO. Beskrivning av risk, åtgärd, effekt görs enligt rutin hos varje ny brukare i hemtjänst.	Exempel på riskområden: Svårigheter vid förflyttning i säng – sjukhussäng. Allergi husdjur – allergisk personal går inte dit. Halt på parkering – broddar inköpta, bättre sandat. Mörkt utanför ordinära boende – ficklampor inköpta . Otilräckligt med städredskap – inköpt av brukare, information till brukare.
Dubbelbemanning relaterat till tunga förflyttningar.	Personskador för brukare och arbetsskador för personal.
Utförande av vissa insatser som är psykiskt eller fysiskt tunga, t.ex. risk för hot och våld, inköp, sopsortering, förflyttningar.	Arbetsskador för personal.
Fysisk arbetsmiljö; mögel, brandskydd,	Arbetsskador för personal, miljörisker för brukare.
Förändringsarbete, att omorganisera till tre arbetsgrupper - geografiska brukarområden - istället för två.	Bristande personalkontinuitet för brukare, oro och otrygghet inför förändringar hos personal.
Arbetsmiljö och kvalitet - Arbetsbelastning vad gäller stress, förmågan att kunna påverka sin arbetsdag, omsorg vid vikarie- och personalbrist, brukarkontinuitet.	Brukares välbefinnande och trygghet med personal samt personalens frisknärvaro, brister i omsorg vid eventuellt ej utförda insatser.
Riskbedömning för ensamkommande ungdomar.	Risker för ungdomen själv och risker för omgivningen, relaterat till ungdomens mående.

10. Händelseanalys

Under året har händelseanalys genomförts vid fyra utredningar enligt Lex Sarah och vid ett antal händelser inom hälso- och sjukvårdens område som inte föranlett utredning. Händelseanalys är en systematisk identifiering av orsaker till negativ händelse och tillbud. När en händelse inträffar som medför att en brukare/patient kommit till allvarlig skada eller kunde ha skadats allvarligt genomförs en händelseanalys. Syftet med analysen är att få förståelse för hur och varför händelsen inträffat samt att ge information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelse upprepas.

Händelseanalysen ska ge förslag på konkreta åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Analysen syftar till att upptäcka brister som kan finnas i organisationen och inte till att besvara vem eller vilka som gjort fel utan. Analysen ger svar på följande frågor:

- Vad har hänt?
- Varför har det hänt?
- Hur kan vi förhindra att det inträffar igen?

Ju mer kunskap som finns kring orsakerna till det som inträffat desto bättre blir organisationen på att upptäcka och åtgärda dem innan något inträffat. Analysledare vid utredningar/händelseanalyser som genomförs i Borgholms kommun är SAS eller MAS, SAS för händelseanalyser/utredningar enligt Lex Sarah och MAS för händelseanalyser/utredningar enligt Lex Maria. Händelseanalyser som genomförts av SAS under 2016 avser fyra utredningar enligt Lex Sarah, samt följande händelse SoL/HSL:

- Patient på särskilt boende har långvarig svårbedömd smärta som, trots läkarbedömning och röntgenundersökning, inte kan förklaras. Smärtan identifieras slutligen komma från en fraktur, som upptäcks på förnyad röntgen. Avvikelsen som inkommer relateras till bemötande enligt SoL, inte HSL. Avvikelsen rör kommunikationsbrister mellan baspersonal och sjuksköterska om hur smärtan bedömts och hantearats. Händelseanalys visar att bristfällig dokumentation och kommunikation både internt och externt varit delorsaker till händelsen, liksom landstingets rutin och hantering av patienten vid patientens upprepade röntgenundersökningar. Avvikelse skrivs av MAS till landstinget och svar erhålls som endast hänvisar till kommunen att kontrollera patienten efter läkarbesök. Händelseanalysen resulterar i ett antal åtgärder på kommunnivå, för att undvika att liknande händelser inträffar i framtiden.

Händelseanalyser som genomförts av MAS under 2016 avser följande händelser:

- Patient med nackskada bär en nackortos som ska sitta på hela tiden. Ortosen togs av i samband med dusch. Patienten råkade inte ut för någon vårdskada men det förelåg risk. Händelseanalysen kom fram till att hanteringen av nackortosen inte var tydligt dokumenterat i det dagliga schemat, vilket åtgärdades.
- Patient på särskilt boende har utåtagerande beteende. Orsak till händelsen är att patienten inte har kognitiv förmåga att förstå varför personalen behöver hjälpa patienten i olika situationer. Efter besök och samtal med personalen gjordes en väl fungerande bemötandeplan med underlag från BPSD-registret.
- Personal försöker ringa nattsjuksköterskan men får ingen kontakt. Händelseanalys visar att mobilbatteriet inte var ordentligt laddat och att sjuksköterskan inte uppmärksammat detta förrän senare. Ny rutin för laddning av mobiltelefon infördes.
- Patient blir akut sjuk under jourtid. Telefonkontakt tas med sjuksköterskan, som efter information av personalen bedömer att patienten kan vänta, då hon har en annan patient som hon bedömer är i större behov. Patienten försämras ytterligare och baspersonal försöker få tag på sjuksköterskan. Sjuksköterskan har stängt av telefon för annat besök och det går många timmar tills sjuksköterskan besöker den akutsjuka patienten. När sjuksköterskan kommer till patienten och upptäcker dennes tillstånd ringer sjuksköterskan ambulans och patienten skickas till sjukhuset. Patienten avlider nästa dag på sjukhuset. Skriftlig rutin för hur information och kontakt ska fungera mellan baspersonal och sjuksköterska kommer att tas fram under 2017.

-
- Flera avvikelser under året har handlat om att narkotikaläkemedel fattats eller att antalet inte stämmer vid kontrollräkning. Samtliga händelseanalyser har visat att det inte förekommit stöld, utan att det handlat om slarv i form av felräkning, att personal gett läkemedel utan signering eller att personal lagt undan läkemedel så de inte hittats vid sammanräkning. Samtliga händelser har tagits upp på sjuksköterskemöten för diskussion om hur risken för slarv kan minska. Läkemedelsrutinerna i kvalitetsledningssystemet har uppdaterats och gjorts mer tydliga. Inga vårdskador har uppstått av läkemedelsavvikelserna.

11. Personalens rapporteringsskyldighet

All personal rapporterar avvikelser, händelser som avviker från det förväntade, samt missförhållanden och vårdskador eller risk för dessa, i avvikelssystemet i Procapita. Rutiner för rapportering finns i kvalitetsledningssystemet. Närmaste chef mottar rapporter och bedömer allvarlighetsgrad enligt rutin. Rapporter med låg allvarlighetsgrad utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas av enhetschef, vid HSL-avvikelser i samråd med ansvarig legitimerad personal. Avvikelser med hög allvarlighetsgrad bedöms och kommenteras av enhetschef/legitimerad personal och skickas sedan direkt vidare. Allvarliga avvikelser inom HSL skickas till verksamhetschef samt MAS. Allvarliga avvikelser inom SoL, LSS, LVU eller LVM skickas till verksamhetschef samt SAS. Utredning, liksom sammanställning och analys av allvarliga avvikelser, görs av MAS eller SAS. Återkoppling görs av verksamhetschef.

12. Hantering av klagomål och synpunkter

Socialförvaltningen har rutiner i kvalitetsledningssystemet för mottagning och återkoppling av klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter rapporteras i avvikelssystemet och har under 2016 sammanställts samt analyserats av mottagande chef vid egenkontroll. Slutlig sammanställning görs av SAS och redovisas i kvalitetsberättelsen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

HVB för barn och unga

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har gjort fyra föranmälda inspektioner på kommunens HVB under året. Temat för tillsynerna var kvalitet och säkerhet. Vid tillsynerna innebar detta att IVO granskade bemanningen, personalens kompetens, hur verksamheten tillgodoser säkerheten för de placerade barnen och ungdomarna, rutiner för att hämta in registerutdrag för personalen samt hur kvalitetsarbetet bedrivs.

IVO genomförde en föranmäld inspektion vid HVB Ekbacka den 11 maj 2016. IVO avslutade ärendet 2016-05-18 med bedömningen att

- Bemanningen ger förutsättningar för god kvalitet och säkerhet i verksamheten,
- personalen har den utbildning och erfarenhet som krävs för att erbjuda en god och säker vistelse på boendet,
- verksamheten arbetar för att förebygga och hantera incidenter och allvarliga händelser,
- verksamheten sammanställer och analyserar synpunkter, klagomål och Lex Sarah-rapporter,

-
- verksamheten har rutiner för att hämta in registerutdrag,
 - verksamheten arbetar för att göra riskbedömningar och följa upp att barnets behov av trygghet och säker vistelse tillgodoses, när barnet delar rum med annan.

IVO genomförde den 30-31 augusti 2016 förannmälda inspektioner vid tre HVB-hem: HVB Kungsgatan, HVB Badhusgatan samt HVB Östra Kyrkogatan. IVO ställde 2016-11-09 följande krav på åtgärder:

- Huvudmannen ska säkerställa att verksamhetens föreståndare har den kompetens som gällande föreskrifter kräver.

IVO begär att socialnämnden, senast 31 januari 2017, ska redovisa för IVO vilka åtgärder nämnden har vidtagit. Utöver föreståndarens kompetensbrist bedömer IVO att:

- Bemanning och lokaler ger förutsättningar för god kvalitet och säkerhet i verksamheten,
- personalen, utöver föreståndaren, har den utbildning och erfarenhet som krävs för att erbjuda en god och säker vistelse på boendet,
- verksamheten arbetar för att förebygga och hantera incidenter och allvarliga händelser,
- verksamheten har rutiner för att hämta in registerutdrag.

Klinta korttidsverksamhet

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, gjorde den 23 november 2015 en inspektion av korttidsverksamheten på Klinta. Samtidigt gjordes motsvarande inspektion av korttidsverksamheter för barn i nio andra kommuner. Vid inspektionen fann IVO bland annat ottydligheter i ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun, gällande hälso- och sjukvårdsinsatser, för att upprätthålla en god och säker vård. IVO begärde, enligt beslut daterat 2016-06-07, att följande skulle redovisas:

- Säkerställa samverkan med landstinget för att upprätthålla en god och säker vård.
- Redovisa vilka åtgärder nämnden vidtar för att säkerställa att gällande föreskrifter kring egenvård alternativt hälso- och sjukvård följs på Klinta korttidsverksamhet.

Socialnämnden inkom med svar till IVO i september 2016. Nämnden beskrev i sitt svar att det pågår ett länsövergripande arbete med att ta fram rutiner och överenskommelser som omfattar samverkan och ansvarsfördelning när det gäller hälso- och sjukvård på korttidsverksamhet enligt LSS för barn och unga. I avvaktan på resultatet av detta arbete har nämnden beslutat att kommunens sjuksköterskor tillfälligt tar ansvar för hälso- och sjukvården på Klinta korttidsverksamhet så att den blir patientsäker. IVO bedömde att den tillfälliga lösningen som Borgholms kommun redovisade ger förutsättningar för en säker och god vård på Klinta korttidsverksamhet och avslutade ärendet 2016-09-27.

Lex Sarah och Lex Maria

Fyra utredningar enligt Lex Sarah har gjorts under 2016. En utredning avslutades med beslut att *risk* för missförhållande råder och en utredning med beslut att missförhållande råder. Åtgärder är vidtagna och handlingsplan för planerade åtgärder finns. Två utredningar enligt Lex Sarah avslutades med beslut att *allvarligt* missförhållande råder, åtgärder är vidtagna och anmälan till IVO är gjord. IVO har avslutat båda ärendena om allvarliga missförhållanden utan åtgärd. Ingen utredning enligt Lex Maria har gjorts under 2016.

13. Samverkan med patienter, brukare och närstående

Samverkan för att förebygga missförhållanden och vårdskador har utvecklats under 2016. Samverkan har till exempel skett genom arbetet med genomförandeplaner, vårdplaner, värdighetsgarantier och kvalitetsregister, samt genom anhörigträffar på enheterna. Anhörigsamverkan har också skett inom nedanstående specifika område under 2016:

Anhörigkonsulenter för anhörigstöd

Anhöriga som vårdar närstående i hemmet är i behov av stöd för att klara sin vardag. Stöd kan initieras via biståndshandläggare eller efterfrågas av anhöriga själva. Målsättningen med anhörigstöd är att ge olika former av stöd och råd så att anhörigas situation underlättas och att de upplever ökad trygghet. Anhörigstödsteamet har ett specifikt ansvar för anhörigstödet i kommunen och har inriktat sig på individuellt stöd med samtal, hembesök och anhörigrupper. Anhörigstödet arbetar utifrån en handlingsplan, som 2016 bland annat har inneburit att ge information till socialnämnden och enhetschefer inom äldreomsorgen, för att öka kunskapen om verksamheten.

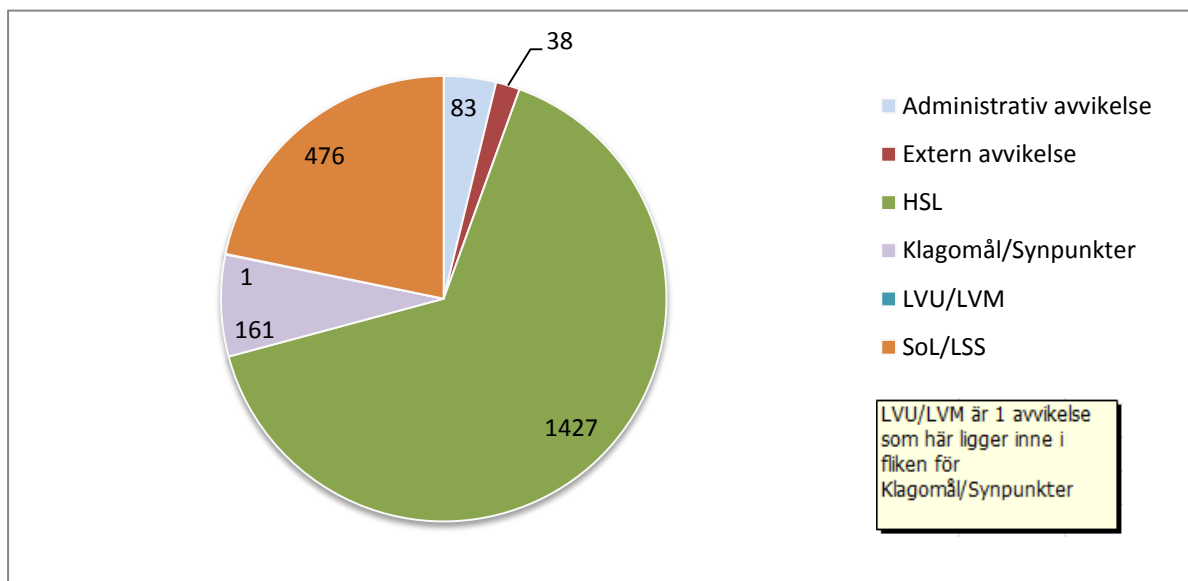
Anhörigstödsteamet har haft 124 kontakter i sin verksamhet under 2016. Förutom enskilda samtal med anhöriga har anhörigkonsulenter haft två samtalsgrupper för anhöriga och två anhörigcaféer per månad, samt ett antal sociala aktiviteter. Samarbetet med landstingets demenssjuksköterskor med regelbundna träffar och gemensamma hembesök har fortsatt, vilket lett till kontakt med flera nya anhöriga inom demensområdet. Samarbetet har även utökats med att anhörigkonsulenter också medverkar vid vårdplaneringar som initieras av demenssjuksköterskorna i landstinget. Anhörigstödsteamet har fortsatt medverka vid primärvårdens utbildningstillfällen för anhöriga.

14. Sammanställning och analys

Sammanställning av rapporter, klagomål och synpunkter

Under 2016 har 2186 avvikelser rapporterats, en ökning med 264 avvikelser från 2015. Ökningen mellan åren är förväntad utifrån de senaste årens arbete med rapporteringsskyldighet och avvikelserrapportering.

De olika avvikelsetyper som använts vid rapportering under tidigare år har i många fall försvårat för rapportörerna och medfört att en viss typ av avvikelse rubricerats olika av olika rapportörer. Detta har bland annat lett till svårighet att se avvikelser som har koppling till varandra och därmed också svårighet att se omfattningen eller allvaret i rapporterade händelser. Ett förbättrat och förenklat system för avvikelserrapportering, genom större tydlighet i systemet, togs i bruk i januari 2016. Förändringen mellan åren har dock inneburit att jämförelse mellan 2016 och tidigare år nu är svår att göra. Därför redovisas här endast fördelning av rapporterade avvikelser för 2016. Modell 3 visar fördelningen i procent av avvikelser per lagrum och avvikelsetyp.



Modell 3: Fördelning avvikelser per lagrum och avvikelseyp 2016 i procent.

Rapporterade avvikelser bedöms med konsekvens respektive sannolikhet på en skala från 1-4. Konsekvens 3 eller 4 innebär att avvikelsen uppmärksammas extra. Vid allvariga avvikelser görs utredning av SAS eller MAS enligt rutin i kvalitetsledningssystemet. Tabell 9 visar antalet avvikelser totalt samt antal avvikelser med konsekvens 3 respektive 4.

Tabell 9: Antalet avvikelser totalt samt antal avvikelser med konsekvens 3 respektive 4.

Typ av avvikelse	Antal 2016	Konsekvens 3	Konsekvens 4
Administrativ avvikelse	83	7	
Extern avvikelse	38	9	
HSL	1427	68	11
Klagomål/Synpunkter	161	37	
LVU/LVM	1	1	
SoL/LSS	476	45	
Totalt	2186	167	11

Andelen ej mottagna rapporter ligger kvar på ungefär samma nivå som 2015, med en liten försämring. Andel ej avslutade rapporter har dock ökat, vilket är oroväckande. Oavslutade rapporter kan försvåra för chefer att upptäcka mönster i avvikelser och försvårar all avvikelsehantering, då mängden avvikelser cheferna har att hantera ökar. Avvikelsehantering är ett område där genomgång sker i chefsintroduktion, men området behöver följas upp i högre utsträckning framöver, både av verksamhetschef och från kvalitetsenhetens sida. Många verksamheter har bytt chef under året och flera nya chefer har tillsatts, vilket bedöms bidra till resultatet. Tabell 10 visar förändringen mellan 2015 och 2016 för andel ej mottagna och ej avslutade rapporter.

Tabell 10: Ej mottagna och ej avslutade rapporter 2015 och 2016.

Brist	2015	2016
Ej mottagna rapporter	6 %	8 %
Ej avslutade rapporter	15 %	20 %

Analys av årets avvikelser som berör SoL, LSS, LVU och LVM

Vid egenkontroll i slutet av 2016 har samtliga enhetschefer analyserat årets avvikelser i sina verksamheter. I analysen har enhetscheferna svarat på, för enstaka avvikelser eller för grupper av avvikelser, ett antal analysfrågor enligt följande:

- Typ av avvikelse/avvikelser.
- Vad resultatet beror på.
- Vidtagna åtgärder.
- Planerade åtgärder.
- Om avvikelsen/avvikelserna är hanterade respektive avslutade.
- Effekten, dvs. skillnaden nu mot innan.

Egenkontrollen för avvikelser görs i flera syften, dels för att kontrollera att hantering av avvikelser sker enligt rutin och dels för att bygga upp en kunskap hos enhetscheferna om hur avvikelshanteringen kan ligga till grund för förbättringsarbete. Resultatet av egenkontrollen redovisas på respektive ledningsgrupp och återkopplas av ansvarig verksamhetschef.

Analys av årets avvikelser som berör hälso- och sjukvården

Det totala antalet HSL-avvikelser för 2016 var 1427 och för 2015 var antalet 1486. Antalet inrapporterade händelser förhållande till antalet brukare ligger högre än för närliggande kommuner, vilket tolkas som att det finns en bra rapporteringskultur i Borgholms kommun. Flest HSL-avvikelser är rapporterade inom äldreomsorg. 53 avvikelser var tomma, dvs. saknade innehåll. Fördelning samt innehåll per kategori av 1374 registrerade HSL-avvikelser är:

Bemötande (antal avvikelser 16)

Alla avvikelserna handlar om en och samma patient med kraftigt utåtagerande beteende. Åtgärder i form av BPSD-registrering samt bemötandeplan har gett god effekt. Alla avvikelserna var registrerade under en fyraveckorsperiod.

Dokumentation (antal avvikelser 10)

Avvikelserna handlar om att det saknas eller är fel på de dokument som finns i patientens pärm, t.ex. att det saknas en läkemedelslista eller inte är signerat på signeringslistor.

Fall (antal avvikelser 608)

Det är vanligt att samma patient ramlar flera gånger. Snabba åtgärder och tidig upptäckt av fallen är orsaken till att det är få frakturer. Användning av Senior Alert vid teamträffar är framgångsfaktorer i arbetet. I avvikelser om fall anges följande om uppkomna skador:

- 494 patienter har ingen skada
- 92 patienter har blåmärken
- 20 patienter har sårskada
- 2 patienter har fraktur

Kommunikation (antal avvikelser 12)

Avvikelseerna avser brister vid t.ex. överrapportering, genom att uppdrag inte blir utförda för att personal inte vet om dem.

Läkemedel (antal avvikelser 690)

Vid avvikelser om läkemedel är den vanligaste händelsen att patienten inte fått läkemedel. Det är ofta samma patient som är berörd av flera avvikelser. Analys visar att avvikelserna ofta beror på stress och glömska hos personalen. Inga patienter har påverkats allvarligt av händelserna.

Rehabilitering/habilitering (antal avvikelser 5)

De flesta avvikelserna rör hjälpmedel som orsak till avvikelsen eller handhavandefel av hjälpmedel. En anmälan om hjälpmedel har gjorts till Läkemedelsverket och företaget men inget svar har ännu erhållits.

Specifik omvårdnad (antal avvikelser 33)

Avvikelse inom detta område handlar om sjuksköterskans uppdrag t.ex. missade besök som ger fördröjning för patienten, fel vid såromläggning eller att sjuksköterskan inte uppmärksammat i journalen när det blivit ändringar i behandlingen. Utbildning inom dokumentation kommer att genomföras under 2017.

Erfarenheter och lärdomar genom arbetet enligt Lex Sarah och Lex Maria

Fyra händelser i verksamheten som har utretts under 2016 har medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande eller risk för missförhållande. Arbetet med utredningar enligt Lex Sarah har gett viktiga erfarenheter och lärdomar och visat på betydelsen av:

- Dokumenterade processer och rutiner för arbetet i verksamheterna.
- God kunskap om rapporteringsskyldighet och avvikelshantering.
- Tydlig, relevant och löpande social dokumentation.
- Fastställda och kommunicerade processer och rutiner för kommunikation, informationsöverföring och dokumentation vid utredningar.
- Tydlig dokumentation i personalärenden och långsiktig plan för uppföljning av inblandad personal vid risk för eller vid inträffande av missförhållanden.
- Handledning och utbildning för hela eller delar av arbetsgruppen som berörs.
- Handledning och stöd för ansvarig chef.

15. Resultat

Centrala begrepp i kvalitetsarbetet är struktur, process och resultat för beskrivning och analys av kvalitet i vården. Förenklat kan sägas att strukturen visar på resurser som finns att tillgå, processen beskriver vad som görs och resultatet är utfallet av strukturen och processen. Det finns ett klart samband mellan struktur, process och resultat. Varje komponent är bunden till nästa som länkar i en kedja och de är beroende av varandra. Nedan redovisas strukturmått, processmått och resultatmått för verksamhetsmålen.

Strukturmått - förutsättningar för att nå definierade mål, t.ex. andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

Chef- och ledarutveckling

En verksamhetschef samt två enhetschefer har genomgått ledarskapsutveckling, UGL, Utveckling Grupp och Ledare respektive UL, Utveckling Ledare. Chefer har också deltagit i enstaka ledarutvecklingsdagar internt och externt. Inför implementering av IBIC har en enhetschef samt systemförvaltare deltagit i IBIC processledarutbildning fyra dagar. Samtliga enhetschefer ÄO och OFN samt ansvariga verksamhetschefer har deltagit i en dags informationsutbildning om IBIC. Alla enhetschefer samt biståndshandläggare har, utifrån verksamhetsområde, deltagit vid baspersonalens interaktiva utbildning i bemötande, grupputveckling respektive nystart av teamutveckling. Enhetschef HSV har deltagit i utbildningsdagar om modern hemsjukvård. Enhetschefer för ensamkommande har deltagit i utbildning Traumamedveten omsorg, samt utbildning för att förebygga ohälsa. Övrig ledarutbildning som genomförts är introduktionsdag för chefer, utbildning kring PAN-anställning samt personlig assistans, utbildning Bemanningsakademin, webbutbildning Organisation och social arbetsmiljö samt utbildning i kommunal- och förvaltningslag. Systemförvaltare, MAS och SAS har deltagit i Phoniros användarträff, för ökad kunskap om e-Hälsa och anpassade systemlösningar. Chef- och ledarforum har använts av socialchef som mötesplats för avstämning och information/utbildning till förvaltningens chefer och ledare. Två chefer inom ÄO samt enhetschef HSV, som deltagit i den nationella ledarutbildningen på 30 högskolepoäng för chefer inom äldreomsorg, avslutade sina godkända utbildningar i januari 2016.

Kompetensutveckling ÄO

En interaktiv utbildning i bemötande, kombinerat med en halv dags grupputveckling, har genomförts för all personal på särskilt boende. All personal inom hemtjänsten har deltagit i en dags teamutveckling. Bägge utbildningarna genomfördes tillsammans med legitimerad personal, biståndshandläggare och enhetschefer. BPSD-utbildning till BPSD-administratörer har genomförts enligt plan under året. Personal på demensavdelningarna har även genomgått demensutbildning. Enstaka personal har deltagit i palliativ utbildning, i landstingets föreläsningar om diabetes, trycksår, nutrition och fall samt i utbildning om eHälsa, för att få mer specifik kompetens inom dessa områden. Genomförd kompetensutveckling har varit en återkommande punkt på många enheters APT, där deltagande personal delat med sig av sina nyvunna kunskaper och erfarenheter till sina kollegor. En enhet har även en stående punkt på APT om evidensbaserad praktik. Tanken är här att personal, på teamkonferens innan APT, tar del av varandras kunskaper om hur arbetet för att ge en god omsorg utförs ute hos brukarna. På APT är sedan ambitionen att enhetschef eller någon i personalgruppen tar upp något från aktuell forskning. Det kan också vara sköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast som delar med sig av kunskaper. Målet är att arbeta mot en mer evidensbaserad praktik, genom att ge omsorg utifrån att ta del av information från brukaren, av varandras kunskaper av hur arbetet sker hos den enskilde samt av forskning.

Kompetensutveckling HSV

Samtliga sjuksköterskor har deltagit i en dags utbildning i klinisk bedömning och de palliativa ombuden har deltagit i en nationell konferens om palliativ vård. Tre sjuksköterskor från särskilt boende har, tillsammans med baspersonal, deltagit i utbildning för BPSD-administratörer. Planeringen är att alla sjuksköterskor ska genomgå BPSD-administratörutbildning, för bättre teamarbete på enheterna. En sjuksköterska har påbörjat en påbyggnadsutbildning inom äldrevård. All legitimerad personal har, utifrån verksamhetsområde, deltagit vid baspersonalens interaktiva utbildning i bemötande, grupputveckling respektive teamutveckling. Olika professioner inom Kommunrehab samt inom hjälpmedelsverksamheten har även deltagit i arbetsmiljöseminarium, utbildning i basal kroppskännetend 5 dagar, utbildning i funktionell sittställning samt i bostadsanpassningsbidrag.

Kompetensutveckling OFN

All personal inom omsorgens verksamheter har deltagit i en dags utbildning kring autism och en dags utbildning kring grundläggande kunskap om LSS.Handledning för att bättre kunna möta brukares behov har skett i tre personalgrupper.

Kompetensutveckling IFO

BBIC-utbildning för BBIC-utbildare samt grundutbildning BBIC har genomförts för berörda socialsekreterare. Samtliga socialsekreterare har genomgått webbutbildning Risk och skydd barn/unga, i syfte att uppmärksamma risk- och skyddsfaktorer för barn och unga kopplat till BBIC. Personalen i Förebyggande teamet har genomgått utbildning i Repulse, en metod för att barn ska kunna styra sina impulser, samt i COPE, som syftar till att ge föräldrar stöd i sin roll att möta barnet där barnet är och för att utvecklas gynnsamt. Övrig utbildning som genomförts inom IFO relaterad till barn och ungar är: Nya Kälvestensutbildningen, utbildning för att kunna utreda familjehem, Traumamedveten omsorg, utbildning för ökad förståelse för trauma i arbetet med handledning av familjehem samt i kontakt med ensamkommande barn och unga, Cos, Circle of security, om arbete med anknytningsproblematik samt utbildning om barns och ungas sexuella beteendeproblematik. Två socialsekreterare har genomgått en högskoleutbildning 7,5 hp, i förståelse och fördjupad kunskap om processerna i våld i nära relationer samt hur man kan möta och stödja våldsutsatta. Två socialsekreterare har deltagit i en utbildningsdag om människohandel och prostitution.

Kompetensutveckling Ensamkommande

All personal har deltagit i utbildning om våld i nära relationer, hedersrelaterat våld samt i utbildning för att förebygga och bemöta utagerande beteenden, hot och våld. All personal har också genomgått utbildning i kulturförståelse och anknytningsbaserat arbetssätt, samt i rapporteringsskyldighet och avvikelshantering. En personal på varje enhet har utbildats lokalt för att kunna stötta sina kollegor i rollen som genomförandeplansombud på sin enhet. All personal har deltagit i regelbunden handledning under året.

Introduktionsutbildning för semestervikarier

Introduktionsutbildning har genomförts centralt under tre dagar i juni, där semestervikarier under en heldag fått utbildning inom olika områden. Utbildning i förflyttning och hjälpmedel har getts av kommunens sjukgymnaster och arbetsterapeuter och brandutbildning av Räddningstjänstens personal. Därutöver har SAS och MAS informerat om rapporteringsskyldighet, avvikelshantering, dokumentation, sekretess och tystnadsplikt samt basala hygienregler. Personalavdelningen har också deltagit och gett en kort information om anställningsfrågor som semestervikarierna kan vara berörda av. Utbildning inför delegering har getts av kommunens sjuksköterskor, ofta i anslutning till de centrala introduktionsdagarna.

Processmått – utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål. Processmått är t.ex. andel riskanalyser, händelseanalyser och avvikelser, andel korrekta hygien- och klädrutiner och andel riskbedömningar.

Fyra riskanalyser på övergripande nivå och ett flertal riskanalyser på individuell nivå har genomförts. Fyra händelseanalyser har genomförts i samband med utredningar enligt Lex Sarah och ett antal andra händelseanalyser har genomförts utifrån rapporterade avvikelser i verksamheten. 2186 avvikelser har registrerats. Antal avvikelser har ökat med 264 från föregående år. Vid PPM-mätning av basala hygien- och klädrutiner nådde flera enheter 100 % på de parametrarna som registreras i mätningen.

Resultatet i Palliativa registret har ökat mellan åren, utifrån inrapporterade dödsfall. Under 2016 rapporterades 77 dödsfall mot 54 dödsfall under 2015. Fem av nio kommunala indikatorer visar förbättrat resultat 2016. Under 2016 har Borgholms kommun gjort totalt 135 registreringar i BPSD-registret, jämfört med 85 under 2015. Under 2016 har 330 riskbedömningar i Senior Alert registrerats på särskilt boende, varav 289 utförda bedömningar hade någon form av risk. Av de 289 bedömningar som hade risk var det 75 % som fick någon form av åtgärd och 30 % av åtgärderna följdes upp. PPM-mätning för trycksår och fall visar att utifrån 107 registreringar förekommer trycksår hos nio personer och fall hos fem personer. Antal trycksår, kategori 1 och 2, är 13 och antal fall är fem.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel kopplat till målområde. Socialnämndens verksamhetsmål för 2016 finns i det balanserade styrkortet. Måluppfyllelsen för verksamhetsmålen bedöms utifrån nyckeltal knutna till aktiviteter för de olika nämndsmålen. Nedan redovisas måluppfyllelsen för respektive nämndsmål med utfall samt färg, där färgerna är grön för uppfyllt, gul för delvis uppfyllt och röd för ej uppfyllt.

Måluppfyllelse för nämndsmålet inom perspektivet Medborgare

Mål: Vi har goda resultat och kvalitet inom stöd, vård och omsorg

Måluppfyllelse: **Delvis uppfyllt**

Kommentar: Uppföljningar av data från kvalitetsregister är övervägande positiva, men resultatet måste analyseras i högre grad på respektive enhet och relevanta handlingsplaner skapas, som underlag för förbättring. Utveckling av arbetet med Öppna jämförelser pågår. Verksamheterna kommer fortsättningsvis att fokusera på att följa och analysera några utvalda nyckeltal, relevanta för respektive verksamhets förbättringsarbete. Personalens efterfrågan av resultat i verksamheterna ökar. Genomförda satsningar, som t.ex. teamutveckling, bemötande, kunskap om funktionsnedsättningar respektive om våld i nära relation, visar goda effekter. Fortsatta kompetenssatsningar behöver göras inom verksamheternas respektive utvecklingsområden. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler måste förbättras i alla verksamheter. Arbetsgivarens satsning på arbetskläder kan vara en motivationsfaktor för förbättrat resultat

Måluppfyllelse för nämndsmålen inom perspektivet Verksamhet & Process:

Mål: Vi har 2015 en ökad andel externa utförare

Måluppfyllelse: **Ej uppfyllt**

Kommentar: Det finns förfrågningsunderlag och därmed möjlighet att få in privata aktörer på hemtjänstens område. I nuläget finns inga privata aktörer

Mål: Vi har ökad miljömedvetenhet

Måluppfyllelse: **Delvis uppfyllt**

Kommentar: Graden av miljömedvetenhet bland medarbetare har inte kunnat mätas. Aktiviteter med miljöhänsyn har genomförts. Två elbilar har införskaffats inom hemtjänsten och samordning av bilresor sker där det är möjligt. Möjligheter till sopsortering har ökat och fungerande sopsortering skapar ökad miljömedvetenhet. Arbete för minskad användning av engångsartiklar sker fortlöpande, matavfall samlas i gröna påsar och arbete för minskad vattenförbrukning sker

Måluppfyllelse för nämndsmålen inom perspektivet Lärande & Förnyelse:

Mål: Vi har utvecklat verksamheten och har kvalitetsledningssystem för ökat kundfokus och ökad kvalitet

Måluppfyllelse: Uppfyllt

Kommentar: Kvalitetsledningssystem finns, utvecklas kontinuerligt och användningen har ökat. Kvalitetsarbete pågår och inom flera områden uppvisas mycket goda resultat. Arbetet för bättre bemötande är ständigt pågående och medvetenheten inom detta område ökar. Arbetet med delaktighet och inflytande utvecklas, bl.a. genom genomförandeplansarbetet.

Mål: Vi har jämställdhetsperspektiv

Måluppfyllelse: Delvis uppfyllt

Kommentar: Arbetet med jämställdhet måste förbättras. Checklista i syfte att beakta jämställdhetsperspektiv att använda vid nämndbeslut finns, men används ännu endast i begränsad omfattning

Mål: Vi har ökad frisknärvaro

Måluppfyllelse: Ej uppfyllt

Kommentar: Frisknärvaron har minskat. Både den totala sjukfrånvaron och korttidssjukfrånvaron, antal tillfällen respektive antal dagar dag 2-14 har ökat, trots vidtagna åtgärder. Korttidsfrånvaron inom verksamheten för ensamkommande flyktingbarn står för den största ökningen, men verksamheten har också gjort en stor ökning i bemanning mellan åren. IFO är den enda verksamhet som ökat frisknärvaron. Verksamheten har satsat på genomlysning och förändring av organisation och arbetsmiljö. Strategier för friskare medarbetare finns och har reviderats under året, att gälla från 2017-01-01. Strategin består av två delar. 1: Riktlinjer vid sjukfrånvaro. 2: Fokus på den goda arbetsplatsen med trivsel och arbetsglädje. Satsningarna är långsiktiga

Måluppfyllelse för nämndsmålet inom perspektivet Ekonomi.

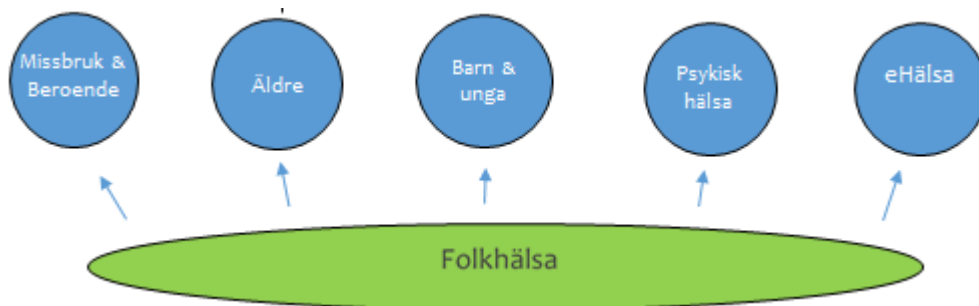
Mål: Vi har kostnadseffektivitet och fördelar resurser efter behov

Måluppfyllelse: Ej uppfyllt

Kommentar: Antalet arbetade timmar har ökat, främst inom ordinärt boende och inom verksamheten för ensamkommande flyktingbarn. Ökningen är förväntad utifrån ökad bemanning inom dessa verksamheter. Kostnaden för ekonomiskt bistånd har ökat, liksom antal barn beroende av att föräldrarna har försörjningsstöd. Ökningen är i hög grad relaterat till ökat antal nyanlända. Antal placeringar utanför kommunen har inte gått att minska, delvis beroende på omvärldsfaktorer men också beroende på att bemanningen inom egen organisation inte varit fullständig under året. Resursfördelningsmodell, RFM, inom äldreomsorgen har tagits i bruk under året, men då nyckeltal om RFM saknas kan ingen bedömning av kostnadseffektivitet utifrån detta göras här

16. Övergripande strategier för kommande år

Kommunfullmäktige har 2016-01-18 fattat beslut om ny vision och nya strategiska mål för Borgholms kommun från 2017. Övergripande mål 2017 utgår från kommunens nya styrkort. Varje nämnd tar utifrån fullmäktiges mål fram egna nämndsmål, verksamhetsmål och nyckeltal. Övergripande strategierna för kommande år utgår från att påbörjat utvecklingsarbete fortsätter inom de nationellt och regionalt prioriterade områdena, som från 2017 är följande:



Under 2016 har nedanstående modell använts för att kommunicera identifierade utvecklingsområden i Borgholms kommun, kopplade till de prioriterade utvecklingsområdena 2016. Modellen har kommunicerats av socialchef vid verksamhetsdialoger. Klossen utan text symboliserar utvecklingsområden som identifieras och prioriteras lokalt i verksamheterna.



Övergripande strategier 2017, utifrån Borgholms identifierade utvecklingsområden:

- Utveckling av bästa bemötande utifrån individers olika behov.
- Arbete för goda arbetsplatser, goda relationer och goda arbetsvillkor.
- Kompetenssatsningar för kvalitet och framtida kompetensförsörjning.
- Analys och användning av resultat i förbättringsarbetet.
- Uppföljning och engagemang för effektiv resursanvändning.
- Dialog och kommunikation för alla parter delaktighet och inflytande.
- Utrymme och stöd för lokala initiativ och satsningar.