

# Verksamhetsberättelse med kvalitetsberättelse

År 2014

---

## Innehåll

<b>I. Inledning Verksamhetsberättelse</b> .....	3
<b>II. Ekonomi</b> .....	4
<b>III. Sammanfattning av viktiga händelser 2014 inom Socialförvaltningens verksamheter</b> .....	5
Individ- och familj, IFO .....	7
Omsorg om funktionsnedsatta, OFN .....	8
Hälso-och sjukvårdsverksamheten, HSV .....	8
Äldreomsorg, ÅO .....	9
Förvaltningens Administration .....	10
<b>1. Sammanfattning Kvalitetsberättelse</b> .....	11
<b>2. Kvalitetspolicy – verksamhetsidé, vision och värdegrund</b> .....	12
<b>3. Övergripande mål och strategier</b> .....	12
<b>4. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</b> .....	12
<b>5. Struktur för uppföljning/utvärdering</b> .....	14
<b>6. Uppföljning genom egenkontroll</b> .....	14
<b>7. Samverkan för att förebygga missförhållanden och vårdskador</b> .....	15
<b>8. Riskanalys</b> .....	16
<b>9. Händelseanalys</b> .....	17
<b>10. Personalens rapporteringsskyldighet av vårdskador och missförhållanden</b> .....	18
<b>11. Hantering av klagomål och synpunkter</b> .....	19
<b>12. Sammanställning och analys</b> .....	20
<b>13. Samverkan med patienter, brukare, närstående, intressenter</b> .....	22
<b>14. Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitet och patientsäkerhet</b> .....	23
<b>15. Resultat</b> .....	28
<b>16. Övergripande mål och strategier för kommande år</b> .....	36

---

# I. Inledning Verksamhetsberättelse

Socialförvaltningen ansvarar för att på socialnämndens uppdrag utföra kommunens omsorg om äldre och funktionsnedsatta, socialpsykiatrisk verksamhet, kommunal hälso- och sjukvård, rehabilitering individ- och familjeomsorg, budget- och skuldrådgivning samt boende för ensamkommande flyktingbarn. För verksamheten ansvarade under 2014 Eva Karlström (M) ordförande socialnämnden och Ewa Ekman förvaltningschef. Vi ska ge stöd, vård och omsorg med god kvalitet för de medborgare som behöver våra insatser. I verksamheten pågår ständigt ett arbete för "bästa kvalitet i varje möte". Verksamhetens framgångsfaktorer, aktiviteter och nyckeltal finns beskrivna i det balanserade styrkort som socialnämnden fastställde i juni 2013 och mer detaljerad information finns under kapitel 3, Övergripande mål och strategier.

Socialnämndens verksamhetsidé och vision fungerar, tillsammans med vår värdegrund, som Socialförvaltningens kvalitetspolicy. Verksamhetsidé, vision och värdegrund gäller inom förvaltningens 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.

Verksamhetsansvariga har tillsammans med medarbetare bidragit till goda resultat genom att engagera sig i utvecklingsarbete och systematiskt arbetsmiljöarbete. Kvalitetsenheten, Q, har arbetat med utveckling inom förvaltningens fokusområden och stöttat pågående förbättringsarbeten inom samtliga verksamhetsområden. Fokusområden med syfte, mål och önskvärt resultat uppdateras årligen för att motsvara verksamhetens aktuella behov av satsningar. Att utforma ett kvalitetsledningssystem för hela verksamheten har varit prioriterat för att bland annat arbeta systematiskt med kvalitetsregisterdata. Det har också varit extra fokus på de landstings- och kommungemensamma överenskommelserna. Verksamhetens förbättringsarbete och resultat presenteras ingående i kvalitetsberättelsen, kapitel 5-15.

## II. Ekonomi

Ekonomiska resultat som redovisas i verksamhetsberättelsen är att betrakta som preliminära resultat för 2014. Slutgiltigt resultat kommer att redovisas i mars 2015, i samband med kommunens bokslut.

<b>Resultaträkning</b> (tkr)	<b>Budget</b> <b>2014</b>	<b>December</b> <b>2014</b>	<b>December</b> <b>2013</b>
Intäkter	-35 004	-36 116	-39 535
Kostnader	284 518	289 154	282 180
varav personal	212 994	213 198	206 428
Nettokostnader	249 514	253 038	242 645
Skattemedel	249 514	249 514	233 891
<b>Resultat</b>		<b>-3 524</b>	<b>-8 754</b>
Investeringar	600	385	763

Socialförvaltningen uppvisar ett underskott med 3,5 mkr. Intäkterna generar ett överskott om 1,1 mkr, driftskostnaderna ett underskott om 4,4 mkr samt personalkostnaderna ett underskott om 0,2 mkr. Socialförvaltningens personalkostnader har under året varit 0,7 mkr högre jämfört med år 2013 (med hänsyn taget till löneökningar). Ökningen av personalkostnader beror på att övertagandet av ungdomsboendet gjordes i mars 2013, medan år 2014 belastas av lönekostnader för hela året. Intäkterna är högre inom särskilt boende och inom omsorg om funktionsnedsatta. Driftskostnaderna är höga vilket delvis beror på höga kostnader för försörjningsstödet samt för placeringar inom missbruk. Under hösten fick socialnämnden en tilläggsbudget på 2,9 mkr som avsåg underskottstäckning samt ökade personalkostnader för nattbemanning på demensboenden.

<b>Kostnader för placeringar</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
LSS	3,8 mkr	5,1 mkr	4,6 mkr
IFO	6,4 mkr	8,9 mkr	9,6 mkr

Försörjningsstöd har haft höga utbetalningsnivåer under året och trots att budgeten höjdes inför 2014 räckte den inte till. En annan osäkerhetsfaktor är placeringar och då främst placeringar inom missbruk. Budgeten för försörjningsstöd hade förbrukats efter maj månad. Det förebyggande teamet, som är en av aktiviteterna som ska minska kostnader för placeringar på sikt startades inte som planerat utan den kommer implementeras under 2015. Kostnader för transporter av mat och separata livsmedel till särskilt boende har under året belastat driftsbudgeten negativt. Det gäller även införandet av trivselpengen, som är en kostnad på 350 kronor per tjänst. Arbete med att kostnader ska minska för stöd, vård och omsorg och närma sig jämförbara kommuner pågår.

Vid jämförelse mellan 2012 och 2013 hade kostnader för särskilt boende minskat med 13 procent. Siffror för 2014 presenteras i september 2015.

<b>Avvikelse redovisad kostnad och strukturjusterad standardkostnad (%)</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Äldreomsorg	16,0	15,2	-0,3
Individ- och familjeomsorg	5,2	11,1	21,7
LSS	-4,2	-6,2	-5,6

Socialnämndens verksamhetsmål är att ha kostnadseffektivitet och fördela resurser efter behov. Inom äldreomsorgen är det framtaget ett resursfördelningssystem för hemtjänsten som ska implementeras under 2015. Det ska tydligare fördela resurser efter behov. Vid ökad arbetsmängd/vårdtyngd ska ökade resurser följa insatsbeslut och vid lägre vårdtyngd sker det motsatta. Ökad kostnadsmedvetenhet är viktig. Samtliga kostnader i förvaltningen ses över. Nuvarande organisation för att hämta hem stimulansmedel och prestationsersättningar fungerar bra och den ska fortsätta utvecklas. Under 2014 tilldelades socialnämnden 2,6 mkr i prestationsbaserade medel.

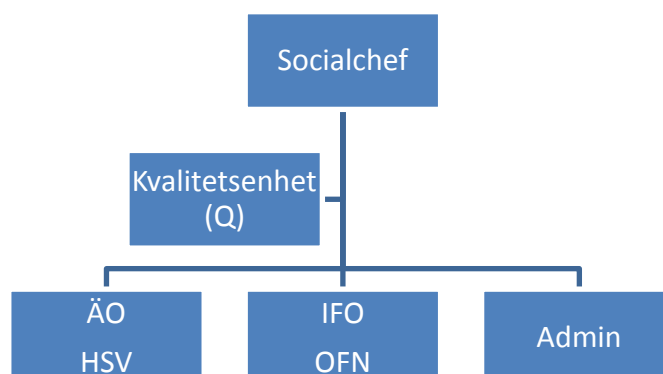
### **Ökad kvalitet med hjälp av stimulansmedel och prestationsbaserad ersättning**

Många medarbetare har bidragit med kompetens och engagemang, vilket resulterat i ökad kvalitet och kunskap kring personer med demenssjukdom, de mest sjuka äldre, vård i livets slut, psykiska funktionsnedsättningar etc. Prestationsbaserade ersättningar har tilldelats socialnämnden med 2,6 miljoner vilket får anses vara mycket bra. Samtliga mål, för att ta del av prestationsersättningarna, har uppfyllts med god marginal. Arbetet för att kunna ta del av ersättningarna har letts av Q på uppdrag av socialchef.

## **III. Sammanfattning av viktiga händelser 2014 inom Socialförvaltningens verksamheter**

### **Organisation och ledarskap**

Ledarskapets betydelse kan inte nog betonas. 2012 formades en ny organisation för ledning av Socialförvaltningens verksamhetsdelar. 2013 och 2014 har organisationen stärkts för att kommunicera, planera, utveckla, leda och styra så att uppsatta mål nås. Ledarskap med ett konstruktivt och salutogent förhållningssätt har implementerats i kommunen på en övergripande nivå.



---

Äldreomsorg **och** hälso-och sjukvård har bildat ett nytt verksamhetsområde och en ny verksamhetschef har rekryterats. Borgholms kommun har tillsammans med Mörbylånga kommun rekryterat en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, med tillsyns- och kvalitetsansvar för hela Öland.

Inom omsorgen för funktionsnedsatta och delvis inom äldreomsorgen har en ny organisation tagit form och genomförs i två steg med början i december 2014 för att slutföras under våren 2015. Socialpsykiatri (boendestöd) är en verksamhetsdel som flyttats från OFN till AO. Facklig dialog sker månatligen. Verksamhetens organisation i december 2014 visas i nedanstående modell. Ytterligare information finns i kapitel 4, Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

### **Höga sjuktal**

De sjukfrånvarotal som finns för förvaltningen är oroväckande höga. Ökande psykisk ohälsa och hög sjukfrånvaro är ett problem på både nationell, regional och lokal nivå. I början av året var sjukfrånvaron drygt tio procent för att sjunka något och landa på åtta procent vid årets slut. Kostnaden för sjukfrånvaron var under 2014 3,8 mkr<sup>1</sup>. Åtgärder för att vända trenden har diskuterats och en del har genomförts. Kartläggning av frånvaron (var, vilka, varför, hur länge, hur ofta) har gjorts i samarbete med personalavdelningen. Rehabplaner och de rutiner som tillämpas har tydliggjorts. Aktiviteter **som påverkar "vi-känsla", trivsel och arbetsglädje har genomförts med trivselpengar. Pilotprojekt "hälsa varje dag" genomförs i liten skala med en grupp i centrum. Arbetet** går ut på att tänka helhet, vilka faktorer är avgörande för hälsan, för ork och motivation på jobbet. Projektet ska utvärderas under våren 2015.

### **Ombyggnation av lokaler på Ekbacka**

Lokalöversyn har genomförts inom Socialförvaltningens verksamheter för att så långt som möjligt flytta in i kommunens egna fastigheter och därmed reducera hyreskostnader. Verksamheten som bedrivs i fastigheten Kamelen på Badhusgatan, som Socialförvaltningen hyr av CA fastigheter, är uppmärksamman vid psykosocial skyddsron och i nuläget inte tillräckligt bra avseende besöksrum, sekretess och säkerhet. I samband med att landstinget i Kalmar län flyttade Hälsocentralens verksamhet till nya lokaler startade BEAB, socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen och arbetsmarknadsenheten ett **"ombyggnadsprojekt"**. Fastighetschef fick i uppdrag att tillsammans med nämnda verksamheter ta fram underlag för upphandling av ombyggnationen på Ekbacka. Projektgruppen arbetade fram ett förslag som presenterades för beslutsfattande politiker, beslut fattades och upphandling påbörjades. I samband med upphandlingsprocess och förändringar i kommunens politiska ledning uppstod en mängd nya frågor om kostnader och möjliga alternativ. Ytterligare uppdrag tilldelades fastighetschef och pågår just nu.

### **Medarbetarsamtal och lönekriterier**

Medarbetarsamtal och lönesättande samtal sker årligen. Lönekriterierna som används har funnits ett antal år och behöver förändras. Kriterierna ska vara ett verktyg för att belöna kompetenser och egenskaper som behövs i verksamheten för goda resultat inom samtliga verksamheter. Kriterierna ska vara utformade efter styrkortets fyra perspektiv, ska utgöra underlag i medarbetarsamtalet och syftar till god kvalitet och utveckling. En grupp ska presentera förslag på nya kvalitetsutvecklande lönekriterier våren 2015.

---

<sup>1</sup> Siffran för sjukfrånvaron är redovisade kostnader för sjuklönekostnad (konto 51200) och är exkl. PO-avgifter.

---

## **Teknisk service**

Lokalvård, kost och transporter utförs av Borgholm energi AB, BEAB, på uppdrag av förvaltningarna. De beställare/utförare-rutiner som tillämpas sedan 2013 är avtalsbaserade. Avtal har formats under 2014. De delar i verksamheten som är relaterade till fastighetssidan behöver förtydligas. I nuläget är ansvarsfördelningen oklar.

## **Jämställdhet**

Under 2013 påbörjades ett jämställdhetsarbete i kommunen och initialt var medvetenheten hög om att komma ihåg genusperspektiv. Under 2014 har jämställdhetsarbetet varit undermåligt. Vi är medvetna om att det behövs förbättrade rutiner för genusperspektiv för nyckeltal och beslutsfattande.

## **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. Anhörigkonsulenterna gör hembesök, ordnar med grupper och är på olika sätt stöd och lots för anhöriga. Under 2014 har 80 personer efterfrågat och fått ta del av anhörigstöd.

## **Individ- och familj, IFO**

### **Barnahus**

Barnahus startade sin verksamhet hösten 2013. Dit kan barn som utsatts för våld och sexuella övergrepp komma i samband med t.ex. förhör och undersökning. De kompetenser som involveras i samband med utredning kommer till barnahus så barnet slipper besöka olika ställen. Borgholms kommun har 2014 använt sig av Barnahus för sju barn.

### **Alternativ till våld, ATV**

Resursen finns i Kalmar och totalt tio medborgare från Borgholm har behövt komma dit.

### **Förebyggande team för tidiga insatser**

SISU är en samverkansgrupp inom socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen. Gruppen är tvärprofessionell och arbetar för ett ökat samarbete kring barn och unga som behöver stöd och hjälp. Under 2014 fattades politiska beslut om att starta ett förebyggande team med uppdraget tidiga insatser för barn i behov av stöd. Rekryteringen pågår (en andra omgång) med ambition att kunna starta höstterminen 2015.

### **Mottagning för asylsökande**

I Borgholms kommun finns flera asylboenden kontrakterade via Migrationsverket. Vanligtvis är det en turistanläggning med möjlighet att ta emot asylsökande under lågsäsong. De barn som kommer till kommunen måste ha en särskild vårdnadshavare vilket förutsätter en utredning gjord av en socialsekreterare. Migrationsverket ersätter resursen. Flyktingsamordnare finns i kommunen och tillhör arbetsmarknadsenheten.

### **Boende för ensamkommande flyktingbarn**

Sedan i mars 2013 har socialförvaltningen ansvarat för ensamkommande flyktingbarn. Antalet asylsökande ensamkommande barn har ökat markant. I nuläget ansvarar vi för 16 ungdomar. Under året kom nya fördelningstal baserade på kommunernas invånarantal och fördelningstalet har ökat. Migrationsverket prognoser om förväntat antal asylsökande som kommer till Sverige har överskridits.

---

Migrationsverket efterfrågar ständigt fler boendeplatser. Nytt avtal har tecknats och Borgholms kommun åtar sig att ta emot 18 ungdomar. Sannolikt kommer nya avtal att efterfrågas under våren 2015. Personalkostnaderna under 2014 var 8,6 mkr och driftkostnaderna var 3,4 mkr. Kostnaderna har ökat med 3,5 mkr jämfört med föregående år som följd av höjda fördelningstal.

### **Försörjningsstöd och resursjobb**

Antalet ansökningar har ökat och kostnaderna för försörjningsstöd överskrider budgeterad ram. Total kostnad för försörjningsstöd har för 2014 uppgått till ca 5,3 mkr. Resursjobb handlar om att kunna erbjuda personer, som är berättigade till försörjningsstöd, en sysselsättning istället och på sikt större chans till egen försörjning.

### **Biståndsbedömning**

Patienter som är utskrivningsklara från sjukhuset vårdplaneras via video. Videoplanning sker 3-4 gånger i veckan och har gett goda resultat och samtidigt minskad tidsåtgång för biståndshandläggare och hälso-och sjukvårdspersonal. Insatsbeslut inom säbo, särskilt boende, har införts enligt nya direktiv och föreskrifter.

## **Omsorg om funktionsnedsatta, OFN**

### **Inspektioner från IVO**

Inspektionen för vård och omsorg har gjort sammanlagt tre inspektioner i våra verksamheter. Den inspektion som genomfördes inom omsorgen för funktionsnedsatta, OFN, i november 2013 identifierade allvarliga brister i verksamheten på två gruppbo-städer i Löttorp. För att genomlysna verksamheten och försäkra att liknande brister inte förekommer på fler boenden gjordes kvalitetskartläggningar, en intern och en extern. Kvalitetskartläggningarna har varit värdefulla och resulterat i tillsättning av en utvecklingsledare på 60 procent samt framtagande av en handlingsplan för kvalitet och kompetenssatsningar inom omsorgen.

### **Kvalitet inom omsorgen**

Utvecklingsledare för omsorgen har anställts under 2014. Kompetenshöjande insatser pågår enligt ovan beskrivning. Satsningar sker med fokus på bemötande, brukarfokus, genomförandeplaner och betydelsen av att reagera på och rapportera kvalitetsbrister.

### **Korttid**

Korttidsvistelse finns i nuläget för två barn. Verksamheten har minskat.

## **Hälso-och sjukvårdsverksamheten, HSV**

### **Vårdtyngdsmätning**

I hemsjukvården utvecklas en modell för vårdtyngdsmätning för att kunna fördela resurser utifrån verksamhetens aktuella belastning och bemanningsbehov. Utveckling pågår av vårdtyngdsmätningens modell enligt Kalmar kommuns upplägg och studiebesök har ägt rum för att ta del av deras arbete.



---

## **Teamträffar**

Den legitimerade personalen har fått tydligare ansvarsområden (norr, mellersta, centrum) och teamledning praktiseras vid samtliga enheter. Teamen träffas regelbundet för att utveckla hemsjukvård och hemrehabilitering tillsammans med ledning och övriga medarbetare. Den legitimerade personalen har arbetat för att förbättra rutiner och arbetssätt inom ett flertal områden t.ex. Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.

## **Palliativ vård**

Två sjuksköterskor med särskilt ansvar för vård i livets slut, palliativ vård, har utbildat samtliga medarbetare i äldreomsorgen.

## **Samverkan med landstinget**

Nära samarbete med den landstingsdrivna hälsocentralen i Borgholm har resulterat i goda relationer och bra läkarmedverkan i hemsjukvården. Läkemedelsgenomgång ska ske årligen. Här finns anledning till att förbättra följsamhet till gällande riktlinjer. Hemsjukvårdsavtalet har uppdaterats under året och slutgiltiga beslut förväntas tas i början av 2015. Ansvarsfördelning mellan landsting och kommun kring hemsjukvård och hjälpmedel har tydliggjorts.

## **Äldreomsorg, ÄO**

### **Resursfördelningsmodell**

Resursfördelning förutsätter ett mått på vård- och omsorgstyngd i verksamheten. Äldreomsorgen rapporterar veckovis platssituationen för säbo inkl. korttidsvården. Detta har gett en aktuell bild av platstillgång inom äldreomsorgen. Under senare hälften av 2014 har beläggningsgraden ökat. Beläggningsgraden inom hemtjänstens område är hög. Antal brukare samt beviljade insatser varierar mellan 250-270 brukare med en beläggningsgrad av insatser som är 83-87 procent. Den socialpsykiatriska verksamheten har påbörjat ett liknande arbete. Antal personer med boendestöd och antal timmar som beviljats kommer att redovisas för att tydliggöra verksamhetens aktuella situation. I slutet av 2014 var resursfördelningsmodellen för hemtjänsten klar. Modellen syftar till att beskriva behov av insatser kopplat till tid och pengar för att bemanna så optimalt som möjligt efter verksamhetens behov. Modellen ska utvecklas under 2015 för att även omfatta särskilt boende.

### **Kompetenshöjning i äldreomsorgen**

Inom samtliga verksamheter är det viktigt med kompetensutveckling. Äldreomsorgens enhetschefer har genomfört en utbildning för samtlig personal. Särskild vikt lades vid vår värdegrund, våra kvalitetsarbeten och kontaktmannens ansvar för bästa kvalitet i varje möte. Brukarmedverkan och anhöriginvolvering sker men i varierande utsträckning. **Diskussioner om "hur vi vill bli uppfattade och hur blir vi uppfattade"** är viktigt och här är brukarens och den anhöriges perspektiv mycket värdefullt att få.

### **Hemlagat**

I maj 2014 genomfördes en stor förändring inom äldreomsorgen. Matdistributionen med lagad mat i BEAB:s regi har ersatts med hemlagat, d.v.s. att hemtjänsten lagar mat till de äldre. I dialog med brukaren görs matsedel och inköp för matlagning. Förändringen föregicks av att samtliga medarbetare i hemtjänsten utbildades i livsmedelshygien, planering och matlagning. Mörbylånga kommun har haft hemlagat sedan sju år och medarbetare från grannkommunen bidrog med kunskap och erfarenheter på utbildningsdagarna. En medarbetare bidrog med att göra en bok med matsedlar och recept.

---

## Värdighetsgarantier

Samtliga värdighetsgarantier är implementerade i verksamheten. Socialstyrelsen har identifierat tre kommuner i riket som på ett utmärkt sätt infört värdighetsgarantier. Borgholms kommun är en av de tre som lyfts fram som goda exempel.

Steg 1 (2013): Målsättningar är satta för att genomförandeplan är upprättad inom två veckor, kontaktman utsedd inom en vecka samt att samtliga medarbetare kan legitimeras sig.

Steg 2 (2014): Brukare blir informerad om insatser är försenade med mer än trettio minuter, närvaro vid livets slut om så önskas, inkomna klagomål/synpunkter besvaras inom tio arbetsdagar.

## Insatsbeslut särskilt boende

Insatsbeslut på särskilt boende har införts och projektledare för Äldres behov i centrum, ÅBIC, har utbildats.

## e-Hälsosatsningar

Att förbättra social dokumentation och att dokumentera digitalt fullt ut är viktiga mål. Utveckling pågår för ökad mobilitet, d.v.s. öka dokumentationsmöjligheter och informationstillgång ute "på fältet". Digitala trygghetslarm kommer att ersätta analoga larm under 2015. Utbyten sker i viss mån redan men behöver ske genomgripande.

## Valfrihetssystem enligt LOV

Kommunfullmäktige fattade 2014 beslut om att införa LOV. Privata aktörer ska härmed kunna erbjudas inom hemtjänstens område. LOV-utredningen genomfördes under 2013 och beslut fattades av socialnämnden och kommunfullmäktige. Förfrågningsunderlag har tagits fram och sedan december har underlaget legat ute på valfrihetswebben.

## Bemanningsenheten

Den service som bemanningsenheten ansvarar för är omfattande inom rekrytering och bemanning. Sommarrekrytering och introduktion är viktiga delar och hanteras av Bemanningenheten i samarbete med enhetschefer. Arbetsbelastningen har diskuterats vid ett flertal tillfällen och en åtgärdsstrategi är framtagen. Den innebär bland annat ökad dialog med verksamhetsansvariga för att klargöra och likrikta rutiner. Hälso- och sjukvårdsverksamheten har under året kopplats till Bemanningenheten och får därmed stöd och hjälp kring bemanning och rekrytering.

## Arbetsmiljöinspektion

Arbetsmiljöverket har gjort inspektioner på särskilda boenden med tillhörande hemtjänstområden. Inspektionen resulterade i goda resultat med undantag för hur vi har ledningsfunktionen säkrad på jourtid. Enhetschef i beredskap togs bort av besparings-skäl 2013. De rutiner som finns istället ansågs inte tillräckliga och översyn måste ske med återrapportering i mars 2015.

## Förvaltningens Administration

Socialförvaltningen har bidragit med kunskap och tid för att först arbeta fram riktlinjer och därefter hjälpa till med information som ska finnas på kommunens Facebook-sida. Kommunen tar fram en grafisk profil och förvaltningen har bidragit i det arbetet på ett konstruktivt sätt. Den grafiska profilen kommer att presenteras för ansvariga politiker i januari 2015. Samma sak gäller arbetet med att kommungemensamt skapa e-arkiv.

---

---

# 1. Sammanfattning Kvalitetsberättelse

Kvalitetsberättelsen är en redovisning av kvalitetsarbetet och av kvalitetsledningssystemets effekt. 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. Detta sammantaget innebär också kvalitets- och patientsäkerhet för oss. De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka kvalitets- och patientsäkerheten utgår från förvaltningens fokusområden under 2014 och är:

- Omfattande utvecklingsarbete med värdegrunden och värdighetsgarantierna.
- Färdigställande av Q:et, förvaltningens kvalitetsledningssystem.
- Strukturerad kompetensutveckling utifrån kvalitetsregisterresultat.
- Ledarutveckling för analys, efterfrågan och kommunikering av resultat.
- Kvalitetskartläggning och handlingsplan för utveckling inom OFN.
- Tydliggjorda förbättringsområden och planerade insatser genom PRIO.
- Framtagen resursfördelningsmodell utifrån verksamhetens behov inom ÄO.
- Omorganisation IFO för större möjligheter att ge familjer vård på hemmaplan.
- Utveckling inom e-Hälsa för att minska kommunikationsbrister.
- Implementering av funktionen SAS, Socialt ansvarig samordnare.

Kvalitet och patientsäkerhet har under 2014 följts upp mer strukturerat genom rutiner för systematiskt förbättringsarbete. Fler riskanalyser har gjorts och personalen har blivit tryggare i avvikelshantering och därmed mer observanta på risker, tillbud och negativa händelser. Risker och skador har identifierats i större utsträckning, kommunicerats och rapporterats i tidigare skeden samt hanterats med bättre kunskap och säkerhet än tidigare. Samverkan mellan professioner och tillvaratagande av kompetenser har lagt grund för en fortsatt utveckling av detta viktiga arbete. Rutiner för bättre hantering av brukares/patienters/klienters och närståendes klagomål och synpunkter har tagits fram och börjat praktiseras. Rutinerna ökar berörda parter delaktighet i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. De viktigaste resultaten som uppnåtts under 2014 är:

- Tydlighet i målstyrning och uppföljning via de balanserade styrkorterna.
- Tydliggjord avvikelshantering och hantering av risker och skador.
- Strukturerat och mer insiktsfullt värdegrundsarbete.
- Tydligare strukturer för användning och utveckling med hjälp av resultat.
- Tydliggjorda behov för utveckling genom kartläggning och analys.
- Kunskap om bakomliggande orsaker till nöjdhet i undersökningar.

---

## 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 2014 utifrån perspektiven Medborgare, Verksamhet & Process, Lärande & Förnyelse och Ekonomi.

### **Socialnämndens verksamhetsmål**

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

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

Vi har 2015 en ökad andel externa utförare.

Vi har en ökad miljömedvetenhet.

Vi har jämställdhetsperspektiv.

Vi har ökat frisknärvaron.

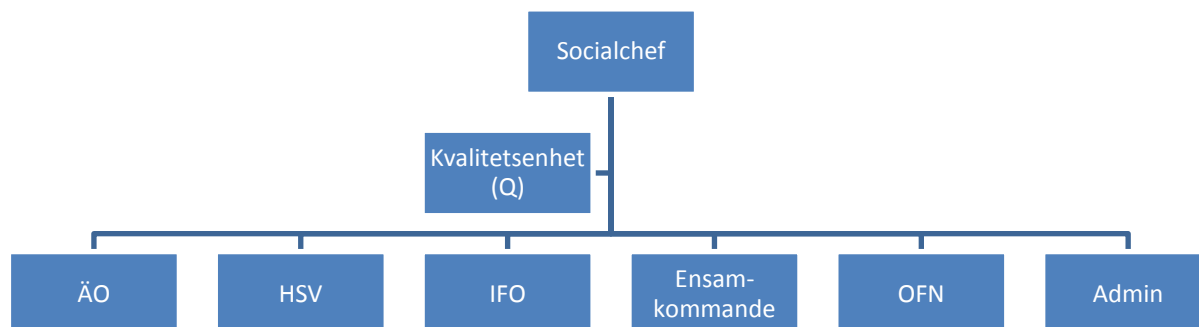
Vi har kostnadseffektivitet och fördelar resurser efter behov.

## 4. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

### **Verksamhetsansvar**

Socialförvaltningen ansvarar för att på socialnämndens uppdrag handlägga och utföra kommunens äldreomsorg, kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet inklusive rehabilitering, individ- och familjeomsorg inklusive budget- och skuldrådgivning, verksamhet för ensamkommande flyktingbarn och omsorg om funktionsnedsatta inklusive socialpsykiatrisk verksamhet. För verksamheten ansvarar socialchef. Socialchef har också fungerat som verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763 under 2014. Socialförvaltningens organisation och verksamhetsdelar visas i modell 1.

## Modell 1: Socialförvaltningens organisation och verksamhetsdelar



### Verksamhetsledning

Under första delen av 2014 leddes socialförvaltningens verksamheter av tre verksamhetschefer, för ÄO, HSV och IFO/Ensamkommande/OFN samt av en administrativ chef. Under andra halvan av 2014 förändrades organisationen så att verksamheterna ÄO och HSV fick gemensam ledning. Verksamhetschef VoO, med ansvar för vård och omsorg, ÄO och HSV. Verksamhetschef VoO saknades dock under andra delen av 2014, varför socialchef var ansvarig chef under denna period.

### Kvalitetsenheten, Q

Q arbetar med utveckling och kvalitet och leds av socialchef. Q är en resurs- och stödfunktion för samtliga verksamheter för utveckling och kvalitet genom systematisk uppföljning, utredning, utbildning och forskning/evidensbaserad praktik. Q består av MAS, SAS, utvecklingsledare för ÄO/HSV respektive OFN samt systemförvaltare.

### Kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 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, 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 i kvalitetsledningssystemet	Verksamhetschef ÄO
Rutiner och processer för HSV i kvalitetsledningssystemet	Verksamhetschef HSV
Rutiner och processer för IFO/Ensamkommande/OFN i kvalitetsledningssystemet	Verksamhetschef IFO/OFN
Rutiner och processer för Administration i kvalitetsledningssystemet	Administrativ chef

## 5. Struktur för uppföljning/utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker systematiskt med stöd av Q:et. Förbättringar initieras lokalt och centralt och förs fram till högsta ledningen via lednings-, arbets- eller styrgrupper samt via kvalitetsenheten, Q. Nya rutiner från 2014 innebär att:

- Avvikelse hanterade inom egen verksamhet analyseras av enhetschefer vid egenkontroll två gånger per år (se kapitel 6).
- Missförhållanden eller risk för missförhållanden samt vårdskador rapporteras och uppmärksammas via avvikelssystemet. Analys av avvikelser av allvarigare karaktär sker vid utredning, både vid utredningar av mindre allvarig art och vid Lex Sarah- och Lex Maria-utredningar (se kapitel 9).
- Avvikelse rapportering och avvikelshantering sker enligt fastställda rutiner, övergripande liksom specifika för olika verksamheter (se kapitel 10).
- Analys av uppnådda resultat och åiterrapportering av måluppfyllelsen utifrån nyckeltal sker till socialnämnden (se kapitel 15).

## 6. Uppföljning genom egenkontroll

Socialförvaltningen har under 2014 arbetat mer systematiskt med egenkontroll. Aktiviteterna i egenkontrollprogrammet bygger på nyckeltalen i det balanserade styrkortet samt registrerade avvikelser. Tabell 2 visar förvaltningens egenkontrollprogram 2014.

Tabell 2: Egenkontrollprogram Socialförvaltningen 2014

Aktivitet	Omfattning	Rapportör	Källa	Frekvens	Ansvarig
Avvikelse	Antal/kategori/klass, mottagna, avslutade	Systemförvaltare	Procapita	2 ggr/år	Socialchef
Kvalitetsregister	Antal registrerade och uppföljda	Utvecklingsledare	Senior Alert	2 ggr/år	Verksamhetschef ÅO samt verksamhetschef IFO/OFN
Genomförandeplaner	Aktuella, brukarens delaktighet, upprättade inom 14 dagar	Systemförvaltare	Procapita	2 ggr/år	Verksamhetschef ÅO samt verksamhetschef IFO/OFN
Läkemedelsgenomgångar	% av hemsjukvårdspatienter som har haft läkemedelsgenomgång.	Systemförvaltare	Procapita	1 gång/år	Verksamhetschef HSV
Kundnöjdhet	Bemötande i receptionen	Assistent	Enkät	1 gång/år	Administrativ chef
Kvalitetsregister	% av parametrarna som visar förbättrat resultat	Utvecklingsledare	Palliativa registret	2 ggr/år	Verksamhetschef HSV
Öppna jämförelser	% gröna nyckeltal ÅO	Systemförvaltare	Öppna jämförelser	1 gång/år	Verksamhetschef ÅO
Öppna jämförelser	% gröna nyckeltal HSV	Systemförvaltare	Öppna jämförelser	1 gång/år	Verksamhetschef HSV
PPM Basala kläd- och hygienrutiner	% följsamhet	Utvecklingsledare	SKL:s PPM	1 gång/år	Verksamhetschef ÅO samt verksamhetschef HSV
HSV-journal	% av journaler där PAS är dokumenterad	Utvecklingsledare	Procapita	1 gång/år	Verksamhetschef HSV
HSV-journal	% av journaler där PASG/PAAT är dokumenterad	Utvecklingsledare	Procapita	1 gång/år	Verksamhetschef HSV

---

Egenkontrollen 2014 var den första som genomfördes systematiskt. Det väckte en hel del frågor så tidsplanen för inrapportering höll inte. Rapporteringen av tertial 1, årets första fyra månader, var komplett först i september. Egenkontrollen för tertial 2 och 3 rapporterades därför in i december. Tertial 4 fick av praktiska skäl utebli för 2014. Egenkontrollen och åiterrapporteringen till nämnden blev inte heller koordinerade i tid.

Med lärdom av detta har perioderna för egenkontroll och verksamhetschefernas återrapportering till nämnden kordinerats inför 2015. Två perioder för egenkontroll kopplas 2015 till två åiterrapporteringar till nämnden. Detta innebär att enhetschefer gör egenkontroll på resultat från perioden oktober 2014 – mars 2015, resultatet sammanställs av Q i april och verksamhetschefer åiterrapporterar till nämnden i maj. Nästa period blir egenkontroll för april 2015 – september 2015, sammanställning av Q i oktober och åiterrapportering till nämnd i november. På detta sätt kan kedjan egenkontroll - åiterrapportering fungera och rapporteringsperioderna visar sammantaget resultatet för ett år, om än något förskjutet.

I slutet av 2014 reviderades det balanserade styrkortet avseende nyckeltal och aktiviteter, i syfte att bättre fånga de olika verksamhetsmålen. Vid revideringen var fokus på bättre relevans för nyckeltal och tydligare knutna aktiviteter till respektive nyckeltal, källa, rapportör, frekvens och målvärde. Målvärden är knutna till Cockpit, kommunens uppföljningssystem, och nyckeltal som redovisas i Cockpit har tydliggjorts i styrkortet. Under 2015 kommer rutiner och handlingsplaner att tas fram för att tydliggöra aktiviteterna i styrkortet med ansvar för utförandet.

## **7. Samverkan för att förebygga missförhållanden och vårdskador**

### *Definition av missförhållande enligt Socialstyrelsen:*

Ett missförhållande är om en handling eller en underlåtelse 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.**

#### *Samverkan baspersonal – baspersonal och baspersonal - enhetschef*

Väl fungerande kommunikation baspersonal emellan samt mellan baspersonal och enhetschef är av stor vikt för att undvika missförhållanden eller risker för missförhållanden. God kunskap, säkerhet och förståelse av den individuella rapporteringsskyldigheten är också av stor vikt. Genomförda händelseanalyser visar att då brister finns i dessa faktorer finns stor risk att missförhållanden uppstår. Samarbetet inom olika arbetsgrupper samt mellan dag/natt har förbättrats på flera enheter men på andra återstår arbete. Samverkan mellan baspersonal och enhetschef är också nödvändig för att kunna uppmärksamma kompetensutvecklingsbehov, då bristande kompetens inom bland annat demens visat sig vara en av flera faktorer som lett till missförhållanden. Under 2014 har enhetscheferna blivit mer uppmärksamma på grupprocesser och på gruppens påverkan på enskilda individer i eller utanför den. Enhetschefers ökade kunskap, uppmärksamhet och mod att våga hantera frågan har gjort att missförhållanden har kunnat uppmärksammas och åtgärdas i ett tidigt skede.

### **Samverkan baspersonal- sjuksköterska**

Väl fungerande kommunikation mellan baspersonal och sjuksköterska är av stor vikt för patientsäkerheten. Genomförda händelseanalyser visar att brister i kommunikation många gånger är en orsak, eller bidragande orsak, till vårdskador, eller risk för vårdskador. Den palliativa utbildning som genomförts 2014 för äldreomsorgen och ska genomföras för omsorgen om funktionsnedsatta under 2015, har, förutom ny kunskap, också skapat bättre möjligheter för kommunikation om och kring patienters behov.

### **Samverkan mellan kommun och landsting**

#### **Samverkan sjuksköterska – läkare/sjukhus**

Väl fungerande samverkan mellan olika vårdgivare och professioner är av vikt för att undvika vårdskador eller risker för sådana. Händelseanalys genomförd vid en Lex maria-utredning visar att tidigare brister i kommunikationen mellan olika vårdgivare, sjuksköterska och läkare kan ha bidragit till patientens vårdskada. Kommunikationen mellan ambulanspersonal och baspersonal/sjuksköterska är ofta föremål för kritik och ökad tydlighet och utvecklad samverkan kan verka för patientens bästa.

## **8. Riskanalys**

Material från Socialstyrelsen och SKL används som stöd vid riskanalyser. Rutin samt lokalt anpassat material tas fram av Q 2015. Under 2014 har sju riskanalyser genomförts på övergripande nivå. Innehåll samt identifierade riskområden tydliggörs i tabell 3.

*Tabell 3: Genomförda riskanalyser och identifierade riskområden*

<b>Riskanalysens innehåll</b>	<b>Identifierat riskområde</b>
Kvalitetssäkra kompetens under semesterperioden.	Otydlig struktur för introduktion samt för uppföljning av instruktion och av arbetet i verksamheten under semesterperioden.
Kvalitetssäkra kompetens inom OFN.	Brister i struktur, utbildning och handledning rörande bemötande av brukare och arbete utifrån brukares behov.
Rapporteringsskyldighet, avvikelserapportering	Otydlighet och okunskap om brukares behov av stöd och omsorg.
Granska resursanvändningen utifrån brukares behov.	Osäkerhet hos baspersonal i området palliativ vård.
Kunskap om palliativ vård.	Otydliga rutiner och brister i kunskap hos baspersonal och enhetschefer.
Innehåll, delaktighet och kvalitet i genomförandeplaner.	Otydliga rutiner och strukturer samt brister i kunskap hos baspersonal och enhetschefer.
Kvalitet i hälso- och sjukvårdsjournaler.	Icke implementerade strukturer för effektivt och ändamålsenligt dokumentationsarbete rörande hälso- och sjukvårdsjournaler.
Genomförda läkemedelsgenomgångar.	Avsaknad av egen analys av utfallet av läkemedelsgenomgångar samt av att förändra registreringen så att uppföljning är möjlig.



---

Under 2014 har ytterligare sju riskanalyser utförts inom OFN och ÅO på lokal nivå. Riskanalyserna utfördes i syfte att:

- Trygga brukare och personal vid hembesök
- Säkerställa transport av brukare i bil
- Trygga brukare med förvärrad funktionsnedsättning
- Säkra för personal vid hastigt uppkomna allvarliga situationer
- Minska risken för skada hos brukare
- Minska användningen av begränsningsåtgärder
- Minska oro och skador vid ny miljö för brukare

Riskområden som har identifierats i de lokalt genomförda riskanalyserna är risk för hot och våld mot personal, risk för allvarlig oro och förvirring hos brukare, skaderisk för brukaren själv samt skaderisk för andra brukare på enheten.

## 9. Händelseanalys

Under året har händelseanalys genomförts vid ett antal utredningar, varav fem stycken utförts i form av Lex Sarah-utredningar och tre i form av Lex Maria-utredningar. 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 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 inte till att besvara vem eller vilka som gjort fel utan upptäcka brister som kan finnas i organisationen. 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 Lex Sarah-utredningar och MAS för Lex Mariautredningar. Utredare kan även vara, förutom MAS/SAS, utvecklingsledare med hjälp av enhetschef, dock ej då det berör enhetschefs egen enhet. Analyserna genomförs efter följande modell:

- De personer som varit inblandade i själva händelsen eller som på annat sätt kan ha kännedom om den intervjuas av analysledarna/utredarna. Även brukaren/patienten och/eller anhöriga kan komma att intervjuas.
- En genomgång av händelseförloppet genomförs, där möjliga bakomliggande orsaker identifieras.
- Det samlade resultatet analyseras av analysledarna/utredarna och presenteras för ansvarig verksamhetschef som deltar i ytterligare analys och bildar en analysgrupp tillsammans med analysledarna. I gruppen ser man på vilka bakomliggande orsaker som ledde till att det gick fel och föreslår konkreta åtgärder.
- Verksamhetschef samråder därefter med socialchef och verkställer de åtgärder som beslutas.

## 10. Personalens rapporteringskyldighet av vårdskador och missförhållanden

Personal rapporterar risker för missförhållanden/vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra missförhållande eller vårdskada enligt rutin för den verksamhet de arbetar inom. Rutinerna är i grunden lika men vissa verksamhetsanpassningar har gjorts. Samtliga rutiner finns i kvalitetsledningssystemet, Q:et. Tabell 4 visar rutin för avvikelser som rör lagrummen SoL och LSS.

Tabell 4: Rutin för avvikelsehantering SOL, LSS

Aktivitet	Ansvarig för utförandet
Avvikelse rapport skrivs i Procapita.	Den som upptäcker händelsen – oavsett profession.
Avvikelsen skickas till egen enhetschef.	Den som upptäcker händelsen/skriver avvikelse rapporten – oavsett profession.
Bocka i mottagen, klassificera avvikelsen och kommentera. Därefter hantering enligt alt. 1, 2 eller 3 nedan.	Enhetschef
Alt 1: Om avvikelsen inte berör egen enhet skicka avvikelsen till annan berörd chef.	Enhetschef
Alt. 2: Vid klassifikation 1, 2 åtgärda avvikelsen lokalt i arbetsgruppen/på enheten, återkoppla, kommentera och avsluta avvikelsen	Enhetschef
Alt. 3: Vid klassifikation 3, 4, 5 skicka avvikelsen till verksamhetschef och SAS, socialt ansvarig samordnare.	Enhetschef
Skriv mottagen samt datum i textfliken. Bedöm klassifikation. Därefter hantering enligt alt. 1 eller 2 nedan.	Verksamhetschef och SAS i samråd.
Alt. 1: Sänk klassifikation, kommentera och återför avvikelsen till avsändande enhetschef.	Verksamhetschef eller SAS efter överenskommelse.
Forts. Alt. 1: Åtgärda lokalt, återkoppla.	Enhetschef
Alt. 2: Åtgärda lokalt med snabb åtgärd för att trygga brukaren.	Verksamhetschef
Forts. Alt. 2: Starta utredning i Procapita.	Verksamhetschef eller SAS enligt ök.
Forts. Alt. 2: Meddela socialchef via Mina meddelanden i Procapita att utredning startat.	Verksamhetschef eller SAS enligt ök.
Alt A: Utredningen visar att åtgärder kan ske lokalt. Åtgärda lokalt, dokumentera, avsluta.	Verksamhetschef
Alt. B: Lex Sarah-utredning startar.	Verksamhetschef
Alt. B: Åtgärder vidtas enligt vad Lex Sarah-utredning visar.	Verksamhetschef
Lex Sarah-utredning och resultat dokumenteras samt utredning avslutas.	Verksamhetschef
Lex Sarah-anmälan samt komplett utredning skickas till IVO.	Verksamhetschef eller SAS enligt ök.
Diariet av komplett utredning.	Administrativ chef.

---

### **Utveckling av avvikelshantering**

Avvikelse rapporteras i avvikelssystemet Procapita. Om detta inte är genomförbart, registreras avvikelser på därför avsedd blankett och skrivs in i avvikelssystemet snarast möjligt. Avvikelsen hanteras därefter enligt rutin. Under 2014 har samtliga verksamheter fått information om rapporteringsskyldigheten och om avvikelshantering.

## **11. Hantering av klagomål och synpunkter**

Inom socialförvaltningens verksamheter har mottagning och utredning av klagomål och synpunkter utvecklats under 2014 och två skriftliga rutiner finns nu i kvalitetsledningssystemet. Den ena rutinen riktar sig mot fråga/klagomål/synpunkt som inkommer till socialnämndens mail via e-tjänst på Borgholms kommuns hemsida eller som inkommer per brev till socialförvaltningen. Den andra rutinen riktar sig mot klagomål/synpunkt som inkommer till tjänsteman på socialförvaltningen muntligt eller skriftligt. Inkommet klagomål/synpunkt registreras alltid i Procapita som **Avvikelse, "Klagomål/synpunkt"** och ärendet skrivs in i Procapita. Hantering sker därefter enligt rutin. Genom att samtliga klagomål/synpunkter nu dokumenteras i Procapita ger det sökbarhet och klagomål/synpunkt som sammanställs och analyseras enligt egenkontrollprogrammet.

### **Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Lex Sarah och Lex Maria**

#### *Inspektioner av IVO*

Ungdomsboendet har haft två inspektioner av IVO, en anmäld och en oanmäld. Efter den anmälda inspektionen efterfrågade IVO dokumenterade och fastställda processer och rutiner för att säkerställa kvaliteten i verksamheten samt beskrivning av på vilket sätt processerna och rutinerna säkerställer de placerade ungdomarnas rätt till delaktighet. Processer, rutiner och riktlinjer arbetades fram och lades in i kvalitetsledningssystemet. IVO bedömde att nämnden vidtagit relevanta åtgärder och avslutade ärendet.

Hemtjänsten i Centrum har haft en anmäld inspektion av IVO, i syfte att granska rätts-säkerheten vid handläggning av bistånd och den enskildes inflytande vid genomförandet av insatser. Återföringen berör främst de begränsningar av insatsernas utformning som finns i riktlinjerna och hur detta uppfattas av de äldre. IVO beskriver även det positiva resultatet av granskningen av utredningar och beslut samt genomförandeplaner. Ärendet är avslutat av IVO, men nämnden uppmärksammas på viktiga utvecklingsområden:

- Förtydligande av information vid ansökan om hemtjänst avseende den enskildes möjligheter att ansöka om och få individuell prövning av behov och önskemål.
- Förtydligande vid löpande information och i samband med upprättande och uppföljning av genomförandeplanerna, att den enskilde informeras om möjligheten att påverka när insatserna utförs och att detta går att ändra på vid behov.
- Uppföljningen av genomförandeplanen bedöms inte i tillräcklig utsträckning ske tillsammans med den äldre personen och ev. närstående.

#### *Lex Sarah*

Under 2014 har fem anmälningar enligt Lex Sarah gjorts till IVO, varav tre inom OFN. Två av anmälningarna rör allvarliga missförhållanden och är direkt kopplade till den bostad med särskild service enligt LSS där IVO:s inspektion uppmärksammade händelser som ledde till internutredningen ovan. Anmälan gjordes då nya händelser uppmärksammades genom utredningen. Vidtagna åtgärder har rapporteras till IVO, som avslutat ärendena. Den tredje anmälan rör påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, också inom bostad med särskild service. Åtgärder är vidtagna men detta ärende är fortfarande pågående hos IVO och beräknas vara avslutat i mars 2015.

---

Två Lex Sarah-anmälningarna inom ÄO rör olika enheter och innebär påtaglig risk för missförhållanden. Det ena fallet rör brister i bemötande och brister i respekt för integritet för brukare inom särskilt boende och det andra brister i bemötande genom hotfulla uttalanden till enskild brukare i ordinärt boende. Omedelbara åtgärder vidtogs för att trygga brukare och långsiktiga insatser för att säkerställa god vård och omsorg.

### **Lex Maria**

Under 2014 har tre anmälningar enligt Lex Maria gjorts till IVO. En anmälan rörde fördröjd behandling och diagnos för en patient inom särskilt boende, vilket medfört allvarlig vårdskada. Internutredningen identifierade bristande undersökning av patienten och bristande kommunikation mellan vårdgivare som orsak till händelsen och åtgärder vidtogs. IVO bedömde att vårdgivaren Borgholms kommun hade fullgjort sina skyldigheter att utreda händelser i nödvändig omfattning och vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet och har avslutat ärendet.

En Lex Maria-anmälan rör klagomål från anhörig om fel i vården och fördröjd behandling vid ett särskilt boende. En patient ramlade på golvet inne på toaletten och fick efter fallet svårigheter att stödja på ena foten på grund av smärta. Av olika anledningar dröjde det innan ambulans tillkallades. IVO finner att patienten inte fick sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och att inte heller dokumentationen mellan personalgrupperna var adekvat. Efter händelsen har vårdgivaren tagit fram en ny rutin som ska säkerställa dokumentationen och spårbarheten. IVO har avslutat ärendet med kritik.

En Lex Maria-anmälan rör bristfällig vårdkedja och gäller en händelse som medfört allvarlig vårdskada. En patient med hjärtsvikt och nyligen inopererad pacemaker besvärades av ökad andfåddhet och bensvullnad. Patienten försämras kraftigt och blir inlagd på sjukhus. Orsaker till händelsen är, förutom att vårdplan saknas, bristande kontinuitet gällande sjuksköterskor och bristande rutiner för informationsöverföring på enheten. Vårdgivaren har gjort riskbedömning och vidtagit förebyggande åtgärder. IVO bedömer att Borgholms kommun har utrett händelsen i nödvändig omfattning och vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. Ärendet har avslutats.

## **12. Sammanställning och analys**

### **Sammanställning av rapporter**

Under 2014 har 1842 avvikelser rapporterats, en ökning med 306 avvikelser från 2013. Ökningen var förväntad utifrån årets arbete med rapporteringsskyldighet och avvikelserrapportering inom samtliga verksamheter. Rapporterade avvikelser klassificeras från nivå 1-5, där klassifikation med 3, Allvarlig incident<sup>2</sup>, eller högre, innebär att utredning ska göras. Klassifikation 3 är den högsta under 2014. Avvikelse-rapporternas fördelning under 2013 och 2014 samt antal avvikelser klassificerade med nivå 3, visas i tabell 5.

---

<sup>2</sup> Allvarlig incident = Korrigering åtgärder måste vidtas omedelbart för att undvika en kritisk incident.

Händelsen har effekt på personens tillstånd men skadan är reversibel (går över), eller innebär hög omedelbar risk (utan effekt på personen).

Tabell 5: Rapporternas fördelning 2013 och 2014 samt antal med klass 3 under 2014

Typ av avvikelse	Antal 2013	Antal 2014	Klass 3
Olyckshändelse	630	705	15
Brist i omvårdnad SoL/LSS	103	129	11
Klagomål och synpunkter	78	148	21
Personaltillbud <sup>3</sup>	56	96	
Brist i vård/rapporkedja	36	60	6
Administrativ avvikelse	31	75	2
Extern avvikelse	22	19	
MTP	14	3	
Specifik omvårdnad HSL	13	7	
Allvarligt missförhållande	10	6	6
Läkemedel	450	594	6
<b>Totalt</b>	<b>1536</b>	<b>1842</b>	

Under 2013 var en stor brist i avvikelsehanteringen i Procapita att flera rapporter inte markerades som mottagna och ett stort antal rapporter inte var avslutade. För 2014 har mottagare och ansvariga för hantering av rapporter blivit betydligt bättre inom dessa områden. Tabell 6 visar förbättringen i hanteringen av mottagande och avslut.

Tabell 6: Ej mottagna och ej avslutade rapporter.

Brist	2013	2014
Ej mottagna rapporter	13 %	6 %
Ej avslutade rapporter	98 %	23 %

Även om antalet ej avslutade rapporter har förbättrats är 23 %, 418 rapporter, för hög siffra. Ett antal av dessa kan röra pågående utredningar av avvikelser, men troligt är att det också finns rapporter här som borde ha avslutats.

### Analys av årets avvikelser som berör hälso- och sjukvården

Sex läkemedelsavvikelser har klassificerats som allvarlig avvikelse klass 3 och av dessa har en anmälts enligt Lex Maria till IVO. Läkemedelsavvikelserna är fördelade över organisationen och några enheter har fler avvikelser än övriga. I norr har kontinuiteten på sjuksköterskor varit låg på grund av svårigheter med tillsättning av vikarier vid längre sjukskrivningar, vilket påverkat resultatet. Många avvikelser gällande läkemedel är inte klassificerade och kommenterade av sjuksköterska enligt fastställd rutin. För att förbättra detta ska information ges till sjuksköterskorna och enhetschefer på respektive arbetsplatsträff.

<sup>3</sup> Personaltillbud rapporteras i avvikelssystemet för statistikens skull. En felkälla vid rapportering av tillbud är att alltför många är registrerade på brukare och inte på personen som var berörd av tillbudet. I slutet av 2014 kompletterades befintlig rutin för tillbudsrapportering.

---

### **Erfarenheter och lärdomar av Lex Sarah- och Lex Maria-arbetet**

Åtta händelser i verksamheten som har utretts under föregående kalenderår har medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande eller en vårdskada och samtliga missförhållanden/risk för missförhållanden eller skador har bedömts som allvarliga. Genom arbetet med Lex Sarah- och Lex Mariautredningar har betydelsefulla erfarenheter och lärdomar gjorts under året, vilka är:

- Dokumenterade processer och rutiner för arbetet.
- Fastställda och kommunicerade processer och rutiner för kommunikation, informationsöverföring och dokumentation.
- Samverkan och överläggningar i utredningsarbetet.
- Tydlig dokumentation i personalärenden och långsiktig plan för uppföljning av inblandad personal vid risk för eller inträffande av missförhållanden/vårdskada.
- Handledning och utbildning för hela eller delar av arbetsgruppen som berörs.
- Handledning och stöd för ansvarig chef.
- Information till berörda brukare/patienter eller legala företrädare.

## **13. Samverkan med patienter, brukare, närstående, intressenter**

Samverkan för att förebygga missförhållanden och vårdskador har utvecklats under året. Samverkan har skett genom arbetet med genomförandeplaner, vårdplaner, värdighetsgarantier och Senior Alert, samt inom följande specifika områden under 2014:

### **Anhöriginvolvering**

#### *Arbete med brukarupplevd kvalitet och bemötande.*

På Ekbacka 2 och 4 pågår ett kontinuerligt arbete med brukar- och anhörigvårdning av vård och omsorg. Brukare eller anhöriga på Ekbacka 2, en demensavdelning, engageras två gånger per år i en enkät om bemötande, miljö, aktiviteter och utevistelse på enheten. En tydlig förbättring mellan 2013 och 2014 påvisas i årets resultat, beroende på att enheten utvecklat och tydliggjort sitt arbete med aktivering. På anhörigträff diskuteras sedan utevistelse och aktivering och personalen poängterar att det är brukarens önskemål man följer. Enkätresultat redovisas sedan till samtliga berörda. Ekbacka 4 är en korttidsavdelning och där lämnas enkäter ut till brukare som lämnar korttiden. Av 93 brukare har 71 svarat på enkäten. 19 har avlidit och ett bortfall på tre brukare beror på att man missat att lämna ut enkät till dessa. Svaren är positiva och då enheten får in enkäterna regelbundet under året kan man snabbt åtgärda de brister som kan finnas. Målet är 100 % brukarnöjdhet och enheten når i stort sett målet under 2014.

### **Anhörigstöd**

Enhetscheferna ansvarar för lokalt anhörigstöd. Kontaktman står för basstödet och anhörigstödsteamet har kunskap som kan användas för specifikt stöd. Kommunens anhörigkonsulenter fyller en viktig funktion för både brukare och anhöriga och kompetensutveckling och regionalt nätverkande för att utveckla yrkesrollen och arbetet sker kontinuerligt. Rollen medför mycket samtal och genom NKA, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, har länets anhörigkonsulenter 2014 deltagit i en webbaserad studiecirkel om samtal som redskap i anhörigstöd. Förutom enskilda samtal med anhöriga har anhörigkonsulenterna lett tre samtalsgrupper/mötesgrupper för anhöriga, två anhörigcaféer samt ett antal sociala aktiviteter. Målsättningen med anhörigstöd är att ge anhöriga hjälp och stöd att orka med sin situation vilket bidrar till en ökad livskvalitet.

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

### Fokusområden

Fokusområden är områden för utveckling där Q involverats i kvalitetsarbetet för att arbeta med utveckling och kvalitet tillsammans med chefer/ledare och medarbetare i de olika verksamheterna. Under 2014 har arbete skett med fokusområden enligt tabell 7:

Tabell 7: Fokusområden där Q involverats under 2014

Fokusområde	Motivering till fokusområdet	Innehåll i fokusområdet
Värdegrund	Implementering för hela socialförvaltningen utifrån värdegrundsorden Respekt, Trygghet, Meningsfullhet, Social dokumentation och journalföring, Genomförandeplaner, Vårdighetsgarantier - enligt handlingsplaner, Kontaktmannaskap - uppdragsbeskrivning och utbildning	Kvalitetsnivå - samma grundsyn i hela förvaltningen - brukar/klient/patientfokus
Kvalitetsledningssystem	Implementering av kvalitetsledningssystem - modell för internutbildning, Identifiera, dokumentera och kvalitetssäkra processer - processmodell, LOV - underlag för fortsatt arbete: kvalitetskrav, förfrågningsunderlag	Struktur och tydlighet, styrning och ledning
Kvalitetsregister	Underlag för systematisk utveckling och uppföljning av verksamheten.	Inriktning på lokal utdata och utbildning i användning av kvalitetsregister, följa upp enheter som har startat + stärka lokalt styrningsarbete, utbildning i palliativt arbete via palliativa ombuden i styrgruppen, utbildning under våren enligt handlingsplan BPSD och demensprogrammet
Ledarutveckling	För utveckling, lärande och kvalitet - attraktiva ledartjänster	Struktur för värdeskapande möten. Identifierade utvecklingsområden från ledardag 2013, Salutogent ledarskap, Ledningsstöd, verktyg och modeller - stöd i målarbetet, Chef- och ledarforum - struktur och rutin, årshjul, Använda innehåll i medarbetarenkät, Kvalitet i korthet, BFF
Kompetens	Behov identifieras utifrån verksamhetens måldokument och dokumenteras i en kompetensförsörjningsplan	Kompetensutvecklingsbehov, kort och lång sikt. Sammanställning av genomförd kompetensutveckling, innehåll och budget. Planering för användning av central kompetensutvecklingsbudget
Hållbara team	Lokal styrning med kvalitet, utveckling och utbildning inom enheterna	Ramverk för team - struktur och rutin, Evidensbaserad praktik - innebörd och metod, Arbete med inflytande och delaktighet - metoder
Samverkan	Tydlighet i ansvarsfördelning, information, dokumentation samt utbildning	PRIO - samverkansöverenskommelse landsting-kommun

RFM – Resursfördelningsmodell	Tydligare styrning av personalresurs utifrån verksamhetens varierande behov.	Framtagen modell för ordinärt boende, Test från 1 januari 2014, Planering för SABO kopplas till testet. Planering för OFN kopplas till test + SÄBO.
e-Hälsa	Säkra kvaliteten i framtidens vård- och omsorg med hjälp av e-tjänster	Lokala arbetsgrupper inom respektive delområde, delfinansiering, ÅBIC, Äldres behov i centrum – internutbildning enligt modell, ICF – gemensamt språk, utveckling av användning, BAS – Behov av stöd – modell för biståndsbedömning anpassas och implementeras
SAS	Fokus på utveckling, utvärdering, utredning inom socialtjänsten	Tjänsteskrivelse med underlag för beslut hos SN, SN:s beslut grundat i verksamhetens behov och ansökan om stimulansmedel, Tydlig uppdragsbeskrivning, Tydlighet i fördelning av ansvarsområden MAS – SAS, Göra om tjänst för utbildningsledare till SAS, Socialt ansvarig samordnare

### Värdegrund och värdighetsgarantier

Inom äldreomsorgen har ett omfattande värdegrundsarbete skett. Under våren genomförde flera enheter utvecklingsdagar med reflektionsprocesser. Under hösten genomfördes en stor utbildningssatsning för samtlig baspersonal. Upplägg samt gemensamt utbildningsmaterial togs fram av några enhetschefer. Utbildningen skedde sedan enhets- och/eller områdesvis och leddes av team av verksamheternas chefer. Totalt genomfördes 16 utvecklingsdagar, fördelade på fyra veckor med fyra dagar per vecka. Innehållet byggde på deltagarnas egen aktivitet, utgick från värdegrunden och belyste arbetet med värdegrunden i praktiken, kontaktmannens roll, genomförandeplaner utifrån ett salutogent synsätt, bemötande och civilkurage. Även vikarier har omfattats av värdegrundsarbetet. Reflektion/diskussion om värdegrund och värdighetsgarantier har bland annat skett på APT för pool- och timanställda samt för bemanningsplanerare.

De lokala värdighetsgarantierna är kvalitetsgarantier och en del av styrning och ledning i Q:et. Värdighetsgarantierna är ett sätt att konkretisera värdegrunden. Informationen om garantierna har skett i många sammanhang och resultatet är positivt. Värdighetsgarantierna upplevs av personalen som något man i mångt och mycket redan gör, man sätter ord på det man gör och det upplevs positivt. Både enhetschefer och personal upplever det bra med nerskrivna punkter så uppdraget blir enhetligt och tydligt. Brukares och anhörigas åsikter ger uttryck för att värdighetsgarantierna redan har gett ett litet mervärde i äldreomsorgen. Rutiner och system för avvikelshantering, där klagomål och synpunkter är en del, har förtydligats så att man direkt kan inrapportera klagomål/synpunkt som rör lokala värdighetsgarantier. Kommunens arbete med värdighetsgarantierna har uppmärksammats nationellt och finns framlyft på Socialstyrelsens webbplats Kunskapsguiden som ett mycket gott exempel på lokalt värdegrundsarbete.

### Uppbyggnad av kvalitetsledningssystem enligt SOFSF 2011:9

Arbetet med att bygga upp förvaltningens kvalitetsledningssystem, Q:et, enligt SOFSF 2011:9 har fortsatt under 2014. I juni öppnades ledningssystemet för all personal via kommunens intranät. Under sommaren och hösten då systemet var i drift identifierades förbättringsområden, vilka genomfördes i slutet av året. I december var en slutlig version av kvalitetsledningssystemet, Q:et, på plats och arbetet tog vid med att fylla systemet med nödvändiga processer och rutiner. SAS och systemförvaltare i Q kommer att ansvara för dokumenthanteringen i den fortsatta uppbyggnaden av systemet.



---

Arbetet med att ta fram ett förfrågningsunderlag för LOV, en kravspecifikation för att bedriva hemtjänst, har också bidragit till uppbyggnaden av Q:et. Krav som ska ställas på utförare av hemtjänst har fastställts och genom arbetet med kraven har komplexiteten i att bedriva äldreomsorg tydliggjorts. Förfrågningsunderlagets krav kommer att användas för att förbättra kommunens egen äldreomsorg.

### **Användning av resultat från kvalitetsregister i förbättringsarbetet**

Socialförvaltningen har, sedan 2012, haft en organisation med tvärprofessionella styrgrupper för arbetet med Senior Alert, Palliativa registret och BPSD. Styrgrupperna har arbetat med implementering samt fungerat som stöd för arbetet med användning av registrens resultat. Gruppernas sammansättning har varit en framgångsfaktor i arbetet, gett möjlighet att kunna lyssna in verksamhetens behov av utveckling och stöd samt genomföra lämpliga och effektiva åtgärder för förbättring. Resultat från kvalitetsregister under 2014 har lett till följande förbättringsåtgärder:

- Individuell och konkret handledning till baspersonal och sjuksköterskor i arbetet med registrering och uppföljning i Senior Alert.
- Vidareutbildning av två sjuksköterskor i palliation samt användning av kunskapen i framtagande av projektplan för utbildning av baspersonal i palliativ vård.
- Framtagande och implementering av bemötandeunderlag för personer med beteendemässig och psykiatrisk problematik.

Arbetet med kvalitetsregister har börjat anta nya former under 2014 och behovet av styrgrupperna har förändrats. Beslut har tagits att avsluta dessa och istället planera för ett mer verksamhetsknutet förbättringsarbete. Ansvar för användning av resultat från kvalitetsregistren ligger nu tydligare på verksamhetens chefer och Q kommer att fungera som stöd. I det balanserade styrkortet för 2015 är en aktivitet för ökad måluppfyllelse att revidera handlingsplaner och ta fram riktlinjer för arbetet med kvalitetsregister.

### **Ledarutveckling**

Under förvaltningens två chefs- och ledarforum 2014 har arbetet med avvikelshantering samt uppbyggnaden av Q:et varit i fokus. Forumet, med **"liten backspegel, stor framruta"**, bidrar till att skapa samsyn för förvaltningens chefer och ledare. Med gemensam tillbakablick och gemensamt sikte framåt tydliggörs utveckling som skett och förväntas ske. Chefs- och ledarforum leds av socialchef och genomförs med stöd av Q. Mellan chefs- och ledarforum sker arbetet med efterfrågan och kommunikering av resultat samt ledarutveckling inom dessa områden. Q erbjuder chefer och ledare stöd i strukturerad uppföljning och analys liksom stöd vid kommunikering av resultat.

### **Kompetens och kompetensförsörjning**

#### ***Kvalitetskartläggning***

Efter en inspektion från IVO inom OFN i november 2013 och påföljande internutredning i januari 2014, påbörjades ett arbete inom OFN för att säkra kvaliteten i verksamheten. Under våren gjordes en omfattande kvalitetskartläggning av bostad med särskild service enligt LSS, där samtliga gruppboende ingick. Internutredningen hade synliggjort indikatorer för kvalitetsbrister i verksamheten och kvalitetskartläggningen baserades på dessa indikatorer. Det rörde frågor som uppföljning av beslut, brukarbehov, genomförandeplaner, dokumentation, bemötande, värdegrund, kommunikation, kompetens, avvikelserapportering och rapporteringsskyldighet. Kartläggningens resultat analyserades och en handlingsplan för utveckling inom OFN 2014-2015 skapades. En utvecklingsledare för OFN har anställts, med ansvar för kompetensutveckling av och stöd till personal och chefer för behov och bemötande inom funktionsnedsättningsområdet samt för arbetet med dokumentation och genomförandeplaner utifrån kartläggningens resultat.

---

### ***Utbildning i social dokumentation och genomförandeplaner - ombud***

Under 2014 har utbildning för genomförandeplansombud inom OFN och ÄO fortsatt och samtliga enheter har nu tillgång till GP-ombud. Utbildningen har baserats på att uttrycka sig värdegrundsmässigt och haft brukarens egen förmåga och delaktighet i fokus. Innehållet har koncentrerats på daglig dokumentation, genomförandeplan och hantering av själva dokumentationen i Procapita för OFN och på genomförandeplan för ÄO. Utbildningen för OFN har letts av utvecklingsledare OFN och för ÄO av arbetsgrupp genomförandeplaner, sju undersköterskor från hemtjänst och särskilt boende, samt Q. På enheterna är det nu respektive kontaktman som har ansvar för att genomförandeplanen upprättas och hålls aktuell och genomförandeplansombudet ska fungera som stöd och resurs i det arbetet. Målet enligt handlingsplanerna, att samtliga brukare har väl fungerande genomförandeplaner i juni 2014, har fått justeras tidsmässigt och hade inte nåtts helt vid årets slut. Åtgärder för full måluppfyllelse pågår med prioritering av insatser.

### ***Introduktionsutbildning för semestervikarier***

Introduktionsutbildningen för semestervikarier har fått tydligare struktur, innehåll och organisation. Utbildningen planeras av en introduktionsgrupp med SAS och enhetschefer som representerar omsorgsverksamhetens alla delar. Planeringen startar i januari, utbildningen sker i juni och uppföljningar sker i direkt anslutning till utbildningen. Sammanställning av uppföljningarna görs av Q respektive av utbildningsansvarig på rehab i augusti och återkopplas till respektive utbildare/utbildargrupp. Utifrån resultatet av uppföljningen av rehabutbildningen har beslutats att erbjuda förflyttningsutbildningar med lyft och andra hjälpmedel en eftermiddag i veckan under våren 2015. Målet är att täcka in samtligt personal, ordinarie som vikarier. Intensivkurs under en eftermiddag i smågrupper och samma upplägg som vid introduktion av sommarvikarier kommer också att erbjudas, med möjlig start i februari 2015.

### **Utveckling av nya team**

Under året har individ- och familjeomsorgen omorganiserats. 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. Omorganisationen har inneburit att arbetsgruppen delats upp i två grupper, där den ena gruppen genomför utredningar enligt BBIC (Barns behov i centrum) och den andra arbetar med insatser. Detta gör att det finns större möjligheter att ge familjer vård på hemmaplan. Genom organisationsförändringen har personalgruppen haft möjlighet att få mer koncentrerade och riktade arbetsuppgifter i syfte att bli säkrare och kunna ha högre kompetens, något som varit ett önskemål. Omorganisationen var fullt implementerad under senare delen av 2014 och kommer att utvärderas under 2015.

Samverkan mellan socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen har lett till att beslut fattats att införa ett förebyggande team, bestående av kompetenser från bägge förvaltningarna. Teamet ska vända sig till familjer och barn vilka ännu inte har kontakt med socialtjänsten. Planeringen var först att teamet skulle starta efter sommaren 2014, men starten har skjutits upp till senare delen av våren 2015.

### **Samverkan: PRIO – Plan för Riktade Insatser inom Området psykisk ohälsa Syssetsättning och träffpunktsverksamhet**

Under slutet av 2013 genomförde Borgholms kommun i samverkan med Landstinget i Kalmar, en inventering av antalet personer med väsentlig psykisk ohälsa och behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Inventeringen leddes av Styrgrupp PRIO och utfördes med Socialstyrelsens. Resultatanalys utfördes av kommunens psykiaritsteam samt enhetschef för socialpsykiatri och daglig verksamhet.

---

---

I analysen påvisades för målgruppen låg utbildningsnivå i kombination med låg sysselsättningsgrad, hög grad av ensamhushåll och låg grad av deltagande i intresseföreningar eller annan föreningsverksamhet. Sammantaget kan detta leda till en för många omfattande social isolering och därigenom försämrade psykisk och fysisk hälsa. Analysen visar att kommunen kan bidra till att förbättra den psykosociala situationen för målgruppen genom en utökning av individanpassad sysselsättning enligt SoL samt genom återuppstartandet av träffpunktsverksamhet specifikt för målgruppen. En handlingsplan för sysselsättning och träffpunkt har därför tagits fram, med följande mål:

- Utökad möjlighet till individanpassad sysselsättning enligt SoL finns samt uppstart av träffpunktsverksamhet för målgruppen har skett våren 2016.

### **SIP – Samordnad Individuell Plan**

Implementeringen av SIP har hittills inte varit framgångsrik inom förvaltningen för området barn och ungdom, även om samtal kring SIP numera sker oftare i berörd arbetsgrupp. För området vuxna med psykisk funktionsnedsättning har fler SIP upprättats, dock ännu i blygsam omfattning och de flesta av verksamhetens chefer har deltagit i informationssatsningar om SIP. En handlingsplan för arbetet med SIP har därför tagits fram, där Styrgrupp PRIO inledningsvis kommer att undersöka vilka faktorer som kan ligga bakom tveksamheter att använda sig av SIP som verktyg. Utbildningssatsningar, systematisk inrapportering av SIP på arbetsplatsträffar samt sökbarhet i dokumentationssystemet är vidare åtgärder som planeras för att öka antalet samt användandet av SIP. Handlingsplanens mål är:

- SIP är implementerat och används som ett verktyg inom Socialförvaltningens verksamheter i december 2015.

### **PSYNK**

Psynkprojektet är ett treårigt nationellt utvecklingsprojekt 2012-2014, som drivits av SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Det 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, att barn, unga och deras närstående får den hjälp de behöver, när de behöver det. Borgholms kommun beslutade hösten 2013 att anmäla sig till Psynkprojektet, SKL. Kartläggningssamtal med verksamheter inom både kommunen och landstinget genomfördes under våren/sommaren 2014, för att klargöra uppdrag, insatser, samverkan och utvecklingsområden för de verksamheter som troligtvis har mest insatser kring målgruppen. Resultatet finns i en verksamhetskatalog samt i sammanställningsverktyget Pyramiden från SKL. Verksamhetsglapp har identifierats och de viktigaste förbättringsområden som framkommit i kartläggningen har prioriterats. Beslut har tagits att kommunen och landstinget bildar en lokal samordningsgrupp för uppföljning av de förbättringsområden som framkommit i kartläggningen. Gruppen kommer att inleda sitt arbete våren 2015.

### **RFM – Resursfördelningsmodell**

I oktober 2014 tog socialnämnden beslut om RFM, Resursfördelningsmodell för ordinärt boende i Borgholms kommun. RFM är resultatet av ett projekt som pågått i flera år, med målet att utveckla en resursfördelningsmodell för tydligare styrning av personalresurs utifrån verksamhetens varierande behov. Modellen baseras på handläggarens beslut som utgår från den enskildes behov samt kopplas till en ekonomisk resurs som tillfaller de/den utförare som ansvarar för verkställigheten. Innan beslut fattades har RFM testats och anpassats, för att kunna tas i bruk i januari 2015. Genom arbetet med RFM har också flera delar av handläggarprocessen tydliggjorts och kvalitetssäkrats.

---

## e-Hälsa

Arbetet med e-Hälsa har fortsatt under 2014. Stimulansbidrag har utgått och kommunen har medfinansierat till lika stor del. Fokus har legat på följande delprojekt:

- e-Tjänster, där e-tjänsten Klagomål/synpunkter införts på kommunens hemsida. Arbetet med e-tjänster har i övrigt koncentrerats på att undersöka intresset för vilka e-tjänster som önskas av framför allt brukare och anhöriga i äldreomsorg.
- Mobilitet, där en arbetsgrupp inom hemsjukvård testat olika mobila lösningar. Modul för mobilitet för hemtjänst har köpts in, pilotprojekt ska starta våren 2015 inom en avgränsad hemtjänstgrupp. Mobil lösning för handläggares arbete enligt ÅBIC ska också testas 2015. Riskbedömningar av mobilt arbetssätt har genomförts tillsammans med andra kommuner i länet.
- Införandet av digitala trygghetslarm. 72 av 353 larm var vid årsskiftet digitala.
- 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.

## SAS

Funktionen SAS, socialt ansvarig samordnare, har implementerats i organisationen under 2014 men behöver förtydligas och kommuniceras ytterligare. SAS är riktad mot verksamhet enligt lagrummen SoL och LSS och kompletterar därmed MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, riktad mot HSL. Till skillnad från MAS finns inte stöd eller styrning av SAS i lagrummen, utan kommunens ansvarar för att definiera SAS roll. Införandet av SAS har förtydligat vikten av tillsyn, stöd och utveckling inom socialtjänsten. MAS och SAS kompletterar varandra och därmed ökar stödet till hela organisationen.

# 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.

## Kompetensutveckling ÄO

### Utbildning Hemlagat samt livsmedelshygien

Konceptet Hemlagat infördes i maj och innebär att hemtjänstpersonal lagar mat hemma hos brukare i ordinärt boende där insatsen beviljats. Insatsen matdistribution ersattes därmed med matlagning hemma hos, och om möjligt tillsammans med, brukaren. Hemlagat inleddes med en utbildningssatsning gällande livsmedelshygien, planering och i viss mån matlagning. En av verksamhetens enhetschefer var mycket drivande i planeringen och genomförandet av utbildningssatsningen. Utbildningen i livsmedelshygien gavs också till andra personalgrupper som lagar mat i sin verksamhet, som personal inom omsorgen om funktionsnedsatta och personal på Ungdomsboendet. Livsmedelshygien lades även in i introduktionsutbildningen för semestervikarier.

---

### **Demens och BPSD**

Programmet för omsorg och vård till personer med demenssjukdom i Kalmar län ska samordnas med BPSD-arbetet. På flera enheter har personal kompetensutvecklat sig inom demensområdet med hjälp av Demens ABC, en webbutbildning som bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer. En sjuksköterska med demenskompetens genomgår också ytterligare utbildning för att samordna demensvården inom kommunen. Sedan tidigare är en enhetschef utbildad för att leda och samordna utbildning av BPSD-administratörer och tillsammans kommer dessa nu att ansvara för ledning och styrning av demensarbetet. Utbildning av BPSD-administratörer ägde rum i april 2014. Sex administratörer från dåvarande demensteamet utbildades och två chefer och en handläggare var med för att skaffa sig kunskap. Administratörerna har behörighet att registrera i BPSD på sina enheter i hemtjänsten samt i demensteamet. Beslut är taget att samtliga enheter för personer med demenssjukdom ska ha en BPSD-administratör utsedd av enhetschef. Vid administratörens utbildning ska enhetschef också medverka.

### **Övrig kompetensutveckling ÄO**

Under året har ett flertal av äldreomsorgens medarbetare, förutom inom ovanstående, även kompetensutvecklat sig inom: Senior Alert, social dokumentation och genomförandeplan i Procapita, taktill massage, trycksårsbehandling, palliativ vård, samt lyft och förflyttningsteknik. Arbetsmiljöutbildning och brandutbildning har genomförts för både medarbetare och chefer och flertalet enheter har använt sig av psykiatriteamets kompetens för utbildning och handledning. Flera enhetschefer inom äldreomsorgen har kompetensutvecklat sig inom social dokumentation, utifrån den nya föreskriften SOSFS 2014:5. Tre enhetschefer deltar i Socialstyrelsens ledarutveckling på 30 hp för chefer inom äldreomsorg. Två delkurser på vardera 7 hp har genomförts under året, varav den sista kommit väl till pass i verksamheten då den behandlat kvalitetsledningssystem och verksamhetens processer. Två av verksamhetens enhetschefer har varit aktiva och drivande i arbete med utveckling av e-tjänster, vilket medfört att ett hemtjänstområde fått möjlighet att både lära sig mer och att utveckla sitt arbete med mobilitet.

### **Kompetensutveckling HSV**

Den palliativa utbildning som tagits fram för baspersonal har också getts till verksamhetens egen personal. En positiv effekt under arbetet med att ta fram materialet och arbeta fram metoden för den palliativa utbildningen är att samtliga yrkesgrupper har upplevt vinsten av att lära sig mer om varandras kompetenser. Förutom den palliativa utbildningen har utbildning också genomförts inom verksamhetsspecifika områden för hemsjukvården. Utbildning har skett för en sjuksköterska kring bland annat hantering av subcutana venportar, perifera venkatetrar samt sväljsvårigheter – bedömning/åtgärd och förflyttning utbildning har genomförts för en arbetsterapeut.

### **Kompetensutveckling IFO**

För socialsekreterare inom IFO har ärende- och processhandledning genomförts kontinuerligt under året. Verksamhetschef har genomgått UGL-utbildning, Utveckling grupp och ledare, under fem dagar. Verksamhetschef och 1:e socialsekreterare har också deltagit i utbildning gällande försörjningsstöd och ledare och organisation inom IFO i framtiden.

---

## **Kompetensutveckling Ensamkommande**

Verksamhetsutveckling med fokus på att utveckla arbetsgruppen och öka samarbetet skedde våren 2014. Kompetensutveckling har även skett inom områdena HBT (homo-sexuella, bisexuella och transpersoner), kompetens och empowerment och hedersrelaterat våld. Med hjälp av en psykoterapeut har hela personalgruppen genomgått utbildning i anknytningsteori samt handledning med utgångspunkt från innehållet i utbildningen. Handledningen fortsätter under 2015. Enhetschef har kompetensutvecklat sig i goda boendelösningar för ensamkommande barn och ungdomar samt, tillsammans med en av förvaltningens assistenter, i återsökning av statsbidrag för ensamkommande barn. Grundutbildning arbetsmiljö har skett för chefer och skyddsombud.

## **Kompetensutveckling OFN**

Arbetet utifrån handlingsplan har startat med kompetensutveckling om brukares behov, bemötande och miljö samt tydliggörande av rutiner för både brukare och personal. Personal från daglig verksamhet tillsammans med en arbetsterapeut från kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet har deltagit i Samordningsförbundets utbildning, Supported Employment, där träning och stöd sker ute på arbetsplatsen och inte i en konstlad miljö. Utbildning har också skett inom området LSS och personlig assistans.

## **Introduktionsutbildning för semestervikarier**

Introduktionsutbildningen 2014 genomfördes centralt under tre heldagar i juni samt lokalt på respektive enhet. Den centrala introduktionsutbildningen innehöll:

- Information om förvaltningen, dokumentation, avvikelshantering, Lex Sarah och Lex Maria samt livsmedelshygien.
- Brandutbildning.
- Förflyttning och hjälpmedel.

Utbildare centralt var utvecklingsledare och systemförvaltare från Q, kommunens räddningschef respektive kommunens arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor med vidareutbildning i förflyttningkunskap. Totalt deltog 76 semestervikarier i introduktionsutbildning 2014. Efter varje utbildningstillfälle gjordes skriftlig uppföljning med deltagarna. Uppföljningen sammanställdes av Q och kommunicerades med respektive utbildare/utbildargrupp, i syfte att förbättra introduktionsutbildningen kommande år. På respektive enhet höll ansvariga sjuksköterskor praktisk utbildning inför delegering och introduktion i arbetet genomfördes med hjälp av handledare från personalgrupperna. Introduktionen på enheterna följdes upp och sammanställdes av respektive enhetschef.

Sammanfattningsvis var de flesta semestervikarier nöjda med introduktionsutbildningen men det framkom också synpunkter att beakta inför kommande introduktioner. Synpunkterna för informationspasset och för brandutbildningen rörde främst gruppernas sammansättning där olika erfarenheter i vissa fall hade betydelse samt hur kommunikationen om tidsplaneringen och innehållet i utbildningen skett. Även personal som börjat arbeta under vintern och våren hade möjlighet att delta i introduktionsutbildningen och denna personal förde fram behov av liknande introduktionsutbildningar då det blivit 10-15 nya medarbetare i verksamheten. Tiden mellan arbetets start och genomförd introduktionsutbildning blev annars i vissa fall onödigt lång. För utbildningen om förflyttning och hjälpmedel var det uppskattat att utbildningen började väldigt grundläggande, att varje praktiskt moment föregicks av tydlig teori och att det därefter gick in i en praktisk visningsdel. Uppskattat var även att man fick jobba praktiskt i smågrupper med en ständigt tillgänglig instruktör. Önskemål framfördes att ordinarie personal ska gå utbildning i förflyttning och hjälpmedel då tidigare vikarier upplevt det svårt att stå på sig och göra rätt när ordinarie personal inte gör det.



**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.





14 riskanalyser och 7 händelseanalyser har genomförts under året. 1842 avvikelser har registrerats. Antal avvikelser har ökat med 306 under 2014. Följsamheten till korrekta hygien- och klädrutiner har endast följts upp på få enheter. Registreringar i Palliativa registret har ökat under året, liksom i BPSD-registret. Riskbedömningar för uppkomst av trycksår har skett genom Senior Alert, men endast 75 registreringar är gjorda. Av dessa är antal personer med trycksår 9 och antal sår 13, då inte samtliga enheter registrerat är siffrorna dock svårbedömda.

**Resultatmått** speglar utfallet i form av andel kopplat till målområde. Socialnämndens verksamhetsmål finns i det balanserade styrkortet. Måluppfyllelsen för verksamhetsmålen redovisas genom nyckeltal knutna till aktiviteter. Tabellerna 8-11 visar måluppfyllelse utifrån uppföljning av nyckeltal för målet/målen inom olika perspektiv.


Tabell 8. Måluppfyllelse för målet inom Medborgare:

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





Nyckeltal	Resultat och analys	Måluppfyllelse
Väntetid vid ansökan om FÖS: från nybesök till beslut är max 5 arbetsdagar	<b>Resultat:</b> Nyckeltalet är uppnått utifrån tidsram 10 arbetsdagar. <b>Analys:</b> Troligen har en siffra i nyckeltalet fallit bort vid framtagandet av styrkortet då 15 arbetsdagar var den tidsram som kommunicerades med verksamheten. Som nyckeltalet är formulerat är det inte relevant.	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>
Väntetid för budget- och skuldrådgivning: från första kontakt till första besök ska vara max 10 arbetsdagar	<b>Resultat:</b> Nyckeltalet är ändrat till tidsramen 15 arbetsdagar men är inte uppnått. <b>Analys:</b> Fel vid styrkortets framtagande som ovan då nyckeltalet skulle varit 15 arbetsdagar. Pga. långtids-sjukskrivning har resurserna koncentrerats till försörjningsstödsutbetalningar. Med normal personalbemannning hade nyckeltalet 15 arbetsdagar nåtts.	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>
100 % av ensamkommande flyktingbarn har erbjudits samtal med socialsekreterare inom två veckor	<b>Resultat:</b> Samtliga ensamkommande flyktingbarn har erbjudits samtal inom tidsram. <b>Analys:</b> Arbetet sker enligt fastställd och inarbetad rutin.	 Utmärkt
100 % av nyckeltalen i Öppna jämförelser är gröna (vara bland de 25 % bästa kommunerna i landet)	<b>Resultat:</b> 23 % av de nyckeltal som berör äldreomsorg (5 av 22) är gröna: Väntetid till särskilt boende, Hänsyn till åsikter och önskemål särskilt boende, Möjlighet påverka tider särskilt boende, Måltidsmiljö särskilt boende, Trygghet hemtjänst. <b>Resultat:</b> 21 % av de nyckeltal som berör hälso- och sjukvård (3 av 14) är gröna: Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, Tio eller fler läkemedel, Användning av antipsykotiska läkemedel. <b>Analys:</b> Gröna nyckeltal säger inget om kvaliteten, endast om rangordningen för landets kommuner. Mycket bra värden ger inte alltid gröna nyckeltal, utan kan ge gula om många kommuner har bra resultat.	 Ej godkänt

100 % av hemsjukvårdspatienterna ska ha en årlig läkemedelsgenomgång	<p><b>Resultat:</b> 2014 redovisas 68 genomförda läkemedelsgenomgångar för 246 patienter i hemsjukvården, vilket motsvarar 28 %.</p> <p><b>Analys:</b> För få läkemedelsgenomgångar har skett men även andra orsaker kan ligga bakom resultatet då patienter kan tacka nej till läkemedelsgenomgångar och nuvarande nationella statistik inte visar detta. Nyckeltalet förändras därför till 2015 så antal erbjudna och därefter genomförda läkemedelsgenomgångar registreras av kommunens sjuksköterskor.</p>	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>
100 % av hemsjukvårdspatienterna har en PAS dokumenterad i journal	<p><b>Resultat:</b> Granskade journaler visar både positivt och negativt resultat men granskning av samtliga journaler har inte skett.</p> <p><b>Analys:</b> Strukturerad genomgång av journaler vid utsatt tidpunkt saknas. Rutin för journalgranskning ska tas fram.</p>	
100 % av hemrehabpatienterna har en PASG/PAAT dokumenterad i journal	<p><b>Resultat:</b> Granskade journaler visar både positivt och negativt resultat men granskning av samtliga journaler har inte skett.</p> <p><b>Analys:</b> Strukturerad genomgång av journaler vid utsatt tidpunkt saknas. Rutin för journalgranskning ska tas fram.</p>	
100 % av parametrarna i Palliativa Registret visar förbättrade resultat	<p><b>Resultat:</b> Samtliga parametrar visar förbättrade resultat. Täckningsgrad i registret är 93,33 %, en förbättring med 11,07 % från samma tidpunkt 2013.</p> <p><b>Analys:</b> Två sjuksköterskor från den palliativa styrgruppen har vidareutbildats sig inom palliativ vård samt har planerat och genomfört utbildning i palliativ vård för baspersonal. Detta har gett förbättrade resultat i palliativa registret och bättre palliativ vård för patienterna.</p>	
100 % av genomförandeplanerna är dokumenterade så det framgår att insatser genomförs efter behov och dialog med brukaren	<p><b>Resultat:</b> Granskning av genomförandeplaner i Procipita har visat att granskningen inte fångar nyckeltalet. Justeringar har gjort för att rätta till detta. Genomförandeplaner som granskats manuellt visar förbättrade resultat för nyckeltalet.</p> <p><b>Analys:</b> Enhetschefer uppger vid egenkontroll att det främst brustit i själva upprättandet av planerna. Orsaker till detta har identifierats och åtgärder pågår. Under 2014 har ett omfattande arbete skett på samtliga enheter för att utveckla den sociala dokumentationen och arbetet med genomförandeplanerna.</p>	
80 % av brukare på Säbo registreras i Senior Alert och följs upp enligt riktlinjer	<p><b>Resultat:</b> 96 %, av brukare på särskilt boende har registrerats men uppföljning har skett i låg omfattning.</p> <p><b>Analys:</b> Arbetet har inte prioriterats i samma omfattning på samtliga enheter som kunskap och erfarenheter har inte tagits tillvara i tillräcklig omfattning. Under 2014 har stödet till enheterna individualiserats och ytterligare förbättringsåtgärder är planerade.</p>	
100 % följsamhet vad gäller händer fria från smycken och klockor samt kortärmade plagg i vård och omsorg	<p><b>Resultat:</b> Flera enheter redovisar hög följsamhet. Inget sammanställt resultat finns.</p> <p><b>Analys:</b> PPM-mätning för följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts i april 2014. Alla enheter deltog inte och resultatet har därför inte sammanställts eller analyserats. Rutin för utbildning kontinuerligt samt vid nyanställning ska tas fram, liksom tydlighet i hur måluppfyllelsen ska följas upp.</p>	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>



<p>Utföra en stickprovundersökning vad gäller upplevt bemötande i receptionen</p>	<p><b>Resultat:</b> Enkätundersökning genomfördes under vecka 23 och 16 svar kom in. I mycket hög grad har service och bemötande upplevts som gott. Lokalerna upplevs som ej trivsamma och sekretess och ostördhet i lokalerna får låga eller inga omdömen.</p> <p><b>Analys:</b> Uppgifter om svarsfrekvens kan ej redovisas då underlag saknas. Utelämnade omdömen kan bli tolkningsfrågor. Relaterat till besökares ärenden är målet att man känner sig trygg i lokalerna. Vid nästa stickprovundersökning kan jämförelse av antalet enkätsvar med antalet besökare till reception visa hur representativt resultatet är.</p>	 <p>Utmärkt</p>
---	--	--

**Tabell 9. Måluppfyllelse för målen inom Verksamhet & Process:  
Vi har 2015 en ökad andel externa utförare  
Vi har en ökad miljömedvetenhet**








Nyckeltal	Resultat och analys	Måluppfyllelse
<p>100 % av äldreomsorgens enheter har värdighetsgarantier</p>	<p><b>Resultat:</b> Värdighetsgarantierna gäller alla äldreomsorgens enheter men har ännu inte implementerats till fullo överallt.</p> <p><b>Analys:</b> All personal har kännedom om värdighetsgarantierna och åtgärder för förbättrad implementering bland brukare och anhöriga/närstående pågår.</p>	 <p>Bra</p>
<p>100 % av enheterna har avfallssortering</p>	<p><b>Resultat:</b> Nyckeltalet är uppnått i olika grad inom olika verksamheter.</p> <p><b>Analys:</b> Inom IFO och ADM är nyckeltalet uppnått. Arbete pågår inom ÄO, OFN och HSV.</p>	 <p>Varning</p>
<p>100 % av enheterna har minskat användande av engångsmaterial</p>	<p><b>Resultat:</b> Nyckeltalet är uppnått i olika grad inom olika verksamheter.</p> <p><b>Analys:</b> Arbete pågår inom ÄO, OFN och HSV.</p>	 <p>Varning</p>
<p>Minst fyra åtgärder som tar "miljöhänsyn" ska presenteras</p>	<p><b>Resultat:</b> 1) Minskning av antalet leasingbilar till förmån för cyklar. 2) Fler elcykelinköp. 3) Samordning av resor. 4) Byte till ledbelysning om möjligt.</p> <p><b>Analys:</b> Åtgärder för ökad miljöhänsyn sker kontinuerligt i verksamheterna.</p>	 <p>Utmärkt</p>

Tabell 10. Måluppfyllelse för målen inom Lärande & Förnyelse:




**Vi har utvecklat verksamheten och har kvalitetsledningssystem för ökat kundfokus och ökad kvalitet.**

**Vi har jämställdhetsperspektiv**

**Vi har ökat frisknärvaro**

Nyckeltal	Resultat och analys	Måluppfyllelse
Ökad användningsgrad av s.k. screeningfrågor i samband med utredningar	<b>Resultat:</b> FREDA, som är en bedömningsmetod i arbetet mot våld i nära relationer, har införts. <b>Analys:</b> FREDA ger möjlighet att synliggöra våldet och göra riskbedömningar för fortsatt våld.	 Utmärkt
100 % av enheterna minskar sin sjukfrånvaro	<b>Resultat:</b> Sjukfrånvaron varierar men minskning på samtliga enheter har inte skett. <b>Analys:</b> Arbeta för att nå nyckeltalet pågår, med särskild satsning på en enhet för att prova ny metod för förbättring.	 Ej godkänt
Under 2013-2014 har vi genomfört minst fyra aktiviteter i samarbete med skolan	<b>Resultat:</b> Tre av fyra förväntade aktiviteter har genomförts. <b>Analys:</b> Samarbeta med skolan har koncentrerats till att arbeta med det förebyggande teamet som planerades starta efter sommaren, dock nu planerat till våren 2015. Samverkan med skolan har skett om teamet och vid skolavslutningen. Samverkan har också skett genom PSYNK, psykisk hälsa för barn och unga.	 Bra
100 % av medarbetarna har deltagit i resonemang kring "hur vill vi bli uppfattade"	<b>Resultat:</b> Samtliga medarbetare har deltagit. <b>Analys:</b> Arbetet med bemötande från verksamhetens personal samt miljö fortsätter.	 Utmärkt
100 % av brukare som är nyinflyttade på särskilt boende har insatsbeslut	<b>Resultat:</b> Samtliga nyinflyttade brukare har beslut. <b>Analys:</b> Arbeta pågår med insatsbeslut även för de brukare som redan bor på särskilt boende.	 Utmärkt
100 % av hemsjukvårdspatienterna har en upprättad vårdplan inom en vecka	<b>Resultat:</b> Tidsramen har hållits. <b>Analys:</b> Nyckeltalet är inte relevant då vårdplan anses upprättad då man ordinerar/skapar en åtgärd i journalen. Rutin för kvalitet i vårdplan ska tas fram.	 Utmärkt
100 % av hemrehabiliteringspatienterna ska ha en rehabplan upprättad inom en vecka	<b>Resultat:</b> Rehabplan är upprättad inom en vecka. <b>Analys:</b> Rehabplan upprättas enligt nyckeltalet med kvaliteten i rehabplanen kan förbättras. Rutin för detta ska skapas.	 Utmärkt

**Tabell 11. Måluppfyllelse för målet inom Ekonomi:  
Vi har kostnadseffektivitet och fördelar resurser efter behov**

Nyckeltal	Resultat och analys	Måluppfyllelse
Minska andelen barnfamiljer med försörjningsstöd med 3 procent	<p><b>Resultat:</b> Andelen barnfamiljer med försörjningsstöd har inte minskat utan ökat under första tertialen.</p> <p><b>Analys:</b> Ett bättre nyckeltal att följa upp är antal barn som lever i familjer beroende av försörjningsstöd, eftersom det kan vara fåfamiljer men många barn. Antalet barn som lever i familjer beroende av försörjningsstöd har minskat under första tertialen.</p>	
Kostnader för placeringar utanför kommunen ska följa riksgenomsnittet	<p><b>Resultat:</b> Tillgängliga siffror för kostnad per invånare för institutionsvård är från 2011 och ligger då lite över riket. Kostnader per invånare för familjehemsvård 2011 ligger under riket. Nyare siffror finns ej.</p> <p><b>Analys:</b> Nyckeltalet är inte relevant.</p>	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>
Minska antalet ärenden (missbruk) med kostnader högre än riksgenomsnittet	<p><b>Resultat:</b> Tillgängliga siffror för kostnad per invånare för institutionsvård var lägre i Borgholm än i riket.</p> <p><b>Analys:</b> Nyckeltalet är inte relevant då siffrorna kostnader inte kommer regelbundet under året. Det går endast att ta reda på kostnad per kommuninvånare för institutionsvård.</p>	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>
100 % av resultatenheterna har haft mål- och resultatdialog	<p><b>Resultat:</b> Samtliga verksamheter har haft mål- och resultatdialoger.</p> <p><b>Analys:</b> Dialogerna har upplevts positiva av alla parter men kan ändå utvecklas för bättre dialog och kommunikation kring mål och resultat.</p>	
Redovisa 4 produktionsstälur ett jämställdhetsperspektiv	<p><b>Resultat:</b> Redovisning utifrån Öppna jämförelser för äldreomsorgen för fyra (4) produktionsmått:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andel som uppger att det känns mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten är 56 %. Fördelat på kön: 57 % kvinnor, 55 % män.</li> <li>- Andel som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten är 94 %. Fördelat på kön: 98 % kvinnor, 87 % män.</li> <li>- Andel som uppger att personalen alltid bemöter dem på ett bra sätt är 78 %. Fördelat på kön: 80 % kvinnor, 75 % män.</li> <li>- Andel som vet vart de ska vända sig med synpunkter eller klagomål på hemtjänst är 62 %. Fördelat på kön: 70 % kvinnor, 50 % män.</li> </ul> <p><b>Resultat:</b> Redovisning utifrån Öppna jämförelser kan göras för två (2) nyckeltal för hälso- och sjukvården:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andel som tolv månader efter stroke uppger att deras rehabiliteringsbehov var tillgodosedda är 59 %. Fördelat på kön: 45 % kvinnor, 79 % män.</li> <li>- Andel äldre som tolv månader efter insjuknandet i stroke var oberoende av hjälp är 59 %. Fördelat på kön: 53 % kvinnor, 68 % män.</li> </ul> <p><b>Analys:</b> Verksamheten har inte fört någon egen könsuppdelad statistik utan är hänvisad till den statistik som finns att tillgå nationellt.</p>	
70 % av rehabresursen används till patienter i ordi-närt boende	<p><b>Resultat:</b> Hemrehabilitering är inte den dominerande delen av rehabpersonalens verksamhet. De flesta patienter mellanlandar för rehabilitering på korttiden och då är inte syftet med hemrehab uppnått.</p> <p><b>Analys:</b> Nyckeltalet är inte relevant och inte mätbart då det skapades under andra förutsättningar än de som råder för kommunrehabns verksamhet idag.</p>	<b>Nyckeltalet kan inte bedömas</b>

## 16. Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål och strategier för kommande år utgår från kommunens balanserade styrkort och från socialförvaltningens fokusområden. Socialnämndens verksamhetsmål har redovisats i kapitel 3, Övergripande mål och strategier, och gäller även under 2015. Socialförvaltningens fokusområden 2015 fungerar som övergripande strategier för 2015 och tydliggörs i tabell 12.

Tabell 12: Fokusområden 2015

Fokusområde	Innehåll i fokusområdet
Värdegrund	Arbete med värdegrunden i praktiken utifrån värdegrundsorden Respekt, Trygghet, Meningsfullhet genom: Social dokumentation och journalföring, Genomförandeplaner - enligt handlingsplan, Kontaktmannaskap, PAS, PAAT/PASG - rollbeskrivning, Vårdighetsgarantier ÅO > OFN
Kvalitetslednings-system	Implementering av kvalitetsledningssystem i verksamheterna Tillämpning av 2011:9 - praktisk övning områdesvis. Identifiera och dokumentera processer - processmodell.
Kvalitetsregister	Integrering i verksamheten: Inriktning på lokal utdata och utbildning i användning av kvalitetsregister. Stärka det lokala ansvaret för att efterfråga och återkoppla resultat för: Senior Alert - Följa upp enheter + stärka lokalt styrningsarbete. Palliativa registret - Stärka lokalt utbildnings- och styrningsarbete + utbildning i palliativt arbete via palliativa ombuden.
Ledarutveckling	Salutogent ledarskap, Ledningsstöd, verktyg och modeller, Chef- och ledarforum
Kompetens	Kartläggning av kompetensbehov, kompetensutvecklingsbehov utifrån kartläggning. Sammanställning av genomförd kompetensutveckling Plan för användning av kompetensutvecklingsmedel
Hållbara team	Ramverk för team - struktur och rutin Evidensbaserad praktik - innebörd och metod, Arbete med inflytande och delaktighet - metoder
Samverkan	PRIO - samverkansöverenskommelse landsting-kommun
e-Hälsa	Lokala arbetsgrupper inom delområden, delfinansiering ÅBIC, Äldres behov i centrum - implementering ICF - gemensamt språk, utveckling av användning BAS - Behov av stöd - modell för biståndsbedömning anpassas och implementeras.