



**Lipplands-Bro**  
KOMMUNEN SOM GER PLATS

Handlingar till  
Socialnämndens sammanträde  
den 11 april 2019

# Dagordning

## Beslutsärenden

34 Kvalitetsberättelse 2018 för socialnämndens verksamheter . . . . .	3
35 Kvalitetsberättelse 2018 - privata utförare med upphandling enligt . . . . .	55
36 Rapportering av ej verkställda och verkställda beslut per den 31 ja. . . . .	108
37 Rapport om brukarmedverkan 2018 . . . . .	116
38 Statistikuppföljning 2018 . . . . .	128
39 Redovisning av digitalisering . . . . .	129
40 Patientsäkerhetsberättelse 2018 . . . . .	137
41 Tilläggsöverenskommelse- samverkan gällande personer med missbruk/b . . . . .	156

## Rapporter

## Delegationsbeslut

Delegationsbeslut - Tillförordnad kontorschef för socialkontoret, 18- . . . . .	172
---	-----

## Anmälningar

Kommunfullmäktiges beslut § 12 - Motion om att hjälpa de som är utsat. . . . .	173
Protokollsutdrag från Kommunfullmäktiges sammanträde den 6 februari 2 . . . . .	186
Protokollsutdrag från Kommunfullmäktiges sammanträde den 6 februari 2 . . . . .	188
Protokollsutdrag från Kommunfullmäktiges sammanträde den 6 februari 2 . . . . .	190
Information till förtroendevalda - Arbetsmiljöverket besöker regioner . . . . .	192
Meddelande från styrelsen nr 15/2018 gällande rekommendation till kom . . . . .	195
Protokoll från gemensam nämnd för familjerättsliga frågor den 20 febr . . . . .	200
Skyddat boende för kvinnor med missbruksproblem! . . . . .	277
Vårlljus styrelseprotokoll 23 januari 2019 . . . . .	283
Rapport från Länsstyrelsens inspektion av överförmyndare/överförmynda . . . . .	291
Patientförsäkring i kommunal hälso- och sjukvård . . . . .	299
IVO - Sammanställning av vårdgivarregistret och omsorgsregistret . . . . .	303



Stina Forsberg

Datum

2019-02-14

Vår beteckning

SN 19/0030

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

## Kvalitetsberättelse 2018 för Socialnämndens verksamheter

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner kvalitetsberättelse 2018 för Socialnämndens verksamheter.

### Sammanfattning

Socialnämndens övergripande ledningssystem följer SOSFS 2011:9. Ledningssystemet har som syfte att planera, utveckla, säkra och följa upp kvaliteten i nämndens alla verksamheter.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 bör nämnden årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Enligt 7 kap 1 § i SOSFS 2011:9 ska det framgå i kvalitetsberättelsen hur utföraren arbetar med att systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar verksamhetens kvalitet. I kvalitetsberättelsen ska beskrivas hur det systematiska arbetet bedrevs under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 11 mars 2019
- Bilaga – Kvalitetsberättelse 2018 Socialnämnden

### Ärendet

Socialnämndens övergripande ledningssystem följer SOSFS 2011:9. Ledningssystemet har som syfte att planera, utveckla, säkra och följa upp kvaliteten i nämndens alla verksamheter.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 bör nämnden årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Enligt 7 kap 1 § i SOSFS 2011:9 ska det framgå i kvalitetsberättelsen hur utföraren arbetar med att systematiskt och fortlöpande, utvecklar och säkrar verksamhetens kvalitet. I kvalitetsberättelsen ska det beskrivas hur det systematiska arbetet bedrevs under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att nämnden kan bedöma hur utföraren har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utvecklat och säkrat kvaliteten i verksamhetens olika delar samt hur utföraren har sett till att informationsbehovet till externa intressenter har tillgodosetts.

## Sammanfattning kvalitetsberättelse för Socialnämndens verksamheter under 2018

Sedan enheterna inom Socialnämnden började skriva sina kvalitetsberättelser i verksamhetssystemet Stratsys under 2015, har enheterna utvecklat och förbättrat sitt arbete med kvalitet. Arbetet och arbetssättet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 har nu implementerats i enheterna och förbättringsarbetet sker fortlöpande under året.

Precis som i kvalitetsberättelsen för år 2017 går det att utläsa i kvalitetsberättelse 2018 att merparten av de förbättringsområden som angavs har genomförts under året. Ett tydligt exempel är personalens delaktighet. I och med att enheterna fått igång processen kring fungerande kvalitetsråd, där personalen utgör en viktig del, så har personalens delaktighet i det systematiska arbetet inom enheterna ökat under året.

Även klienter och brukares delaktighet har ökat under 2018. Brukarmedverkan har till exempel ökat genom de nationella brukarundersökningar som utförts inom individ- och familjeomsorgen, funktionshinderområdet samt inom äldreomsorgen. Vissa enheter har även genomfört egna brukarundersökningar. I kvalitetsberättelse 2018 framgår det hur enheterna tar tillvara på undersökningarnas resultat och hur cheferna tillsammans med sina medarbetare, tar fram åtgärdsförslag och handlingsplaner utifrån resultatet, som ett led för att utveckla sina verksamheter.

Enheterna har sedan 2017 utvecklat sitt arbete med riskbedömningar. Riskbedömningar ska göras fortlöpande i verksamheterna för att se om det finns någon risk för att händelser skulle kunna inträffa, som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskbedömningar görs frekvent inom myndighetsenheterna när det kommer till besök utav klienter eller brukare samt vid hembesök hos klienter eller brukare. Även utföraravdelningen är bra på att genomföra riskbedömningar vid hembesök eller när nya brukare flyttar in på vård- och omsorgsboenden.

Ett fortsatt utvecklingsområde är dock riskanalyser som sker ur ett enhetsperspektiv och som omfattar verksamhetens samtliga delar. Riskanalyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter. Vissa enheter anger dock att de genomfört riskbedömningar avseende arbetsbelastning, personalomsättning eller att personalen inte har rätt kompetens för arbetet. Analyserna bör dock ske på samtliga enheter och på ett mer systematiskt sätt under fortlöpande under året. Händelser som till exempel



kan ligga till grund för riskanalyser är semesterperioder under året, sjukdom hos personal, värmebölja under sommaren, IT-haveri eller ett längre elavbrott i kommunen.

Ännu ett förbättringsområde under 2019 är klagomål och synpunkter samt processen kring dessa. Det går att utläsa i kvalitetsberättelse 2018 att enheterna på ett bra sätt arbetar kring avvikelser och förbättringsförslag. Antalet inrapporterade avvikelser och förbättringsförslag har ökat och de behandlas på enheternas kvalitetsråd samt ligger till grund för verksamhetsutveckling. Det inkom dock väldigt få klagomål och synpunkter till enheterna under 2018. Resultaten i brukarundersökningarna visar på att det finns en andel klienter, brukare och anhöriga som inte vet vart de ska vända sig för att lämna klagomål och synpunkter. Processen kring klagomål och synpunkter bör således vara mer känd hos klienter, brukare och anhöriga men även hos personalen inom verksamheterna.

## Barnperspektiv

En kvalitetsberättelse berättar hur arbetet bedrivs för att på ett så systematiskt och fortlöpande sätt som möjligt säkra och utveckla kvaliteten i en verksamhet. Detta gynnar de barn och ungdomar som har insatser inom kommunens socialtjänst att få en insats som är rättssäker samt utav bra kvalitet.

Helena Åman

Socialchef

Elisabeth Rågård

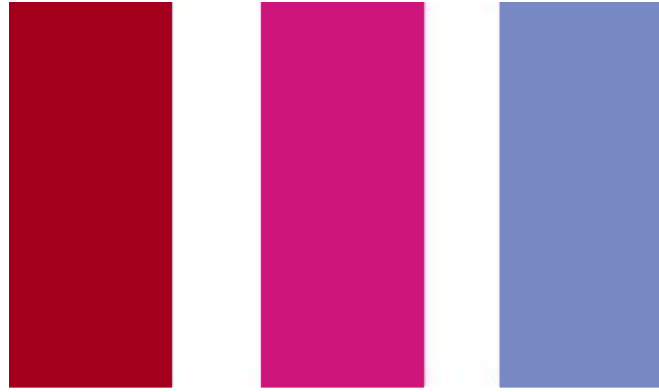
Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

## Bilagor

1. Kvalitetsberättelse 2018 Socialnämnden

Beslut sänds till

- Akt



# **Kvalitetsberättelse 2018**

## **Socialnämnden**

## Innehållsförteckning

1	Bakgrund .....	3
2	Verksamheten vänder sig till .....	4
3	Riskbedömning .....	5
4	Egenkontroll .....	9
5	Klagomål och synpunkter .....	13
6	Värdegrundsarbetet .....	16
7	Anmälningsskyldigheter .....	18
8	Avvikelse och förbättringsförslag .....	20
9	Brukarundersökningar och öppna jämförelser .....	23
10	Medarbetarundersökning .....	28
11	Kompetensutveckling .....	29
12	Samverkan .....	32
13	Tillsyner .....	38
14	Systematiskt arbetsmiljöarbete .....	40
15	Personalens delaktighet .....	44
16	Förbättringsområden .....	48

# 1 Bakgrund

*Nämnden har genom internkontrollplanen beskrivit hur och när kontrollen ska genomföras. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Enheten ska sammanställa kontrollerna, analysera dessa och lägga upp en plan till förbättrandeåtgärder i verksamheten.*

*I kvalitetsberättelsen (SOSFS 2011:9) ska det framgå:*

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår*
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet*
- Vilka resultat som har uppnåtts*
- Kvalitetsberättelsen ska vara så detaljerad att:
  - Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar*
  - Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses**

## 2 Verksamheten vänder sig till

Under 2018 ansvarade Socialnämnden i Upplands-Bro kommun för omsorg av äldre samt för personer med funktionsnedsättning men även för att barn och familjer fick det stöd och den hjälp som reglerades i den samlade lagstiftningen. Nämnden ansvarade även för ekonomiskt bistånd, insatser för personer med missbruksproblematik, boendestöd och sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning samt kommunens flyktingmottagande.

Inom äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden och inom gruppboenden och serviceboenden ansvarade nämnden för hälso- och sjukvårdsinsatser, upp till sjuksköterskenivå.

Socialkontoret består utav tre myndighetsenheter som handlägger ärenden enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Utföraravdelningen bedriver verksamhet så som hemtjänst, äldreboenden, boenden enligt LSS, personlig assistans, stöd för barn och unga, öppenvård för personer med missbruk samt socialpsykiatriskt stöd. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd ansvarar för utvecklings- och kvalitetsfrågor, och hanterar bland annat övergripande administration samt samordning av nämndernas budget.

## 3 Riskbedömning

### Barn- och ungdomsenhet

På barn- och ungdomsenheten görs i riskbedömningar dagligen. Bedömningarna handlar om vilka risker och konsekvenser enhetens beslut kan ha för klienterna, men också för att säkerställa socialsekreterarnas arbetsmiljö och säkerhet. På enheten finns fungerande rutiner för att ta emot besök i besöksrummen samt för hembesök. Under året har enhetens ledning tillsammans med övriga myndighetsenheter sett över och påbörjat en upphandling av ett nytt, säkrare system för personlarm.

Utifrån resultat av exempelvis egenkontroll, inkomna klagomål och avvikelser så görs också riskanalyser för att förbättra kvaliteten för enhetens klienter.

### Vuxenenhet

Riskbedömningar görs kontinuerligt utifrån verksamhetens behov av exempelvis arbetsbelastning och vilka följder en ökad belastning kan ge. Det görs också i individuella ärenden till exempel vid besök och hembesök. Nulägesanalyser har genomförts vid två tillfällen under 2018, dels i april och dels i november. Utifrån både styrkor, svagheter, hot och möjligheter har chef, samordnare och medarbetare tillsammans kommit fram till vilka områden enheten ska arbeta vidare med för att förbättra arbetet med klienterna och för hur enheten ska arbeta med att minimera de risker som finns.

Vid ingången av 2017 var situationen besvärlig i enheten med hög personalomsättning och många tjänster var vakanta. Tjänsterna uppbars av konsulter som kom och gick, det fanns ingen kontinuitet på enheten. En ytterligare definierad risk var att i princip alla tjänster som socialsekreterare var bemannade av personer utan socionomutbildning. Enheten har gemensamt arbetat med olika förbättringsområden, såsom högre tillgänglighet och bättre introduktion för nyanställda. Utifrån resultatet av aktgranskning/egenkontroll har metodmöten införts på vuxenenheten där enheten arbetar vidare med handläggning och dokumentation vilket är ett område som skall prioriteras. Att fortsätta följa arbetsbelastning är också av vikt för att följa att enheten utför sina åtaganden som planerat/förväntat.

Personalomsättning har under 2018 inte varit en risk då samtliga tjänster varit tillsatta. I arbetsgruppen på 20 personer är det endast en person som har bytt arbete under 2018. Medarbetarna informeras om säkerhetsrutiner och rutiner hur personlarm används regelbundet på APT, enhetsmöten samt på myndighetsforum. Samtliga nyanställda informeras muntligt och skriftligt. Riskbedömning inför besök av eller hos klient skall alltid genomföras.

### Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Inom biståndsenheten har samtlig personal tillgång till personlarm som ska användas vid hembesök där det kan finnas en risk. Det ingår i introduktionsplanen att medverka vid en provlarmning i syfte att få mer kunskap om både teknik och användningsområde. Provlarmning sker en gång per månad. Rutin finns även upprättad gällande hembesök med risk och är känd av samtliga på enheten. Samtliga medarbetare har signerat och tagit del av enhetens rutin för hembesök.

Riskbedömning ska enligt rutin göras inför varje hem - och nybesök. Blankett för riskbedömning finns tillgänglig för samtliga i enhetens rutinmanual. Pärm för

riskbedömningar tas med vid varje ärendedragning inom hemtjänst, socialpsykiatri och LSS. Under året har det upprättats 12 stycken riskbedömningar inför brukarmöte.

Inrapporteringsystemet KIA är känt för enhetens medarbetare, har tagits upp under året på enhetens APT, arbetsplatsträffar. Finns som stående punkt i protokoll för APT.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

På planeringsdagar och på APT har avdelningen tagit fram och identifierat kvalitetskritiska riskmoment inom sin verksamhet. Riskbedömning, åtgärd och handlingsplan har upprättats för att bland annat säkerställa att det alltid finns bemanning att verkställa beslut om utbetalningar från Procapita, att registrera dokument i Infoga samt att det finns kompetens att installera trygghetslarm med mera. Under 2018 har även supporten till trygghetslarmen säkrats vid semester. Att utveckla avdelningens arbete med riskbedömning och riskanalyser är fortsatt ett förbättringsområde 2019.

Inrapporteringsystemet KIA har tagits upp på avdelningens APT och är väl känt hos personalen. Det finns även personlarm att låna vid behov vid hembesök, detta gäller framför allt funktionerna boendesamordnare, bovärd och dödsbohandläggare.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Inom stöd- och behandlingsenheten, Lane och Socialpsykiatri genomförs verksamheterna löpande riskbedömningar för att uppmärksamma och planera för situationer där hot och våld kan uppstå.

Planering av individinsatser görs och följs upp för att brukarnas mål ska uppnås. Planering för kompetensutveckling för personal görs regelbundet för att kompetensen i enheten ska motsvara de behov som ska tillgodoses i brukaruppdragen.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Enhetschefen och enhetsledare inom kommunens hemtjänst gör löpande riskbedömningar om verksamheten och om dess uppdrag. Riskbedömningar utförs på varje enskild arbetsplats, vilket i hemtjänst betyder varje enskild brukares hem. Detta för att fortlöpande bedömning minimerar risk för händelser som kan inträffa, vilket kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Analyserna följs upp i enheternas kvalitetsmöten samt på APT-möten. I analysen bedöms allvarlighetsgrad och sannolikhet. Utifrån risker utarbetas en åtgärdsplan för till exempel ett projekt, en utbildningsinsats, en checklista eller en lokal rutin.

Riskanalysen bygger på upptäckter av risk för händelse i samband med mottagande samt första besök hos kund, planering av kundinsatser i planeringsverktyg, uppföljning av omvårdnadspersonalens dagschema, vid rättning och godkännande i Phoniro och vid sammanställning av rapporterade avvikelser samt vid kontroll av löpande dokumentation.

### **Norr- och Allégården**

På vård- och omsorgsboendena Norrgården och Allégården genomfördes riskbedömningar dels ur ett brukarperspektiv och dels ur ett personalperspektiv.

Gällande brukare görs riskbedömningar i samband med varje ny brukares inflytt till boendet. Kontaktmannen kartlägger och bedömer risker tillsammans med brukare och anhörig i syfte att öka säkerheten och kvaliteten för brukaren. Bedömningar som upprättas är exempelvis risk för fall, övermöblering, dåligt ljus, oro, otrygghet, hot och

våld, vilka således berör den fysiska som psykosociala miljön för brukaren. Vidare genomförs riskbedömningar vid varje uppföljning av genomförandeplan samt löpande varje vecka vid omvårdnadsmöten där eventuellt nya uppkomna risker och förändringar av omsorgspersonal, sjuksköterska och rehabpersonal i team bedöms. Hälso- och sjukvårdspersonal gör även fallriskbedömningar, nutritionsbedömningar, trycksårsbedömningar samt bedömningar av munhälsa av samtliga brukare på vård- och omsorgsboendena.

De riskbedömningar som genomfördes för personalgruppen under 2018 var bland annat en gemensam arbetsmiljörund som sker varje år. Verksamheten gör även en SAM, systematiskt arbetsmiljöarbete. Inför varje schemaändring upprättas en risk - och konsekvensanalys och vid varje konflikt har en riskbedömning och handlingsplan upprättats. Vid organisationsförändringar upprättar verksamheten en risk- och konsekvensanalys och vid varje förändring hos brukaren utförs en bedömning av arbetsmiljö i omsorgsboendet, för att identifiera eventuella risk i medarbetarens arbetsmiljö i brukarens hem.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Inom vård- och omsorgsboendet Kungsgården samt inom Hälso- och sjukvårdsenheten genomförs riskbedömningar när en ny brukare flyttat in i en lägenhet. Personalen går då igenom fysisk och psykosocial miljö utifrån en för ändamålet framtagen blankett. När det behövs genomförs ändringar i samarbete med brukaren/närstående med syfte att det ska bli så riskfritt som möjligt.

Fallriskbedömningar, nutritionsbedömningar, trycksårsbedömningar samt munhälsa görs två gånger per år för alla brukare i samband med registrering i Senior Alert samt vid behov. Riskanalyser görs även vid behov på enheterna i samband med förändringar i organisationen.

Under våren 2018 behövde verksamheten göra en resursfördelning av personal från natten till dagen. Innan förändringen av personal genomfördes gjordes en riskanalys tillsammans med skyddsombud, omsorgspersonal och enhetens ledning. Fokus låg på patientsäkerhet och kvalitet.

### **Förebyggande enhet äldre**

Enheten arbetar med riskbedömningar som diskuteras vid enhetens kvalitetsråd. Fokus under 2018 var beteendeproblem vid demens hos enhetens brukare. För brukarens säkerhet genomfördes riskbedömningar vid vandringsbeteende som ett symptom vid demenssjukdom. Som åtgärd skrev arbetsgruppen om rutinen för hur de kan förebygga att en person med demens går vilse. Även rutinen för hur enheten ska förhålla sig om detta händer reviderades. Personalen har exempelvis foto på alla deltagare ifall det uppstår en situationen att utomstående behöver söka en deltagare med demenssjukdom.

Ett exempel ur verksamheten under 2018 var när en deltagare på dagverksamheten visade upp ett aggressivt beteende. Då genomförde personalen en riskbedömning och utarbetade nya rutiner samt tog fram en bemötandeplan.

### **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Riskbedömningar och handlingsplaner har genomförts löpande i verksamheten och reviderats vid förändrade förhållanden, till exempel i samband med att nya beställningar verkställt. I boendeverksamheterna har även skyddsronder genomförts. De upprättade riskbedömningarna har haft varierande innehåll och har till exempel berört fysiska



risker för brukare och/eller personal, bemanning och psykosocial miljö. Till samtliga risker har en handlingsplan kopplats och de har följts upp löpande i samband med arbetsplatsträffar och kvalitetsråd.

Riskbedömningar utifrån arbetsmiljö i den enskildes hem (personlig assistans) har genomförts och följts upp regelbundet.

## 4 Egenkontroll

### **Barn- och ungdomsenhet**

En aktgranskning utav enhetens ärenden och social dokumentation har gjorts under 2018. Aktgranskningen genomfördes av avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd. Resultatet av granskningen visar överlag att handläggningen fungerar väl och rättssäkert där bland annat lagstadgad tid för förhandsbedömning hålls och akut skyddsbedömning görs, det går att följa handläggningen genom aktanteckningar och uppföljning sker inför beslutens utgång. Förbättringsområden som framkom var bland annat formalia kring akuta skyddsbedömningar, rutiner kring utredningsplan och rutiner kring kommunikering.

Enheten har under 2018 arbetat med resultat från den egenkontroll som gjordes hösten 2017. Detta arbete har genomförs enligt den handlingsplan som gällt för 2018, genom utbildningar, metodträffar, planeringsdagar och vid ärendedragningar. 2018 års egenkontroll genomfördes under november, då medarbetarna granskade ett antal av andra handläggares ärenden som handlagts under året, en så kallad kollegial granskning. En analys av egenkontrollen samt handlingsplanen upprättades i början av 2019 där medarbetarna var delaktiga.

### **Vuxenenhet**

Under 2018 genomfördes egenkontroll/aktgranskning för arbetsgrupperna som arbetar med ekonomiskt bistånd, nyanlända samt missbruk/våld i nära relation/bostäder. Granskningarna visade på fleratlet förbättringsområden rörande bland annat utredning, uppföljning, samverkan, insatser, barnperspektiv och uppdrag.

Vuxenenheten har arbetat vidare med resultatet från egenkontrollen och aktgranskningen genom att tillsammans gå i genom resultatet både på APT men också i de olika arbetsgrupperna. Det har utmynnat i att vuxenenheten infört metodmöten där arbetet fortsätter för att kompetensutveckla kring de förbättringsområden som framkommit vid egenkontrollerna samt aktgranskningen. Det finns en handlingsplan som ligger till grund för de metodmöten som ska genomföras.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Egenkontroll utifrån internkontrollplan har genomförts två gånger under år 2018. Resultatet av 2017 års egenkontroll och de åtgärder som framkom där, återfinns i enhetens gemensamma handlingsplan som regelbundet följs upp. Aktgranskningen under våren 2018 genomfördes av avdelningen för kvalitet -och verksamhetsstöd. Granskningen byggde vidare på de frågor som var med på enhetens egenkontroll som genomfördes i november 2017.

Inom LSS granskades 5 stycken ärenden och inom SoL äldreomsorg och hemtjänst granskades 20 stycken ärenden. Aktgranskningen visade bland annat på att det som fungerade bra var att utredningar inleds skyndsamt och fastställs inom rätt tid. Det framgår vilka handlingar som har använts i utredning och det finns beslut med hänvisning till rätt lagrum. Bedömningsinstrument har använts och det finns en beställning till utföraren. Förbättringsområden rör bland annat samtycke, kommunikering, tidsbegränsning av beslut, SIP, uppföljning av beslut och insats samt att kunna följa ärendets gång i den löpande dokumentationen.

Under november 2018 genomfördes precis som inom de andra myndighetsenheterna, en

kollegial aktgranskning på enheten. Samtliga biståndshandläggare granskar tre utredningar var inom områdena hemtjänst, äldreomsorg, LSS och SoL under 65 år. Totalt granskades 40 ärenden och de förbättringsområden som tagits fram gäller bland annat samtycke, kommunikering, barnperspektiv, samlade bedömningar, genomförandeplaner och när insatser ska följas upp.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Egenkontroll genomförs utav kvalitet- och verksamhetsstöd på andra enheter inom socialkontoret. Till exempel görs kontroll av utredning och handläggningstider vid Lex Sarah samt på klagomål -och synpunktshanteringen. Avdelningen har även genomfört loggkontroll i verksamhetssystemet Procapita, både inom individ- och familjeomsorgen samt inom vård- och omsorg, utan anmärkning. Vidare så genomför kvalitet- och verksamhetsstöd en aktgranskning utav myndighetsenheternas ärenden årligen.

Avdelningen genomför dock ingen egenkontroll på sin egna verksamhet, vilket är ett förbättringsområde under 2019.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Enheterna Solängen, Härnevimmottagningen och boendestöd har under 2018 genomfört egenkontroller av sin dokumentation. Egenkontrollen görs genom en stickprovsgranskning av varandras ärenden, en så kallad kollegial granskning. Resultaten har återkopplats till enheterna och ansvarig personal har åtgärdat de brister som uppmärksammats.

I LANE- verksamheten har föreståndare löpande genom stickprov granskat dokumentationen och medarbetare har åtgärdat de brister som kommit fram.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Enheten genomförde flertalet egenkontroller under 2018. En egenkontroll var utav beställda och genomförda insatser samt avvikelser och genomfördes en gång per månad. Detta för att undersöka att brukare får sin beviljade hjälp och tid samt för att kvalitetssäkra.

En egenkontroll avsåg livsmedelshantering och genomfördes en gång i veckan då hemtjänsten levererar beställda matlådor till sina brukare. Egenkontrollen görs för att säkra att det är en obruten kylkedja i leveransen av matlådor. En annan egenkontroll avser granskning av verksamhetssystemet Phoniro. Denna granskning sker minst en gång i månaden och görs för att kvalitetssäkra genomförandet av insatser hemma hos brukare.

Vidare har enheten genomfört granskningar av sin sociala dokumentation. Syftet med granskningen är att upprätthålla rättsäkerhet samt en kvalitetskontroll av insatsernas utförande. Enheten tittar bland annat på signaturer för genomförda insatser dagligen samt att avvikelser dokumenteras enligt rutin. Enheten har förbättrat sin dokumentation under 2018 utifrån de brister som framkommit i egenkontrollerna.

### **Norr- och Allégården**

Enheten har identifierat att en utav sin största utmaningar under 2018 var att alla brukare skulle ha en digital genomförandeplan samt att alla medarbetare skulle dokumentera digitalt. Under året infördes Lifecare i hela verksamheten och alla medarbetare har genomgått en utbildning. 100% av brukarna har numera en digital genomförandeplan i Lifecare. Enhetens arbetsledare genomför egenkontroll av den sociala dokumentationen samt av brukarnas genomförandeplaner varje månad.

Verksamheterna har även fyra stycken dokumentationsombud som tillsammans med arbetsledare planerar och stöttar övriga medarbetare samt utför kontroll över genomförandeplanerna.

Vidare genomförde Norrgården och Allégården egenkontroll inom de systematiska brandskyddsarbetet samt inom det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM). Ronder genomförs inom respektive område och riskanalyser och handlingsplaner görs om det framkommer brister som ska åtgärdas. Enheten har även genomfört egenkontroll inom livsmedel under 2018. Egenkontrollen gjordes av enhetsledaren tillsammans med ansvariga för avdelningsköken. Köksmästaren har även gjort okulära egenkontroller under året. Granskningarna visade bland annat på att personalen inte använde förkläden vid mottagningsköken och vid hanteringen av brukarnas mat. Nya förkläden köptes således in och en klar förbättring visades. Ett besök har gjorts från livsmedelsinspektören under året och inga åtgärder behövde vidtas. Under året har egenkontrollen HACCP reviderats.

Enheten har även genomfört egenkontroll av hygien. Bland annat startade året med ett antal fall av Calicivirusinfektion på Norrgården. En handlingsplan med åtgärder att vidta gjordes omgående tillsammans med sjuksköterskor och i samarbete med MAS. Spridningen stoppades genom att man följt handlingsplanen noggrant.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

På Kungsgården och inom Hälso- och sjukvårdsenheten genomfördes under 2018 egenkontroll inom bland annat granskning av SoL- dokumentationen en gång per månad. En granskning utav den basala hygien, kontroll av måltidsmiljön och av nattfastan genomfördes var tredje månad. Livsmedelshygien kontrolleras efter rutin och jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister (exempelvis Palliativa registret och Senior Alert. enl 7 kap patientdatalagen 2008:355) sker en gång om året.

### **Förebyggande enhet äldre**

Inom den förebyggande enheten för äldre genomfördes regelbundna egenkontroller gällande livsmedelshygien, hygien och dokumentation under 2018. Egenkontroll i köket genomfördes dagligen. Egenkontrollen avsåg bland annat momenten att se vilken temperatur maten hade samt att en gång i veckan mäta temperaturen i kylskåpet. Gällande hygienfrågor genomförde alla anställda en enkät för egenkontroll som kommunens MAS rekommenderade.

Dokumentationsstödare inom den förebyggande enheten kontrollerar även var sjätte månad deltagarnas genomförandeplaner och levnadsberättelser.

### **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Samordnare och enhetsledare i verksamheterna har under året granskat sociala journaler och genomförandeplaner för att säkerställa att dokumentation skett på rätt sätt, det vill säga att det som dokumenterats varit tillräckligt, väsentligt och korrekt. Med utgångspunkt i denna granskning har återkoppling skett från samordnare/enhetsledare till personal, för att skapa förutsättningar för ständig utveckling och förbättring av dokumentationen.

Egenkontroll av livsmedelshantering har genomförts regelbundet inom boendeverksamheter där gemensamma måltider tillreds. Kontrollen har gjorts i enlighet med kommunens fastställda riktlinjer för livsmedelshantering inom socialtjänstens

verksamheter. De skriftliga rutinerna behöver fortfarande bli mer kända av personal, vilket är ett förbättringsområde under 2019.

## 5 Klagomål och synpunkter

### **Barn- och ungdomsenhet**

Under 2018 inkom det elva stycken klagomål eller synpunkter till barn- och ungdomsenheten. Klagomålen handlade om missnöje med handläggningen och/eller bemötandet ifrån socialsekreterarna. Enhetschef eller samordnare har vid samtliga klagomål haft kontakt med den person som lämnat klagomålet. Inget av klagomålen har bedömts av den grad att den överlämnats till IVO.

### **Vuxenenhet**

Under 2018 har två stycken klagomål eller synpunkter inkommit till vuxenenheten. Klagomålen/synpunkterna har handlat om att en anonym medborgare tycker att en familj ska få hjälp samt att en individ inte fått träffat socialsekreteraren och önskar hjälp.

Klagomål och synpunkter lämnas av klienter och tas om hand utav enhetschefen. Återkoppling sker i den mån anmälaren inte vill vara anonym. Processen för klagomål och synpunkter följs. Utifrån klagomål diskuteras i förekommande fall både enskilt med berörd handläggare samt tas med i vuxenenhetens utvecklingsarbete.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Biståndsenhetens kvalitetsråd har under 2018 fortsatt att tydliggöra rutiner och blanketter för klagomål och synpunkter för samtliga medarbetare. Processen för synpunkter och klagomål är känd hos alla handläggare. Enheten har en samlad översikt på synpunkter, klagomål, avvikelser och anmälningsskyldighet i form av ett Excel-dokument. Enheten återkopplar alltid till den som klagat.

Åtta synpunkter har inkommit till enheten under 2018. Dessa har bland annat handlat om att det saknas återkoppling från handläggare i ärende, fördröjning av utredning i ärenden samt handläggarnas tillgänglighet.

Biståndsenheten har under en längre period under 2018 varit underbemannade. En utav konsekvenserna med de vakanta tjänsterna har resulterat i längre handläggningstider än vad som är rätt. Även tillgängligheten har upplevts som extra svår då det förekommit fler olika personer på de olika tjänsterna.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Det inkom inget klagomål eller synpunkt på avdelningen kvalitet och verksamhetsstöd under 2018.

Socialkontorets arbete med processen kring klagomål - och synpunkter är fortfarande ett förbättringsområde, ett arbete som avdelningen bör se över under 2019. Möjligheten att lämna sina synpunkter och klagomål behöver förbättras inom kontoret, liksom att rutin och process behöver implementeras och följas upp bättre.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

De klagomål eller synpunkter som inkommer tas upp på varje enskild verksamhets APT eller på annat lämpligt möte samt på kvalitetsråd för enheten. Klagomål diarieförs när det har åtgärdats.

Varje enskilt fall bemöts av respektive arbetsledare och åtgärder som bedöms lämpliga vidtas. Resultatet har medfört att verksamheterna fått en närmare kontakt med brukare och deras anhöriga.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Medarbetarna har fått information och utbildning för hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. Utbildning hålls en gång per år på ett APT. Medarbetarna följer socialkontorets skriftliga rutiner för hantering av avvikelser. Enheten har även en lokal rutin för hantering av klagomål och synpunkter. Så långt det är möjligt ska klagomål och synpunkter åtgärdas omgående och samtliga synpunkter och klagomål vidarebefordras till enhetschefen för vidare hantering och dokumentation. Enhetschefen utreder, åtgärdar, följer upp och återkopplar klagomålet eller synpunkten.

Enheten har haft fem stycken klagomål under 2018.

### **Norr- och Allégården**

Verksamheten uppmuntrar brukarna och närstående att lämna synpunkter eller klagomål. Vid ankomst till enheten får en ny brukare med anhörig alltid ta del av blanketten "synpunkter och klagomål". Blanketten finns även alltid tillgänglig i verksamhetens alla entréer.

Under året har det inkommit två klagomål till enheten. Ett var från kyrkan, vilka klagade på rådande ordning vid andakt. Prästen upplevde att det var allmänt rörigt och ej färdigställt vid ankomst. Efter möte med enhetschef och enhetsledare vidtogs åtgärder och en förbättring upplevdes.

Det andra klagomålet inkom ifrån en anhörig gällande privata medel. Efter att enhetsledaren talat med anhöriga har man kommit överens om en förbättring.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Klagomål och synpunkter hanteras enligt interna rutiner på Kungsgården och inom Hälso- och sjukvårdsenheten. Enheterna tar emot klagomål och besvarar dem så fort som möjligt med återkoppling till berörd person. Alla synpunkter och klagomål registreras i kommunens diarieföringssystem.

Tidigare har det inkommit klagomål på den mat som serverades på vård- och omsorgsboendet. Sedan april 2018 har Kungsgården fått varm mat ifrån Norrgården vilket har lett till minskade klagomål på maten. Boendets kostombud träffas en gång per månad och köksmästaren träffar de boende en gång per månad.

Kungsgården har även fått klagomål gällande tvätt. Enheten har satt in åtgärder som har gett resultat men arbetet behöver bli ännu bättre under 2019.

### **Förebyggande enhet äldre**

Enheten har arbetat aktivt med att uppmuntra alla deltagare att lämna in synpunkter på verksamheten. Detta som ett led i att ständigt förbättras. Förebyggande enheten har satt upp en hylla med enkäter som är lätt tillgänglig för alla äldre. Alla nya deltagare på dagverksamheten får ett välkomstpaket som bland annat innehåller blanketten för klagomål och synpunkter.

### **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Till enheten inkom totalt 60 stycken klagomål och synpunkter under 2018, både muntligt och skriftligt. Av dessa tillhörde sju stycken personlig assistans och resterande grupp- och serviceboheter. Samtliga klagomål och synpunkter har besvarats och återkopplats till den som lämnat dem. Åtgärden har ofta bestått i att verksamheten sett över och justerat rutiner.

I jämförelse med 2017 är det en markant ökning av klagomål och synpunkter. En anledning till ökningen är att enhetsledare och samordnare under året har arbetet aktivt med att aktualisera och tydliggöra processen och dess betydelse. Systematiskt förbättringsarbete har även lyfts månatligt i kvalitetsrådet samt varannan vecka på APT enligt punkt på dagordning.

Under 2019 behöver verksamheten utveckla arbetet ytterligare kring synpunkter och klagomål och det gäller främst att dokumentera inkomna synpunkter och klagomål. Enhetschef, enhetsledare och samordnare kommer att arbeta med processen i samtliga arbetsgrupper för att öka andelen rapporterade synpunkter och klagomål, både från brukare, god man och anhöriga.

Brukardelaktigheten ska öka genom att blanketterna anpassas utifrån brukarnas kommunikativa förmåga. Vidare ska möjligheten att uttrycka synpunkter och klagomål ges genom kontinuerliga individuella avstämningar mellan brukare och stödansvarig. En annat sätt är att delaktighetsmodellen ska införas inom grupp- och servicebostäder.



## 6 Värdegrundsarbetet

### **Barn- och ungdomsenhet**

Barn och ungdomsenheten känner väl till värdighetsgarantierna och har gått igenom dem vid planeringsdagar. Broschyren med värdighetsgarantierna finns på enheten och klienterna kan ta del av den. Broschyren kommer att vara en del av den utredningsmapp enheten ska skapa för att ge klienter i samband med inledd utredning.

Värdighetsgarantierna har blivit en del i metodiken som medarbetarna använder i mötet med klienterna och i möten med varandra.

I vardagen och vid handledning arbetar enheten med förhållningssätt och metodik men benämner det inte för värdegrund.

### **Vuxenenhet**

Vuxenenheten har under 2018 fortsatt att bedriva sitt utvecklingsarbete. Med visionen kring klientens delaktighet samt bemötandefrågor i fokus. I vardagen, på ärendedragningar och på handledning arbetar enheten gemensamt med förhållningssätt och metodik utan att benämna det som värdegrund.

Vuxenenheten påbörjade under våren 2018 ett värdegrundsarbete delvis frikopplat från värdighetsgarantierna då de skulle uppdateras under året. Vuxenenheten har på planeringsdagar, APT och enhetsmöten arbetat fram ett underlag på hur socialsekreterarna ska bemöta och samarbeta både internt och externt. Underlaget har använts vid flera tillfällen och samtal har förts kontinuerligt kring dessa frågor.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Värdighetsgarantierna finns implementerade sedan 2016 i det dagliga arbetet hos handläggarna på biståndsenheten. Vid varje nybesök som handläggarna har med brukare/anhöriga som ansöker om insatser, delar handläggaren ut broschyren med information om värdighetsgarantierna.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd är en stödfunktion till de andra enheterna inom socialkontoret. Avdelningen har under året stöttat de andra enheterna i hur de kan använda sig utav nämndens värdighetsgarantier. Avdelningen har även hållit i en workshop tillsammans med deltagare ifrån samtliga enheter i syfte att revidera värdighetsgarantierna.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Värdighetsgarantierna finns som en gemensam plattform för hela enheten och finns med i analys och bedömningar av ärenden och svåra situationer. Även vid goda resultat finns värdighetsgarantierna med som en mätare för professionalitet.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Värdighetsgarantierna genomsyrar hela verksamheten. Garantierna ingår som en punkt på dagordningen på APT. All personal har haft genomgång av värdighetsgarantierna under 2018 och de ingår i introduktionen till vikarier och nyanställda.

### **Norr- och Allégården**

Enheten har haft två värdegrundshandledare under året. Dessa har haft ett

informationsmöte innan sommaren för feriearbetare och vikarier där man framförallt talade om bemötandesituationer med brukare. Alla nya i verksamheten får en genomgång av värdegarantierna. Verksamheten har haft 30 minuters reflektion varje vecka, där enheten tagit upp situationer med brukare kontra värdighetsgarantierna. Enheten måste dock utbilda fler värdegrundshandledare, då dessa inte riktigt räcker till.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Enheten har varje måndag dragit ett kort med en värdighetsgaranti såsom "veckans ord". "Veckans ord" har sedan hängt på tavlan i personalexpeditionen så att all personal kan läsa den. Personalen har sedan reflekterat och skrivit om veckans ord sin reflektionsbok. På varje APT har enheten haft en punkt om värdighetsgarantier. Värdegrundsledarna stöttar övriga medarbetare i det dagliga arbetet vad gäller värdighetsgarantierna.

### **Förebyggande enhet äldre**

Enheten utsåg ett värdegrundsbud som under 2018 fick möjlighet att prata/leda diskussioner i samband med APT/kvalitetsrådet och planeringsdagar. Alla medarbetare gick igenom de befintliga värdighetsgarantierna och fick lämna in sina synpunkter på dessa som sammanställdes av avdelningschefen på utföraravdelningen.

### **Gruppbostäder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Verksamheterna har arbetat med värdegrund kontinuerligt under året. Dels på enhetsnivå genom att arbetsgrupperna använder och reflekterar över garantierna i det dagliga arbetet med brukarna på personalmöten och dels under två gemensamma planeringsdagar där en workshop hölls om värdighetsgarantierna. I boendeverksamheterna har man även arbetat med att involvera och informera brukare och närstående om vad garantierna innebär på respektive enhet.

## 7 Anmälningsskyldigheter

### **Barn- och ungdomsenhet**

All nyanställd personal får information om Lex Sarah som en del av introduktionen. Hela enheten har fått en fortbildning i Lex Sarah under hösten. Enheten har vid ett tillfälle rapporterat missförhållande enligt gällande rutiner till IVO. Av utredningen kring missförhållandet framgick dock att all handläggning skett på ett korrekt sätt.

### **Vuxenenhet**

Nyanställd personal får information om Lex Sarah som en del i introduktionsplanen. Under 2018 har också utbildning/information om Lex Sarah genomförts vid myndighetsforum där samtliga anställda inom myndighetsenheterna deltar. Planering har också upprättats att dessa utbildningstillfällen ska erbjudas en gång/termin framöver både för nyanställda och för övriga som behöver uppdatera sina kunskaper. Vuxenenheten har inte haft några rapporterade missförhållanden under året.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Rutin kring Lex Sarah är känd hos samtliga medarbetare på enheten. Varje år genomförs en obligatorisk utbildning i Lex Sarah. Till enheten har det inkommit kännedom om två Lex Sarah under år 2018 som berör annan verksamhet i egen regi men som enheten fattar beslut om insats till. Enheten har medverkat till att åtgärder vidtagits för att förhindra ytterligare missförhållanden.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Kvalitetsutvecklare inom avdelningen kvalitet - och verksamhetsstöd utreder inkomna Lex Sarah anmälningar inom socialkontorets verksamheter. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan inom avdelningen är den som i sin tur utreder missförhållande som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, Lex Maria. Under 2018 inkom det 14 stycken Lex Sarah till socialkontoret och avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd för utredning.

Ingen Lex Mara inkom under 2018.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Inga missförhållanden har rapporterats gällande enheten. Om så skulle uppstå finns god kännedom om Lex Sarah och missförhållande som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, Lex Maria, inom enheten.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Enheten följer socialkontorets skriftliga rutiner för rapporteringsskyldighet för personal som fullgör uppgifter enligt socialtjänstlagen eller lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Samtliga medarbetare har fått utbildning/information om rapporteringsskyldighet.

Enhetschefen ansvarar för, att i samband med rekrytering och minst en gång per år, informera alla medarbetare om nämndens fastställda riktlinjer och rutiner för rapportering av missförhållanden i verksamheterna.

Enheten har gjort fyra stycken Lex Sarah anmälningar under året 2018. Enheten arbetar aktivt med att förhindra att dessa händelser ska hända igen genom att förbättra och förnya verksamhetens rutiner och för implementera dessa rutiner i enheten på APT

möten och planeringsdagar.

### **Norr- och Allégården**

Under 2018 har Norrgården haft ett pågående missförhållande som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, Lex Maria, sedan anmälan gjordes 2017. Utredningen avslutades av IVO den 26 februari 2018 då enheten vidtagit de åtgärder som krävts.

Enheten har skickat en förfrågan om bedömning om Lex Sarah till kvalitetsavdelningen under 2018. Ingen utredning startades. Enheten arbetade med att hantera åtgärder och förbättra kvalitet utifrån denna händelse.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Kungsgården har haft fyra Lex Sarah anmälningar under 2018. Två stycken av dessa handlade om hot och våld mellan brukarna på demensavdelningen.

BPSD teamet har varit på enheten och hjälpt till med bemötandepå planen för de två brukarna. Förebyggande enheten har även tagits in som extra resurs och hjälp personalen med handledning utav brukare med demens. HSE hjälpte även till med medicinändring och uppföljningar.

### **Förebyggande enhet äldre**

Kommunens MAS informerade alla medarbetare om anmälningsskyldigheter under 2018. MAS kommer tillbaka till hela personalgruppen för ytterligare ett utbildningstillfälle under 2019.

### **Gruppbofästader Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

På enheten har under 2018 sju stycken missförhållanden rapporterats enligt Lex Sarah. En av dessa avsåg personlig assistans och berör utebliven stödinsats. De återstående sex rapporterna berör gruppbofästader. En rapport berör hot och våld mellan brukare i en verksamhet, fyra rapporter avser brister gällande möjlighet att ge det stöd som brukare har behov av.

Samtliga rapporter resulterade i såväl omedelbara som långsiktiga åtgärder för att förhindra att något liknande kan uppstå igen.

## 8 Avvikelser och förbättringsförslag

### Barn- och ungdomsenhet

Barn- och ungdomsenheten har fortsatt att utveckla det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitetsråd genomförs 1 gång per månad och protokoll förs. Rådet arbetar med att analysera avvikelser, klagomål och synpunkter. Enheten har utvecklat rådet ytterligare och använder gruppens kompetens med att förbättra kvalitetskritiska rutiner och processer. De beslut och förslag som kvalitetsrådet kommer fram till presenteras och diskuteras med övriga medarbetare inom enheten på APT.

Alla medarbetare inom barn och unga arbetar med avvikelserapportering och skriver avvikelser på stort som smått. Detta är ett välfungerande sätt att hela tiden utveckla och förbättra verksamheten. Alla medarbetare förstår syftet med avvikelserapporteringen. Protokoll från APT och kvalitetsråd finns att ta del av i enhetens Teams-kanal. Enheten har olika grupper som arbetar med olika frågor. Exempel på dessa är Procapitagruppen, arbetsgruppen för placerade barns skolgång, Signs of safety operativ grupp samt arbetsmiljörådet.

### Vuxenenhet

Vuxenenheten har återupptagit arbetet med kvalitetsråd sedan våren 2018 och följer de rutiner som finns upprättade kring kvalitetsråd. Återkoppling av kvalitetsrådet sker löpande på APT. Vuxenenhetens ledningsgrupp har arbetat aktivt med att guida och uppmana handläggare att kontinuerligt inkomma med förbättringsförslag eller avvikelserapporter som ett komplement till det utvecklingsarbete som sker löpande. Under året har det inkommit totalt 58 stycken förbättringsförslag som nu är bedömda och åtgärdade eller väntar på åtgärd. En stor del av avvikelserna/förbättringsförslagen har fokuserat på förtydliganden, tillägg eller nya rutiner för vuxenenhetens arbete.

### Kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen fortsätter med sitt arbete med översynen av processen för avvikelser - och förbättringsförslag i kontorets enheter. Det har fortfarande inkommit väldigt få avvikelser till avdelningen under året, vilket borde tyda på att processen för avvikelshantering ute på enheterna inte är lika känd som den varit tidigare år. Avdelningen har påbörjat en upphandling för att köpa in ett nytt verksamhetssystem till avvikelser och förbättringsförslag.

### Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta

Enheten arbetar med avvikelshantering och har tagit fram en lokal struktur för att följa ”var avvikelser finns”. De avvikelser som finns att granska följer struktur och vidtagna åtgärder finns på kvalitetsrådsprotokollen. Enheten har arbetat med att öka avvikelserna och har dem på sitt skrivbord framför sig för påminnas om arbetet.

Till enheten har det inkommit 10 avvikelser under 2018. Samtliga har besvarats till den som lämnat avvikelserna och lagts till enhetens förbättringsåtgärder. Exempel på avvikelser som inkommit är bristande information och återkoppling till utförare samt att skriftliga rutiner saknas. Det har även inkommit avvikelser kring dokumentation i verksamhetssystemen, vilket även framgår i den aktgranskning som gjorts under året.

Enheten efterlyser återkoppling på vidtagna åtgärder på avvikelser som skickats till andra enheter, av 24 stycken avvikelser är elva stycken ej besvarade. Biståndsenheten kommer att se över denna rutin under år 2019.

## **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Avvikelse och förbättringsförslag som rapporterats inom stöd- och behandlingsenheten, Lane eller socialpsykiatrin under 2018 har diskuterats på olika nivåer inom enheten i syfte att beslutsfattare skall få adekvat information för att kunna besluta om relevanta åtgärder. Hot och våldssituationer inom medarbetarnas arbetsmiljö har på detta sätt kommit att få tydligare åtgärder samt konsekvenser vilket har lett till en ökad trygghet för medarbetarna.

## **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Medarbetarna har fått information och utbildning för hantering av avvikelser. Enheten följer socialkontorets skriftliga rutiner för hantering av avvikelser. Enheterna inom äldreomsorgen har kvalitets-/omvårdnadsmöten var fjärde vecka. Syftet är att löpande följa upp enhetens kvalitet enligt underlag för uppföljning som följer enhetens verksamhetsplan. På kvalitetsmötet diskuteras/analyseras samtliga rapporter i verksamheten. På kvalitet-/omvårdnadsmötet deltar enhetsledare och personal, på servicehusmötena deltar även sjuksköterska och vid behov sjukgymnast/ arbetsterapeut.

Enheten har på APT avvikelser på dagordningen. Syfte är att fortlöpande diskutera/analysera enhetens kvalitet och rapportera förbättringsåtgärder i verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare är delaktiga i enhetens kvalitetsarbete med uppföljning av avvikelser, justering och upprättande av aktuella rutiner och arbetssätt samt att uppföljningar sker enligt gällande rutiner. Genom att upptäcka fel och brister kan nya rutiner och arbetssätt förhindra att dessa uppstår igen. Till exempel så har avvikelser om fysiska arbetsmiljön åtgärdats genom att enheten tagit kontakt med rehabpersonalen om behovet av hjälpmedel. Avvikelse av nycklar som varit försvunna har lett till att hemtjänsten införskaffat digitala nyckelskåp för att kunna förvara nycklar på ett säkert sätt.

## **Norr- och Allégården**

Under 2018 har Norrgården haft 10 stycken avvikelser och förbättringsförslag och Allégården har haft 11 stycken avvikelser och förbättringsförslag. Dessa har tagits upp på kvalitetsråd varje månad, där representanter från enhetens samtliga avdelningar, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster tillsammans diskuterat och fastställt åtgärder. Enheternas avvikelser och förbättringsförslag har bidragit till utveckling av enhetens rutiner och främjat medarbetarnas delaktighet.

## **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Kungsgården och hälso- och sjukvårdsenheten har kvalitetsmöten en gång i månaden där de går igenom avvikelser, klagomål och synpunkter som uppkommit i verksamheten. På mötet medverkar alltid någon från rehab, sjuksköterskor och kvalitetsombuden från respektive plan på boendet. Protokollet från kvalitetsmötet tas upp på APT varje månad för att ge personalen möjlighet att ta del utav verksamhetens kvalitetsarbete.

Antal avvikelser som inkom under 2018 var 140 stycken rörande fall samt 56 stycken rörande läkemedel. Det inkom även 6 stycken övriga avvikelser. Sjuksköterska ska initiera att hela teamet samlas och göra ett bemötande plan i tidigt skede vid utagerande beteende hos brukare med demens diagnos.

## **Förebyggande enhet äldre**

2018 inkom och bearbetades 10 avvikelser inom den förebyggande enheten. Alla

avvikelse tas upp i kvalitetsrådet som en lärande funktion. Nästan alla avvikelser berörde transporten till och från verksamheten. Avvikelse ledde till att enheten skaffade ny struktur för planering av körningar samt reviderade sitt samarbete med transport- och servicegruppen. Transportgruppen har varje vecka ett möte med dagverksamhetens personal för att garantera ett bra samarbete. Övriga avvikelser berörde samarbete med hemtjänsten vilket har lett till att det numera sker samverkansmöten mellan hemtjänst, dagverksamheten och transport. Samverkansgruppen har till uppgift att se över befintliga rutiner samt att utveckla nya rutiner när behov uppstår.

### **Gruppbestäder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Under 2018 inkom det 27 stycken avvikelser och förbättringsförslag inom grupp- och servicebestäder. Det är en stor ökning från 2017 då endast 4 stycken avvikelser och förbättringsförslag rapporterades skriftligt. De flesta av de inkomna avvikelserna och förbättringsförslagen gäller mindre brister i rutiner som har kunnat åtgärdas genom uppdatering och förtydligande av genomförandeplan och/eller verksamhetens rutiner.

Inkomna avvikelser och förbättringsförslag har under 2018 tagits upp under respektive verksamhets arbetsplatsträffar och på enhetens kvalitetsråd, där enhetschef och samordnare/enhetsledare deltagit. Avvikelse eller förbättringsförslag som berört flera delar av verksamheten har diskuterats och bidragit till utökad samverkan och/eller nya rutiner.

Anledningen till ökad rapportering beror på att enhetsledarna arbetat aktivt under året med att implementera processen, vilket har givit effekt. Vikten av det systematiska förbättringsarbetet har även lyfts under kvalitetsråden som sker månatligt. Trots en ökning är bedömningen att fler avvikelser och förbättringsförslag bör rapporteras med tanke på det stora verksamhetsområdet. En anledning till att det inte sker kan vara att medarbetarna ofta framför sina förbättringsförslag på APT och gruppmöten varannan vecka. Samt att de åtgärdar avvikelser när de uppstår eller att de direkt vänder sig till enhetsledaren som har sitt kontor i verksamheten, istället för att fylla i en blankett. Vid mer allvarliga avvikelser kontaktas samordnare eller enhetsledare på telefon.

Risken med att avvikelser och förbättringsförslag inte hanteras enligt processen, är att de faller bort och att ingen åtgärd genomförs samt att informationen inte når enhetsledare och hela personalgruppen. Det är även svårt för enhetsledare/enhetschef att få en övergripande bild för att kunna göra en analys. Det kan handla om generella brister i verksamheten som inte kommer fram och därav inte blir åtgärdade. Det systematiska förbättringsarbetet är fortsatt ett utvecklingsarbete under 2019.

## 9 Brukarundersökningar och öppna jämförelser

### Barn- och ungdomsenhet

En brukarundersökning har genomförts inom barn- och ungdomsenheten under 2018 i samarbete med Sveriges kommuner och landsting, SKL. Resultatet visar att en hög andel av vårdnadshavarna (87%) anser att det är lätt att förstå information som socialsekreterare ger och att lika många anser att socialsekreteraren visar stor förståelse för den enskildes situation. En relativt hög andel är nöjd med stödet från enheten (78%). Förbättringsområden är att en högre andel ska känna att de själva kan påverka vilken typ av stöd de får (48%) och att en högre andel ska uppleva sin situation som bättre sedan de fick kontakt med socialtjänsten (45%).

Resultaten är liknande gällande barnens svar på brukarundersökningen. Skillnaderna är huvudsakligen att barnen är något mindre nöjda med stödet från socialtjänsten (65%) och siffran avseende om barnets situation förbättrats sedan kontakten med socialtjänsten är avsevärt lägre än för vårdnadshavarna (29%).

Enheten har utöver brukarundersökningen deltagit i Jönköping FoU:s utvärdering av implementeringen av Signs of Safety, där även brukarintervjuer gjorts. Resultatet visar att drygt 85 procent av de tillfrågade vårdnadshavarna som deltagit i undersökningen anser att de blivit väl lyssnade på. Drygt 90 procent upplever att socialsekreteraren varit öppen och ärlig och samtliga i undersökningen tyckte sig blivit behandlade med respekt. Cirka 70 procent anser att barnet fått komma till tals i kontakten med socialsekreteraren och knappt 60 procent tycker att socialsekreteraren har försäkrat sig om att barnet förstått vad som bestämts under utredningen. Gällande i vilken omfattning arbetsverktygen inom Signs of safety använts är det ungefär 60 procent av de tillfrågade vårdnadshavarna som känner igen att verktygen använts.

### Vuxenenhet

En brukarundersökning har genomförts inom vuxenenheten under 2018 i samarbete med Sveriges kommuner och landsting, SKL. Redan under våren 2018 påbörjade vuxenenheten en planering kring hur antalet deltagare i brukarundersökningen skulle öka 2018 jämfört med 2017. Arbetet intensifierats senare med att varje arbetsgrupp inom vuxenenheten upprättade en handlingsplan för hur samtliga klienter skulle erbjudas möjlighet att genomföra brukarundersökningen. Möjlighet att delta i brukarundersökningen erbjöds vid personliga möten samt att brevvetskick gjordes till samtliga klienter. Vuxenenhetens fokusområden utifrån brukarundersökningen 2017 var att öka brukarmedverkan och känslan av delaktighet. Utöver MI-utbildningar har vuxenenheten gjort en översyn av enhetens mötesstruktur för att frigöra tid till att samtala/träffa klienter ännu oftare än tidigare vilket i förlängningen förhoppningsvis skapar fler positiva förändringsprocesser samt skapar en känsla av delaktighet.

Andelen deltagare ökade i brukarundersökningen 2018. Ekonomiskt bistånd ökade från 78 stycken deltagare till 86 stycken. Missbruksgruppen ökade från 9 stycken till 10 stycken. Resultatet av brukarundersökningen 2018 avseende ekonomiskt bistånd visar att resultatet på samtliga frågor utom en har förbättrats. Vad det gäller resultatet för missbruksgruppen har resultatet förbättrats på samtliga frågor. Ytterligare insatser för att öka resultatet ytterligare kommer att arbetas fram på planeringsdag som vuxenenheten har i mars månad 2019.

Resultatet från öppna jämförelser 2018 avseende ekonomiskt bistånd visade att det finns



förbättringsområden kring bland annat aktuell och övergripande överenskommelse med hyresvärdar/bostadsföretag, screeningformulär av alkohol/narkotika, aktuell rutin för att förhindra avhysning av barnfamiljer, uppsökande verksamhet för de som riskerar att förlora sitt boende, kontinuerlig information om nya rättsfall, aktuell rutin och information om SIP samt systematisk uppföljning.

Resultatet från öppna jämförelser 2018 avseende våld i nära relationer visade att det finns förbättringsområden kring aktuell överenskommelse om samverkan med primärvård/vuxenpsykiatri/akutmottagningar/ungdomsmottagningar, samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, högskoleutbildning senaste året i ämnet, biståndsbedömda stödsamtal till våldsutövare, aktuell rutin för att säkra skolgång för barn i skyddat boende, screeningformulär av alkohol/narkotika samt systematisk uppföljning. Resultatet från öppna jämförelser 2018 avseende missbruk visade att det fanns förbättringsområden kring case manager, Bostad först, systematisk uppföljning, aktuell rutin för att erbjuda deltagande av stödperson samt aktuell rutin och information om SIP.

Resultatet från öppna jämförelser 2018 avseende hemlöshet visade att det fanns förbättringsområden kring uppsökande verksamhet både för hemlösa och de som riskerar att förlora sin bostad, aktuell övergripande plan mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, aktuell överenskommelse med hyresvärdar/bostadsbolag i individärenden och övergripande, Bostad först, screeningformulär av alkohol/narkotika, aktuell rutin för att förhindra att barnfamiljer vräks samt information om SIP.

Utifrån resultatet har ett arbete påbörjats inom vuxenheten och inom socialkontoret. Vissa av de förbättringsområden som framgår är idag inte aktuella att implementera exempelvis Bostad Först. Andra exempel som att erbjuda stödsamtal till våldsutövare efter biståndsbeslut är ett förbättringsområden men stödsamtal till våldsutövare erbjuds redan men är ej biståndsbedömt. Flera förbättringsområden återkommer inom flera av verksamhetsområdena. Vad det gäller förbättringar kring att informera om möjligheten att ta med stödperson och information om SIP har vuxenheten sett över sina rutiner för nybesök så att denna information alltid ska ges. Ett utvecklingsarbete har påbörjats kring de frågor som rör bostad. Vidare arbete kommer att göras under 2019.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Biståndsenhetens brukare ingår ej i den nationella brukarundersökning som genomförs utav SKL varje år, då denna endast avser kommunens myndighetsutövning inom socialtjänsten. De brukare inom biståndsenheten som har insatser inom socialpsykiatri fick dock en möjlighet att delta i den brukarmedverkan som socialkontoret anordnar. Fem stycken brukare deltog på det möte som kvalitet- och verksamhetsstöd anordnade den 20 november 2018. Brukarmedverkan bygger på ett samtal och resultatet av mötet visar bland annat på att deltagarna upplever att det har varit många byten utav biståndshandläggare under en kort period. En har haft ungefär fyra olika handläggare under ett års tid. Många byten gör det svårt att få till en bra kontinuitet och att varje ny handläggare behöver sätta sig in i deras situation varje gång. Deltagarna upplever även att biståndshandläggarnas beslut kan vara svåra att förstå. Att man inte riktigt vet vad beslutet betyder eller avser. Förslag ges på att förenkla samt förtydliga besluten.

Vissa på mötet upplever att det tog väldigt lång tid innan de fick de insatser som de har rätt till medan andra inte alls har denna upplevelse. Anhöriga upplever även att de har fått kämpa för att deras släktingar ska få rätt hjälp. Finns en åsikt på mötet om att det

borde vara mer samverkan mellan vården, sjukhusen samt socialtjänsten. En ökad samverkan kan leda till att fler med psykisk ohälsa kan få rätt vård.

Resultatet i Öppna jämförelser 2018 inom området äldreomsorg och hemsjukvård visar bland annat på att kommunen har en intern samordning i enskilda ärenden mellan äldreomsorgen och missbruk, socialpsykiatri och LSS-vuxen, IBIC (individens behov i centrum) används vid alla utredningar samt uppföljningar inom äldreomsorgen i Upplands-Bro kommun, både i ordinärt boende samt på särskilt boende, det finns en aktuell rutin i kommunen som anger hur handläggarna ska agera om de får en indikation på att en brukare utsätts för våld i nära relation samt att systematisk uppföljning är ett utvecklingsområde inom samtliga öppna jämförelser i Upplands-Bro kommun.

Resultatet för Öppna jämförelser 2018 för stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning- socialpsykiatri visar bland annat på att kommunen saknar de uppsökande verksamheter som Socialstyrelsen efterfrågar. Det rör sig om uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, för akut hemlösa samt för dem som riskerar att förlora sitt boende.

Området stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning har all den interna och externa samordningen och samverkan som Socialstyrelsen efterfrågar, IBIC används både vid alla utredningar samt alla uppföljningar inom psykisk funktionsnedsättning samt att det finns ingen deltagare inom daglig verksamhet inom Upplands-Bro kommun som har fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden eller fått ett skyddat arbete under det senaste året.

Slutligen visar resultatet inom Öppna jämförelser för stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS bland annat enheten har all den interna och externa samordningen och samverkan som Socialstyrelsen efterfrågar förutom en överenskommelse med Vuxenhabiliteringen, handläggarna använder IBIC (individens behov i centrum) inom alla utredningar och alla uppföljningar i ärenden inom LSS-vuxen samt att socialkontoret har genomfört en brukarundersökning för målgruppen.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen är ansvarig för flertalet av de undersökningar som genomförs inom socialkontoret. Öppna jämförelser är Socialstyrelsens årliga undersökning utav av socialtjänstens verksamhetsområden. Avdelningen har här huvudansvaret för ett samla och rapportera in uppgifterna men även för analyser av resultatet samt redovisningen för Socialnämnden.

Avdelningen har även genomfört brukarundersökningar inom myndighetsavdelningen IFO och funktionshinderområdet tillsammans med SKL. Under 2017 drog Socialnämnden i gång gruppintervjuer för nämndens olika målgrupper, ett arbete som fortsatt under 2018. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd genomför dessa gruppintervjuer i ett led att öka delaktigheten för nämndens målgrupper.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Brukarna inom socialpsykiatrin hade möjlighet att delta i den brukarmedverkan som socialkontoret anordnar. Fem stycken brukare deltog på det möte som kvalitet- och verksamhetsstöd anordnade den 20 november 2018. Brukarmedverkan bygger på ett samtal och resultatet av mötet visar bland annat på att brukarna var mycket nöjda med sina insatser inom boendestöd. Brukarna inom socialpsykiatrin deltog även på i den nationella brukarundersökningen inom funktionshinderområdet som kommunen genomförde tillsammans med SKL under hösten 2018. 18 stycken brukare deltog.

Enheten har även genomfört en egen brukarundersökning inom familjebehandling samt inom ungdomsmottagningen. Undersökningarna har visat på att de allra flesta är mycket nöjda med den stöd/ behandling som erbjuds. Verksamheterna analyserade fåtal de mindre positiva svar som kommit nu under 2019 för att ha som grund i sitt förbättrings- och utvecklingsarbete.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Samtliga brukare ska känna delaktighet, inflytande samt känna sig nöjda med planering, genomförande och uppföljning avseende beviljade insatser från äldreomsorgen.

I Socialstyrelsens brukarundersökning år 2018 bland personer som hade hemtjänst i kommunen får enheten ett bättre resultat avseende nöjdhet, delaktighet och bemötande i jämförelse med året 2017. Enheten har haft som mål att förbättra kundnöjdheten under året.

För att garantera att enheten uppnår målet ska enhetens medarbetare alltid följa enhetens värdegrund avseende gott bemötande och det är kontaktpersonen i samråd med brukaren som upprättar genomförandeplanen. I genomförandeplanen anges hur, när och på vilket sätt brukarens beviljade insatser ska genomföras. På arbetskortet framgår beviljad tid för respektive brukare samt dennes kontaktperson. Varje arbetskort har också löpare som går in när kontaktpersonen är ledig.

Enheten har under året arbetat med att förbättra kontinuiteten för att brukare ska kunna känna sig trygga, något som resultatet under 2017 visade som ett förbättringsområde.

### **Norr- och Allégården**

I Socialstyrelsens brukarundersökning för individer som har insatser inom särskilda boenden för äldre var svarsfrekvensen 40-60% på Norrgården. Allégården hade för få deltagare för att få ett eget resultat. För att öka antalet deltagare under 2019 informerar boendena brukare, anhöriga och god man muntligt, skriftligt, på brukarråd och anhörigträffar.

Förbättringsområden 2019 utifrån 2018 års resultat är bland annat vart boende och anhöriga ska vända sig för att lämna klagomål och synpunkter, hur lätt det är att träffa en läkare vid behov samt att personal berättar om tillfälliga förändringar.

De boende är dock mer nöjda med sin mat än under 2017, 53% 2017 till 59% 2018. Verksamheten har arbetat mycket med att göra måltiden till en trevlig stund på dagen, för att även öka andelen som tycker att maten smakar bra.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Kungsgården har inrättat ett brukarråd som ses en gång i månaden. På rådet framkommer det att brukarna är nöjda med sitt boende på Kungsgården. De frågor som oftast kommer upp för diskussion är en del maträtter som inte är så populära, till exempel de köttfärsrätter som serveras. Utifrån detta så träffar köksmästaren brukarna en gång i månad och pratar om vilka maträtter som ska serveras.

Enheten fick ett sämre resultat på Socialstyrelsens brukarundersökning 2018 jämfört med tidigare år. En handlingsplan togs fram tillsammans med boendets omsorgspersonal. Många åtgärder i handlingsplanen är redan genomförda.

Utöver Socialstyrelsens brukarundersökning genomförde Kungsgården en egen undersökning precis innan jul. Graderna av nöjdhet var mycket högre på denna undersökning än i den nationella som genomfördes under våren 2018.

## **Förebyggande enhet äldre**

Den förebyggande enheten för äldre ingår inte i någon utav de nationella brukarundersökningarna som genomförs eller i Öppna jämförelser. För att kvalitetssäkra sitt arbete genomför enheten egna undersökningar årligen. Till exempel så ringer volontärsamordnaren alla volontärer och uppdragsgivare under våren för att följa upp volontärernas insatser. Anhörigkonsulenterna genomförde intervjuer med personer med demenssjukdom på dagverksamheten om deras nöjdhet och varje december genomförs en enkätundersökning i alla aktivitetsgrupper. Pensionärerna bedömde grupperna som mycket bra och berömde framförallt personalens engagemang och kunskap. Även språkcaféet utvärderades utav de 121 eleverna som går på SFI i kommunen.

## **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

En brukarundersökning genomfördes under 2018 inom området grupp- och serviceboheter samt personlig assistans tillsammans med Sveriges kommuner och Landsting. Inom ledsagar- och avlösarservice har brukarnas nöjdhet följts upp genom regelbundna samtal där samordnare förhör sig om hur uppdraget fortskrider och om det är något brukaren önskat ändra på, såsom byte av ledsagare/avlösare. Vid varje uppföljning av genomförandeplanen har vi också möjlighet att ta reda på om brukaren är nöjd eller om det är något vi kan göra annorlunda.

Enkäten bestod liksom föregående år av sju frågor inom kvalitetsområdena självbestämmande, trygghet och bemötande. Sammanfattningsvis ger undersökningarna en bild av hög brukarnöjdhet inom samtliga områden när det gäller båda verksamhetsområdena. Verksamheterna har att arbeta vidare med att alla brukare ska känna sig trygga och trivas i sitt boende och med sina assistenter, samt att alla brukare ska uppleva att personalen pratar med dem så att de förstår. Vilket främst kommer att ske genom fortsatt individuellt anpassat stöd, tydliggörande pedagogik, AKK samt anpassad bemanning och struktur i verksamheten.

Fortsatt samverkan med myndighet kommer även att ske för att kunna anpassa insatsen genom till exempel rockader inom grupp- och serviceboheter för att bättre kunna tillgodose individuella behov och önskemål. Inom personlig assistans ska alla brukare som önskar vara delaktig vid rekrytering av sin assistenter, få möjlighet till detta. Alla brukare ska även veta vem de ska vänta sig till om de är missnöjda med stödet.

## 10 Medarbetarundersökning

Medarbetarundersökningen för år 2018 genomfördes under januari 2019. Resultatet är ännu inte publicerat. Vissa enheter har dock under 2018 genomfört en undersökning av medarbetarnas psykosociala arbetsmiljö. Resultat har analyserats och handlingsplaner utvecklats på enhetsnivå.

# 11 Kompetensutveckling

## **Barn- och ungdomsenhet**

Barn och ungdomsenheten har under 2018 fortsatt sin kompetenssatsning inom området Signs of safety. Flera medarbetare har gått en fem-dagars fördjupningsutbildning och hela enheten har deltagit i regelbunden handledning utifrån arbetssättet. Nyanställda utan tidigare erfarenhet har gått nordvästkommunernas basutbildning. Båda samordnarna har gått ledarskapsutbildning. Dessutom har några medarbetare gått utbildning i motiverande samtal (MI) och hela enheten, men särskilt enhetschef och samordnare, har fått utbildning i feedback.

## **Vuxenenhet**

Vuxenenheten har haft en satsning på kompetensutveckling av medarbetare sedan 2017. Under 2018 har samtliga medarbetare deltagit i utbildning kring nya förvaltningslagen samt deltagit i en MI-utbildning. Utöver detta har medarbetare på vuxenenheten genomgått kompetensutveckling genom deltagande i olika kurser/utbildningar så som FREDA-kortfrågor, FREDA-handledarutbildning, utbildning i Feedback, Signs of safety, Patriark, Sara, ASI och många andra kurser/utbildningar genom exempelvis Länsstyrelsen, Migrationsverket och Skatteverket.

Under 2018 påbörjades även en planering för utbildningen Psyk E-bas som är en webbutbildning i grundläggande psykiatri för personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Utbildningen påbörjades under januari 2019.

Vuxenenheten har under 2018 haft kontinuerlig handledning. Samordnare och enhetschef har haft ledarhandledning medan medarbetare har genomgått aspirantprogrammet samt medarbetarakademin.

## **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

I samband med medarbetarsamtal tar enhetschefen upp med varje anställd om deras individuella behov och önskemål av utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser samt behovet av handledning för att förbättra verksamheten. Enheten använder sig ofta av webbaserade utbildningar som erbjuds via Kunskapsguiden och Socialstyrelsen. Ett exempel på utbildningar som medarbetare har deltagit i under året är bland annat Demens ABC, ÄBIC/IBIC, Lex Sarah, GDPR, SIP, MI, feedback utbildning och våld i nära relationer.

Utöver specifika utbildningar så har enheten ärendedragningar en gång per vecka samt grupphandledning löpande under året.

Under 2018 påbörjades även planering för utbildningen Psyk E-bas som är en webbutbildning i grundläggande psykiatri för personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Utbildningen påbörjades under januari 2019.

## **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen har flera unika yrkesroller. Kompetensutveckling har erbjudits samtliga medarbetare såsom utbildning i IT-system, webb, projektledning, juridik inom hälso- och sjukvårdsområdet och GDPR med mera. Avdelningen har satsat under året på att öka sin kompetens inom utvecklingsarbete och implementering samt inom upphandling.

## **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Samtliga medarbetare inom alla verksamheter inom enheten har en grundutbildning. Under 2018 har samtliga medarbetare genomgått någon form av kompetensutveckling riktad mot respektive verksamhet.

Familjebehandlarna gick Connect utbildning vilket är ett föräldrastödsprogram som riktar sig till föräldrar med barn 7-12 år. Kurator på Ungdomsmottagningen och familjebehandlare på Bryggan har i sin tur genomgått utbildning i MBT Mentaliseringsbaserad terapi.

Missbruksbehandlarna har gått en grundutbildning i KBT Kognitiv beteendeterapi samt utbildning i behandling mot spelmissbruk under 2018. Boendestödjarna har gått utbildning i hur man kan arbeta med samlare.

## **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

I hemtjänsten arbetar en enhetschef, fyra enhetsledare tillsvidareanställd personal varav 60 procent av dessa är undersköterskor. Därutöver har enheten haft sex stycken anhöriganställda.

Enhetschefen upprättar och följer upp enhetens utbildnings- och kompetensutvecklingsplan en gång per år. I samband med medarbetarsamtal tar enhetsledarna upp med varje anställd om deras individuella behov och önskemål av utbildnings- och kompetensutveckling samt behovet av handledning för att förbättra verksamheten.

## **Norr- och Allégården**

På Norrgården och Allégården har nästan hela personalstyrkan gått på en handledarutbildning eftersom verksamheterna tar emot en del elever från skolan. Utöver handledarutbildning har även personal gått utbildningar i livsmedelshygien, att bli en demensvän samt en i att vara kostombud. Alla medarbetare har även fått gå utbildning i palliativ vård. Denna utbildning hölls av sjuksköterskorna i tre olika delar och var önskad av medarbetare på enheten. Enheten fortsatte att utbilda medarbetare i förflyttningsteknik och i IT-stödet Lifecare, vilket har lett till att alla numera dokumenterar digitalt.

## **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Enheten tar upp vilka behov det finns av utbildning på sina APT gör en omvärldsbevakning på vilka utbildningar som finns för att täcka behoven.

Under 2018 har merparten utav medarbetarna på Kungsgården gått utbildningar i förflyttningsteknik och "Balansera mera" som Hälso- och sjukvårdsenheten tillhandahåller. Medarbetarna har även deltagit i webbaserade utbildningar avseende hygien, Demens ABC och Demens ABC + löpande under året. Det har även genomförts en palliativutbildning.

Sjuksköterskorna var bland annat på utbildningar för "inkontinens förskrivning", Sbar/news, sårutbildning, KVÅ, lindra smärta i palliativvård och demens under 2018. Rehabpersonalen var i sin tur på utbildningar så som förskrivning av hjälpmedel, Ett fall för tesmet, FUNCA, nollvision, KVÅ och ergonomi.

## **Förebyggande enhet äldre**

För en hög kvalitet i verksamheten satsar förebyggande enheten på kunskap och

vidareutveckling.

Medarbetarna har deltagit på webbutbildningar om att förebygga fallolyckor och om våld i nära relationer under 2018. De har även deltagit i en utbildning om dataskydd samt GDPR samt en om livsmedelshygien.

Under 2018 deltog en medarbetare vid årets äldreomsorgsdag, enhetens teknikansvariga har deltagit i en konferens om digitalisering och teknik och en Silviasyster deltog i en nätverksträff som anordnades av FoU nu gällande kulturfrågor i vården.

Förebyggande enheten har även själv erbjudit utbildningar om demens till omsorgspersonalen i kommunen samt till anhöriga och drivit kampanjen demensvän. Enhetschefen föreläste även vid olika tillfällen som exempelvis på Riksdagen och anhörigräkningen om kommunens demensarbete.

### **Gruppbestäder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Under 2018 fortsatte satsningen på poängkurser i specialpedagogik, grund- och fortsättningsutbildning inom enheten.

Utöver detta har verksamheten även satsat på utbildningar och föreläsningar i diagnoskunskap, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik, psykisk ohälsa, MI och AKK.

Tre enhetsledare har genomfört en högskolekurs i NPF på 7,5 hp.



## 12 Samverkan

### Barn- och ungdomsenhet

Inom barn och ungdomsenheten sker samverkan på många olika nivåer och med flera aktörer. □

- Resurssamråd bestående av enhetschefer/samordnare från BUP, Habiliteringen, Utbildningskontoret, enheten för stöd -och behandling, biståndsenheten samt barn -och ungdomsenheten träffas en gång per termin, fler gånger vid behov, i syfte att samordna insatser för barn i de fall samordnare individuella planer inte kunnat upprättas.
- Förebyggande rådet sammanträder cirka fyra gånger per termin, bestående av bland annat rektorer och enhetschefer från socialkontoret och utbildningskontoret samt representanter från polis och brandförsvaret. Förebyggande rådet har under 2018 till viss del ombildats, men representant från barn- och ungdomsenheten finns kvar.
- Samverkan mellan socialkontoret, kultur- och fritidskontoret och utbildningskontoret bestående av kontorschefer, avdelningschefer och enhetschefer sker två-tre gånger per termin. □
- Socialsekreterare och samordnare har en samverkan med skolkuratorerna en gång per termin. □
- Tvärprofessionell samverkan avseende gravida och nyblivna mödrar sker tillsammans med bland annat BVC och BUP en gång per månad. □
- BBIC-nätverk inom FoU nordvästkommunerna sker två gånger per termin, bestående av BBIC-utbildare. □
- Enhetschefsträffar inom FoU nordvästkommunerna sker två gånger per termin. □
- Informationsträffar och samverkan kring orosanmälningar och socialtjänstens arbete erbjuds till alla anmälningsskyldiga i kommunen varje termin.
- Samverkan om familjehemsvård genom FoU nordvästkommunerna sker varje termin, bestående av familjehemssekreterare. □
- Mottagningsnätverk för de kommuner som delar Barnahus sker en gång per termin, bestående av socialsekreterare i mottagningsfunktion. □
- Nätverk kring Signs of Safety sker en gång per termin.

Ytterligare samverkan gällande de kommungemensamma verksamheterna inom nordväst, såsom exempelvis Barnahus och Socialjouren finns också.

Enheten samverkar också med polisen i olika former, både gällande individuella insatser samt runt samarbetsformer.

### Vuxnenhet

Samverkan sker både internt och externt i syfte att hitta enkla samverkansformer, att utveckla gemensamt arbete, att finna gemensamt stöd till klienter, allt utifrån våra klienters bästa.

- Lokal samverkansgrupp (Socialkontoret, Arbetsmarknadsenheten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan) sker var 6:e vecka.
- Samverkan på PRIMA-psykiatri (Prima, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt socialtjänst från Upplands-Bro och Järfälla) sker en gång/månad. Individärenden med samtycke kan tas upp samt allmän

info/kunskapsöverföring.

- Samverkan arbetsmarknadsenheten och socialkontoret. Sker var 4:e vecka.
- Insatsmöte (socialkontoret, arbetsmarknadsenheten, vuxenutbildningen och Arbetsförmedlingen) gällande de anställningsformer och möjligheter till gemensamma insatser som finns inom kommunen kopplat till Arbetsförmedlingen och vuxenutbildningen, t.ex. extratjänster, Åter i arbete, traineeplatser.
- Ung Komp är ett samverkansarbete där vuxenenheten bidrar med en socialsekreterare på 40 %. Samverkan med Arbetsförmedlingen för unga arbetslösa.
- Samverkan sker regelbundet på samordnarnivå mellan vuxenenheten och öppenvården, stöd och behandling. Minnesanteckningar skrivs som förs vidare till arbetsgrupperna.
- Regelbundna samverkansmöten sker med kvinnojouren Anna.
- Nyanländagruppen samverkar var 6:e vecka med Arbetsförmedlingen, Vuxenutbildningen och integrationsstödarna. Mötena syftar till uppdateringar.
- Bomöten kring nyanländas boende sker kontinuerligt mellan boendesamordnare, nyanländagruppen samt integrationsstrateg.
- Samverkan med Kontaktcenter sker en gång/månaden för att stämma av samarbetet. Samordnare från kontaktcenter samt socialkontoret medverkar.
- Samordnarmöten där samtliga samordnare på socialkontoret ses varje månad för samarbetsfrågor enligt årshjulet.
- Utöver ovanstående sker samverkan internt inom socialkontoret mellan enhetschefer både inom myndighet och på utförarsidan samt med andra externa aktörer.

De vinster vi sett är tydligare rutiner gällande arbetsuppgifter, arbetsfördelning och uppdrag. Tätare arbete gynnar klienten och en gemensam syn på gällande mål och riktning i arbetet.

Vi ser ytterligare behov av att träffa Arbetsförmedlingen mer frekvent. Exempelvis lika ofta som vi träffar Arbetsmarknadsenheten dvs en gång i månaden. Samverkansformen med Arbetsförmedlingen behöver breddas från nuvarande åldersspann (Ung Komp) till att gälla alla åldrar och få ett forum där vi kan samråda kring individärenden.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Enheten har en samverkan med övriga enheter inom socialtjänstens område, barn -och ungdomsenhet och vuxenenheten i syfte att sätta brukare i fokus. Samverkan sker på alla nivåer: chef, samordnare och biståndshandläggare/socialsekreterare.

- LOV - Hemtjänst och ledsagarservice/avlösarservice LSS ca 4 g/år- Enhetschef, samordnare och biståndshandläggare och andra berörda inom socialkontoret har haft två LOV-möten per termin med utförare i syfte att upprätthålla ett bra samarbete samt delge förändringar i verksamheter.
- Hemtjänst egen regi varannan månad- samordnare och enhetsledare ser över rutiner och samverkan.
- Dagverksamhet demens 1 g/månad - uppdatera verksamhet och samverkan.
- Särskilt boende ca 2 g/år- Enheten har haft två samverkansmöten med samtliga chefer särskilt boende under året i syfte att se över samverkan, processer och lokala rutiner som är gemensamma.

- Samrådsorgan Hagtorp varannan månad - med verksamhetschef och andra berörda i syfte att stämma av verksamhetens handlingsplan och åtgärder.
- Socialpsykiatri 1 g/månad - biståndshandläggare har haft månatliga avstämningsmöten för genomgång av beställda och genomförda insatser, avvikelser samt händelser av betydelse med samordnare för boendestöd.
- LSS bostad varannan månad- enhetschef/samordnare och biståndshandläggare har träffat utförare i egen regi för genomgång av verksamhet, beställda och genomförda insatser, avvikelser samt händelser av betydelse. Stort fokus har legat på planering av ny gruppboestad samt utbyggnad av befintliga gruppboestäder.
- LSS personlig assistans och kontaktperson varannan månad - samverkan har återupptagits under år 2018. Enhetschefer och samordnare träffas 2-3 gånger per halvår
- LSS daglig verksamhet 2-3 g/halvår - enhetschef/samordnare och biståndshandläggare har träffat utförare i egen regi för genomgång av verksamhet, beställda och genomförda insatser, avvikelser samt händelser av betydelse.
- Bogrupp - enhetschefer från myndighetsavdelningen träffar boendesamordnare på kvalitet - och verksamhetsstöd för avstämning av boendekedja
- Upplands-Bro fastigheter AB - enhetschef/samordnare myndighet för olika verksamhetsfrågor
- Resursteam skola 2-3 g/halvår - enhetschef/samordnare deltar i syfte att planera kommande LSS insatser
- Plansam 2-3 g/halvår - en samverkansform mellan kommun/landsting/beroendevård. Möten sker varannan månad.
- Habilitering barn - samverkan sker i Resurssamrådet.
- Resurssamråd - samverkan avseende barn och ungdomar med behov av LSS. Enskilda ärenden/ planering/genomgång/samordning av resurser. Deltar gör Habilitering barn, BUP, Resursteam, biståndsenheten och barn -och ungdomsenheten
- Prima Psykosmottagning - samverkan avseende vuxna psykiatri. Enskilda ärenden/ planering/genomgång/samordning av resurser.
- Lokal samverkan Demens 2g/halvår - samverkan i överenskommelse mellan kommun och Landsting. Syftet med samverkan är att öka tryggheten för den enskilde genom en förbättrad samverkan mellan kommun och landsting med en gemensam bild av ansvar, resurser och arbetsgång.
- Lokal samverkan psykisk ohälsa PRIO - samverkan i överenskommelse mellan kommun och landsting. Syftet är att personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och personer med missbruk och/eller beroendeproblematik ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra.
- Samverkansgrupp Försäkringskassan och arbetsförmedlingen - målet för verksamheten i samarbetsgruppen är att kommuninvånare i arbetsför ålder, med eller utan insatser, ska kunna försörja sig själv genom arbete. När detta inte är realistiskt ska parterna underlätta för att individen ska komma till meningsfull sysselsättning.
- Dialogmöte - landstinget bjuder in till att diskutera och utveckla en sammanhållen vårdkedja mellan kommun och landsting.

- FOU.nu - enheten har fler pågående samarbetsprojekt genom FOU.nu, till exempel självständighetsprojekt för personer med funktionshinder, IBIC-nätverk, sammanhållen vård och omsorg; ny lag 1 januari 2018, projekt Trygg hemgång, öppna jämförelser, videoteknik vid vårdplaneringar.
- FOU Nordväst - biståndshandläggare deltog på socionomdagarna under höst 2018.
- Nätverk - både handläggare och enhetschef har deltagit vid nätverksträffar inom äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri. Nätverksgrupp för handläggare äldreomsorg saknas, det finns dock för vårdplanerargrupp och IBIC som enheten deltagit i.

Ny samverkan som har tillkommit under 2018 är Referensgrupp Storsthlm som har till syfte att samverka kring arbetssätt LUS samt en Lokal samverkan inför LUS där samverkan sker med primärvård, hemrehab och geriatrik Jakobsberg i syfte att stämma av arbetet i kommunen utifrån de nya rutinerna från slutenvård med SIP i hemmet.

Utöver ovan samverkan finns det samverkansforum som kommer att ses över under år 2019 då de saknar klart syfte.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen samverkar med både med interna och externa aktörer, bland annat med Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Stockholms Läns landsting, kommunala och privata bostadsbolag, nordvästkommunerna, SKL, Storsthlm samt med övriga enheter och kontor i kommunen.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

- Bryggan, vilket är en verksamhet som bedriver första linjens psykiatri, bedrivs i samverkan med utbildningskontoret, Capio samt Landstinget och tillhör stöd- och behandlingsenheten. Familjer och ungdomar som är i behov av stöd och hjälp kan få träffa familjebehandlare/kurator eller psykolog utan krav på remiss eller utredning.
- Connect är föräldrastödsprogram som drivs inom stöd- och behandling i samverkan med utbildningskontoret. Inom Connect är familjebehandlare och skolkurator gruppleadare för ett förebyggande program riktat till alla föräldrar med barn 7-12 år boende i Upplands-Bro kommun.
- SIG, social insatsgrupp, är en verksamhet som bedrivs i samverkan med polis, Fryshuset, utbildningskontoret samt kultur och fritidskontoret. Verksamheten vänder sig till ungdomar och unga vuxna 13-29 år som befinner sig i riskzonen eller har utvecklat en kriminell identitet och vill bryta den.
- Regelbundna samverkansmöten finns även med Prima, beroendemottagning, polis, BUP, mini-Maria, Bryggan, traumaenheten, skola, Komvux, BVC/MVC, öppen förskola mfl.
- Personal från stöd -och behandlingsenheten deltar även i Förebyggande rådet, uppföljning Fryshuset mfl samverkansmöten i kommunen.
- Med myndighetsenheterna sker samverkan regelbundet via veckomöten.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

- Biståndsenheten och kvalitet- och verksamhetsstöd har kallat till samverkansmöten, LOV-möten, två gånger per termin. Enheten har deltagit vid alla tillfällen.

- Biståndsenheten kallar även en gång per månad till möten där enhetschefer tillsammans med enhetsledare och samordnare ska samverka kring brukare inom hemtjänsten.
- Enheten har regelbunden kontakt med biståndsenheten kring beställningar från biståndshandläggare och brukarnas behov.
- Enheten har även samverkat med vårdcentraler, dagverksamheter, apotek, dietister och rehab runt under 2018.
- Samverkan sker löpande med den kommunala hälso- och sjukvården avseende verksamheter i servicehus
- Samverkan sker även med olika skolor för vårdutbildningar där verksamheterna tar emot praktikanter.
- Samverkan sker med närstående om brukaren ger sitt samtycke till detta.

### **Norr- och Allégården**

- Samverkan med biståndsenheten
- Samverkan med Arbetsmarknadsenheten sker i samband med ferieungdomar under på sommaren.
- Samverkan med Ung Omsorg. Via Ung Omsorg kommer några ungdomar till kommunens vård- och omsorgsboenden för att hålla i aktiviteter för de boende.
- Olika utbildningsverksamheter, skolor och kursverksamheter placerar varje termin praktikanter på boendena vilket blir en naturlig samverkan.
- Samverkan med Förebyggande enheten gällande volontärer
- Svenska Kyrkan är ett stående inslag och en trubadur kommer och spelar en gång per vecka, vilket är oerhört populärt bland de boende.
- Enheten har även haft besök från kultur i finskt förvaltningsområde, vilket var populärt bland de boende som är finländare.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

- Samverkan med biståndsenheten
- Samverkan med Arbetsmarknadsenheten sker i samband med ferieungdomar under på sommaren.
- Samverkan med Ung Omsorg. Via Ung Omsorg kommer några ungdomar till kommunens vård- och omsorgsboenden för att hålla i aktiviteter för de boenden.
- Olika utbildningsverksamheter, skolor och kursverksamheter placerar varje termin praktikanter på boendena vilket blir en naturlig samverkan.
- Samverkan med Förebyggande enheten gällande volontärer
- Samverkan med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB sker kontinuerligt.
- SLL:s Tandvårdsenhet
- Vårdhygien
- Samverkan med Apoteket sker genom utbildningar och kvalitetsgranskningar varje år.
- Svenska kyrkan och kommunens Volontärverksamhet.
- Samverkan med kommunens vårdcentraler.

### **Förebyggande enhet äldre**

I enlighet med kommunens organisationsfilosofi arbetar förebyggande enheten flitigt med samverkan.

- Förebyggande enheten har startat ett nätverk med pensionärsföreningar där man

träffas regelbundet. Genom samverkansträffar har olika aktörer lärt känna varandra och det underlättar samarbetet.

- Gällande demensfrågor finns det en samverkan mellan kommun och Landstinget. Samarbetet har lett till att kommunen fått nya kontakter till personer med demens. Särskilt genom samarbetet med minnesmottagningen har kommunen möjlighet att i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet hitta personer med demens och kan erbjuda stöd.
- Inom kommunen samarbetar förebyggande enheten intensivt med Kultur- och fritidskontoret, hemtjänsten, transport-och servicegruppen; Café Torget 4, biståndsenheten mm.

### **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

- Verksamheten har haft regelbunden samverkan med daglig verksamhet, hälso- och sjukvården (primärvård respektive kommunens hälso- och sjukvårdsteam) samt med myndighetsavdelningen.
- Ledsagar- och avlösarservice har även deltagit i samverkan med myndighetsenheterna.
- Enhetschef har haft samverkansmöten med enhetschef på biståndsenheten, samt deltagit i facklig samverkan på avdelningsnivå. Fackliga företrädare har även bjudits in att delta i arbetsplatsträffar under året.
- Under hösten 2018 startades en facklig samverkan på enhetsnivå med skyddsombud från respektive enhet.
- Under hösten 2018 startades även ett samverkansforum med kultur -och fritidskontoret med planerade träffar en gång per termin.
- Samverkan angående brandskydd har skapats i teams med syfte att öka enhetlighet när det gäller brandskyddsarbetet. Ett brandskyddsombud finns på respektive enhet.

## 13 Tillsyner

### **Barn- och ungdomsenhet**

I januari 2018 genomfördes en kvalitetsuppföljning på barn- och ungdomsenheten. Sammanfattningsvis uppfyllde barn- och ungdomsenheten kraven för godkänd/utmärkt inom samtliga områden som följdes upp. Det fanns dock några förbättringsområden, bland annat föreslogs att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tas upp i introduktion till nya medarbetare samt tydligare protokoll från APT och kvalitetsråd. Åtgärderna har genomförts under året.

### **Vuxenenhet**

I januari 2018 genomfördes en kvalitetsuppföljning på vuxenenheten. På grund av det utvecklingsarbete som skett inom enheten med inriktning att få till en bra och stabil arbetsgrupp under 2017 har andra områden fått stå tillbaka. Några områden som behöver arbetas vidare med är bland annat att göra ledningssystemet mer känt för samtliga medarbetare, arbeta mer med avvikelser och förbättringsförslag samt lokala rutiner och manualer. Enheten har tagit fram en handlingsplan med åtgärdsförslag utifrån resultatet och förbättringsförslag. Merparten av alla åtgärdsförslag har genomförts under året.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

I januari 2018 genomfördes en kvalitetsuppföljning på biståndsenheten. Enheten har tagit fram en handlingsplan med åtgärdsförslag utifrån resultatet och kvalitetsutvecklarens förbättringsförslag. Förbättringsförslagen rörde bland annat rutiner och manualer, checklista för introduktion av nya medarbetare, avvikelser och social dokumentation. Merparten av alla åtgärdsförslag har genomförts under året.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen har inte själv haft någon tillsyn men varit enheterna behjälpliga i att sammanställa, utveckla och besvara tillsynsmyndigheternas rapporter.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

I VO genomförde en tillsyn av Lane, vilket är ett stödboende för ensamkommande ungdomar, under 2018. Verksamheten fick genomgående tillfredsställande resultat på tillsynen.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Kvalitet- och verksamhetsstöd genomförde en kvalitetsuppföljning inom hemtjänsten 2018. Enheten har tagit fram en handlingsplan med åtgärdsförslag utifrån resultatet och kvalitetsutvecklarens förbättringsförslag.

Arbetsmiljöverket utförde även en tillsyn av arbetsmiljön. De brister som arbetsmiljöverket fann har åtgärdats under året.

### **Norr- och Allégården**

Den enda tillsyn som har genomförts på Norrgården och Allégården under 2018 var en tillsyn av livsmedelshygien, den gav ingen anmärkning.

Arbetsmiljöverket genomförde en tillsyn under 2017 som påvisade en del brister samt skyddsronder som skulle upprättas och förbättras. I april 2018 bedömde Arbetsmiljöverket att deras satta krav var uppfyllda.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

En extern apoteksgranskning genomfördes under december 2018. Även interna kvalitetskontroller har genomförts utav kvalitet- och verksamhetsstöd löpande året i syfte att kvalitetssäkra och förbättra verksamheten.

### **Förebyggande enhet äldre**

Det genomfördes skyddsronder både i Bro på Kvistaberg samt i Kungsängen på Torget 4 under 2018. Inga övriga tillsyner har genomförts under året.

### **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Under 2018 genomfördes ingen kvalitetsuppföljning inom enheten, detta på grund utav en vakant tjänst hos kvalitet- och verksamhetsstöd som genomför uppföljningarna. Kvalitetsuppföljningar är planerade under början av 2019.

Ingen extern tillsyn har genomförts.



## 14 Systematiskt arbetsmiljöarbete

### Barn- och ungdomsenhet

Under året har enheten, efter förslag från medarbetarna, skapat ett arbetsmiljöråd. Arbetsmiljörådet består av enhetschef och två representanter från enheten. Arbetsmiljörådet träffas 2-3 gång per termin och har som uppdrag att förbättra arbetsmiljön och arbeta för en ren, engagerande, stimulerande och glädjande arbetsplats.

Enheten har tydliga informationskanaler och information finns tillgänglig i enhetens Teams-kanal. Utöver de planeringsdagar enheten haft och de möten som regelbundet sker, som enhetsmöte och ärendedragning, så skriver enhetschef veckobrev med information varje fredag. Enheten har haft processhandledning regelbundet och metodhandledning utifrån Signs of safety två till tre gånger per termin.

Samordnarna mäter genom skalfrågor varje medarbetares upplevda arbetsbelastning vid individuell ärendegenomgång som sker varje månad. Arbetsplatsträffar genomförs enligt rutin, liksom medarbetarsamtal. Skydds rond genomförs gemensamt med andra enheter i kommunhuset.

Socialsekreterarna genomför riskbedömningar inför varje klientbesök och fyller i en riskbedömningsblankett inför hembesök. Alla medarbetare har fått information om säkerhet och fått skriva under på att de känner till rutinerna kring detta. Under året har fyra tillbud rapporterats. Inga förebyggande åtgärder har kunnat vidtas utifrån tillbudens karaktär. En riskobservation har rapporterats, varvid åtgärder vidtogs direkt. Ett olycksfall som ledde till skada har rapporterats. Inga förebyggande åtgärder har kunnat vidtas utifrån olyckans karaktär.

### Vuxenenhet

Samtal om arbetsmiljö sker i olika forum och information sker kontinuerligt. Säkerhetstänket är hela tiden aktuellt på vuxenenheten. Enheten har enhetsmöten med enhetschef en gång/månaden samt APT en gång/månaden där arbetsmiljöfrågor kan diskuteras. På APT är detta en stående punkt.

Vid ärendedragning, som samordnare ansvarar för och som sker en gång per vecka, finns också plats för arbetsmiljöfrågor. Om sådana uppkommer förs det vidare till enhetschef, oftast via enhetens ledningsgrupp. Enhetens ledningsgrupp består av enhetschef och tre samordnare.

Alla medarbetare har fått information om säkerhet och fått skriva under på att de känner till rutinerna kring detta vilket också alla nyanställda på vuxenenheten fått göra under 2018.

Under 2018 har en KIA-anmälan registrerats och därefter hanterats. Bakgrunden var ett verbalt hot där åtgärderna blev att byta handläggare på ärendet samt en polisanmälan. Åtgärderna utmynnade också i att hela vuxenenheten informerades om händelsen samt att det blev ett exempel som använts på enheten för att diskutera och visa på hur vi ska agera i dessa situationer.

För att förbättra säkerhetstänket ytterligare har säkerhetschefen fått inbjudan till APT för att diskutera hur vi på bästa sätt ska hantera olika situationer men ännu inte kunnat delta. Myndighetsenheterna har tillsammans under 2018 sett ett behov av att utöka antalet personlarm och upphandling har påbörjats både för att utöka men också för att genomföra en översyn om det finns larm som är än mer lämpliga att inneha.

## **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Biståndsenheten har följt planen för det systematiska arbetsmiljöarbetet och haft regelbundna arbetsplatsträffar. Därutöver har enheten haft planeringsdagar som till vissa delar ägnats åt arbetsmiljöarbetet. Den fysiska arbetsplatsen har anpassats efter individens behov för att säkerställa en god arbetsmiljö och förebygga arbetsrelaterade skador. Hjälpmedel till arbetsplatser har setts över kontinuerligt och åtgärder har vidtagits ex armstöd till skrivbord, kontorsstol, rullmus samt extra datorskärm till alla arbetsplatser.

Det finns en implementerad rutin för det systematiska förbättringsarbetet utifrån kvalitetsledningssystemet på enheten. Kvalitetsråd genomförs 1 gång/månad, utförliga minnesanteckningar skrivs och återkopplas på följande APT. På enheten har en tillbudsansökan och en riskobservation gjorts i KIA under 2018.

På enheten finns tydliga rutiner för att fånga upp och motverka ohälsosam arbetsbelastning samt behov av stöd. Risk vid underbemanning har uppmärksammats, handlingsplan har upprättats och ärendefördelning har setts över och ändrats under året. Enheten har under året rekryterat sex nya biståndshandläggare. Externa socionomer har hyrts in på vakanta tjänster under rekryteringstiden. Inom område äldreomsorg och hemtjänst har enheten utökat med en resurstjänst, en biståndshandläggare som ska täcka upp vid oplanerad frånvaro, arbeta med uppföljningar av beslut mm.

I arbetet mot en hållbar arbetsmiljö har enheten, tillsammans med övriga verksamheter inom socialkontoret, implementerat feedback kultur, med fokus på det positiva och det som fungerar.

Enheten har under året haft fortsatt personalomsättning inom LSS, fem tjänster har tillsatts och en vakant tjänst kvarstår vid årsskiftet 2018/2019. Vakanta tjänster har ersatts under hela året med tillfälligt inhyrd personal. Enheten har fortsatt arbetet med översyn över hur Upplands-Bro kommun kan lyftas fram som en attraktiv arbetsgivare.

För att kunna behålla den personal gjordes justeringar av befintliga löner under våren 2017. Därefter har arbetet för en attraktiv arbetsgivare fortsatt och ytterligare lönesatsningar har genomförts. Den 1 februari 2018 infördes ny lönetrappa som gäller för 2, 4 och 6 år i tjänst inom myndighet som biståndshandläggare/socialsekreterare. Lönetrappan är del av ett resultat i det personalprojekt som påbörjades år 2016.

## **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår i dagordningen på avdelningens arbetsplatsträffar. Avdelningen har även gemensamt fyllt i den årliga systematiska arbetsmiljöarbetet i Stratsys på ett APT. Inga tillbud och arbetsskador finns inrapporterade under 2018.

## **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Inga arbetsskador rapporterades in inom stöd- och behandlingsenheten under 2018.

Två tillbud skedde under året. Ett gällde hot och våld från Härnevimmottagningen och ett var också för hot och våld, fast ifrån boendestödjarna. En översyn av rutinerna för hot och våld har genomförts och information har gått ut till samtliga medarbetare inom enheten.

## **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Genom det årliga medarbetarsamtalet har chef och medarbetaren en möjlighet att genom

dialog dokumentera mål för arbetet och upprätta en individuell utvecklingsplan. Arbetsplatsträffen är ett forum där chef och medarbetare har en dialog och gemensamt har att arbeta med frågor som rör det dagliga arbetet. Hemtjänsten samverkan träffas normalt varannan månad, och består av enhetschef, enhetsledare och skyddsombud. Samverkan är ett forum för dialog mellan arbetsgivare och fackliga företrädare.

Arbetsgivaren är ansvarig för arbetsmiljöarbetet, men arbetsgivare och arbetstagare ska samarbeta när det gäller att rapportera och undersöka tillbud. Det blir då lättare att vidta åtgärder innan något händer. Tillbudsanmälan enligt arbetsmiljölagen görs när en händelse hade kunnat leda till personskada eller olycka. Samtliga medarbetare är ansvariga för att rapportera in tillbud. Efter anmälan behandlas alla tillbudsanmälningar i kvalitetsrådet och hemtjänstens samverkan.

### **Norr- och Allégården**

Under året 2018 har enheten haft 18 stycken tillbud. Fjorton tillbud var på Allégården varav 12 stycken av dessa avser Hot och våld vid arbete ifrån boende. Handlingsplan upprättades som resulterade i en förbättrad rådande arbetsmiljö.

Resterande fyra tillbud kom ifrån Norrgården. Ett ärende om kränkning på arbetsplatsen har rapporterats i KIA. Detta har utretts av personalchefen och utredningen påvisade att anmälan inte är arbetsrelaterad.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Kungsgården och HSE hade sex stycken tillbud och nio stycken olycksfall under 2018. Hot och våld var orsaken till de flesta tillbud.

Enheten har använt sig av APT att diskutera arbetsmiljöfrågor under året. Tillsammans med personalen analyserar ledningen de risker som finns i arbetsmiljön. För att avsätta mer tid på APT för diskussioner lämnas informationen och andra nyheter med månadsbrev till alla medarbetare via mejl istället. Enheten har även arbetat aktivt med tillbud och arbetsskadefrågor.

För att arbeta mot en positiv arbetsmiljö implementerar enheten kontinuerligt en positiv feedback kultur. Fokus ligger på det positiva, det som fungerar. Även vid medarbetarsamtal lyfter chefen det positiva hos medarbetare. Enheten har påbörjat ett arbete med en positiv skyddsron under året. Enheten har ett arbetsmiljöråd som består av enhetschef, samordnare/enhetsledare och skyddsombud, ett forum för diskussion rörande arbetsmiljöfrågor.

HSE arbetar i andras enhetschefers verksamheter vilket skapar svårigheter då det har flera ledningsgrupper att kommunicera emot. För att ha en tydligt dialog finns det samverkansmöten där ledningsgrupp och medarbetare från HSE träffar övriga verksamheter.

### **Förebyggande enhet äldre**

Under 2018 genomfördes det skyddsroner inom den förebyggande enhetens verksamheter. Arbetsmiljöfrågor är en stående punkt på varje APT och när de uppkommer tillbud anmäls detta i KIA. Enheten arbetar gemensamt för en hälsofrämjande arbetsmiljö. En handlingsplan har tagit fram utifrån enhetens resultat i medarbetarenkäten 2017, trots ett bra resultat så vill enheten arbeta mot ett ännu bättre resultat i nästa undersökning. Den förebyggande enheten följer även årshjulet för det systematiska arbetsmiljöarbetet samt för medarbetarsamtal/uppföljningssamtal.

## **Gruppbestäder Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Under 2018 har enheten fortsatt sitt arbete med att i större utsträckning rapportera tillbud och arbetsskador för att öka delaktigheten, synliggöra utvecklingsområden och förbättra förutsättningarna för att kunna arbeta förebyggande med att skapa en bra arbetsmiljö. Medarbetarna rapporterar digitalt genom KIA på portalen.

Under året rapporterades totalt 51 stycken tillbud i KIA, alla inom grupp- och servicebestäder. 33 stycken tillbud har varit hot och våld-situationer i arbetet med brukare. På enhetsnivå ska uppföljning genomföras av enhetsledare i varje enskilt rapporterad tillbud, åtgärder och handlingsplan har upprättas. Detta har inte genomförts vid alla rapporterade tillbud och är ett förbättringsområde 2019.

Övriga tillbud och arbetsskador har varit fall, bilolycka, brandrisk, skada vid förflyttningar och lyft, värmebölja samt stickskada.

Inom grupp- och servicebestäderna har det varit fortsatt fokus på bemötande vid problemskapande beteenden som kan leda till hot och våld-situationer för medarbetare även under 2018. Det har varit ett ökat samarbete med HSE på individnivå under 2018 samt med Prima och Habilitering. Medarbetarna har under året arbetat kontinuerlig med riskbedömningar och handlingsplaner för att förebygga problemskapande beteenden.

## 15 Personalens delaktighet

### **Barn- och ungdomsenhet**

Barn- och ungdomsenheten har arbetat vidare utifrån det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetsråd arbetar med de avvikelser och förbättringsförslag som lämnas av medarbetarna. Rådet gör riskanalyser och går igenom avvikelser, klagomål och synpunkter. Enheten har även utvecklat rådet ytterligare och använder gruppens kompetens med att förbättra kvalitetskritiska rutiner och processer. De beslut och förslag som kvalitetsrådet kommer fram till presenteras och diskuteras med övriga medarbetare på APT. I det systematiska arbetsmiljöarbetet följs även rutiner för säkerhet och risker upp huruvida de är tillräckliga och om de behöver förbättras. Personalen görs även delaktiga i arbetsmiljöfrågor genom det nyskapade arbetsmiljörådet. Vidare delaktiggörs personalen genom de olika grupper med olika ansvarsområden inom enhetens utvecklingsarbete. Personalen görs även delaktiga genom skyddsronder, medarbetarsamtal och medarbetarundersökningar. Enheten har arbetsplatsträffar tio gånger per år.

### **Vuxenenhet**

Vuxenenhetens utvecklingsarbete, som syftar till bättre stöd med mer delaktighet för klienterna, syftar likväl till en bättre arbetsmiljö för alla medarbetare. Delaktighet i förändringsprocesser är en av de mest framgångsrika arbetsmiljöfaktorer enheten kan använda. Utifrån detta har vuxenenheten under 2018 i den utsträckning det är möjligt, försökt att arbeta med delaktighet. Exempel på detta kan vara arbetsgrupper som fått arbeta utifrån en specifik fråga eller att förslag har arbetats fram av vuxenenhetens ledningsgrupp som sedan medarbetare fått lämna synpunkter på. Den största delen av delaktighet har varit genom återinförande av kvalitetsrådet där 54 stycken avvikelser/förbättringsförslag inkommit under året. Kvalitetsrådet har sedan beslutat om vad som behöver åtgärdas. Deltagare i kvalitetsrådet är vuxenenhetens ledningsgrupp samt socialsekreterare från de olika arbetsgrupperna. Tre planeringsdagar har genomförts under året där vuxenenheten tillsammans diskuterat, följt upp och satt vidare mål för enheten. Ovanstående är utgångspunkten i utvecklings- och kvalitetsarbetet och där är det oerhört viktigt med var och ens delaktighet, dels på APT, planeringsdagar samt i grupparbeten som för arbetet framåt.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Biståndsenheten startade under våren 2018 ett utvecklingsarbete och har fortsatt under hösten 2018. Dialog mellan konsult, enhetschef och samtliga medarbetare har skett samt intervjuer med alla medarbetare på enheten. Syftet med utvecklingsarbetet var att se över ansvarsfördelning och beslutsvägar i och mellan olika funktioner, samverkanspartners - vilka och hur - intern och extern. Översyn har även skett utav ärendedragningar, arbetsplatsträffar, veckomöten samt enhetens tillgänglighet, metodik, implementering av IBIC, individens behov i centrum, och kulturen inom enheten. Målet är att nå en optimal organisation för att nå bästa resultat för brukare, stärka biståndshandläggarna i professionen samt stärka varumärket "Biståndsenheten" samt att öka attraktiviteten. Arbetet fortsätter under år 2019.

I arbetet mot en hållbar arbetsmiljö har enheten, tillsammans med övriga verksamheter inom socialkontoret, implementerat feedback kultur, med fokus på det positiva och det som fungerar.

Kvalitetsråd har genomförts 1 gång/månad. Utförliga minnesanteckningar har skrivits och återkopplats på APT. Kvalitetsrådet har under året haft i uppdrag att identifiera förbättringsområden som framkommit i samband med olika kvalitetsuppföljningar/tillsyner/aktgranskning/egenkontroller samt att följa upp olika händelser som skett under månaden (avvikelser, synpunkter och klagomål, Lex Sarah mm). Rådet har även fattat beslut om enheten behöver skriva en ny rutin eller att en del rutiner behöver uppdateras samt upprättat och reviderat riskbedömning – brukare – medarbetare - enhet. Samtliga medarbetare har blivit uppmärksammade om enhetens uppdrag och mål och deltagit med att ta fram aktiviteter kopplade till socialnämndens uppdrag. Aktiviteterna har följts upp på planeringsdagar.

Teamet Trygg förstärkt hemgång, som består av tre undersköterskor, har tillsammans med samordnare och enhetschef på biståndsenheten reviderat rutiner och checklistor och anpassat arbetsuppgifter efter de uppdrag som inkommit, haft dialog med ordinarie hemtjänst samt nattpatrull gällande överföringsrutiner. Teamet har även bidragit till en utökad samverkan med primärvård och hemrehab.

Samordnare på enheten ingår i en samverkansgrupp tillsammans med samordnare från övriga enheter inom myndighet. Syftet är att stärka samverkan mellan enheterna samt revidera gemensamma rutiner och överenskommelser, till exempel introduktion för nyanställda, information i enheternas rutinmanual, resultat av egenkontroller samt översyn och revidering av information på kommunens hemsida.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen har strukturerade möten och en tydlig informationsstruktur. En gång i veckan fördelas nya ärenden i arbetsgruppen till de som har mest lämplig kompetens inom området. Nio arbetsplatsträffar har genomförts under 2017 samt tre planeringsdagar. Ett APT var under en heldagsutflykt med avdelningen. Funktionsträffar sker en gång i månaden med medarbetare som har likvärdiga uppdrag. Funktionerna delger och använder varandras kompetens i uppdragens genomförande för att säkerställa god kvalitet och rättsäkerhet.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Personal har varit delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta på APT och kvalitetsråd. Kvalitetsråd inom enheten har under början av året varit till största delen vilande. Under hösten har enheten fått stöd och hjälp av en kvalitetsutvecklare för att förtydliga innehåll och syfte med kvalitetsrådet.

Kvalitetsrådet består av enhetschef, tre enhetsledare samt en medarbetare från respektive arbetsgrupp. Rådet träffas cirka en gång per månad och registrerar samt följer då upp eventuella avvikelser och klagomål och synpunkter som inkommit i de olika grupperna. Kvalitetsrådet kan ibland uppmärksamma åtgärder som kan behöva vidtas på flera grupper för att undvika till exempel avvikelser eller klagomål/synpunkter från brukare. Protokoll från kvalitetsrådet återkopplas löpande till arbetsgrupperna.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare medverkar i enhetens kontinuerliga kvalitetsarbete och att alla medarbetare känner till och arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet/ kvalitetsplan.

Medarbetarna är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Enhetschefen ansvarar för att en skriftlig uppdragsöverenskommelse görs mellan enhetschef och varje

medarbetare. I denna överenskommelse specificeras medarbetaransvaret.

### **Norr- och Allégården**

Varje månad under 2018 har enheten haft kvalitetsråd. Rådet har tagit upp alla tillbud, avvikelser och förbättringar, fallavvikelser, medicinska avvikelser, tillsyner och arbetsmiljö. Handlingsplaner och åtgärder har tagits fram och delaktiga representanter från enheten har varit med i diskussionerna. Även på arbetsplatsträffarna har eventuella incidenter tagits upp och diskuterats.

Alla medarbetare har möjlighet att delta och vara delaktiga i grupper som till exempel schemagrupp, måltidsgrupp, konstgrupp, arbetsmiljögrupp och aktivitetsgrupp.

Verksamheten har brandombud, hygienombud, livsmedelsombud och arbetsmiljöombud som är delaktiga i ronder, tillsyner, upprättande av riskanalyser och handlingsplaner.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

Det systematiska förbättringsarbetet har utvecklats på bägge enheterna under året. Enheterna har gått igenom klagomål- och synpunktshanteringen på APT och planeringsdagar. HSE-personalen tar emot omvårdnads- och medicinska avvikelser som övrig personal alternativt anhöriga lämnar in. Dessa förbereds till Kungsgårdens kvalitetsmöte vilket också HSE-personalen deltar i.

Ovanstående har förbättrat kvalitetsarbetet på enheten. Alla är medvetna om behovet av att träffas och diskutera hur vi förbättrar vår kvalitet. Protokoll från kvalitetsrådet tas upp på APT. HSE-personalen som arbetar på Kungsgården deltar ofta på Kungsgårdens APT möten.

Vid varje förändring i verksamheten görs riskanalys tillsammans med personalen.

### **Förebyggande enhet äldre**

På förebyggande enheten ska alla medarbetare vara delaktiga i hur enhetens service, verksamhet, aktiviteter och miljö utformas. Öppenhet och meningsfullhet har stor betydelse för enhetens arbete.

För att säkerställa att alla känner sig delaktiga spelar APT möten, kvalitetsråd och gemensamma planeringsdagar en stor roll. Alla medarbetare är aktivt involverade i planeringen och följer upp enhetens mål gemensamt.

Kvalitetsråd genomförs efter socialkontorets mall för dagordning. På rådet sker uppföljning av avvikelser eller fallrapporter i lärande syfte. På dagverksamheten har man på kvalitetsrådet sett behov av att skapa nya rutiner. 2018 arbetade gruppen intensivt med rutinerna vid vandringsbeteende hos brukarna. Förutom detta skapade personalen på dagverksamheten en mall för en bemötandeplan som används vid BPSD. Även kommunens vård- och omsorgsboenden har börjat använda denna mall.

### **Gruppboenden Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Medarbetarnas delaktighet har fortsatt genom arbetet med kvalitetsråd och lokal facklig samverkan samt vid APT. Kvalitetsrådet består av en medarbetare från respektive grupp- och serviceboende. På rådet diskuteras bland annat avvikelser och förbättringsförslag, tillbud och synpunkter/klagomål samt rutiner och riktlinjer kopplade till det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med rådet är kollegialt lärande samt syftar till att öka samverkan mellan enheterna. Vidare är syftet att enheterna ska arbeta lika utifrån kommunens riktlinjer och processer samt att medarbetarna ska bli mer delaktiga och ges möjlighet till inflytande.

På varje enhets APT är det systematiska förbättringsarbetet en punkt på dagordningen. Det är på detta möte det kontinuerliga förbättringsarbetet sker med revidering av riskbedömningar, handlingsplaner och uppdateringar av verksamhetens rutiner. Medarbetarna bestämmer tillsammans vad representanten ska ta med för case till kvalitetsrådet.

Enhetsledarna på grupp- och servicebostäder går på sin ledningsgrupp igenom inkomna allvarigare tillbud, avvikelser eller klagomål. Samordnarna för personlig assistans gör detsamma på sin ledningsgrupp.



## 16 Förbättringsområden

### **Barn- och ungdomsenhet**

Barn- och ungdomsenheten ser ett fortsatt arbete med att upprätthålla och förbättra en rättssäker handläggning. Enheten ska under året arbeta med den handlingsplan som ska upprättas utifrån egenkontroll, brukarundersökning, medarbetarundersökning och aktgranskning.

### **Vuxenenhet**

Vuxenenheten ska arbeta vidare utifrån resultaten från Öppna jämförelser, aktgranskning/egenkontroll, brukarundersökning, förslag till kvalitetsrådet samt andra områden som vuxenenheten anser är utvecklingsområden.

Exempel på utvecklingsområden under 2019 är att arbeta vidare med att utveckla handläggning och dokumentation samt att utveckla arbetet för att individer ska bli självförsörjande vilket också innefattar att utveckla det sociala arbetet, öka klientkontakten samt att utveckla arbetet med arbetsplaner. Vidare så ska enheten arbeta vidare med att utveckla rutiner, arbetssätt och handläggning avseende bostäder för nyanlända samt med uppdrag/genomförandeplaner i samverkan med integrationsstödarna. Vuxenenheten behöver även vidareutveckla enhetens mottagning som infördes för ett år sedan samt att löpande fortsätta att kompetensutveckla anställda på Vuxenenheten för att alltid vara uppdaterade. Exempelvis utbildningsinsatser kring spelmissbruk och LVM.

### **Biståndsenhet / Äldre och funktionsnedsatta**

Utifrån biståndsenhetens verksamhetsberättelse samt kvalitetsberättelse framkommer bland annat följande förbättringsåtgärden för 2019. Enheten ska säkerställa att uppföljning av beslut sker i enlighet med gällande lag och riktlinjer (SOSFS 2014:5 "Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS" samt socialnämndens riktlinjer för handläggning. Enheten ska även arbeta mer systematiskt kring resultat från egenkontroller som genomförts under 2018 samt se över rutin och upprätta handlingsplan kring ej verkställda beslut och möjligheten att införa systematisk uppföljning utav verksamhetens utredningar. Vidare ska biståndsenheten genomföra skiftliga riskbedömningar inför hembesök samt registrering i KIA och öka antal avvikelser och förbättringsförslag samt hitta metod för återkoppling.

### **Kvalitet- och verksamhetsstöd**

Avdelningen bör utveckla sitt arbete med riskbedömningar och riskanalyser för den egna verksamheten. Avdelningen bör även bli bättre på att genomföra egenkontroller på de moment som går att kontrollera.

### **Stöd- och behandlingsenhet / Lane / Socialpsykiatri**

Stör och behandlingsenheten ser att deras arbete inom socialpsykiatri med boendestöd och träfflokaler, ska utvecklas under 2019. Enheten ska även göra en översyn av personalens psykosociala och fysiska arbetsmiljö. Kvalitet- och verksamhetsstöd har fått ett uppdrag ifrån enheten att göra en översyn av socialpsykiatri. Samverkan med biståndsenheten, som är enhetens uppdragsgivare inom boendestödet, ska bli bättre under 2019. Detta ska ske genom att revidera överenskommelsen samt riktlinjerna.

### **Hemtjänst / Egen regi / Servicehus K-ängen/Bro**

Enheten behöver utveckla och förbättra skriftliga arbetsrutiner och arbetssätt och göra dessa kända för berörda medarbetare i samband med enhetens uppföljning genom månatliga APT. I och med detta säkerställs att medarbetarna arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Enheten behöver även utveckla och förbättra arbetet med kontaktmannaskap och kontinuitet

### **Norr- och Allégården**

Norrgården och Allégården ser bland annat följande som förbättringsområden under 2019. Enheten ska fortsätta sitt arbete med analyser utav resultat från brukarundersökningen tillsammans med medarbetarna samt analysera och förbättra resultaten från medarbetarenkäten 2018. Enheten ska även utveckla arbetet med måltiden och måltidsmiljön i verksamheten så att fler brukare blir nöjda. Vidare ska enheten informera brukare och anhöriga för att skapa fler deltagare i brukarundersökningen samt revidera rutiner och riktlinjer för det systematiska arbetsmiljöarbetet, brandskyddsarbetet och HACCP. De lokala rutiner som saknas i verksamheterna ska upprättas i början av 2019 och det ska ske ett fortsatt arbete med kommunens värdegrund och värdighetsgarantier.

### **Kungsgården / Hälso- och sjukvårdsenhet**

På Kungsgården och inom HSE ska verksamheternas arbete med att kunna erbjuda heltidstjänster till dem som vill arbeta 100 procent. Enheten ska även arbeta med att öka brukarnas delaktighet och valfrihet. Vidare ska medarbetarna känna att "min arbetsmiljö är andras arbetsmiljö" och det ska utvecklas ännu mer "vi känsla". Samtliga medarbetare ska kunna dokumentera digitalt i systemen samt följa den röda tråden. Alla enheter ska arbeta på samma sätt.

### **Förebyggande enhet äldre**

Den förebyggande enheten kommer att utveckla dagverksamheten under 2019. En kartläggning pågår och dagverksamheten ska utvecklas utifrån brukarnas behov.

### **Gruppboheter Personlig assistans / Ledsagar / Avlösarservice / Kontaktperson**

Enheten ska arbeta vidare med att implementera processen när det gäller det systematiska förbättringsarbetet dvs. användandet av blanketter och anmäla tillbud i KIA. Bättre dokumentation och uppföljning av enhetsledare och enhetschef i KIA. Det ska även ske en fortsatt kompetensutveckling kring bemötande vid problemskapande beteenden och tydliggörande pedagogik. Vidare ska enheten analysera resultatet av den senaste brukarundersökningen och anpassa/utveckla verksamheten utifrån det som framkommit samt analysera resultatet av respektive enhets medarbetarenkät och utifrån resultatet tillsammans med medarbetarna göra en handlingsplan för att anpassa/utveckla verksamheten. Slutligen ska enheten fortsätta arbetet med brukardelaktighet samt förbättra samverkan med HSE gällande medicinska avvikelser och hälsofrågor.

Stina Forsberg

Datum  
2019-03-11

Vår beteckning  
SN 19/0068

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

## Kvalitetsberättelse 2018 - privata utförare med upphandling enligt LOV och LOU

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner inkomna kvalitetsberättelser från privata utförare upphandlade enligt LOV och LOU.

### Sammanfattning

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 och upphandling enligt LOV (Lagen om valfrihetssystem) och LOU (Lag om offentlig upphandling), ska utförare årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse som redovisas för ansvarig nämnd.

Enligt 7 kap 1 § i SOSFS 2011:9 ska det framgå i kvalitetsberättelsen hur utföraren arbetar med att systematiskt och fortlöpande, utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur det systematiska arbetet bedrevs under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att nämnden kan bedöma hur utföraren har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utvecklat och säkrat kvaliteten i verksamhetens olika delar samt hur utföraren har sett till att informationsbehovet till externa intressenter har tillgodosetts.

I bilaga går det att läsa kvalitetsberättelser ifrån kommunens privata utförare inom LOV, Proffssystem AB, Destinys Care AB, 3 Systrar Omsorg AB och Ansvarsfull Omsorg AB samt utföraren Frösunda Omsorg AB inom LOU.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 11 mars 2019
- Bilaga 1 – Kvalitetsberättelse 2018 Proffssystem AB
- Bilaga 2 - Kvalitetsberättelse 2018 Destinys Care AB
- Bilaga 3 - Kvalitetsberättelse 2018 3 Systrar Omsorg AB
- Bilaga 4 – Kvalitetsberättelse 2018 Ansvarsfull omsorg AB
- Bilaga 5 – Kvalitetsberättelse 2018 Frösunda Omsorg AB

## Ärendet

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 och upphandling enligt LOV (Lagen om valfrihetssystem) och LOU (Lag om offentlig upphandling), ska utförare årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse som redovisas för ansvarig nämnd.

Enligt 7 kap 1 § i SOSFS 2011:9 ska det framgå i kvalitetsberättelsen hur utföraren arbetar med att systematiskt och fortlöpande, utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur det systematiska arbetet bedrevs under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att nämnden kan bedöma hur utföraren har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utvecklat och säkrat kvaliteten i verksamhetens olika delar samt hur utföraren har sett till att informationsbehovet till externa intressenter har tillgodosetts.

Kvalitetsberättelsen ska vara socialkontoret tillhanda senast den 15 februari varje år enligt avtalen inom LOV och LOU.

## Proffssystem AB

Proffssystemens kvalitetsberättelse består utav en verksamhetsbeskrivning där målgrupp, inriktning och omfattning framgår. Utföraren bedriver verksamhet inom vård- och omsorg av äldre samt personer med funktionsnedsättning. I kvalitetsberättelsen framgår hur utföraren genomför riskanalyser. Identifierade riskområden under 2018 var bland annat social dokumentation, tidkontinuitet, systematiska minnesanteckningar och rekrytering. Proffssystemen redovisar vilka egenkontroller som genomfördes under föregående år. Utföraren har tagit fram ett nytt arbetssätt för egenkontroll med tillhörande rutin. Förbättringsområden som identifierades och åtgärdades under året var aktuell lagförteckning, befattningsbeskrivningar, utbildningsregister, basal hygien samt munhygien.

Redovisning av utredning av avvikelser visar att det inkom fyra stycken avvikelser och ett klagomål hos kund 2018. Alla avvikelser och klagomål dokumenteras och analyseras. Rutiner revideras som ett led i arbetet med att förebygga avvikelserna och klagomålen framöver. Samverkan sker med myndigheter och anhöriga och det finns rutiner för att säkerställa ett samarbete. Proffssystemen arbetar aktivt för att personalen ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet, detta sker genom att till exempel öka personalens förståelse för viken av att rutiner följs och att avvikelser rapporteras och dokumenteras.

## Destinys Care AB

Destinys Care bedriver hemtjänst samt avlösar- och ledsagarservice i Upplands-Bro kommun. Under 2018 har utföraren haft kvalitetsmöten varje månad där kvalitetssamordnare, ekonomiansvarig och verksamhetschefen deltar. På kvalitetsmötena har inrapporterade händelserapporter behandlats och

åtgärd och uppföljning har gjorts om det varit nödvändigt. Destinys Care har genomfört riskanalyser under året. Utföraren har löpande bedömt om det finns risk för händelser som skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamheten. De egenkontroller som genomförts under 2018, var registrering av utförda tider i Life Care mobilhemtjänst samt kontroll av trygghetslarm.

Under 2018 inkom det inga klagomål till Destinys Care men en del avvikelser. Avvikelserna har rapporterats skriftligt, åtgärdats och följts upp.

Utföraren har genomfört två undersökningar hos sina kunder under 2018. Dels så deltog utföraren i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning och dels så genomförde utföraren en egen kundundersökning under våren 2018.

### 3 Systrar Omsorg AB

I kvalitetsberättelsen för 2018 framkommer det att 3 Systrar Omsorg har bedrivit verksamhet i Upplands-Bro kommun sedan 2013. Utföraren går igenom anmälningsskyldighet enligt Lex Sarah vid introduktion för nyanställda, på APT samt under planeringsdagar. Inga Lex Sarahrapporter har gjorts under 2018. 25 stycken avvikelser har rapporterats in under 2018 hos utföraren. Dessa handlade bland annat om bemötande av personal, sena besök, felparkeringar och bilkörning.

Personalen inom 3 Systrar Omsorg deltar i kvalitetsarbetet genom att utföraren dagligen uppmärksammar och diskuterar om det framkommer signaler från kunder och/eller närstående om att något kan förbättras. Ledningen uppmuntrar personalen att skriva avvikelse rapporter och på varje APT finns det punkter för till exempel Lex Sarah, avvikelser, arbetsmiljöfrågor samt synpunkter och klagomål.

### Ansvarsfull Omsorg AB

Ansvarsfull Omsorg AB fick tillstånd att bedriva hemtjänst samt avlösar-och ledsagarservice i Upplands-Bro kommun under sommaren 2017. Det systematiska kvalitetsarbetet inom Ansvarsfull Omsorg består utav områdena riskanalys, uppföljning, samverkan, utredning av avvikelser samt klagomål och synpunkter, personalens medverkan i kvalitetsarbetet samt en sammanställning av analys och resultat. Utföraren genomförde strukturerade riskanalyser på individnivå samt riskbedömningar på företagsövergripande nivå under 2018. Riskbedömningarna genomfördes under första och sista kvartalet. Om någon allvarlig händelse inträffade gjordes en händelseanalys. Den uppföljning som genomfördes under 2018 avsåg bland annat utförarens resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning samt Upplands-Bro kommuns avtalsuppföljning. Utföraren åtgärdade direkt de anmärkningar som kommunen hade vid uppföljningen.

Ansvarsfull Omsorg genomför egenkontroll fyra gånger per år. Egenkontrollen görs bland annat inom områdena granskning av journaler, akter och annan

dokumentation samt undersökning om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet. Utföraren deltar i den samverkan som de blir kallade till och det finns rutiner kring samverkan vid larm- och nattpatruller, vid byte av utförare och vid hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Gällande utredning av avvikelser så rapporterades ingen Lex Sarah under 2018 men 10 stycken klagomål inkom. Klagomålen avsåg bemötande, utebliven insats, sen ankomst och utförande. Klagomålen krävde åtgärd i form av information till personal samt brukare och kompensation i form av extra insatser utan kostnad till dessa brukare.

Slutligen så framgår det i kvalitetsberättelsen 2018 vilka förbättringsåtgärder som genomfördes under året. Förbättringsåtgärder har genomförts inom bland annat områdena kompetensutveckling, egenkontroll, avvikelserapportering och personal ID.

## Frösunda Omsorg AB

Frösunda Omsorg bedriver vård- och omsorgsboendet Hagtorp på entreprenad åt Upplands-Bro kommun. Det är verksamhetschefen som leder det systematiska kvalitetsarbetet och leder de kvalitetsråd som genomförs en gång per månad. När en ny kund flyttar in görs en riskbedömning utifrån säkerhet för kund samt en riskbedömning utifrån medarbetarnas arbetsmiljö. Utföraren gör även riskbedömningar gällande arbete mot trycksår, undernäring samt mot fall och fallskador.

Utföraren genomförde egenkontroller under 2018. Två självskattningar av följsamheten gjordes under februari och december. Bedömningen på självskattningen visade att ingen handlingsplan behövde tas fram då resultaten var goda. Egenkontroller av brukarnas genomförandeplaner görs löpande under året. Hagtorp genomförde två matenkäter under 2018, en på våren och en på hösten. Åtgärder har vidtagits utifrån resultatet på enkäten samt utifrån inkomna synpunkter på kostrådet. Egenkontroll görs även inom bland annat områdena nattfasta, aktiviteter, besiktning av liftar och sängar.

Systemet för avvikelshantering är ett viktigt led i Frösundas kvalitetsarbete. Det finns tydliga rutiner för vård- och omsorgsavvikelser inklusive missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande samt synpunkter och klagomål. Under 2018 inkom det totalt 623 stycken avvikelser på Hagtorp. Utav dessa avsåg bland annat 136 stycken fallavvikelser, 306 stycken omvårdnadsavvikelser och 75 stycken klagomål och synpunkter samt en Lex Sarahanmälan. I kvalitetsberättelsen för 2018 framgår alla förbättringsområden som Frösunda har arbetat med på Hagtorp under året. Exempel på områden är avvikelser, dokumentation, uppdatering av lokal rutinpärm samt utbildning av personal. Slutligen så framgår även övergripande mål för verksamhetens kvalitetsarbete under kommande år. Fokus ska bland annat ligga på

dokumentation av avvikelser, synpunkter och klagomål samt att utveckla dokumentationen. Vidare så ska antalet fallavvikelser minska jämfört med 2018.

## Socialkontorets kommentar

Socialkontoret anser att inlämnade kvalitetsberättelser ifrån utförarna Proffssystem AB, Destinys Care AB, 3 Systrar Omsorg AB och Ansvarsfull Omsorg AB inom LOV samt Frösunda Omsorg AB inom LOU är utav olika kvalitet och detaljeringsnivå.

Överlag så ser socialkontoret gärna en satsning inom utförarnas systematiska förbättringsarbete med synpunkter och klagomål, avvikelshantering samt anmälningsskyldigheter under 2019. Information bör lämnas till samtlig personal samt till brukare och anhöriga om hur de lämnar in ett klagomål eller en synpunkt samt avvikelser och förbättringsförslag. Det bör även informeras mer och tydligare om Lex Sarah.

Vidare så önskar socialkontoret att det tydligare ska framgå en ”röd tråd” i vissa utförarens kvalitetsberättelser. Kontoret vill se hur till exempel utförarens arbete med egenkontroll, brukarundersökningar och riskanalyser ligger till grund för det systematiska förbättringsarbetet och utförarens utvecklingsplan samt utvecklingsmål för nästkommande år.

## Barnperspektiv

En kvalitetsberättelse berättar hur arbetet bedrivs i en verksamhet för att på ett så systematiskt och fortlöpande sätt som möjligt säkra och utveckla kvaliteten. Detta bidrar till att barn och ungdomar som har insatser inom socialtjänsten får en insats som är rättssäker samt utav bra kvalitet.

Helena Åman

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

## Bilagor

1. Bilaga – Kvalitetsberättelse 2018 Proffssystem AB
2. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2018 Destinys Care AB
3. Bilaga - Kvalitetsberättelse 2018 3 Systrar Omsorg AB
4. Bilaga – Kvalitetsberättelse 2018 Ansvarsfull omsorg AB
5. Bilaga – Kvalitetsberättelse 2018 Frösunda Omsorg AB

Beslut sänds till

- Akt



# PROFFSSYSTEMENS I UPPLANDS BRO KVALITETSBERÄTTELSE FÖR ÅR 2018.



## **Verksamhetsbeskrivning**

Proffssystem i Stockholm AB bedriver verksamhet inom vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning.

Proffssystem har lång erfarenhet inom hemtjänst och hushållsnära tjänster. Vårt mål är att kunna ge varje individ ett gott och tryggt liv. Verksamheten bedrivs på ett kvalitetssäkert sätt och i enlighet med gällande lagstiftning. Kvaliteten i verksamheten utvecklas systematiskt och fortlöpande.

### **Målgrupp**

Vår målgrupp är äldre och personer med funktionsnedsättning i behov av hemtjänst

### **Inriktning**

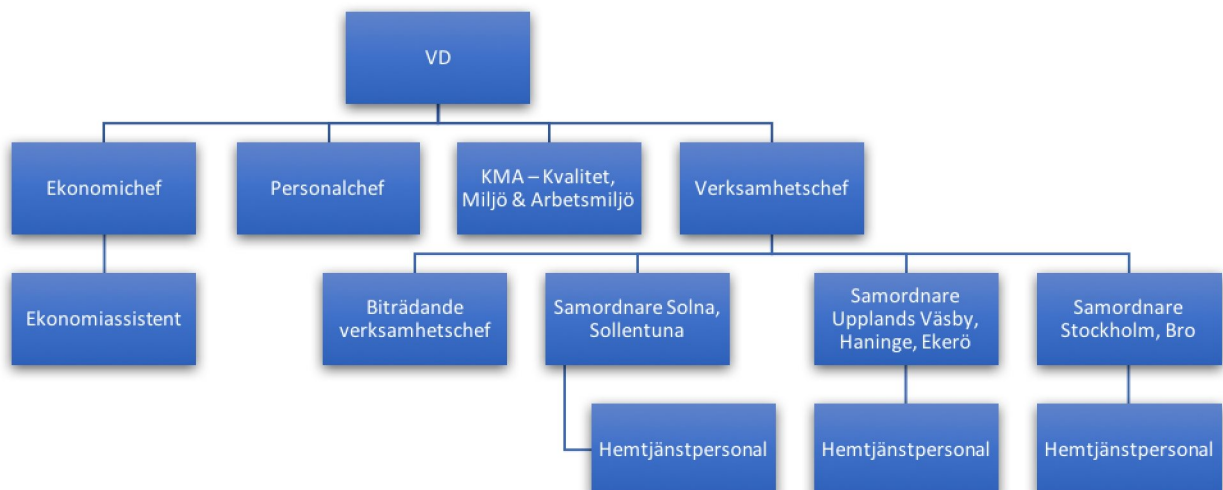
Vi på Proffssystem erbjuder även en mångkulturell insats där alla med etnisk bakgrund kan känna sig trygga och kan bevara sina traditioner samt religion med omsorg och respekt. Vi anpassar och knyter en detaljerad genomförandeplan till individen för att säkerställa att just dennes behov uppfylls i bästa möjliga mån.

Vi arbetar utifrån ett salutogent perspektiv och strävar efter att kunna ge våra kunder möjlighet att bevara sin nuvarande funktion och stimulera de sämre fungerande funktionerna. Vi har kompetent personal som arbetar tillsammans med individen för att stärka dennes självständighet.

### **Omfattning**

Verksamheten bedrivs i sju kommuner i Storstockholm och har kontor i fyra kommuner. De anställda uppgår till cirka 150 personer med tillsvidare-, tim- och vikarieanställning.

## Organisationschema Proffssystem AB



## Verksamhetens huvudsakliga uppdrag

Verksamhetens uppdrag är att utföra hemtjänst utifrån kundernas egna önskemål och ge god service på ett personligt sätt. Kunderna ska uppleva att vår personals egenskaper är flexibilitet, positivitet, humor, initiativförmåga och samarbetsförmåga.

Vi utför vårt uppdrag med hög kvalitet genom att

- vi utför våra uppdrag rättssäkert, det vill säga tillämpar gällande lagar och förordningar korrekt.
- vi utgår från individens behov och erbjuder ett professionellt bemötande.
- våra medarbetare har rätt kompetens för sina uppdrag.
- vi tillvaratar våra medarbetares lust och förmåga att utveckla verksamheten.
- vi använder våra resultat som en del i arbetet att ständigt förbättra vår verksamhet.

## Risikanalyt

På företagsnivå bedömer vi fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Årligen genomförs en verksamhetsuppföljning då vi går igenom alla processer för att

1. Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
2. Bedöma vilka konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vi använder en 5-gradig skala, där 5 är mycket allvarligt, för att uppskatta vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Resultatet av det arbetet sammanställs och införs i en tabell och utifrån det planeras åtgärder för att minska risken för att händelsen ska kunna inträffa igen. Nedanstående är exempel på områden som identifierats som hög risk under 2018 och åtgärder för att hantera dessa.

Risikområde	Negativa konsekvenser	Åtgärd
Social dokumentation	Utebliven information	Samordnare har systematisk kontrollerat socialdokumentation 2 gånger i månaden.
Tidkontinuitet	Uteblivet eller sent besök	Samordnare fördelar dagliga arbete och har tät kontakt med anställda och brukare och kan vidta snabba åtgärder.
Systematiska minnesanteckningar	Utebliven information	På personalmötena utses en sekreterare som dokumenterar det som tas upp under mötets gång. Ett protokoll justeras och sparas i avsedd pärm.
Rekrytering	Individen drabbas	Proffssystemen ställer nu högre krav på personer som anställs. Personalen ska ha adekvat utbildning inom området samt goda kunskaper i svenska språket

Vi arbetar regelbundet med riskanalys inom arbetsmiljöområdet och till vår hjälp har vi en checklista. Checklistan omfattar arbetsmiljön för personalen i utförande av uppdraget hos kund. Denna checklista används vid första hembesöket eller vid förändring av uppdraget. Riskbedömningen utförs av samordnare eller kontaktperson.

Vi arbetar också med riskanalys avseende brand- och fallrisk i hemmet och har två checklistor till hjälp som används vid första hembesök eller vid förändring av uppdraget.

## Uppföljning genom egenkontroll

Under året har ett nytt arbetssätt för egenkontroll utarbetats och en omfattande rutin har tagits fram. Detta dokumenterades i en rapport på de förbättrings-områden som har identifierades.

- aktuell lagförteckning
- befattningsbeskrivningar
- utbildningsregister.
  
- Basala hygien
- Munhygien

Ledningsgruppen har följt upp att bristerna har åtgärdats och för ovanstående har åtgärder vidtagits.

Verksamheten har också ett kontrollprogram för att säkra kvaliteten på insatser hos kund. Kontrollen görs vid hembesök av samordnare eller kontaktperson med en frekvens på minst 2 gånger/år. Vi följer då upp hur den enskilde/de anhöriga upplever samarbetet med Proffssystem och hur utförandet av insatserna har fungerat. Vi ser kontrollen som en förutsättning för att kvalitetsarbetet ger det förväntade resultatet.

Ledningsgruppen har förutom ovanstående ett regelbundet arbetssätt att följa upp verksamheten avseende till exempel

- utvecklingsplanen för verksamheten och dess fokusområden
- utvecklingsplan för personalen.

## Utredning avvikelser

Skyldigheten att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheten ingår som en obligatorisk del i introduktionen av ny personal. Introduktionen signeras av medarbetaren. Fortlöpande information om rapporteringsskyldighet och Lex Sarah ges på APT-möten och i förekommande fall vid eventuell händelse.

Under 2018 har det inrapporterats 4 avvikelser hos kund varav 1 avsåg fall:

- 1 avvikelser gällande försenat besök

- 1 avvikelser gällande utebliven medicin.
- 1 avvikelse gällande sår uppkommen i samband med förflyttning  
1 avvikelse avser ergonomi

Ingen avvikelse ledde till anmälan enligt Lex Sarah.

Alla avvikelser analyseras. Efter analys fortsätter arbetet kring förebyggandet av avvikelser genom en förbättrad dokumentering samt diskussion runt inträffade händelser. Skriftlig information ges kontinuerligt samt diskuteras på personalmöten. Genomgång av rutiner sker regelbundet.

## **Klagomål och synpunkter**

Vi välkomnar alltid klagomål och synpunkter från våra kunder och deras närstående. Inkomna avvikelser/ synpunkter ser vi som en grund till fortsatt förbättringsområden. Det finns flera sätt att komma i kontakt med oss genom att:

- personligt besök på vårt kontor
- mail
- brev
- telefonsamtal
- blankett för synpunkter och klagomål.

Även via vår kundnöjdhetsmätning finns utrymme för kunder och deras anhöriga att utvärdera vår verksamhet och lämna förslag till förbättringar.

Under 2018 har 1 klagomål inkommit till verksamheten i Upplands Bro.

- Klagomålet avser gällande serviceinsatser där kunden inte blev nöjd med utfört städ.

Alla klagomål registreras kontinuerligt för uppföljning och samman-ställning av berörd chef då dessa är en del av verksamhetens kvalitetsarbete.

## **Samverkan**

För den enskildes bästa och för insatsens bästa kvalitet krävs ett gott samarbete mellan de olika aktörerna. Vi har rutiner för kontakter med myndigheter och anhöriga med syfte att samverka kring individen. Samordnare har också regelbundet, i stort sett varje vecka, kontakt med kunder och anhöriga via telefon eller hembesök.

Samordnare deltar i olika samverkansmöten med sjukvården, myndigheter samt olika föreningar och intresseorganisationer för att säkerställa samverkan mellan alla inblandade aktörer.

Vid behov av ytterligare samverkan mellan de olika aktörerna inom vården deltar vi också i SIP – Samordnad Individuell Planering.

Samverkan mellan samordnare och arbetsgrupp sker dagligen. Vi har även 10 APT per år där närvaro är obligatorisk.

## **Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

Personalens delaktighet i kvalitetsarbetet utgör en förutsättning för att verksamheten ska bedrivas i enlighet med verksamhetens övergripande mål. Därför har vi aktivt arbetat för att öka personalens förståelse för vikten av att rutiner följs och att avvikelser rapporteras och dokumenteras. För att ytterligare öka medarbetarnas engagemang och medverkan i kvalitetsarbetet involveras de i olika aktiviteterna, till exempel deltar kontaktpersonen i planeringen av insatserna och uppförandet av genomförandeplanen samt uppföljningar.

Vid introduktion av en ny medarbetare ingår genomgång av för befattningen kritiska processer och rutiner. Därefter sker löpande genomgång av rutiner och policys på APT och andra personalmöten. Uppdaterade eller nyttillkomna rutiner skickas ut till personalen via mail. Vid eventuell händelse går vi igenom den aktuella rutinen med berörd personal.

För att säkerställa ett gott bemötande och ett professionellt förhållningssätt hos medarbetarna har vi en egen bemötandepolicy som medarbetarna ska godkänna och signera vid anställning. Vi diskuterar på APT och övriga personalmöten samt tar upp det vid medarbetarsamtal. Samordnare har daglig enskild kommunikation med medarbetarna avseende kunder och arbetets utförande. I det ingår vid behov reflektion avseende kundbemötande och professionellt förhållningssätt.

## **Sammanställning, analys och resultat**

### **Utvecklingsplan**

Utvecklingsplan har tagits fram utifrån genomförd Egenkontroll där två bristområden har identifierats såsom socialdokumentation samt brister i följsamheten av basala hygien. Under 2018 hade vi dessa två som fokusområde. Följsamheten av rutiner gällande basala hygien har gett resultat, dock arbetet med social dokumentation fortgår även under 2019.

**Händelser av betydelse under året**

Inga förändringar har skett avseende verksamhetens inriktning och omfattning.

**Kunders och närståendes delaktighet i kvalitets- och utvecklingsarbetet**

Kundbesök/hembesök sker både planerat och vid behov. Under besöket är anhöriga alltid välkomna om kunden så önskar. Information om möjligheterna som finns för att framföra synpunkter lämnas både skriftligt och muntligt till både kunden och dennes anhöriga vid första hembesöket.

**Utbildningsåtgärder som verksamheten har genomfört under året**

Verksamhetens mål är att all hemtjänstpersonal ska ha undersköterske- eller vårdbiträdesutbildning. Under senaste två år har 4 av personalen erhållit utbildning till undersköterska. Resten av arbetsgrupp har blivit erbjuden utbildning och vi har planerat att i år skall ytterligare 2 personal till genomgå utbildning till undersköterska.

Samtlig personal har genomgått webbaserad utbildning i Vårdhygien under året.

Samtlig personal har genomgått interna utbildningar i Socialdokumentation vid två tillfällen.

Samtlig personal har genomgått utbildning i Munhälsa.

Samtlig personal har genomgått interna utbildningar i värdegrund/bemötande.

**Systematiskt brandskyddsarbete**

Checklista för kontroll av brandskydd i hemmet samt instruktioner för agerande vid eventuell brand finns i hempärmen.

**Samlad bedömning**

Viktiga delar i det systematiska förbättringsarbetet såsom riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering och hantering av klagomål har fungerat bra i verksamheten. Vi kan konstatera att en ständig utveckling sker i verksamheten och att år 2018 varit ett givande och positivt år. Utvecklingsplanen har varit en starkt bidragande orsak till detta.

Utvecklingsarbetet fortsätter framåt och utvecklingsmål och -plan för 2019 kommer att stärka verksamheten ytterligare.



# **Kvalitetsberättelse**

**Destinys Care AB  
2018**

### **Verksamhetsbeskrivning**

Destinys Care AB startade sin verksamhet 2012-04 03. Destinys Care AB fick tillstånd att bedriva personlig assistans för 3 personkretsen enligt LSS från Socialstyrelsen 2012-06-18. Destinys Care fick tillstånd att bedriva hemtjänst, ledsagar-avlösarservice under mars 2013 i Upplands-Bro kommun. Detta tillstånd gällde för 3 år d.v.s. till och med mars 2017. Ny ansökan skickades till Uppland-Bro kommun 15 december 2016. Ansökan har blivit godkänd och beviljad av Uppland-Bro Kommun. Detta tillstånd för att bedriva hemtjänst, ledsagar-avlösarservice gäller tillsvidare.

Destinys Care tog emot sin första brukare under maj 2013.

Destinys Care har sitt kontor på Femstenavägen 7 i Kungsängen. På Destinys Care finns en verksamhetschef (kallad nedan VC) som ansvarar det dagliga verksamheten. VC ansvarar för ledningssystemet och lägger tillsammans med samordnare upp gällande arbetsrutiner. Verksamhetschefen har varit/är ansvarig för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen har tagit fram, fastställt och dokumenterat rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschefen säkerställer att alla inom verksamheten ska ha goda kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och Socialstyrelsens riktlinjer. Detta genom kompetensutveckling, utbildningar, fortbildningar och handledning. Verksamhetschefen är även ansvarig för all kommunikation med brukarna, deras anhöriga och alla anställda samt kommunikation med de berörda verksamheterna dvs Försäkringskassan, kommun, biståndshandläggarna och Socialstyrelsen.

Samordnare ansvarar för den dagliga försörjningen av personal i samråd med VC. Samordnarna har ingen arbetsledande funktion utan arbetar ”på uppdrag” av VC. Det fanns en samordnare på Destinys Care tidigare. Ytterligare en samordnare anställdes under 2018.

Det finns vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor samt en ekonomiansvarig på Destinys Care. Det finns även tillgång till IT och teknisk support. All personal arbetar utifrån socialtjänstlagen.

### **Mål för 2019**

Övergripande mål för 2019 skulle karakteriseras av långsiktighet för ökad stabilitet, förändring och utveckling inom de fyra områdena kvalitet, ekonomi, kund och medarbetare. Destinys Care styrelse har beslutat om att konkurrera enbart med kvalitet.

### **Vision**

Bemötande - Alla människors lika värde är grundläggande!

Lyhördhet - Vi utgår från att alla har olika behov och önskemål!

Kontinuitet - Ur alla perspektiv bara för din trygghet!

### **Kvalité**

Vården och omsorgen på Destinys Care har under 2018 stärkts till det positiva. Egenkontrollen har gjorts bl. a på matlådor, Larm, registrerade timmar, hygien, nyckelhantering. Kundundersökning har gjorts under 2018 och kommer att göras under hösten 2019 utav Destinys Cares verksamhetschef. På Destinys Care skrivs arbetsscheman på planeringsmodulen på Life Care för att på ett bra sätt strukturera arbetet. Det leder till att insatser och brukare inte på något sätt kan missas vilket höjer kvalitén på vård och omsorgen vi ger.

Under 2018 har det regelbundet varje månad hållits kvalitetsmöten med kvalitetssamordnare, ekonomiansvarige och VC. Där varje händelserapport har behandlats och åtgärd och uppföljning fastställts om nödvändigt. Personalmöte (APT) har erhållits en gång per månad. Målet var att alla anställda inklusive anhörganställda skulle vara närvarande. All personal varit involverad i kvalitetsarbetet.

Vi har haft ett besök från kvalitetsansvarige på Upplands-Bro under våren 2014, ett besök under våren 2015, ett besök under våren 2016 och ett besök under våren 2017 och ett besök i hösten 2018. Rutinerna har kollats och diskuterats. Destinys Care har fått mycket bra betyg med många godkända punkter. En del punkter har kompletterats och åtgärds enligt kommentarerna från kvalitetsansvarige på Upplands-Bro. Kompletteringar och åtgärdsplan har skickats till kvalitetsansvarige på Upplands-Bro. Destinys Care har fått ett excellent resultat på brukarnöjdhet på brukarundersökningen som Socialstyrelsen har genomfört under 2018.

### **Kontaktmanskap**

Enligt Destinys Cares riktlinjer arbetar vi aktivt med att upprätthålla ett bra och fungerande kontaktmanskap. Under året har målet uppfyllts med att varje brukare har en kontaktperson tilldelad, även de brukare som enbart har trygghetslarm och städ. Kontaktpersonen ansvarar ytterst för arbetsplanen kring vårdtagaren samt att om brukaren inte har några andra insatser än städ/larm ändå vet vem dennes kontaktperson är och ett telefonnummer att ringa om den undrar över något och vill komma i kontakt med Destinys Care. Kontaktpersonens huvuduppgift är att skapa trygghet för den enskilde, vara ett stöd för de närstående och därigenom ge förutsättningar för god kontinuitet och bra kvalitet. Om brukare eller anhöriga har frågor eller funderingar kring vården är det i första hand till kontaktpersonen de skall vända sig till. Varje kontaktperson har skrivit en sammanfattning av rutinerna för sin brukare och har lagt in det i pärmen hos brukaren så att alla personal ska göra på samma sätt. Detta för att respektera och följa brukarens rutiner och önskemål och höjer kvaliteten av den vård och omsorg som brukaren får. Brukarna har informerats att de får byta kontaktperson när som helst om så de önskar sig.

Inom hemtjänsten är det biståndsbeslutet som ligger till grund för vilka insatser som kontaktpersonen är huvudansvarig för.

## Samverkan

Destinys Care har ett väl fungerade samarbete med biståndshandläggarna på kommunen. Både VC och samordnaren har alltid varit närvarande vid kommunens LOV-samverkans möte. Det har varit ett välfungerande och nära samarbete mellan Destinys Care och kommunens-IT ansvarig (ansvariga för Procapita, Mobipen och life Care). Det har även varit ett välfungerande samarbete mellan Destinys Care och larmansvariga i kommunens hemtjänst då behovet har funnits för installering av trygghetslarm osv. Det har varit även en fungerande samverkan mellan Destinys Care och kommunens nattpatrull då behov av överrapportering har funnits. Dessutom finns det rutiner för samverkan dokumenterade i pärmen Intern Rutin.

### Risakanalys

Risakanalys har gjorts med enighet med SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12

Destinys Care har fortlöpande bedömt om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Med hjälp av ledningssystemet och dokumenterade rutiner har verksamheten arbetat för att förebygga och hantera eventuella risker som framkommit vid risakanalysen. En risakanalys görs även för varje brukare och skrivs i genomförandeplan.

### Egenkontroll

Egen kontroll har gjorts med enighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12

Verksamhetens kvalitet har följts upp och utvärderats genom egenkontroll. Nedan kan ni se några exempel på hur Destinys Care har gjort egenkontroll:

### Registrering av utförda tider

Det använts mobiler (life Care/LMO) för att registrera utförda tiderna i LMO. Alla personal har fått utbildning i det nya registreringsystemet via mobilen "Life Care". Anhöriganställda använder också mobilen för registrering av utförda timmarna. Sammanlagt 25 mobiler har köpts under 2018 vilket har fungerat bra.

### Kontroll av larm:

Det finns ca 40 kunder med trygghetslarm. Alla trygghetslarm har testats två gånger under 2018. Kommunens nya rutiner för hantering av larm har införts i verksamheten och följts upp. Inga brister under 2018. Verksamheten får en rapport angående antal larm, uttryckning mm från larmcentralen regelbundet dvs en gång per månad.

### **Anmälningssärenden/klagomål**

Under 2018 har det inte kommit in några klagomål. Däremot har det kommit in en del avvikelser. Avvikelserna har rapporterats skriftligt, åtgärdats och följts upp. Alla personal är informerade av dessa avvikelser. Dessutom har Destinys Crae skrivit en del avvikelser på Kommunens systemansvariga för registrerings av utförda tiderna i Life Care samt Life Care utförare.

### **Ekonomi**

Företaget har funnits i över 13 år i form av en enskild firma men ombildades till Aktie bolag 2012. Företaget kom igång på riktigt under 2013 då fick vi brukare (LSS) från Försäkringskassan, Danderyd, Järfälla och Upplands Väsby samt hemtjänst och ledsagarservice SOL och LSS från Upplands-Bro kommun. Företaget hade en omsättning på ca 13 000 000 kr under 2017. En kopia på årsredovisning för tidigare år kan lämnas vid begäran till kommunen när som helst. Årsredovisning för år 2018 kan lämnas i slutet av mars 2019. Destinys Care har köpt en fastighet i Brunna park under 2017 och ytterligare en fastighet under 2018. Destinys Cares lokalen/kontoret är nu flyttat dit.

Vid varje arbetsplatsträff informeras personalen månadsvis om hur det ekonomiska läget ser ut för verksamheten. Samt hur viktigt det är att arbeta utifrån uppdragen, att utföra de insatser som är beviljade, varken mer eller mindre. En ekonomiansvarig är anställd och jobbar på kontoret. Han betalar lön, skickar fakturor och rapporterar utförda insatser. En bokförare och en revisor är också kopplade till verksamheten. Medarbetarens löner betalas via löneprogrammet Hogia. Utbetalning sker 25:e månad.

En löne- och utvecklingssamtal med alla anställda inklusive anhörganställda har gjorts under 2018. Lönen/timersättningen kommer att höjas enligt kollektivavtal.

Upplands-Bro kommunen har INTE höjt timersättningen för utförda insatserna inom SOL och LSS.

### **Medarbetare och kompetens**

På Destinys Care arbetar en sjuksköterska som är även pedagog och står för interna utbildningar. T.ex hygien, dokumentation, 17 undersköterskor varav en är specialistutbildad i demensvård, 1 vårdbiträde, 2 ledsagare med adekvat gymnasieutbildning samt 2 omsorgspersonal och 3 anhörganställda (varav 2 jobbar delvis som anhörganställd). En av dem är utbildad vårdbiträde och en av dem är undersköterskor. 1 administrativa personal med adekvat utbildning inom ekonomi och lönehantering.

Rekrytering av ytterligare meriterade undersköterskor pågår kontinuerligt.

Rutinerna för anställning och anställningsintervjuerna har nu setts över. Anhörig anställning har lagts till nu på vårt anställningsavtal som Ja och Nej fråga. Detta för att inte missa denna Viktiga frågan Det är samma krav på anhörganställda som icke anhörganställd vad gäller kompetens. Destinys Care följer Upplands-Bros rutiner för anhörganställda.

Kontakt med anhöriganställda sker regelbundet.

Destinys Care följer Kommunal kollektivavtal för tryggare anställningsformer. Det finns pension och FORA försäkring för alla anställda.

### **Kompetensutveckling**

Destinys Cares personal består till största del (90%) utav utbildade undersköterskor. Det finns även vårdbiträden och personal med adekvat gymnasieutbildning. Destinys Care har även personal med många års yrkeserfarenhet inom vården samt anhöriganställda. Vid anställning av ny medarbetare säkerställer vi att den nyanställda ska kunna behärska det svenska språket både i tal och skrift. Vi kräver att utrikesfödda medarbetare visar intyg/betyg på SFI (svenska för invandrare). Detta gäller även för anhöriganställda.

För att utöka kompetensen i verksamheten har Destinys Care skrivit avtal med vuxenutbildningen "Consensum" och erbjudit sina anställda valideringskurser till undersköterska. Ytterligare 2 av våra anställda har validerat sin kompetens till undersköterska under 2018. Destinys Care står för kostnaderna för valideringskursen.

### **Utbildning**

Alla nyanställda på Destinys Care får en vecka introduktion. Under introduktionsveckan säkerställer vi att den nyanställda får information om verksamhetens policy och rutiner. Utbildning i Pro Capita, Phoniro-Care och life Care ges under introduktionsveckan.

En undersköterska på Destinys Care är ansvarig för introduktion av alla nyanställda. Efter introduktionsveckan ska introduktionsansvarige tillsammans med den nyanställda gå igenom checklisten för personalintroduktionen och säkerställer att alla punkter har gått igenom. Verksamhetschefen säkerställer att rutinerna är uppdaterat och är baserade på de aktuella föreskrifterna.

I övrigt har det varit korta utbildningar inom värdegrund, hygien, dokumentation, lyftteknik och tidsregistrering i life Care. Minst 2-3 personal har deltagit i anhörigs dagar, Demens och Alzheimers dagar som hade anordnats bland annat av Upplands-Bro kommun.

### **Kund**

Antal nytillkomna brukare har ökat successivt under andra halvåret. För nuvarande har Destinys Care 72 brukare. Under 2018 har regelbunden kontakt med brukarna hållits. Samtal med anhöriga/god man sker kontinuerligt. När en ny beställning (brukare) skickas till Destinys Care tilldelas den en kontaktperson som håller i ett ankomstsamtal tillsammans med samordnaren eller VC. Närstående/god man är välkommen att delta i detta samtal om det finns sådant önskemål. I anslutning till välkomstsamtalet delas även en samtyckeblankett till brukaren. Brukaren samtycker då att hen har blivit informerad att Destinys Care behandlar hens personuppgifter med enighet med EU:s nya dataskyddsförordning (2018). I samtyckeblanketten står att Destinys Care behöver brukarens personuppgifter för att kunna utföra de beslutade insatser. Detta bland annat för att kunna ha tillgång till beslut och genomförandeplan samt för att kunna öppna dörren med det nickelfria systemet och registrera de utförda insatserna.

Brukaren ska vara delaktig i alla samtal och planering. VC och samordnaren ansvarar och ser till att det upprättas en genomförande plan för aktuella och nytillkomna brukare. Denna hålls

sedan uppdaterad vid förändringar. Genomförandeplan har upprättats för samtliga brukare och lämnats till respektive biståndshandläggare. Personalen har tillgång till genomförandeplanen i sina jobbmobiler via Life Care Mobil

omsorg. Det finns även en kopia av genomförandeplanen i pappersform i brukarens akt och bevaras i ett lås skåp på kontoret. Detta för att personalen ska ha tillgång till det i fall om tekniken krånglar till. Uppföljning sker skett regelbundet och vid nya eller ändrade beslut. Utvärdering av insatserna sker regelbundet.

### **Utvärdering**

Utvärderingen har gjorts muntligt kontinuerligt. Vi har haft många nöjda kunder. Kunderna har rapporterat sin nöjdhet med Destinys Care till Socialstyrelsen genom den årliga rapporten, genom att annonsera på Upplands Bro tidning och tackade personalen på Destinys Care, samt rekommenderade företaget till alla i Upplands-Bro.

En kundundersökning (kundenkät) har gjorts utav Destinys Care under våren 2018. Svaren är sammanställda och kan lämnas till Upplands-Bro kommun vid begäran. Ytterligare en kundundersökning ska göras under hösten 2019.

### **Arbetsmiljö**

En god arbetsmiljö innebär samverkan mellan människa och arbete genom social kontakt, varierade och stimulerande arbetsuppgifter och teknisk utveckling. Arbetsmiljön skall dessutom innebära hälsa, arbetsglädje och motivation gemenskap samt ett ansvarstagande för var och en.

Vi som arbetar på Destinys Care skall tillsammans sträva efter en god fysisk, psykisk och social arbetsmiljö som främjar en god hälsa på kort och lång sikt samt bidrar till utveckling av verksamheten. Vi på Destinys Care följer Upplands-Bro lokala miljöplanen miljömål för vilket ä är indelade i tre miljömålsområden:

- Effektivare användning av energi och transporter (vi använder oss av miljöbilar)
- Giftfria och resurssnåla kretslopp
- Hushållning med mark, vatten och bebyggd miljö

Lena Karlsson är miljöansvarig på Destinys Care.

### **Aktivitet**

Personalen har bjudits på mat och sociala aktiviteter i samband med APT-mötena. Vi har haft en planeringsdag på en kryssning i maj. Vi har även anordnat ett Julbord på Lejondals slott under december.

**Arbetskläder:** All personal använder arbetskläder med Destinys Care loggan på. Arbetskläderna består av en kortarmad tunika och långa byxor, en fleecejacka och en varmvinterjaka. Syftet var att förbättra hygien och arbetsmiljön. Det finns tillgång till tvättmaskin och torkmaskin och allt tvättmedel på kontoret.

**Lokal:** Personalen på Destinys Care har tillgång till en fin, ljus och nyproduktion lägenhet med stor matsal, personalrum, toalett och badrum, vilorum. Samtliga personal har tillgång till företagets bilar och datorer.

**Underskrift**

Destinys Care  
Verksamhetschef  
Azar Tavallali  
2019-01-15





# 3SYSTRAROMSORG KVALITETSBERÄTTELSE 2018

## VÅR ÄFFÄRSIDÉ

Att erbjuda äldre vård och omsorg och service av hög kvalitet med fokus på det friska hos varje individ.

## 3Systraromsorg AB

Verksamhetschef, Behnam Fallahian      Adress:  
Skolvägen 33, 196 34 Kungsängen.

# Kvalitetberättelse

## Syfte

I kvalitetsberättelsen ges en samlad bild och sammanfattning av kvaliteten i verksamheten för varje år. Sammantaget beskrivs hur vi har arbetat och hanterat avvikelser som sker i verksamheten. Hur många Lex Sarah-utredningar och synpunkter som förekommit under 2018 samt vilka åtgärder som vi gjort. Kvalitetsberättelsen omfattar huvudsakligen socialtjänstlagens och Lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade, LSS, område. Kvalitetsberättelsen ger en bild av vilket fokus företaget haft i arbetet med kvalitet under 2018. Även vilka insatser som planeras under 2019 anges. Många av de områden som redovisas i rapporten, redovisas mer fördjupat för omsorgsnämnden i separata rapporter, vilket innebär att vissa frågor som rör personal och arbetsmiljö som finns med i ledningssystemet.

3 systrar omsorg sedan 2013 haft avtal enligt LOV med Upplands-Bro kommun sedan december -15, med Upplands Väsby kommun sedan juli 2016. Verksamheten haft omorganisation i ledningen, från 2018-10-01 består verksamheten av en ny VD och verksamhetschef. Verksamheten har enhetschef, samordnare, administratörer, IT ansvarig och ekonomer. Verksamheten har utvecklat sig under 2018 och har idag ca 55 medarbetare. Hemtjänsten har ett kundunderlag med cirka 150 kunder med uppdrag från klockan 07.00-22.00. Företagets Trygghetslarm ansvarar för larmutryckningar mellan 07.00-22.00 i Upplands-Bro kommun i Upplands-Väsby är det andra verksamheter som har hand om larmet. På 3 systrar omsorghemtjänst arbetar vi för att ge god kvalitet i vård, omsorg och service. Det är viktigt för oss att våra kunder får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt att de får bo självständigt under trygga förhållanden.

- Vi har ett dokument för systematisk riskanalys både hos kunden och för personalen. En genomgång av eventuella risker görs i samband med första hembesöket hos kund.
- Vår förbättringsplan är att alltid ligga steget före där vi plockat fram/letat riskerna aktivt genom samtalen på våra arbetsplatsträffar och kundmöten samt i det dagliga arbetet.
- Vid misstanke om risker, till exempel fallrisk eller andra akuta och riskfaktorer sker åtgärd genom dialog mellan personal och kund eventuellt med närstående eller andra aktörer. Det kan gälla ommöblering, mattor som behöver flyttas eller tas bort, akuta situationer etc. Vid behov av hjälpmedel kontaktas alltid arbetsterapeut.
- Vi har säker nyckelhantering då vi använder digitala nyckelskåp, vi kan se när nycklar hämtats ut och in och av vem nyckelpärmen.
- Vid medicinska eller delegeringsfrågor kontaktas alltid vårdcentral/ MAS i respektive kommun. Personalen har alltid aktuell delegering för medicinhantering i de kommuner som finns HSL delegeringar.

- Vi har synliggjort personalens tillbud och arbetsskador, dessa handlar övervägande om fall vid förflyttning/transport mellan kunder etc.
- Vi har jourverksamhet vilket innebär arbetsledning har jourverksamhets kvällar och helger för att säkerställa att personal har stöd att inhämta i olika frågor dygnet runt alla dagar i veckan samt att kunder kan nå verksamheten vid ärenden som inte kan väntas till näst kommande vardag.
- I höstas övergick vi från kommunens verksamhetssystem, Procapita till Lifecare utförare, där vi har alla beställningar från biståndsenheten samt har mejlkonversation med andra myndigheter. Våra arbetstelefoner fick anpassas efter det nya verksamhetssystemet till Lifecare omsorg. Vi har även ett nytt planeringssystem, Lifecare Planering på gång och kommer under våren 2019 komma igång med den. Det nya planeringssystemet har en integration mellan Lifecare utförare och med Lifecare Omsorg. Personalen ska kunna se sina arbetsscheman i arbetstelefonen. Syftet är att förenkla för personalen att skriva rätt insatser jos kunderna samt säkerställa en bra och effektiv planering med korrekta uppgifter och och skydd enligt sekretess och PUL.
- Vi har haft uppföljningsmöte den 2018-09-27 och bland annat framkom det att det manuellt registreras långt över godkänd gräns. Förhoppningsvis kommer det nya planeringssystemet att hjälpa till att minska på det samt 10 procent av alla anhörig anställdas manuella registrering kommer att förvinna. Vi har även efter uppföljningsmötet gjort i ordning pärmar där vi ser att personalen kontinuerligt genomgår olika e-utbildningarna på nätet.
- Vi har kontinuerlig genomgång i ledningsgruppen och på arbetsplatsträffar av risker kopplade till olika säkerhetsaspekter. Det kan gälla t.ex. bemötande, avvikelser, Lex-Sarah, basala hygienrutiner, hantering av pengar, nycklar, ID-brickor och alla andra rutiner när det gäller arbetsmiljöfrågor. Uppföljning genom egenkontroll SOSFS 2011:9 5 kap.2§, 7 kap.1§
- Genom systemet Phoniro Care kan vi följa upp och säkerställa att kunden får de insatser, den personal och de tidpunkter som är avtalade. Därför tar vi kontinuerligt upp vikten att registrera besöken med kvittens.
- Phoniro Care är även en kvalitetssäkring vid frågor gällande utförda insatser hos kunden från närstående och kund.
- Ett material(checklista) som handlar om introduktion av nyanställda har framarbetats för att säkerställa den processen. Vi har även reviderat checklistan och tagit med att e-utbildningar är obligatoriska vid nyanställning.

### ***Utredning avvikelser Rapporteringsskyldighet SOSFS 2011:5; SOSFS2011:9 5 kap. 4,5 och 6 §***

- Vid Introduktionen av nyanställda förankras rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah samt på arbetsplatsträffar och på vår arbetsplatsträffar och planeringsdagar.
- Rapport och utredningar är gjorda av ledningen under året

- Inga Lex-Sarah rapporter år 2018.

### ***Klagomål och synpunkter SOSFS 2011:9 5 kap. 3 § och 6 §, 7 kap2 § p6***

- Vid genomgång av klagomål och synpunkter ser vi inget återkommande mönster. Klagomål och synpunkter identifieras, utreds och åtgärdas omgående samt sammanställs två gånger per år.
- Vi får in interna synpunkter och klagomål skriftligt från personalen vilket gör det lättare att analysera och reda ut vad som behöver förbättras exempel på detta är att kunden fått sin hjälp i tid och vid förseningar kunden blir underrättad.
- Totalt 25 avvikelserapporter under 2018 som handlade om bemötande av enstaka personal, sena besök, felparkeringar och bilkörning.

### ***Bemötandefrågor och personalkontinuiteten***

- Vi arbetar ut efter samverkansrutinen från primärvården då det gäller demens och nutrition/ undernäring och medicindelegering.
- Vi medverkar på samverkansmöten i respektive kommuner
- Vi har rutiner och samverkar med trygghetslarmcentral i kommunerna
- Vi samverkar med alla hemtjänstutförare, med myndighetsavdelningen, kvalitetsavdelningen, demenskoordinator, paramedicinare, socialjouren, ASIH, dagverksamheter och primärvården. Samverkan med kunder och närstående. Vårt förhållningssätt är att kunders och närståendes upplevelse alltid är rätt och att de ska känna att de får ett gott bemötande från oss som vårdgivare vad än saken gäller.
- Vi har blanketten riskanalys och genomförandeplan för varje kund, som upprättas tillsammans med kund alternativt även närstående vid hembesök. vårt mål är att upprätta genomförandeplanen med kunden medverkan inom 14 dagar efter mottagen av beställningen.
- Vid en uppkommen kvalitetsbrist finner vi en lösning tillsammans med kunden, vid behov och önskemål från kunden är även närstående med.
- Vid större förändringar i verksamheten informeras kunderna skriftligt.

### ***Personalens medverkan i kvalitetsarbetet SOSFS 2011:9 6 kap.3 § Utredning av avvikelser***

- På morgonmötet samt i det dagliga samtalet tar vi upp frågan om det finns signaler från kunder och närstående om något vi kan bli bättre på i vår verksamhet.
- Vi uppmuntrar personalen att skriva avvikelserapporter. Med det inkom uppemot 25 avvikelserapporter jämfört med 2017, 8 st. Avvikelserapporter är en stor del av kvalitetsrapporten.
- På varje APT har vi en punkt för Lex Sarah, avvikelser, arbetsmiljöfrågor samt synpunkter och klagomål där vi tar upp inkomna ärenden sedan föregående möte.

Personal delges på detta sätt brister som inkommit, åtgärder som gjorts, konsekvenser och kompensationer.

- Vi har inkommit med en viktiginformationspärm under hösten 2018, vilket tar upp aktuell information om vad som händer i verksamheten.
- Under hösten 2018 har personalen ökat social dokumentation och vikten i social dokumentation. Vi har även infört ett checkblock där vi skriver vad och hos vilken kund som man behöver läsa dokumentation om.
- På våra ledningsmöten går vi igenom brister, klagomål, synpunkter, avvikelser och förbättringsområden. Både interna och externa signaler går igenom. Vi analyserar och lägger in åtgärder för att förhindra att det händer igen. Sammanställning, analys och resultat enligt SOSFS 2011:95 kap.6. I jämförelse med vårterminen 2018 så har färre klagomål inkommit till ledningen från kunder och anhöriga då önskemål och synpunkter fångas upp och åtgärdas på ett tidigt stadium av personal och ledningen.

### *Händelser av betydelse under året*

- Byte av VD och verksamhetschef. Ny ledning i Upplands-Bro.
- Nya verksamhetssystem i verksamheten.
- Vi har haft en planeringsdag där vi tog upp alla viktiga händelser under år 2017 och 2018.
- Det nya planeringsprogrammet kommer att visa i mobilen om respektive insatsbeskrivningar efter genomförandeplanen. Genomförandeplanen är alltid skrivna efter kundens önskemål.
- Det nya planeringssystemet kommer att medföra att mindre papper skrivs ut och är ett förbättringsarbete kring miljö.
- Enhetschefen, planeraren och administratören har täta kontakter med kunder och närstående i frågor som gäller planering och utförandet av beviljade insatser.
- Vi jobbar kontinuerligt med backup där företagets ledningssystem inte står och faller på en individ.
- Vi jobbar utefter den nationella värdegrunden i mötet och samtal med kunden.
- Större utbildningsinsatser under året med målgrupp och omfattning.
- flera medarbetare har utbildats i basala hygienrutiner, palliativvård, ergonomiutbildning, munhälsa och demensutbildningar.
- Phoniro utbildning (registrering via mobil samt nyckelfri hemtjänst i upplands Väsby och Upplands-Bro kommun.)
- Kvalitetsplanen som är vår röda tråd som vi arbetat med, vilket tas upp i reflektionssamtal, i medarbetarsamtalet och på APT. Vid brister backar vi tillbaka till vårt APT protokoll eller reflektion samtalet. Under sista APT sammanfattades det gångna året samt ekonomiredovisning framfördes..
- Fortbildning av IBIC och att skriva Genomförande plan enligt IBIC.

### *Eventuella polisanmälningar.*

- Vid misstanke om brott eller hot och våld på arbetsplats eller hot och våld i nära relation uppmanas personalen, kunden eller dess närstående att göra polisanmälan.

### *Arbetsmiljöfrågor*

- skyddsronnd utförs en gång per år.
- I lokalen har vi regelbundna kontroller av brandutrustningen.
- Vid risker hemma hos kund kontaktar vi arbetsterapeut för lämpligt hjälpmedel.
- Att arbeta med organisatorisk och social arbetsmiljö AFS 2015.4
- Vid behov av brandlarm, etc. påtalas detta till kund och eller närstående och vi är behjälpliga att införskaffa detta.
- När vi uppmärksammar att det finns brandrisk meddelas kund och närstående, handläggare samt dokumentation i ärendet.
- I vår blankett riskanalys hos kund har vi frågor som handlar om brand och utrymning vid brand.

Företagets kvalitetsplan bifogas nedan.

Tack för ett bra samarbete och ser framemot en ännu bättre samverkan.

*Behnam Fallahian*

*Verksamhetschef*

**3**Systrar  
omsorg AB

## *Kvalitetsplan 3systraromsorg AB*

<b>Aktivitet</b>	<b>Frekvens/tidpunkt</b>	<b>Dokument för genomgång</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Delges*</b>
<b>Ledningens Genomgång</b>	1g/år (nov/dec)	Särskild agenda kvalitetsplan, Mål, sammanställningar från andra aktiviteter i kvalitetsplanen. Rutin för ledningens genomgång. Dokumentstyrningsrutin	Ledningen	Medarbetare
<b>Kvalitetsberättelse</b>	1 g/år (dec, jan)	Sammanställningar från aktiviteter i kvalitetsplanen	Ledningen VCH	Medarbetare Uppdragsgivare* Kunder/närstående
<b>Riskbedömning hos kund</b>	1gång i samband med uppdatering av GP och Vb	Sammanställning av insatser hos kund och riskerna som kan uppkomma i samband med arbete.	Enhetschef/kontaktperson	medarbetare
<b>Ledningsmöte</b>	2 gånger/år	Särskild agenda löpande uppföljning av kvalitetsplanen och egenkontroll och utvecklingsplan. utbildningar, fortbildningar etc.	Ledningen	
<b>Arbetsplatsträff</b>	Minst 3-4gångar per termin  6-8 gånger /år	Särskild agenda	VC/enhetschef	Medarbetare
<b>Social Dokumentation</b>	Löpande	Checklista för social dokumentation,  Rutin för social dokumentation	Kontakt Person och all personal	VCH/enhetschef

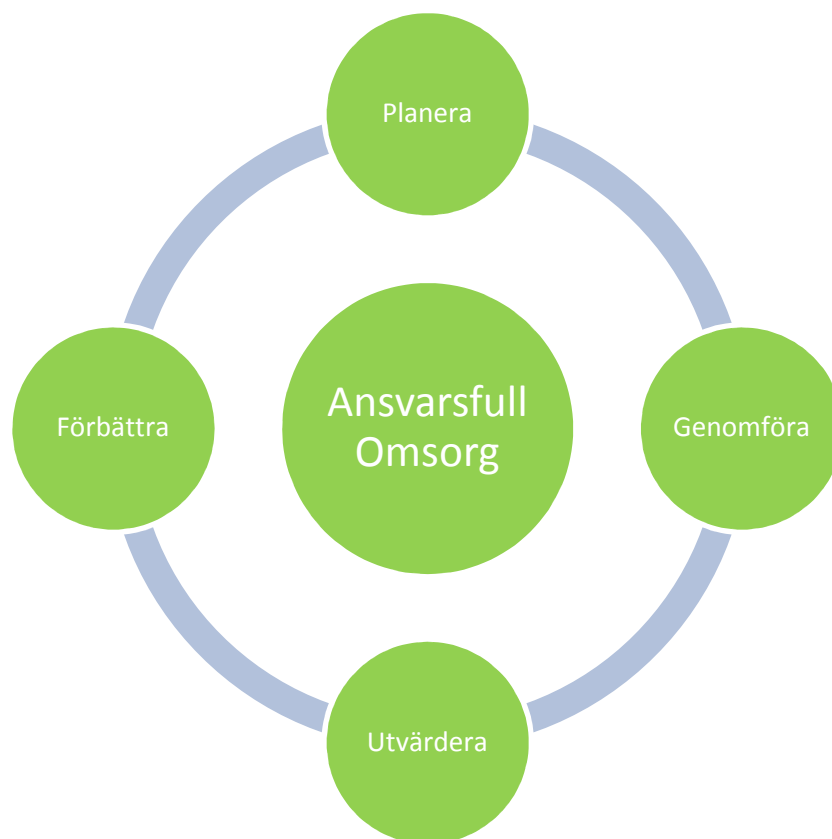


<b>Egenkontroll</b>	2g/år (mars-nov)	Revision av rutin och checklista för dokumentation, kvalitets genomgång	VCH/enhetschef	Ledningen
<b>Risikanalyser på företagsnivå och skyddsronder</b>	1 gång/år (jan)		Enhetschef Och skyddsombud	VCH/enhetsledare
<b>Avvikelse, synpunkter och klagomål.</b>	Löpande 1g/mån.	Utredning och analys Månadens avvikelser, Lex Sarah, Lex Maria, synpunkter och klagomål. Kvartalssammanställning 2 ggr/år (Mars-Nov)	VCH/enhetschef  VCH/enhetschef	Medarbetare, Ledningen Uppdragsgivare*
<b>Förbättringsarbete (April)</b>		Revision av rutiner och blanketter samt arbetsmiljöparmen	VCH/enhetschef	Ledningen
<b>Kundupplevelse, Första kontakten, Genomförande</b>	2 gånger/år och Vb Serviceinsatser 1 gång /år	Utvärderingsformulär med kund/närstående 14 dagar efter första kontakten	Enhetschef	Kontaktperson, medarbetare

deplan				
<b>Kundupplev else</b>  <b>(kundunders ökning)</b>	1 gång/år  Jan- mars	Utvärderingsformulär med kund/närstående.  Sammanställning	Enhetschef/sam ordnare  VCh/enhetschef	Kontaktperson, medarbetare  Medarbetare, ledningen, kunder/närstående

# Kvalitetsberättelse

*Kvalitetsberättelsen är en sammanställning av Ansvarsfull Omsorgs  
kvalitetsarbete under 2018*



## Inledning

Ansvarsfull omsorg startade sin verksamhet 2012-03-05. Ansvarsfull omsorg fick tillstånd att bedriva hemtjänst i ordinärt boende under juli 2012 i Stockholms Stad, Järfälla kommun och senare samma år i Sundbybergs stad men även Sollentuna och Solna under 2014.

Sedan mars 2014 kan Ansvarsfull omsorg bedriva personlig assistans i hela Sverige med tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under sommaren 2017 fick Ansvarsfull omsorg tillstånd att bedriva Boendestöd i Järfälla kommun och senare samma år tillstånd att bedriva hemtjänst i Upplands-Bro kommun.

Ledningen på Ansvarsfull omsorg beslutade under kvartal 2 2018 om att minska sitt geografiska område. Med anledning av detta beslut sade Ansvarsfull omsorg upp LOV-avtalet med Sundbyberg, Solna och Vällingby-Hässelby stadsdel. Detta för att kunna kvalitetssäkra vår verksamhet och öka lönsamheten.

På Ansvarsfull omsorg finns en verksamhetschef (kallad nedan VC) som ansvarar för den dagliga verksamheten. VC lägger tillsammans med samordnare upp gällande arbetsrutiner. Det finns både vårdbiträden och undersköterskor men även personal med mångårig erfarenhet på Ansvarsfull omsorg. All personal arbetar utifrån socialtjänstlagen och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Samordnare ansvarar för den dagliga försörjningen av personal i samråd med VC. Samordnarna har ingen arbetsledande funktion utan arbetar på uppdrag av VC.

Ledningssystemet som infördes under 2014 har reviderats under 2018. Detta innehåller de viktigaste styrdokumenterna för ledning och styrning av verksamheten. Styrdokumenterna består till exempel av policy, verksamhetsplaner, handlingsplaner och rutiner. Ledningssystemet bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet som anges i SOSFS 2011:9. Ledningssystemets syfte är först och främst att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Under 2018 har några viktiga styrdokument reviderats så som Egenkontroll och riskanalys, Våld i nära relation och Anhörigstöd.

Det systematiska kvalitetsarbetet på Ansvarsfull omsorgs består av följande;



## Risikanalyser

På individnivå utförs idag strukturerade riskanalyser hos våra brukare. Detta för att förebygga eller minska t.ex. fallrisk i hemmet eller upptäcka behov av bostadsanpassning. För mer detaljerad riskanalys vänligen se styrdokument " H07. Blankett riskbedömning och handlingsplan".

Riskbedömning på företagsövergripande nivå har genomförts under första och sista kvartalet 2018. Riskbedömningen kommer att uppdateras under första kvartalet 2019. Rutinens syfte är att säkerställa att riskanalys genomförs löpande i verksamheten. Ansvaret åligger verksamhetens verksamhetschef samt dess ledning att löpande identifiera risker och genomföra riskanalyser i verksamheten.

Risikanalyser för personal när det sker förändringar i verksamheterna utförs alltid enligt särskild rutin (SAM). Under 2018 fortsatt arbetet med att utbilda personalen genom fortbildningar. Fokus har legat på att informera samtliga om den nya föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö.

När någon allvarlig händelse inträffar så görs alltid en händelseanalys på uppdrag av VC. Händelseanalysen utförs av den kvalitetsansvarige inom företaget. Vid större organisationsförändringar görs en riskanalys ur arbetsmiljöperspektiv så väl som brukarperspektiv för att eliminera risker för rättssäkerheten.

### Processer

Som en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har ett processorienterat arbetssätt införts i verksamheten.

Processkartor har tagits fram under 2018 som tydligt visar ett flödesschema i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Information, regler, rutiner och förbättringar tagits fram och knyts till varje process.

## Uppföljning

### Öppna Jämförelse

#### Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2018?

Socialstyrelsen gör en årlig undersökning där alla över 65 år och som har hemtjänst får svara på frågor om vad de tycker om sin vård och omsorg. Totalt svarade 87 390 personer på årets enkät för äldre med hemtjänst, vilket är 59,8% av de tillfrågade. Andelen svarande för Järfälla och Ansvarsfull Omsorg var mellan 60 - 80%.

Ansvarsfull omsorg granskar resultatet noga för att hitta förbättringsområden som kan genomföras inom den egna verksamheten under 2019.

Fokus kommer under 2019 bl.a. att ligga på klagomål och synpunkter. Under 2017 visste 72% av våra brukare till vart de kunde vända sig för att framföra synpunkter och klagomål vilket har sjunkit till 68% under 2018. En förklaring kan vara att Ansvarsfull omsorg fick ta emot många brukare pga. att tidigare utförare förlorat LOV tillståndet i Järfälla.

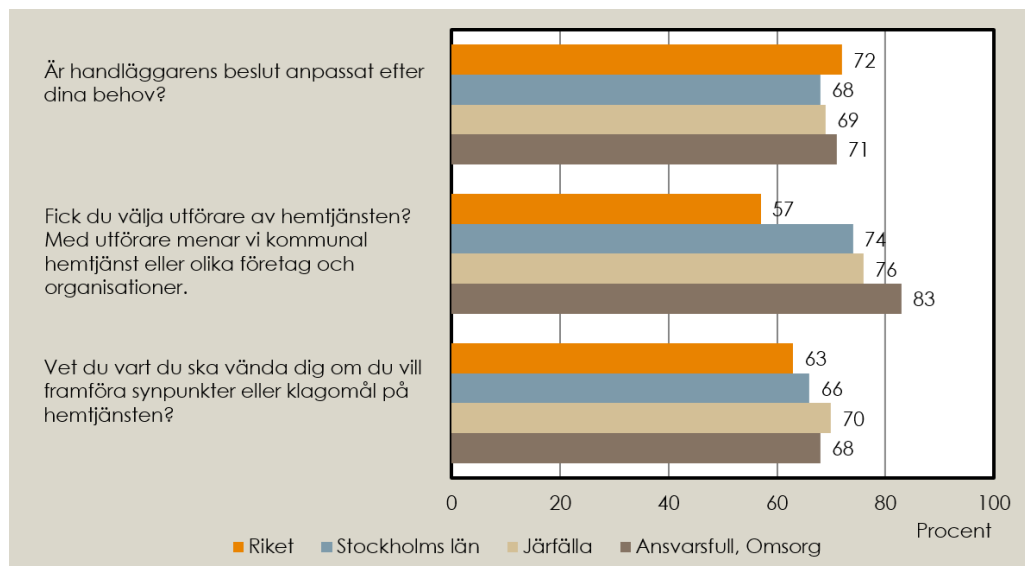
Det är fler brukare som tycker att personalen utför sina arbetsuppgifter jämfört med 2017, från 85% till 92%.

97% tycker att personalen kommer på avtalad tid jämfört med 92% 2017.

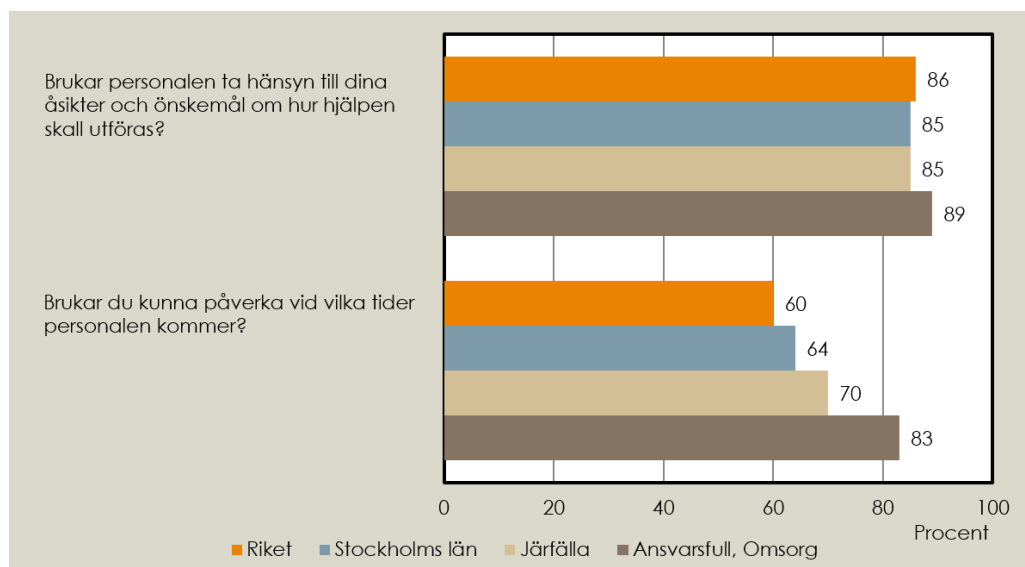
Vi kan även se resultatet av allt arbete kring värdegrund under 2018, 100% av våra brukare tycker att personalen har ett gott bemötande jämfört med 96% under 2017!

## Resultat från 2018 års undersökning:

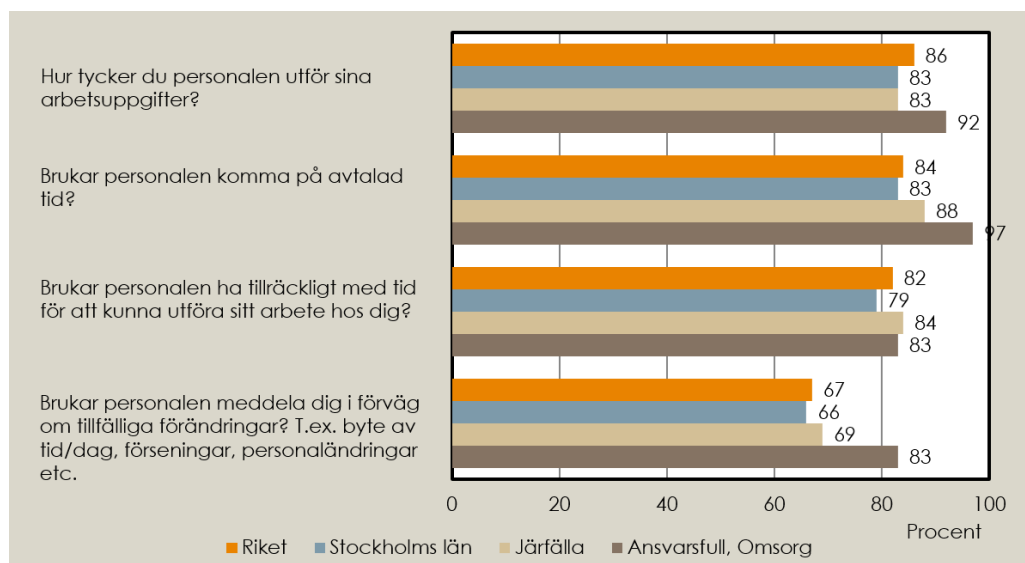
### Andel positiva svar inom området kontakter med kommunen



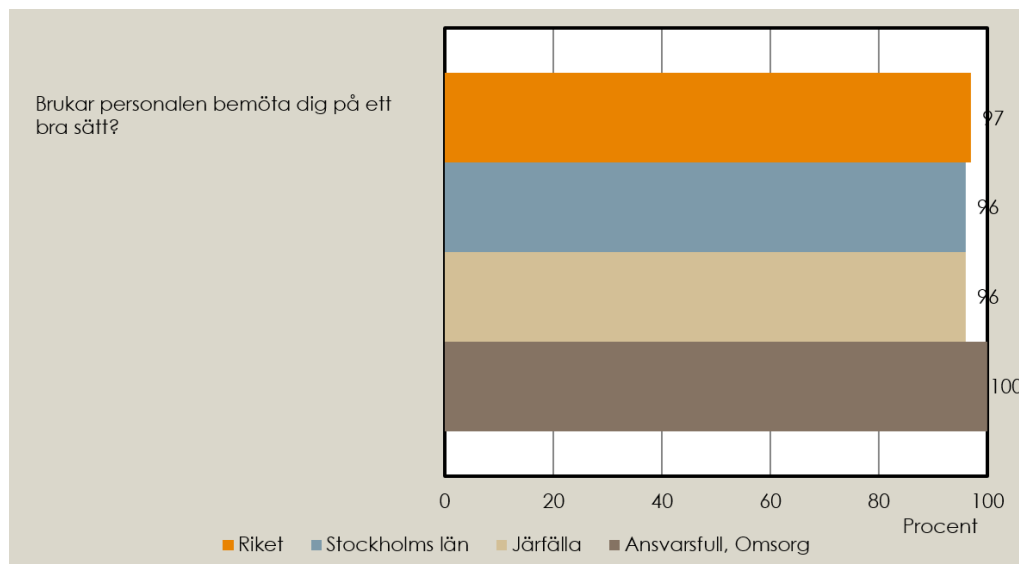
### Andel positiva svar inom området inflytande



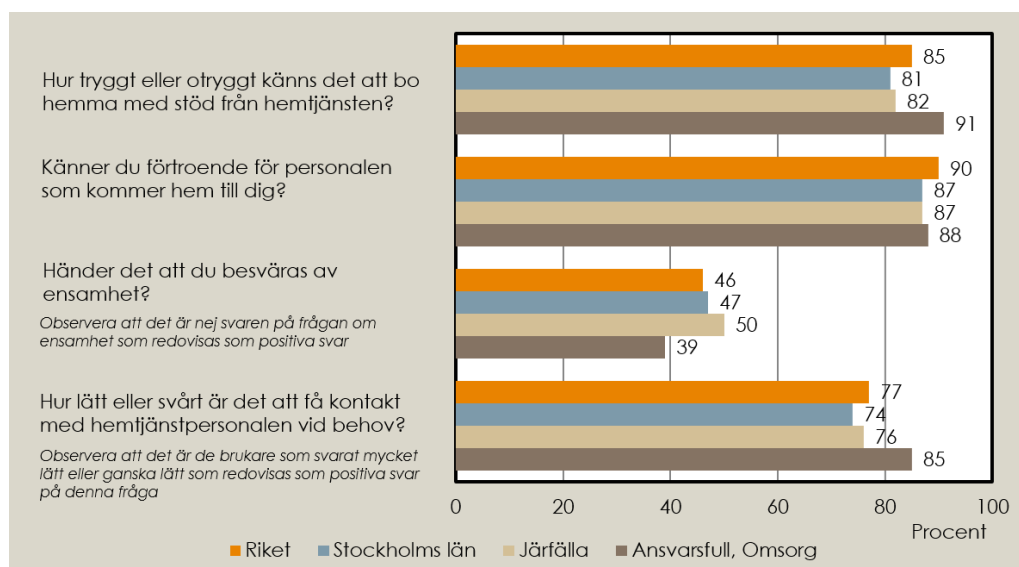
### Andel positiva svar inom området hjälpens utförande



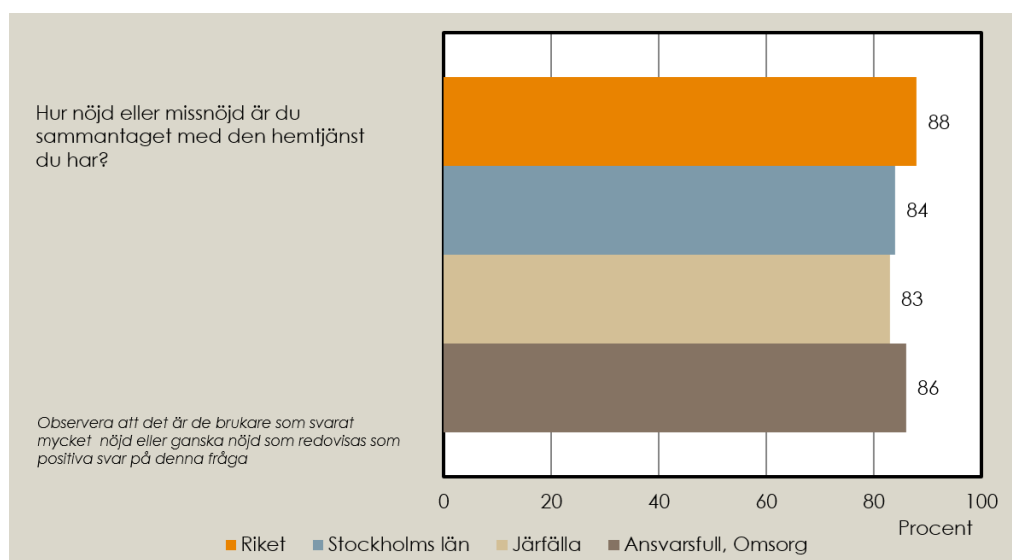
## Andel positiva svar inom området bemötande



## Andel positiva svar inom området trygghet och tillgänglighet



## Andel positiva svar inom området hemtjänsten i sin helhet



## Verksamhetsuppföljningar

Under 2018 genomfördes totalt 1 verksamhetsuppföljning genom besök på Ansvarsfulls omsorgs huvudkontor i Järfälla. Uppföljningarna genomfördes utav Upplands-Bro kommun. Uppföljningen med Stockholms stad ställdes in pga. sjukdom.

Verksamhetsuppföljningen används som ett verktyg för att:

- ta reda på hur väl verksamheten lever upp till beställarens krav på god kvalitet inom omsorg samt Ansvarsfull omsorgs egna rutiner
- starta arbetsprocesser inom arbetsgruppen som bidrar till ökad kvalitet i genomförandet av insatser
- bidra med konkreta förslag på åtgärder som vidareutvecklar verksamheten
- förmedla kunskap om hur verksamheter fungerar till Ansvarsfull omsorgs ledningsgrupp

De anmärkningarna som gjordes under 2018 är följande;

- Byxor som arbetskläder enligt SOSFS 2015:10 saknades. Ansvarsfull omsorg har nu beställt byxor.
- Ansvarsfull omsorg ska kunna uppvisa att samtlig personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning. Utbildning ska vara genomförd senast 31 mars 2019.
- Skriftliga rutiner finns för hantering av synpunkter och klagomål. Tillägg behöver göras med kommunens kontaktuppgifter om den klagande inte skulle vara nöjd med företagets svar/åtgärder. Rutinen är nu uppdaterad med kommunens kontaktuppgifter.

## Egenkontroll

Ansvarsfull Omsorg genomför en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontrollen görs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten gör en bedömning av och en planering för vilka åtgärder som måste vidtas minst 2 gånger per år. Dock sker Egenkontroll Social dokumentation 4 ggr per år.

För att kunna säkra verksamhetens kvalitet görs en granskning enligt följande aktiviteter

- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet

## Personal och kompetens

Uppföljningen visar att verksamheten i stor utsträckning uppfyller kraven inom detta område.

Genomförda utbildningar under 2018:

- Påbörjad undersköterskeutbildning 1350 poäng (4 anställda)
- Genomgång värdegrund och socialdokumentation vid flera APT. Vikt har legat på värdegrund även under 2018
- Arbetet med värdegrundsledarutbildning & nätverksträff för värdegrundsledare genomfördes under 2018.
- HLR + hjärtstartare, Stroke och Diabetes
- Föreläsning Våld i nära relation inriktning äldre, Kvinnojouren Anna



- Halv dags utbildning ”praktisk enklare matlagning”, Järfälla kommun, 8 anställda
- Ny dataskyddsförordning, GDPR, verksamhetschef

### **Dokumentation övergripande**

Förvaring och hantering av dokumentation uppfyller inte gällande författningar då beslut, genomförandeplan etc. förvaras och hanteras i kundpärmarna hemma hos brukarna. Pärmarna och dess information skall vara lättillgänglig för brukarna så för närvarande finns ingen bättre lösning.

### **Dokumentation genomförandeplan**

Samtliga genomförandeplaner är upprättade inom ramen för kommunernas ställda krav, vilket varierar mellan en vecka och fyra veckor efter att beställningen är verkställd. Uppföljningar är genomförda enligt utsatt datum. Ansvarsfull omsorg har infört ett nytt arbetssätt efter Stockholms Stads införande av Ramtid. Detta betyder att en så kallade grovplanering görs/skrivs vid första mötet tillsammans med brukaren som sedan uppdateras inom 14 dagar vilken utgör en slutgiltig genomförandeplan.

### **Dokumentation socialjournal**

Verksamheterna uppfyller väl kravet på vem som skrivit anteckningen samt när anteckningar är gjorda. Dokumentation är ett område som kräver fortlöpande utbildningsinsatser. Några brukare har nu fått dagböcker från Ansvarsfull omsorg avsedda för informationsöverföring mellan anhöriga och anställda. Personalen har genomgått en webbaserad utbildning i socialdokumentation som Järfälla kommun erbjuder under 2018 men även genomgång vid APT.

### **Fallrapporter**

Samtliga fallrapport skickas in till samordnarna som sammanställer och vidtar åtgärder. Nya riskanalyser av brukarens bostad kan bli aktuella. Samtliga fallrapport utreds, följs upp och dokumenteras. I Sundbyberg görs detta i verksamhetssystemet Treserva. Ansvarsfull omsorg har inte fått in några fallrapporter under 2018.

### **NKI (Nöjd Kund Index)**

Under 2018 valde vi att inte genomföra någon undersökning dock använder vi oss utav socialstyrelsen genomförda undersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2018”. Majoriteten av ansvarsfull omsorgs brukare finns i Järfälla kommun vilket man ansåg vara statistiskt korrekt urval med hög tillförlitlighet. Vänligen se punkt ”Öppna Jämförelse”.

### **Samverkan**

Samverkan intern sker genom schemalagda arbetsplatsträffar, f.n. varannan vecka. Vissa punkter på agendan är återkommande såsom Värdegrund, Socialdokumentation, Synpunkter och klagomål. Personalen ges chans och tid att diskutera och reflektera över exempel tagna ur verkliga händelser. Samverkan med andra verksamheter/myndigheter anordnas utav beställarenheterna. VC Hoja Jariani har deltagit så gott som i samtliga möten. I dagsläget fungerar samverkan mellan Ansvarsfull omsorg och biståndet i olika kommuner och stadsdelar bra.

Ansvarsfull omsorg har tydliga rutiner kring samverkan vad det gäller Larm – och nattpatruller, vid byte av utförare, hälso- och sjukvårdsuppgifter. Ansvarsfull omsorg ska i största mån samverka i vårdplaneringar runt brukarna om medgivande ges. Under 2018 anordnade Solna stad samverkansträffar för att förbättra samarbetet kring Samordnad Individuell Plan (SIP), där representanter från primärvården och hemtjänst deltog. Även Sundbyberg kallat till samverkansträffar för genomgång av mat och måltider och undernäring.

# Utredning av Avvikelser – Synpunkter och Klagomål

## Avvikelser (Lex Sarah)

För avvikelser enligt SoL och LSS pågår ett arbete med att ta fram ett IT-stöd för registrering och hantering. Arbetet har försenats pga. att verksamheten har under 2018 implementerat nya planeringsverktyg både inom hemtjänst och personlig assistans. Rutinen för Lex Sarah garanterar att samtliga rapporterade missförhållanden utreds och att den enskilde informeras.

I dagsläget rapporterar personalen missförhållanden på en blankett som hittas i rutinen för Lex Sarah. Rapporterna hanteras och utreds av verksamhetschefen. Om utredningen konstaterar att det rör sig om ett allvarligt missförhållande eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden ansvarar verksamhetschefen för att göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2018 har inga Lex Sarah anmälan gjorts.

## Synpunkter och Klagomål

Den nya rutinen innebär att synpunkter och klagomål hanteras direkt i verksamheten. Alla klagomål registreras, följs upp och sammanställs som en del av verksamhetens kvalitetsarbete. På så sätt kan vi utveckla vår verksamhet och erbjuda bättre omsorg.

Blankett för Synpunkter och klagomål finns i brukarnas ”hempärm”. Personalgruppen är informerade om rutinen kring klagomål och synpunkter. Dock inga allvarliga klagomål utan mestadels brukare som har varit missnöjda med utfört städ.

Inkomna synpunkter ökade något i antal jämfört med 2017, detta pga. att antalet kunder ökat jämfört med föregående år. Dessutom har personalen blivit mycket duktigare på att framföra brukarnas synpunkter.

Under 2018 har;

- 10 rapporter inkommit

Klagomålen krävde åtgärd i form av information till personalgruppen/brukare och kompensation i form av extra insatser utan kostnad för dessa brukare.

Typ av Synpunkter/Klagomål	Antal
Bemötande	1
Utebliven insats/sen ankomst	7
Utförande	2
<b>Totalt</b>	<b>10</b>

Verksamhetschefen tillsammans med samordnarna ansvarar för att åtgärda missförhållandet samt informera personalgruppen om utfallet av utredningen. Brukarna ifråga är informerade om vilka åtgärder som har vidtagits. Klagomålen har helt försvunnit när det gäller utebliven insats eller sen ankomst sedan implementering av planeringsverktyg, mars 2018.

## Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarnas medverkan och ledningens engagemang är viktiga delar i Ansvarsfull omsorgs förbättringsarbete. För att medarbetarna ska kunna medverka i förbättringsarbetet och ge god vård och omsorg krävs rätt kompetens. Med kompetens menas förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter. För att kvalitetsarbetet ska få genomslagskraft är det viktigt att all personal inom verksamheterna är inblandade i detta arbete.

Inom de kvalitetsområden som beskrivs ovan är personalens medverkan nödvändigt, t ex. att ta fram förbättringsförslag för brukarna, riskbedömningar, kvalitetsregistreringar, processarbete, riskanalyser, avvikelser och synpunkter.

Ansvarsfull omsorg har arbetat med att implementera lokala värdighetsgarantier samt hur de används i det dagliga arbetet. Verksamheten har använt sig utav utbildningsmaterial framtaget av Stockholms Stad, både i form av kortfilmer och kortlek. Idag finns det två värdegrundsledare på ansvarsfull omsorg som ska vara stöd till verksamhetschefen i värdegrundsarbetet.

Krav i lagar och författningen	Mål	Metod	Uppföljning
<p><b>14 kap. 2§ SoL och 24 a § LSS</b> Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och inom LSS verksamheten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.</p> <p><b>6 kap.1 § SOSFS 2011:9</b> ... ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.</p>	<p>Personalen ska ha den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifter med god kvalitet</p>	<p>Kompetensförsörjningsplan.</p> <p>Medarbetarsamtal och individuell plan samt bedömning av kompetensbehov – Kompetensbank.</p> <p>Kompetensutveckling</p> <p>Riktlinje för rekrytering</p> <p>Regelbunden dialog om personalens medverkan i kvalitetsarbetet (ex. schemalagd APT varannan vecka )</p> <p>Synpunkts- och klagomålshantering</p>	<p>Regelbunden uppföljning av kompetensbehov t ex vid medarbetarsamtal, arbetsplatsträffar, verksamhetsuppföljning</p> <p>Fortlöpande bedöma kompetensnivå och i dialog med ansvariga säkra kompetens</p> <p>Genom riskanalys, egenkontroll och uppföljning påvisa kompetensbehov</p> <p>Sammanställningar och analyser av synpunkter från medarbetare</p>

## Kompetensutveckling

Omvårdnadspersonalens kompetensutveckling består till största del av insatser som har i syfte att stödja samt utveckla medarbetarnas förmågor att på ett initierat sätt delta i verksamhetens kvalitetsarbete.

Genomförda utbildningar under 2018;

Vänligen se under rubrik **Personal och kompetens** för genomförda utbildningar under 2018.

Majoriteten av våra medarbetare har genomgått Demens ABC utbildningen. Några har även genomgått Demens ABC plus Hemtjänst utbildningen under 2018 men målet är att samtliga ska ha genomgått utbildningen under 2019.

## Sammanställning, analys och utvecklingsområden

Nedan följer några exempel på förbättringsarbete genomförda under 2018;

För att öka kompetensnivå bland omsorgspersonalen har 4 anställda genomgått undersköterskeutbildning på 1350 poäng. Utbildningen består av kärnämnen så som Vård och omsorgsarbete 1 och 2, hemsjukvård, Äldres hälsa, Psykiatri, Hälso pedagogik, Demens, Etik och livskvalitet etc.

Vid egenkontroll upptäckte man att Ansvarsfull omsorg saknade rutiner för Barnperspektivet, Riktlinjer för-anhörigstöd och Rutin Våld i nära relation. Nu har dessa rutiner tagit fram och är presenterade för personalen.

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) om basal hygien har implementerats i verksamheten. Det finns mycket arbete kvar när det gäller arbetskläder och dess användningsgrad. Vid egenkontroll upptäckte man att vissa utav personalen inte följer den basala hygienrutinerna. Några exempel är långa naglar och smycken. Samtliga arbetstagare har tillgång till omklädningsrum, klädsåp och personalkläder. Ansvarsfull omsorg ansvarar för inköp och tvätt av arbetskläder i vår nya lokal på Vasaplatsen 15.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras, för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Rapporter samt klagomål och synpunkter sammanställs, kategoriseras, återkopplas till verksamheten.

Antalet klagomål och synpunkter från brukare eller närstående är något högre än föregående år.

Klagomålen har främst avsett sen ankomst eller uteblivet besök men även brister i utförda serviceinsatser i allmänhet och städning i synnerhet.

Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah gäller för samtliga medarbetare.

Information om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah för att öka riskmedvetenheten har getts vid flera APT även under år 2018, men även vid introduktion av nyanställda.

15 medarbetare deltog under 2018 i utbildningsinsatser i form av uppdragsutbildning. Årligen genomförs "fortbildningar" såsom Socialdokumentation, HLR + hjärtstartare, Stroke och diabetes. Fler ska genomgå utbildning i förflyttningsteknik.

Mat och måltider och Undernäring, fler satsningar i form av fortbildning ska genomföras under 2019 för att höja kompetensen hos personal.

Antalet anställda har ökat under 2018. Samtliga ska ha genomgått utbildningen, Demens ABC under våren och sommaren 2019. Demens ABC plus ska genomföras under kvartal tre och fyra 2019.

Användandet av personal ID är så gott som 100 % sedan ID kortet används även som passerkort och för utcheckning/incheckning av brukarnas nycklar.

Arbetet med värdegrund är uppskattat hos samtliga medarbetare. Personalen informerar och lämnar broschyrer om lokala värdegrundsgarantier och kvalitetsdeklarationerna i resp. kommun i brukarens "Hempärm", samt kommunen kontaktuppgifter. På så sätt vet Ansvarsfull omsorgs brukare vart de kan vända sig om vi inte håller det vi lovar.

Under 2018 har rekrytering av undersköterskor varit lyckade. Under 2018 har Ansvarsfull omsorg anställt 12 nya undersköterskor. Rekrytering pågår fortfarande.

# Kvalitetsberättelse 2018

Hagtorps äldreboende

Anette Josefsson

2019-01-09

## Organisatoriskt ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet

Verksamhetschefen leder arbetet i det systematiska kvalitetsarbetet och leder Kvalitetsråden som genomförs en gång per månad.

Sjuksköterskorna leder de teammöten som genomförs varje vecka. Sjuksköterskorna har skriftligt uppdrag att ansvara för säkerheten i det lokala läkemedelsförrådet samt kontroll av narkotikaklassade läkemedel.

Arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist ansvarar som legitimerad personal för kvalitetsarbetet och patientsäkerheten inom ramen för sina respektive ansvarsområden.

De legitimerade medarbetarna hanterar även avvikelser i förekommande fall.

Medarbetarna med eller utan delegerade arbetsuppgifter har utifrån sina tilldelade arbetsuppgifter ett tydligt uppdrag att rapportera uppmärksammade risker, hälsoförändringar, skador och vård-omsorgsavvikelser.

Hagtorp har ett tillagningskök med egen kock på Hagtorp vilket tillför mycket för kundernas livskvalitet.

På ledningsnivå, bland legitimerade medarbetare samt i köket har vi haft en stabil medarbetargrupp över året.

### Riskbedömning

När en ny kund flyttar in görs riskbedömningar. Riskbedömning utifrån säkerhet för kund samt en riskbedömning utifrån medarbetarnas arbetsmiljö.

### Arbete mot trycksår

I verksamheten har medarbetarna arbetat med riskbedömningar enligt en modifierad Nortonskala för att undvika att trycksår uppstår. Analys, uppföljning och utvärdering av riskbedömningar och åtgärdsplaner har tagits på teammötena. Individuella vårdplaner har utarbetats samt registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert.

### Arbete mot undernäring

I verksamheten har medarbetarna arbetat med riskbedömningar och åtgärder kring nutrition och undernäring utifrån rutiner och vårdprogram. Riskbedömning, uppföljning och utvärdering av åtgärdsplaner har skett på ett strukturerat sätt och med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert.

Frösundas dietist har varit på Hagtorp enligt den i avtalet angivna frekvensen.

Kostombud finns på samtliga avdelningar på Hagtorp som stöd för det egna förbättringsarbetet. Utbildning för kostombuden har genomförts vår och höst.

Nattfastemätningar har genomförts både vår och höst och under våren låg den på 9,75 timmar i snitt och höstens resultat visade på 10,2 timmar i snitt.

### Arbete mot fall och fallskador

Arbetet kring riskbedömningar och individuella åtgärdsplaner för de kunder som har haft en bedömd risk att falla har skett i multiprofessionellt team. Fysioterapeut och arbetsterapeutens kompetens har varit en naturlig del i arbetet. Läkare har informerats och läkemedelsordinationer

har setts över. Fall och fallskador har rapporterats och utretts enligt rutin. Vikten av att följa rutinerna och att rapportera fallhändelser tas regelbundet upp på kvalitetsrådet.

Hagtorp har erbjudit 2 aktiviteter varje vecka där fysisk rörlighet ingått. Arbetsterapeuten har säkrat varje månad att dessa aktiviteter har genomförts.

Varje dag erbjuds utvistelse för kunderna. Enligt avtal erbjuds detta två gånger per dag under sommarmånaderna och en gång per dag under vintern. Detta dokumenteras och om utevistelse uteblir så skrivs avvikelser. Avvikelseerna redovisas för kommunen.

Förflyttningsombudens roll har förtydligats under året.

Rutinerna för hur och när man kontaktar sjuksköterska vid fall har uppdaterats.

## **Arbetet för förbättrad munhälsa**

Vid inflyttning av ny kund har sjuksköterskan gjort en bedömning av munstatus som en del i det riskförebyggande arbetet. Resultatet har registrerats i patientjournalen samt i kvalitetsregistret Senior Alert. Tandhygienist har besökt Hagtorp var tredje månad under året och genomfört munhälsobedömning hos de kunder som tackat ja till detta. Tandläkaren kommer till Hagtorp 2 gånger per år eller vid behov.

## **Arbete med inkontinens/blåsdysfunktion**

På Hagtorp finns rutiner och medarbetarna har arbetat med ett strukturerat teamarbete inom ansvarsområdet. Aktuella bedömningar och förskrivningar dokumenteras i kundernas journal. Utbildning har genomförts vid ett tillfälle under våren samt två tillfällen under hösten med en produktspecialist från vår leverantör av inkontinensprodukter.

Verksamheten har även genomfört ett projekt under året där medarbetarna tillsammans med sjuksköterskorna och tittat på och säkerställt varje kunds behov av toalettbesök kontra inkontinensskydd. Produktspecialisten har varit inkopplad hos några kunder.

En av våra sjuksköterskor har gått utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.

## **ADL och funktionsbedömning**

På Hagtorp finns arbetsrutiner för kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut samt för samarbete och teamarbete kring rehabiliteringsinsatser. De veckovisa temamöten som genomförs behandlar också dessa insatser.

Det finns planerade veckoaktiviteter för vardagsrehabilitering. Grupp gymnastik har genomförts 1-2 gånger per vecka under året. Individuella hjälpmedel har förskrivits och funktionsbedömningar har utförts dock inte på alla kunder. Fysioterapeut har funnits tillgänglig 1 dag per vecka och arbetsterapeut har funnits 5 dagar per vecka under 2018.

Handledning och utbildning i rehabiliterande arbetssätt samt lyftteknik för medarbetarna har skett kontinuerligt.

## **Demenssjukdom**

På Hagtorp bor personer med demenssjukdom. Medarbetarna som arbetar med kunder med demenssjukdom har utbildning och kompetens inom demensområdet och det finns tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning.

På en av våra avdelningar har vi under året fått en kund som behöver mycket extra resurser. Verksamheten har också behövt köpa och installera ett avdelningslarm för att säkerställa kundens trygghet.

Ytterligare en medarbetare utsågs till BPSD-administratör och har fått utbildning i detta.

På Hagtorp finns det medarbetare på plats dygnet runt.

## Vård i livets slutskede

Vård i livets slutskede på Hagtorp utgår från det palliativa nationella vårdprogrammet vilket verksamheten har utarbetade rutiner för. Det upprättas en vårdplan vid vård i livets slut. Samtliga dödsfall har rapporterats till det palliativa registret för att kunna följa verksamhetens kvalitet vid livet slut. Eftersom det palliativa registret har haft reducerad kapacitet under året har vi inte kunnat få ut sammanställningar av de olika parametrar som man tittar på vid ett dödsfall.

Under året har vi haft 20 dödsfall vilket är en mycket hög siffra. Detta har ställt höga krav på alla våra kundnära medarbetare. Ett gott samarbete kring kunden samt dennes närstående har möjliggjort att man känner sig informerad och delaktig. Hagtorp har fått mycket återkoppling från närstående att de har upplevt att det har varit en fin sista tid för kunden.

Förebyggande medicinska åtgärder har satts in i god tid för att skapa en så bra sista tid som möjligt.

Av de 20 kunder som avled under året var 12 kunder permanenta kunder och återsående 8 fanns på vår visstidsavdelning.

Under året har vi tagit hjälp av Svenska kyrkans diakon för etiska samtal för de kunder som så önskat.

## Uppföljning genom egenkontroll

Vi genomför olika egenkontroller i verksamheten för att säkerställa att vår tjänsteleverans utförs i enlighet med fastställda processer, rutiner och aktiviteter.

Hagtorp genomförde två självskattningar under 2018, februari och december av följsamheten till basala hygienrutiner. Bedömningen som gjordes av verksamhetschef och Frösundas MAS var att ingen handlingsplan behövdes eftersom resultaten var så goda.

Resultatet av de två självskattningarna skickades till Kommunen och vid samrådsorganen bekräftade kommunens MAS att hon hade samma bedömning.

## Genomförandeplaner

Egenkontroll av genomförandeplanerna för kunderna har gjorts regelbundet under året. Verksamhetschefen ser att arbetet med genomförandeplanerna fungerar väl, dock är detta ett arbete som ständigt behöver utvecklas.

## Matenkät

Hagtorp genomförde två matenkäter under 2018, vår och höst.

Frösundas matenkät omfattar både mat och måltidsmiljön. På våren var totalen på matenkäten 87% och på hösten var det 90%.

Matsedels layout har förändrats under året för att tillfredsställa kunder med kognitiv svikt. Samrådsorganet har godkänt denna nya matsedel.

På samrådsorganet godkänns även matsedelns sammansättning i val av rätter varje månad.



Vid de kostråd som hålls varje månad med kunderna, kostombuden, verksamhetschefen, dietist samt kocken diskuteras rätter som önskas eller behöver justeras.

Dagligen tillfrågas kunderna hur de upplever lunch och middag i direkt anslutning till måltiderna. Detta dokumenteras dagligen och en sammanfattning av månadens resultat skrivs in i den sociala journalen för varje kund.

### **Nattfastan**

Frösunda Omsorg mäter nattfastan minst två gånger per år. Nattfastan var i snitt 9,75 timmar under våren och under hösten 10,2 timmar. Detta föranledde ingen handlingsplan då målet är under 11 timmar.

Enskilda kunder hade mer än 11 timmar i nattfasta och på vissa har vi gjort individuella åtgärder för att minska denna tid. Andra kunder har uttryckt att de inte vill bli väckta för att erbjudas förtäring och då respekterar vi det.

Nattfastan har varit en återkommande punkt på våra möten med medarbetarna dag som natt. Verksamhetschefens upplevelse är att detta har lett till att man ser vikten av att ständigt erbjuda förtäring under hela dygnet.

### **Aktiviteter**

Hagtorp erbjuder kunderna enskild tid 5 timmar per månad, kontakttid 5 timmar per månad, 1 schemalagd gemensam aktivitet per dag samt utevistelse 2 gånger per dag under sommaren och en gång per dag under vintern. Detta dokumenteras dagligen och en sammansfattning av månadens resultat skrivs in i den sociala journalen för varje kund. Avvikelse skrivs om inte kunden fått del av den utlovade tiden/tillfällena. Dessa avvikelser redovisas på samrådsorganen.

### **Besiktning av sängar**

Under hösten gjordes besiktning av alla sängar på Hagtorp. Service och normala åtgärder genomfördes på sängarna. Ingen säng blev underkänd. Kommunen är informerad om statusen på sängarna på samrådsorganet. Protokoll finns för varje säng.

### **Besiktning på liftar**

Under hösten gjordes besiktning av alla liftar på Hagtorp. Service och normala åtgärder genomfördes på liftarna. Ingen lift blev underkänd. Kommunen är informerad om statusen på liftarna på samrådsorganet. Protokoll finns för varje lift.

### **Kvalitetsråd**

Varje månad träffas Hagtorps Kvalitetsråd och det rådet består av ett mångprofessionellt team av olika yrkesroller. På detta råd arbetas det med att hantera de avvikelser, synpunkter och klagomål som inkommit under månaden. Viktigast här är att dra lärdomar av det som hänt och att arbeta för ständiga förbättringar.

Varje avvikelse skattas utifrån allvarlighetsgrad. Konsekvensen bedöms utifrån en 4-gradig skala (mindre, måttlig, betydande eller mycket hög/katastrofal). Alla avvikelser har gått igenom på kvalitetsråden med allvarlighetsgraden. I början av månaden skickas statistiken på våra avvikelser till kommunen. På samrådsorganen varje månad går vi igenom varje avvikelse där bedömning av allvarlighetsgraden finns med.

### **Inställetid för joursjuksköterskorna**

Varje månad gör verksamhetschefen en egenkontroll av den inställetid på 30 minuter som verksamheten har i vårt avtal med Klara T. Rutinen kring denna inställetid har uppdaterats och godkänts på samrådsorganet. Vi ser att vid 4 tillfällen under året har de kommit senare än efter 30

minuter. Vid dessa 4 tillfällen har detta inte på något vis påverkat kund. Dessa avvikelser har kommunen informerats om på samrådsorganet varje månad.

### Läkemedelshantering

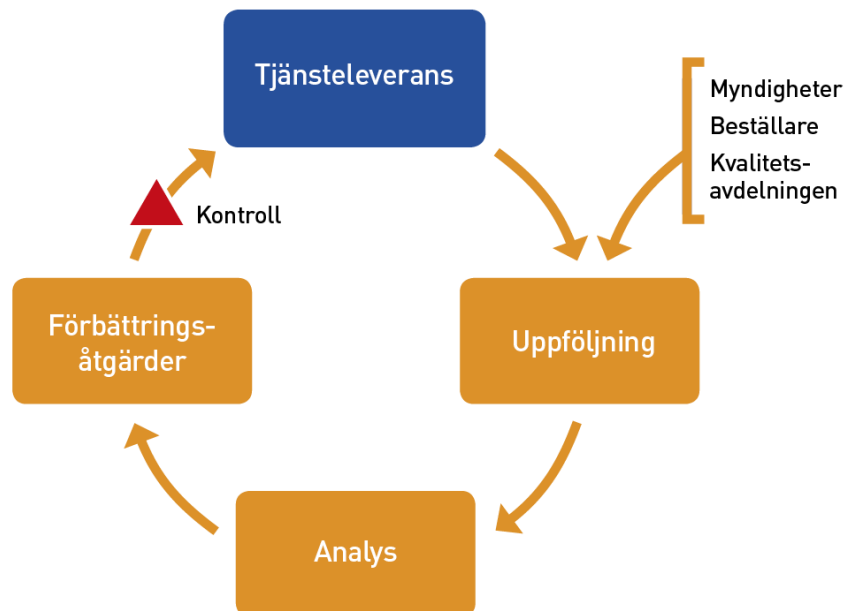
Frösundas rutin för läkemedelshantering samt den lokala skriftliga läkemedelsinstruktionen är känd för berörda medarbetare som hanterar läkemedel. Den lokala instruktionen för läkemedelshantering finns tillgänglig för delegerad personal på respektive avdelning. En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen utfördes av Apoteket AB i november 2018.

### Egenkontrollprogram för livsmedelshygien

Köket genomför alla sina egenkontroller som krävs enligt livsmedelslagen. Dessa rutiner och journalblad finns samlade i pärmar i köken. Detta program revideras en gång per år.

### Avvikelse

Systemet för avvikelsehantering ser vi i Frösunda som ett viktigt led i kvalitetsarbetet. Q-loopen är en arbetsmodell för det lokala systematiska kvalitetsarbetet i Frösunda.



I ledningssystemet finns tydliga rutiner för hantering av vård- och omsorgsavvikelser inklusive missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande samt synpunkter och klagomål. Rutiner finns också för lex Maria och lex Sarah.

Alla medarbetare ansvarar för att rapportera vård- och omsorgsavvikelser samt synpunkter och klagomål direkt i ledningssystemet. Där skall också uppmärksammade risker för avvikelser samt missförhållande rapporteras. Alla medarbetare informeras noggrant om denna rapporteringsskyldighet som följer med anställningen redan under sin introduktion samt kontinuerligt under året.

Varje avvikelse skattas utifrån allvarlighetsgrad. Konsekvensen bedöms utifrån en 4-gradig skala (mindre, måttlig, betydande eller mycket hög/katastrofal). Alla avvikelser har gått igenom på kvalitetsråden med allvarlighetsgraden. I början av månaden skickas statistikerna på våra avvikelser

till kommunen. På samrådsorganen varje månad går vi igenom varje avvikelse där bedömning av allvarlighetsgraden finns med.

## Sammanfattning 2018

Frösunda bedömer att verksamheten på Hagtorp har kända arbetsrutiner kring alla delar om rapportering, utredning och återkoppling av vård- och omsorgsavvikelser samt synpunkter och klagomål inom verksamheten.

Verksamhetschef och legitimerade medarbetare arbetar tillsammans med medarbetarna för att ytterligare öka kunskapen hur man rapporterar i ledningssystemet och för att uppmuntra till avvikelserapportering. Att ta lärdom av dessa inkomna avvikelser och synpunkter är att skapa bättre förutsättningar för verksamheten. Dessa lärdomar dras genom att verksamheten analyserar de avvikelser som inkommit.

De inkomna avvikelserna samt synpunkter och klagomål går igenom på Hagtorps kvalitetsråd som hålls en gång per månad. Då diskuteras även förbättringar och åtgärdsplaner i lärande syfte. Anteckningar från kvalitetsråden finns åtkomliga för alla medarbetare på Hagtorp.

Varje månad rapporteras föregående månads avvikelser, synpunkter och klagomål för uppdragsgivaren, Upplands Bro kommun och i de månatligen samrådsorganen med kommunen diskuteras dessa samt vilka åtgärder som vidtagits. Även här analyseras det som framkommit i inkomna handlingar.

Under 2018 har totalt 623 avvikelser registreras i ledningssystemet. Fördelningen av dessa är:

- 136 st Fallavvikelser
- 123 st Läkemedelsavvikelser
- 37 st Avseende arbetsrutiner
- 306 st Omvårdnadsavvikelser
- 21 st Larm
- 75 st Synpunkter och klagomål
- 1 Lex Sarah-utredning

### Hantering av klagomål och synpunkter

Alla på Frösundas verksamheter ska på ett enkelt sätt kunna göra sin röst hörd. Vi har flera olika sätt där man kan lämna sina synpunkter och klagomål:

- ☐ Via förtryckt formulär som man lämnar i brevlåda på verksamheten, dessa formulär finns i närståendepärmarna på avdelningarna och vid brevlådan i entrén
- ☐ Muntligt eller skriftligt till valfri medarbetare på Hagtorp
- ☐ Via formulär som man hittar på vår hemsida, [www.frosunda.se](http://www.frosunda.se)
- ☐ Eller via vår Kundombudsman, 010-130 34 30

När en synpunkt eller ett klagomål har lämnats in undersöker verksamhetschefen om bristen kan åtgärdas direkt. I nästa steg upprättas en åtgärdsplan med tydliga tids- och ansvarsangivelser.

### Sammanställning och analys

Verksamhetschefen sammanställer varje månad den rapportering som inkommit. Vid denna sammanställning görs även en riskbedömning på samtliga avvikelser. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål tas upp på Kvalitetsrådet. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål går igenom, analyseras och diskuteras med Upplands Bro kommun vid de månatliga samrådsorganen.

Varje avvikelse skattas utifrån allvarlighetsgrad. Konsekvensen bedöms utifrån en 4-gradig skala (mindre, måttlig, betydande eller mycket hög/katastrofal). Alla avvikelser har gått igenom på kvalitetsråden med allvarlighetsgraden. I början av månaden skickas statistikken på våra avvikelser till kommunen. På samrådsorganen varje månad går vi igenom varje avvikelse där bedömning av allvarlighetsgraden finns med.

Inkomna rapporter från tillsyner och granskningar eller enkäter ligger till grund för att utveckla kvaliteten på verksamheten ytterligare.

Utifrån de analyser, handlingsplaner och åtgärder vi kommit fram till på våra Kvalitetsråd och i samverkan med kommunen ser vi att ständiga förbättringar uppnås på Hagtorp.

Den lex Sarah utredning som gjordes i slutet av året påvisar inte att det skett något missförhållande. Utredningen är gjord i samarbete mellan verksamhetschef, regionschef och SAR.

### Förbättringsområden 2018

- Antalet avvikelser har ökat under året från 263 till 623. Detta kan ses som ett resultat av det arbete verksamheten lagt ner på att få medarbetarna att förstå vikten av att rapportera
  - Antalet klagomål och synpunkter har ökat under året från 30 till 75. Detta kan ses som ett resultat av det arbete verksamheten lagt ner på att få medarbetarna att förstå vikten av att rapportera. Samt att i månadsbreven ständigt efterfrågar kunder och närståendes synpunkter och klagomål
-

- Hagtorp har säkrat förflyttningarna genom utbildning av medarbetarna. Vi har uppdaterat rutiner samt diskuterat frågan på kvalitetsråd och verksamhetsmöten
  - Säkerställt ombudsrollerna genom att förtydliga de uppgifter som ligger i ombudsrollen och säkerställt att man förstår sitt uppdrag
  - Teammöten har ändrat utgångspunkten till kundens fokus. Dokumentationen har förbättrats och vårdplanerna har säkerställts
  - Dokumentationen har förbättrats och utvecklats under året för alla yrkeskategorier samt mellan dessa
  - Lokal rutinpärm har uppdaterats
  - På en av våra avdelningar har vi under året fått en kund som behöver mycket extra resurser. Verksamheten har också behövt köpa och installera ett avdelningslarm för att säkerställa kundens trygghet
  - Ytterligare en medarbetare utsågs till BPSD-administratör och har fått utbildning i detta
  - På vår avdelning för korttids- och växelvård har vi ändrat om så att alla kunder nu får en ”nyckel” så de kan gå in och ur sin lägenhet självständigt
  - Verksamheten har under året arbetat med att kunder och närstående skall bli informerade om förändringar gällande kund så snart vi ser en förändring
  - Kommunikation till vikarier och elever har säkerställts genom att de har ett postfack med informationsfolder på varje avdelning
  - I arbete vid kundens säng har vi förtydligat hur man använder draglakan och glidlakan för att kunden skall ha det bekvämt vid omvårdnaden. Vid rätt användning ger detta också den bästa arbetsmiljön för medarbetarna
  - För kundens välmående har verksamheten sett över kundens behov av toalettbesök kontra inkontinenshjälpmedel
  - Hagtorp har under året definierat vilka rubriker som skall finnas i alla kunders genomförandeplan och vad som skall skrivas under respektive rubrik
  - Verksamheten når kommunens mål på inköp av ekologiska livsmedel, 40 % för 2018
  - Våra inköp har skett av upphandlade leverantörer
  - Utifrån svaren på Öppna jämförelser 2018 togs två förbättringsområden fram. 1) att öka nöjdheten med aktiviteterna som erbjuds. Detta görs genom att ännu tydligare påvisa vilka aktiviteter som erbjuds i form av utskick och anslag. 2) att öka nöjdheten med att medarbetarna tar hänsyn till kundens egna åsikter och önskemål. Detta görs genom att belysa vikten av levnadsberättelser samt att genomförandeplanen innehåller fler detaljer om hur kunden vill ha sitt liv
  - Har vi har under året sett ett ökat antal kunder som deltagit på olika råd och möten
  - Ett omfattande arbete har gjorts för att säkra kundernas utlovade aktiviteter
-

## Samverkan

Värdegrundarbete inom Frösunda har utgångspunkt i våra värderingar, respekt, engagemang och nyfikenhet. Allt arbete utgår utifrån vårt kundlöfte att Kunden bestämmer. Detta genomsyrar verksamheten och vi har alltid Kundens fokus. Detta tillsammans med ett salutogent förhållningssätt leder till att kunderna får insatser av god kvalitet, får ett gott bemötande, känner trygghet, har ett självbestämmande samt kan leva ett privatliv med integritet där de känner en delaktighet.

Vår närmsta samarbetspartner är Upplands Bro kommun med sina flera olika delar i form av tjänstemän och politiker. Vi upplever att vi har ett brett och gott samarbete.

En samverkanspart som vi har är Upplands-Brohus som är vår fastighetsförvaltare. De hjälper till och förbättrar för kunderna.

Vid inflyttning av ny kund sker samverkan med berörd vårdgivare eller hemsjukvård/hemtjänst.

För att trygga patientsäkerheten med vår tjänsteleverantör träffar vi Klara T (tidigare benämnt Care Team) 2 gånger per termin samt vid behov. Klara T ansvarar för sjuksköterskor på jourtid.

## Närstående

Hagtorp har under 2018 haft två närståendemöten, två fokusgrupper samt två brukarråd. Närstående är alltid välkomna att delta på våra kostråd samt aktivitetsråd.

### Samverkan med närstående

Hagtorp har rutiner för kontinuerlig samverkan med närstående i enlighet med kundernas samtycke. Information lämnas kontinuerligt om kundernas hälsa. Närstående får gärna delta i vårdplanering tillsammans med läkare och sjuksköterska enligt överenskommelse.

Hagtorp har närståendemöten, fokusgrupper samt brukarråd där kunder och närstående är inbjudna. Utöver detta finns även kostråd och aktivitetsråd där närstående och kunder inbjuds att delta.

Varje månad finns ett nytt månadsbrev för verksamheten att hämta i entrén eller att läsa i de närståendepärmar som finns på varje avdelning. I månadsbrevet redovisas månadens synpunkter och klagomål. Månadsbrev, månadens aktiviteter samt månadens menyer skickas med brev till närstående. Alla kunder får samma information som närstående i sina respektive postfack. Information som menyer, månadsbrev samt aktiviteter finns även på Frösundas hemsida.

### Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarna deltar på de kvalitetsråd och verksamhetsmöten som genomförs månadsvis. En viktig uppgift för medarbetarna är att dokumentera eventuella avvikelser. Detta gäller även synpunkter och klagomål.

Vi har även Kostråd samt Aktivitetsråd där medarbetarna är representerade tillsammans med kunder och närstående.

Kontaktmannaskapet är en viktig del för att ha kundens fokus.

---

På teammötena har alla professioner en viktig roll för att hålla kundens fokus.

Ombudsrollerna har förstärkts och förtydligats under året.

### **Sammanfattning och resultat**

Ett av största arbeten under året har varit att öka antalet avvikelser samt synpunkter. På denna punkt har verksamheten lyckats och medarbetarna har förstått vikten av att rapportera det som sker. Eftersom varje rapporterad händelse leder till att den tas upp på Kvalitetsråd och/eller på verksamhetsmöte görs en analys av det som skett och vilka åtgärder som behöver förändras. Detta arbete med analysen leder till ständiga förbättringar i verksamheten.

Matenkäten som gjorts under vår och höst har visat att maten är uppskattad. Vårens matenkät visade att 87% uppskattar maten och under hösten var det hela 90%.

För att Hagtorp ska kunna hålla vårt kundlöfte Kunden bestämmer ser vi att alla våra insatser under året hänger ihop.

Övriga punkter som verksamheten arbetat med har vi redovisat ovan i dokumentet.

### **Övergripande mål för verksamhetens kvalitetsarbete kommande år**

Som mål för 2019 vill verksamhetschefen se att det dokumenteras avvikelser, synpunkter och klagomål i samma nivå som under 2018. Det man kan behöva arbeta vidare med är kvaliteten på det som skrivs i avvikelserna.

Verksamheten kommer också att fortsätta vårt arbete med att ständigt utveckla dokumentationen.

BPSD-administratörer kommer att utbildas under våren 2019.

Vid akuta sjukhusbesök kommer vi att skicka med en röd mapp med information om kunden och dess mediciner. Dessa uppgifter skickas med redan idag men det nya är en överenskommelse om att det skall vara en RÖD mapp. Sjukhuset skall även returnera information i samma mapp.

Minska antalet fallavvikelser jämfört med 2018

Verksamheten skall arbeta aktivt med att köpa 45 % ekologiska produkter vid livsmedelsinköp

Tyvärr måste Hagtorp arbeta en hel del med en avvecklingsplan under våren 2019 då vårt uppdrag avslutas i maj.



Marlene Hellbom	Datum	Vår beteckning	Er beteckning
	2019-03-04	SN 19/0066	
Socialkontoret	Socialnämnden		
Marlene.Hellbom@upplands-bro.se			

## Rapportering av ej verkställda och verkställda beslut per den 31 januari 2019

### Förslag till beslut

1. Socialnämnden överlämnar Socialkontorets rapportering av ej verkställda och verkställda beslut per den 31 januari 2019 till kommunens revisorer.
2. Socialnämnden överlämnar statistikrapport av ej verkställda beslut och verkställda beslut per den 31 januari 2019 till Kommunfullmäktige.

### Sammanfattning

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldighet att rapportera in ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vid rapporteringstillfället den 31 januari 2019 fanns det fem ej verkställda beslut, enligt LSS. Två beslut som tidigare inrapporterats som ej verkställda har avslutats under perioden, varav båda besluten avser insats enligt SoL.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 4 mars 2019.

### Ärendet

Kommunerna har från den 1 juli 2006 genom en ändring i SoL samt från den 1 juli 2008 genom ett tillägg i LSS, skyldighet att rapportera in gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Från samma datum gäller även skyldigheten att rapportera in avbrott i verkställigheten om beslutet inte verkställts på nytt inom tre månader från dagen för avbrottet.

Alla ej verkställda beslut som rapporterats ska alltid återrapporteras när beslutet har verkställts.

Rapporteringen till IVO och kommunens revisorer ska ske på individnivå och lämnas in en gång per kvartal.

Rapporteringen till Kommunfullmäktige ska ske i form av en statistikrapport där individen är avidentifierad.



En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd som någon är berättigad till kan åläggas att betala en särskild avgift. Det lägsta beloppet för en sanktionsavgift är tio tusen kronor och den högsta en miljon kronor.

### **Nuläge vid rapporteringstillfället 31 januari 2019**

#### ***Individ och familjeomsorg, insatser enligt SoL***

Vid rapporteringstillfället den 31 januari 2019 fanns det inte några ej verkställda beslut att rapportera från individ och familjeomsorgen. Två tidigare inrapporterade ej verkställda beslut har avslutats under perioden.

#### ***Handikappomsorg, insatser enligt SoL***

Vid rapporteringstillfället den 31 januari 2019 fanns det inte några ej verkställda beslut att rapportera från handikappomsorgen.

#### ***Insatser enligt LSS***

Vid rapporteringstillfället den 31 januari 2019 fanns det fem ej verkställda beslut enligt LSS. Tre ärenden avser bostad med särskild service och två ärenden avser korttidsvistelse utanför det egna hemmet.

Skäl till att beslut avseende boende med särskild service ej verkställts är att inom två av ärendena har den enskilde tackat nej till erbjuden plats. Inom det tredje ärendet har dock den enskilde erbjudits plats och beslutet kommer verkställas under februari månad.

Skäl till att beslut avseende korttidsvistelse utanför det egna hemmet ej verkställts är att inom de båda ärendena har de enskilda erbjudits plats och svar inväntas från de enskildas företrädare.

### **Barnperspektiv**

Socialkontoret konstaterar att denna rapport inte står i strid med barnets bästa.

## Socialkontoret

Helena Åman

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och  
verksamhetsstöd

## Bilagor

1. Statistikrapport

## Beslut sänds till

- Kommunfullmäktige
- Kommunens revisorer

**Statistikrapport ej verkställda beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)****Rapporteringstillfälle 31 januari 2019**

<b>Verkställda eller avslutade beslut som tidigare rapporterats ej verkställda (LSS).</b>						
<b>Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts</b>	<b>Korttidsvistelse utanför det egna hemmet</b>	<b>Biträde av kontaktperson</b>	<b>Bostad med särskild service</b>	<b>Kvinna/ flicka</b>	<b>Man/ pojke</b>	<b>Datum för avslut</b>

## Rapporteringstillfälle 31 januari 2019

Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum (LSS).							
Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Bostad med särskild service	Ledsagare	Daglig verksamhet	Kvinna/flicka	Man/pojke	Kommentar
2014-10-15		X				X	Den enskilde har tackat nej till erbjudande – 2015-02-17, 2015-04-15 samt 2016-04-05. Under december 2018 har en uppföljning skett och den enskilde kommer fortsätta erbjudas bostad 9.9 LSS.
2015-01-02		X			X		I januari 2017 skickades anvisningsbrev med mottagningsbevis. Dock inkom inget svar. Den enskilde har ej heller kunnat nås via brev eller telefon. Fortsatta försök har gjorts regelbundet under 2017 och 2018. Beslutet kommer omprövas.
2018-05-25		X				X	Resursbrist avseende, t.ex. saknar ledig bostad. Dock kommer beslutet verkställas 2019-02-01.
2018-08-02	X				X		Resursbrist, t.ex. saknar ledig bostad. Den enskilde har erbjudits plats, som

2019-03-01

							skickades till den enskildes företrädare 2019-01-18. Svar inväntas.
2018-08-29	X					X	Resursbrist, t.ex. saknar ledig bostad. Den enskilde har erbjudits plats, som skickades till den enskildes företrädare 2019-01-18. Svar inväntas.

**Statistikrapport ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL)****Rapporteringstillfälle 31 januari 2019**

<b>Verkställda eller avslutade beslut som tidigare rapporterats ej verkställda (SoL)</b>					
<b>Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts</b>	<b>Handikappomsorg</b>	<b>IFO</b>	<b>Kvinna/flicka</b>	<b>Man/pojke</b>	<b>Datum för verkställighet</b>
2018-06-04		X	X		2019-01-09
2018-07-02		X	X		2018-11-26

**Rapporteringstillfälle 31 januari 2019**

<b>Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum (SoL)</b>					
<b>Beslutsdatum för gynnande beslut som ej verkställts</b>	<b>Handikapp-omsorg</b>	<b>IFO</b>	<b>Kvinna/flicka</b>	<b>Man/pojke</b>	<b>Kommentar</b>

Lena Bergström

Datum  
2019-03-11

Vår beteckning  
SN 19/0047

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

lena.bergstrom@upplands-bro.se

## Rapport om brukarmedverkan 2018

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner rapport om brukarmedverkan.

### Sammanfattning

Rapporten om brukarmedverkan är en redovisning av hur socialkontoret har arbetat med brukarmedverkan under 2018. Rapporten är indelad i 4 delar, delaktighet vid beslut, brukarundersökningar, gruppintervjuer och brukarråd. Rapporten avslutas med en förteckning över de förbättringsområden som finns hos socialkontoret utifrån brukarmedverkan.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2019-03-11
- Rapport från brukarmedverkan 2018

### Barnperspektiv

För att ha en bra verksamhet inom socialnämndens område är det viktigt att också barnen kommer till tals.

Helena Åman

Socialchef

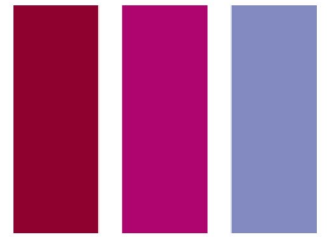
Elisabeth Rågård

Avdelningschef

### Beslut sänds till

- Diariet





# Rapport från brukarmedverkan 2018

2019-  
SN 19/0047

[Lena.bergstrom@upplands-bro](mailto:Lena.bergstrom@upplands-bro)

## Innehåll

1	Inledning .....	2
1.1	Delaktighet vid beslut .....	2
1.2	Brukarundersökningar.....	2
1.3	Gruppintervjuer.....	6
1.4	Brukarråd .....	9
1.4.1	Tillgänglighetsrådet .....	9
1.4.2	Anhörigrådet.....	10
2	Analys av brukarmedverkan.....	11
2.1	Förbättringsområden .....	11

## 1 Inledning

2017 beslutade socialkontoret att göra en brukarstrategi för att strategiskt arbeta med brukarmedverkan inom socialkontorets ansvarsområde. Syftet med brukarstrategin är att socialkontoret ska ta till vara brukarnas synpunkter och bli medvetna om hur brukarna uppfattar verksamheten. Utifrån brukarnas synpunkter kan förändringar göras i verksamheten.

Socialkontorets brukarstrategi är indelad i 4 delar. Delaktighet vid beslut, brukarundersökningar, gruppintervjuer och brukarråd. I denna redovisning redogör socialkontoret om vilka aktiviteter som vi har haft under 2018 utifrån kontorets brukarstrategi.

### 1.1 Delaktighet vid beslut

Myndighetsenheterna gör i november varje år en egenkontroll. Den görs med fastställda frågor som en kollegiegranskning, vilket innebär att handläggarna granskar varandras ärenden. Under våren görs en aktgranskning av personal från avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd. Aktgranskningen bygger på de frågor där det finns negativa svar på egenkontrollen och är en kvalitetsgranskning av verksamheten.

Vid egenkontroll och aktgranskning framgår för **vuxenheten** att utredningar och arbetsplaner inte har kommunicerats i alla ärenden. Hos **biståndsenheten** framgår det att utredning och beslut inte har kommunicerats i alla ärenden. För **barn- och ungdomsenheten** framgår att utredningar, beslut och omprövningar inte heller där har kommunicerats i alla ärenden. Vårdnadshavare och barn har inte tagit del av utredningsplanen i ärende som avser barn och unga.

### 1.2 Brukarundersökningar

Under 2018 har socialkontoret samarbetat med Sveriges Kommuner och Landsting och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) och gjort enkätundersökningar med de som har insatser inom **individ- och familjeomsorgen**. Enkäterna har lämnats i samband med besök. Klienterna fick frågan om de ville delta i undersökningen och samtliga hade rätt att tacka ja eller nej. Det skickades även enkäter till klienter som inte hade inbokade besök under

undersökningsperioden. Klienterna fick då med frisvarskuvert. Enkäten som utgjorde brukarundersökningen bestod av 8 frågor. Fråga 1 var en bakgrundsfråga avseende kön på den som svarade. Övriga frågor omfattade fem kvalitetsområden: information, delaktighet, bemötande, förändring och tillgänglighet. Enkäterna fanns tillgängliga på åtta språk; svenska, engelska, finska, arabiska, dari, pashto, somaliska och tigrinja. 537 stycken klienter fick frågan om att delta i undersökningen och 136 klienter besvarade minst en fråga förutom fråga 1 om kön. Detta ger en svarsfrekvens på 25 procent.

#### **2018 års resultat visar bland annat att:**

- Klienterna upplever att tillgängligheten hos socialsekreterarna, t.ex. via telefon, sms och e-post, har blivit bättre sedan föregående år.
- Klienterna upplever att den information som socialsekreterarna delar ut har blivit lättare att förstå än tidigare.
- Upplevelsen om socialsekreterarna visar förståelse för klienternas situation har minskat sedan 2016 och 2017 års resultat, ifrån 74 procent till 69 procent.
- Andelen klienter som upplever att socialsekreteraren frågar efter deras synpunkter har ökat något sedan 2017 års resultat på 54 procent. 2018 upplever 61 procent av klienterna att socialsekreterarna frågar efter deras synpunkter.
- Klienternas sammanlagda nöjdhet med socialtjänsten i Upplands-Bro kommun har ökat något ifrån föregående år, ifrån 71 procent 2017 till 73 procent 2018.

#### **Resultat brukarundersökning individ och familjeomsorgen 2018 – Nordvästkommunerna**

Nordvästkommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Sundbyberg, Upplands Väsby samt Upplands-Bro deltog i 2018 års brukarundersökning. Solna deltog inte. Resultat för riket samt Stockholms län saknas.

#### **2018 års resultat visar på bland annat att:**

- Överlag visar 2018 års brukarundersökning att de mest nöjda klienterna inom socialtjänsten i nordvästkommunerna finns i Ekerö. Upplands-Bro kommun har lägst andel nöjda klienter jämfört med de andra kommunerna.
- Nordvästkommunerna är bra på att arbeta med tillgänglighet och information.
- Förbättringsarbete bör ske inom områdena klienternas upplevelse om vilken påverkan de kan ha på den hjälp de får samt klienternas upplevelse om att deras situation har förändrats till det bättre sedan de kom i kontakt med socialtjänsten.

2018 års resultat visar på att Upplands-Bro kommun har ett sämre resultat än de andra nordvästkommunerna på samtliga punkter. Kommunens resultat har

dock inte blivit markant mycket sämre sedan 2017 utan ökat på flertalet frågor. De andra kommunernas resultat har dock blivit bättre sedan 2017. Enheterna inom individ- och familjeomsorgen i Upplands-Bro kommun bör hitta lämpliga åtgärdsförslag som passar sina enheter för att utveckla nöjdheten hos sina klienter.

Under hösten 2018 genomförde socialkontoret en brukarundersökning inom kommunens **funktionshinderområde** tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser). Syftet med undersökningen är att få kunskap om hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheterna, för att sedan tillsammans med brukarna kunna utveckla och förbättra verksamheterna. Enheterna som deltog var personlig assistans, boendestöd enligt SoL (socialpsykiatri), gruppboendestäder samt serviceboendestäder. Även daglig verksamhet och dess brukare har deltagit i undersökningen. Då daglig verksamhet numera tillhör Gymnasie- och arbetslivsnämnden så kommer deras resultat att redovisas där.

Undersökningen genomfördes i september och oktober 2018. Enkäten delades ut till brukare inom kommunens personliga assistans och boendestöd samt till boende på service- och gruppboendestäder. Brukarna/boende fick frågan om de ville delta i undersökningen och samtliga hade rätt att tacka ja eller nej. Statistik fördes på utdelade samt inlämnade enkäter och utgör svarsfrekvensen på brukarundersökningen. Brukarna/boende fick erbjudandet om stöd av personal när de skulle besvara enkäten. Den personal som hjälpte till arbetar inte med den brukare/boende som besvarade enkäten utan på en annan enhet. Detta för att undvika en beroende- eller maktställning.

Enkäten bestod av åtta till tio frågor beroende på vilken verksamhet den riktade sig till. Vissa frågor är lika för samtliga områden men långt ifrån alla. Fyra kvalitetsområden har mätts i undersökningen: självbestämmande, bemötande, trygghet och trivsel.

Totalt delades 156 stycken enkäter ut till brukare och boende inom funktionshinderområdet. 64 enkäter kom tillbaka med svar. Detta ger en total svarsfrekvens på 41 procent. Svarsfrekvensen för år 2017 var 63 procent. Den stora minskningen av svar har skett inom socialpsykiatrin.

Inom **boendestöd SoL (socialpsykiatri)** svarade 18 stycken av de 85 som blev erbjudna att delta. Detta ger en svarsfrekvens på 21 procent.

#### **2018 års resultat visar bland annat på:**

- 16 brukare upplever att deras boendestödjare låter dem bestämma över saker som är viktiga för dem. 1 brukare upplever att hon/han får bestämma ibland medan 1 brukare upplever att hon/han inte får bestämma alls.
- Samtliga 18 brukare som svarade upplever att de får den hjälp som de vill ha av sina boendestödjare.

- 16 brukare upplever att de känner sig trygga med sina boendestödjare. 2 brukare upplever att de känner sig trygga med dem ibland men inte alltid.
- 4 av brukarna med insatsen boendestöd vet inte till vem eller vart de ska vända sig till för att prata om deras boendestöd är dåligt. Resterande 14 brukare som svarat på denna fråga vet vart de ska vända sig med sina synpunkter eller klagomål.

Inom insatsen **personlig assistans** svarade 9 brukare av de 17 brukare som blev erbjudna att delta. Detta ger en svarsfrekvens på 53 procent.

#### **2018 års resultat visar bland annat på:**

- 3 brukare upplever att de har varit med och bestämt samtliga av sina personliga assistenter. 3 brukare upplever att de har varit med och bestämt några av sina personliga assistenter medan 3 brukare upplever att de inte alls har fått varit med att bestämma vilka som är deras assistenter.
- 5 brukare upplever att alla av deras assistenter förstår vad de säger och menar. Resterande 4 brukare upplever att några men inte alla assistenter förstår vad de säger.
- 7 brukare upplever att de känner sig trygga med samtliga av sina personliga assistenter. 2 brukare känner sig trygga med några av sina assistenter men inte med alla.
- 5 brukare upplever att de kan göra vad de vill med hjälp av sina personliga assistenter. Resterande 4 brukare upplever att de kan göra det vill med hjälp av sina assistenter ibland men inte alltid när de vill.

Boende ifrån **gruppboendena** Furuhällsplan, Rosa och Gula villan, Parkvägen, Östervägen, Kamrervägen och Skyttens väg har deltagit i 2018 års brukarundersökning.

37 boende fick möjlighet att besvara denna brukarundersökning. 25 stycken valde att delta. Detta ger en svarsfrekvens på 68 procent.

#### **2018 års resultat visar bland annat på:**

- 24 boende upplever att deras personal alltid bryr sig om dem. 1 brukare upplever att personalen bryr sig om han/hon ibland men ibland inte.
- 21 boende upplever att deras personal på gruppboendena pratar med dem så att de förstår vad de menar. 3 boende upplever att några av personalen pratar så att de förstår och 1 boende upplever att ingen av hans/hennes personal pratar så han/hon förstår vad de menar.
- 7 boende känner sig trygga med några men inte all sin personal på gruppboendena. Resterande 18 boende som svarade på denna fråga känner sig trygga med alla inom sin personalgrupp.
- 17 boende är aldrig rädda för något hemma i sin gruppboende. 6 boende är rädda för något ibland och 2 boende är ofta rädda för något hemma.

Boende ifrån **servicebostäderna** Svartviken och Kyrkvägen har deltagit i 2018 års brukarundersökning.

17 stycken boende fick möjlighet att besvara denna brukarundersökning. 12 stycken valde att delta. Detta ger en svarsfrekvens på 71 procent.

#### **2018 års resultat visar bland annat på:**

- 11 boende upplever att deras boendepersonal bryr sig om den. 1 boende upplever att personalen bryr sig om han/hon ibland men inte alltid.
- 11 boende känner sig trygga med samtliga av sin personal. 1 boende känner sig trygg med några i personalen.
- 6 boende är aldrig rädda för något i sin servicebostad. 3 boende är rädda ibland medan 1 boende är rädd ofta.
- Samtliga 12 boende som svarade på denna fråga trivs med sin boendepersonal.

### **1.3 Gruppintervjuer**

I brukarstrategin finns det 11 grupper som socialkontoret ska bjuda in till brukarintervjuer. Vi har under 2018 haft 7 gruppintervjuer med brukare. Syftet är att ta tillvara på brukarnas synpunkter på verksamheten. Alla som har en insats får ett personligt brev med inbjudan. Socialkontoret har också lagt ut inbjudan på hemsidan. Varje tillfälle har två teman diskuterats. Gruppintervjuerna leds av 2 personal från avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd.

I februari 2018 hade socialkontoret brukarmedverkan med gruppen **integration**. Det är personer som har insatser inom integrationsområdet på socialkontoret. Inbjudan skickades till 57 personer. Det kom 2 personer. Samtalet var kring 2 teman; delaktighet och det stöd som vi på socialkontoret ger till klienterna.

Deltagarna efterfrågar en aktivitet eller en förening där svensktalande och de som försöker att lära sig svenska kan umgås. Deltagarna tycker att socialkontorets välkomnande till kommunen har varit bra. Deltagarna vet inte skillnaden på socialsekreterare och integrationsstödjare. Vad dessa kan hjälpa till med och vart de ska vända sig. En deltagare saknar någon med arabisk språkkompetens inom vuxenheten.

I februari 2018 bjöd vi in **ungdomar mellan 13–20 år** som har insatser inom barn och unga. Inbjudan skickades till vårdnadshavare för 34 barn. Det kom inga deltagare.

I april 2018 bjöd vi in **föräldrar till barn** som har insatser inom barn och unga. Inbjudan skickades till 58 vårdnadshavare. Det kom inga deltagare.

I april 2018 hade socialkontoret brukarmedverkan för de som har **försörjningsstöd**. Inbjudan skickades till 279 personer. Det kom 12 personer. Teman var delaktighet och tillgänglighet.

Klienterna upplever att de inte får information om vilka utgifter det går att söka som försörjningsstöd. De önskar att det fanns en kopia på riktlinjerna i kontaktcenter så att de själva kan läsa om till vilka utgifter de kan söka försörjningsstöd. Det borde också finnas information om att de som klienter har rätt att få del av sin akt hos socialkontoret.

Klienterna upplever att den information som vuxenenheten delar ut är för byråkratisk och på för svår svenska. Klienterna ger förslag på att det borde finnas information på fler språk på hemsidan, i alla fall på engelska och på nybörjarsvenska.

Klienterna anser att allting i samhället blir dyrare men att riksnormen ändras väldigt lite. Klienter med försörjningsstöd borde få ett SL-kort varje månad. Målgruppen vill kunna använda sig av kollektivtrafiken för att kunna söka jobb samt åka till läkaren etc. SL-korten kan även användas till att utforska Stockholms län och att göra utflykter.

Flera upplever att socialsekreterarna har dålig tillgänglighet, de svarar till exempel inte i telefonen trots att de är på kontoret. En klient upplever att tillgängligheten hos vuxenenheten har blivit mycket bättre sedan kontaktcenter inrättades. De hjälper till så gott de kan för att svara på de frågor som hon/han kommer dit med. Klienterna efterfrågar direktnummer till sina socialsekreterare så att de lättare kan komma i kontakt med sin socialsekreterare.

Flera klienter upplever att det saknas en fungerande samverkan mellan vuxenenheten, arbetsmarknadsenheten och arbetsförmedlingen.

En idé kommer upp om att dela upp SFI i grupper utifrån ålder på deltagarna. Yngre deltagare har mycket lättare att lära ett nytt språk än de som kommit till Sverige när de är äldre.

I november 2018 träffade socialkontoret de som har insatser inom **socialpsykiatri**. Inbjudan skickades till 60 personer. Det kom 5 personer. Tema var inflytande och att bli lyssnad på.

Det framkommer att deltagarna upplever att det har varit många byten av biståndshandläggare under en kort period. Deltagarna upplever även att biståndshandläggarnas beslut kan vara svåra att förstå. Att man inte riktigt vet vad beslutet betyder eller avser. Förslag ges på att förenkla samt förtydliga besluten.

Det finns en åsikt på mötet om att det borde vara mer samverkan mellan vården, sjukhusen samt socialtjänsten. En ökad samverkan kan leda till att fler med psykisk ohälsa kan få rätt vård.

Deltagarna anser att boendestöd är en bra insats som kan hjälpa brukarna att ta tag i saker som de skjuter upp. Boendestödjare sätter upp delmål i vardagen som underlättar för brukaren.

Det finns en samsyn på mötet att det viktigaste är att ha en boendestödjare som man trivs med. Det ska finnas en personkemi mellan brukare och boende-

stödjare och man ska kunna ha samma boendestödjare under en längre period, vilket ger en trygghet och kontinuitet.

Merparten är mycket nöjda med sina boendestödjare och har haft samma under en lång tid. Andra har haft lite lång inkörssträcka och det tog lång tid innan boendestöd hade personal och resurser att utföra sina insatser hos honom/henne. Deltagarna upplever att boendestödjarna använder sig av olika arbetsmetoder och har olika kunskap men att de är lyhörda. Brukarna kan säga ifrån och påverka hur de vill ha sina insatser.

Deltagarna har märkt av att det har varit brist på boendestödjare. Det är endast kvinnor som arbetar inom boendestöd, deltagarna tycker det vore bra att få in några män för att få en blandad arbetsgrupp.

Ett förslag ges på att genomförandeplanen bör bestå av flera delmål och inte bara ett övergripande mål.

Diskussion förs kring att deltagarna brukar få information om inställda insatser inom boendestöd väldigt sent. Om boendestöd har utbildning eller planeringsdag på en måndag kan detta ha meddelats brukarna torsdag veckan innan. Deltagarna önskar att informationen ges med en god framförhållning samt skriftligt.

Insatsen boendestöd ges endast måndag till fredag på dagtid. Deltagarna på mötet anser att det finns behov av boendestöd på kvällar och helger.

Två av deltagarna på mötet går till träfflokalen i Bro. De för fram att lokalen är undermålig och att den är för liten och sliten för målgruppen. I och med att lokalen är för liten så kan det lätt uppstå konflikter, det finns inte någon möjlighet att gå undan. De som besöker träfflokalen är annars nöjda med de aktiviteter som erbjuds. De upplever att det har varit stabilt i verksamheten sedan en ny enhetsledare började. Verksamheten lyssnar på dem som är där och de får bestämma vilka aktiviteter de vill göra, detta bidrar till att de känner sig delaktiga och har inflytande.

Diskussion förs kring varför det bara finns en verksamhet till målgruppen och att denna ligger i Bro. Deltagarna anser att det även finns behov av en träffpunkt i Kungsängen. Förslagsvis kan denna ligga på Torget 4 och vara en gång per vecka. Verksamheten bör ha aktiviteter som pyssla och fika. Det är dock viktigt att en verksamhet ligger kvar i Bro.

Deltagarna upplever att det finns ett behov av möjligheten till daglig verksamhet på lördagar och söndagar. Även att samtliga dagliga verksamheter har öppet under ledigheter och semestrar.

Förslag ges på att bjuda in budgetrådgivaren på en föreläsning åt målgruppen. En brukare, som har haft kontakt med budgetrådgivaren, upplevde att denne var pedagogisk och pratar så att det gick att förstå.

Deltagarna ger ett förslag om att anordna en teknikkurs eller teknikträff för målgruppen där de får hjälp att använda sina mobiltelefoner till att bland annat ladda ned appar samt lära sig hur apparna fungerar.



Förslag ges på att anordna en matlagskurs för de som vill inom boendestöd.

Det finns ett behov av flera fysiska aktiviteter för målgruppen. Deltagarna undrar om det går att få ett friskvårdsbidrag eller till exempel boka en lokal genom kommunen för att kunna utöva fysik aktivitet.

I november 2018 träffade socialkontoret de som har insatser inom **missbruk**. Tema var inflytande och att bli lyssnad på. Inbjudan skickades till 36 personer. Det kom 1 person på mötet.

Deltagaren upplever att det har blivit bättre på Härnevimmottagningen. Personalen är mer utbildad, kan fler metoder och han/hon upplever att verksamheten är mer strukturerat.

Deltagaren anser att jobbcenter är en mycket bra verksamhet men att deras aktiviteter är könsstereotypa, till exempel så erbjuds kvinnor att sy och män att arbeta med snickeriverksamhet. Målgruppen borde erbjudas mer individanpassade aktiviteter som är mer utvecklande.

Deltagaren önskar att det fanns resurser inom jobbcenter som kan följa med deltagarna till arbetsförmedlingen eller på intervjuer.

Deltagaren har insatser inom ekonomiskt bistånd samt inom missbruk. Han/hon trivs mycket bra med sina socialsekreterare, både inom ekonomiskt bistånd och missbruk. Han/hon upplevde att det blev sämre när det var mycket konsulter som arbetade på vuxenheten, de hade ingen insyn i hans/hennes ärenden.

Deltagaren gjorde nyligen en uppföljning med sin socialsekreterare inom missbruk och upplevde att denne både lyssnade och gjorde han/hon delaktig. Deltagaren upplever även att socialsekreterarna inom ekonomiskt bistånd och missbruk pratar med varandra och har en bra kommunikation, vilken han/hon anser är mycket positivt. Då slipper han/hon upprepa allting som har sagts. Deltagaren upplever att tillgängligheten inom vuxenheten är bra. Om socialsekreteraren är upptagen på möte så ringer han/hon alltid upp så fort de kan. Det är mycket bra att vuxenheten har tagit bort sin telefontid.

Deltagaren har erfarenhet av att bo i en social bostad. Han/hon vill skicka med att hembesök alltid ska ske med medgivande innan, gärna skriftlig information om när socialtjänsten kommer. Det känns otryggt när socialkontorets personal går in med egen nyckel.

## 1.4 Brukarråd

### 1.4.1 Tillgänglighetsrådet

Tillgänglighetsrådet har haft 2 möten under 2018. Ordförande var kommunstyrelsens ordförande Camilla Jansson.

Enligt reglementet är:

#### ”§ 1 Rådets verksamhet

Kommunala tillgänglighetsrådet är ett organ för ömsesidigt samråd mellan handikapporganisationerna och kommunen.

**Rådets syfte** är att verka för att funktionsnedsattas aspekter beaktas i alla kommunala nämnder och förvaltningskontor.

**§ 2 Rådets uppgifter** är

**att** följa de funktionsnedsattas förhållanden i kommunen och genom framställningar till nämnder och styrelser påtala de funktionsnedsattas intressen och behov,

**att** informera och förmedla kunskaper och erfarenheter i ärenden som berör personer med funktionsnedsättning till nämnder och förvaltningar,

**att** stimulera handikapporganisationerna så att dessa behandlar frågor som kan komma från rådet och kommunala nämnder,

**att** vara *informationsorgan* i alla ärenden som kan vara av särskilt intresse för personer med funktionsnedsättning. Det gäller t ex utformningen av bostadsområden och kommunikationer, anläggningar för fritids- och kulturaktiviteter samt alla frågor som hör till äldre- och handikappomsorgen.

Ärenden som berör enskild individ, får inte behandlas i rådet.”

På tillgänglighetsrådet informerar kommunen om vad som är på gång inom området. Organisationerna tar upp frågor om tillgänglighet i kommunen.

#### 1.4.2 Anhörigrådet

Anhörigrådet har haft 4 möten under 2018. Ordförande var socialnämndens ordförande Tina Teljstedt.

Enligt reglementet är:

” § 1 **Rådets verksamhet**

Kommunala anhörigrådet är ett organ för ömsesidigt samråd mellan anhörigföreningar och kommunen.

**Rådet syfte** är att verka för en dialog mellan anhörigföreningarna och kommunen.

**§ 2 Rådet uppgifter** är

**att** informera och förmedla kunskaper och erfarenheter om anhörigas situation,

**att** stimulera anhörigföreningarna så att de behandlar frågor som kommer från rådet,

**att** vara informationsorgan i ärenden som berör de anhörigas situation,

**att** vara remissinstans i frågor som berör anhörigas situation,

ärenden som berör en enskild individ får inte behandlas i rådet.”

På anhörigrådet informerar kommunen om vad som är på gång inom området. Organisationerna tar upp frågor inom området anhöriga i kommunen.

## 2 Analys av brukarmedverkan

### 2.1 Förbättringsområden

- Socialkontoret måste intensifiera arbetet med att brukarna är delaktiga i beslut, utredningar mm. inom **myndighetsenheterna** samt att öka tillgängligheten för brukarna.
- Inom **personlig assistans** är förbättringsområdena att alla brukare ska uppleva att personalen pratar med dem så att de förstår och att brukarna ska känna sig trygga med sina assistenter.
- Inom **socialpsykiatri** är förbättringsområdet att meddela brukarna om inställd tid i god tid. Målgruppen uttrycker behov av en träffpunkt i Kungsängen och boendestöd på kvällar och helger.
- Inom **servicebostäder och gruppboendestäder** är förbättringsområdet att alla boende ska uppleva att personalen pratar med dem så att de förstår och att brukarna ska känna sig trygga.
- Inom **individ- och familjeomsorgen** är förbättringsområdena att förbättra klienternas upplevelse om vilken påverkan de kan ha på den hjälp de får samt klienternas upplevelse om att deras situation har förändrats till det bättre sedan de kom i kontakt med socialtjänsten.
- Inom **integrationsområdet** har klienterna önskemål om att ha en aktivitet där svenskar och nyanlända träffas för att lära sig svenska och umgås.
- Inom **försörjningsstödsområdet** är förbättringsområdet att informera på lätt svenska och att öka tillgängligheten för klienterna framför allt via telefon.
- Inom **missbruksområdet** är förbättringsområdet att fortsätta med samverkan mellan missbrukshandläggarna och handläggarna för försörjningsstöd.

Lena Bergström

Datum  
2019-03-11

Vår beteckning  
SN 18/0066

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

lena.bergstrom@upplands-bro.se

## Statistikuppföljning 2018

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner statistikuppföljningen för 2018.

### Sammanfattning

Varje kvartal gör socialkontoret en statistikuppföljning inom socialnämndens verksamhetsområde för att kunna redovisa aktuella siffror för hur verksamheten bedrivs. Denna statistikuppföljning avser 2018.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-03-11
- Statistikuppföljning 2018

### Barnperspektiv

Det är viktigt att följa hur det är för barnen som har socialnämndens insatser.

Helena Åman

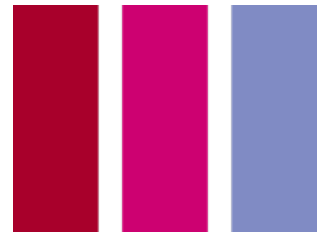
Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef

Beslut sänds till

- Diariet



# Statistikuppföljning 2018

2019-04

Dnr: SN 18/0066

[Lena.bergstrom@upplands-bro.se](mailto:Lena.bergstrom@upplands-bro.se)

## Innehåll

1	Inledning .....	2
2	Individ- och familjeomsorg .....	3
2.1	Ekonomiskt bistånd.....	3
2.1.1	Avslutsorsaker .....	7
2.2	Barn- och ungdomsenheten.....	8
2.2.1	Avslutsorsaker .....	11
2.3	Missbruk och annan vuxenvård .....	13
2.3.1	Avslutsorsaker .....	15
2.4	Boende .....	16

## 1 Inledning

Denna kvalitetsuppföljning avser kvalitet i individ- och familjeomsorgen. Rapporten bygger på uppgifter som lämnas till SCB (Statistiska Central Byrån) och Socialstyrelsen. Uppgifterna i denna rapport avser 2018.

Denna uppföljning är en del i kvalitetsarbetet och ger information om de områden som behöver utvecklas och ligga till grund för en handlingsplan för utökad kvalitet i socialkontorets arbete.

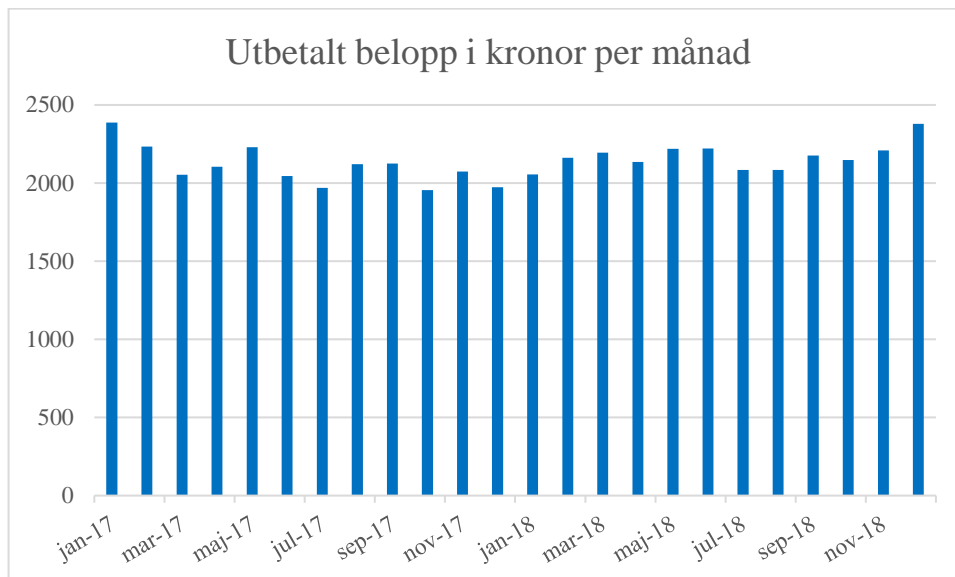
Uppgifter i denna redovisning bygger på siffror ur socialkontorets verksamhetssystem. En förutsättning för att siffrorna ska vara riktiga är att handläggare öppnar och avslutar utredningar och insatser vid rätt tidpunkt och att de i övrigt handlägger de förändringar som sker i insatserna på ett korrekt sätt.

Uppgifter om ekonomiskt bistånd i förhållande till jämförelsekommunerna redovisas i denna uppföljning till och med november 2018. Det är de siffror som finns tillgängliga hos SCB.

Från och med 1 januari 2016 registrerar individ- och familjeomsorgen avslutsorsaker. Det innebär att då en insats avslutas kodas orsaken till avslut. Detta finns redovisat i rapporten.

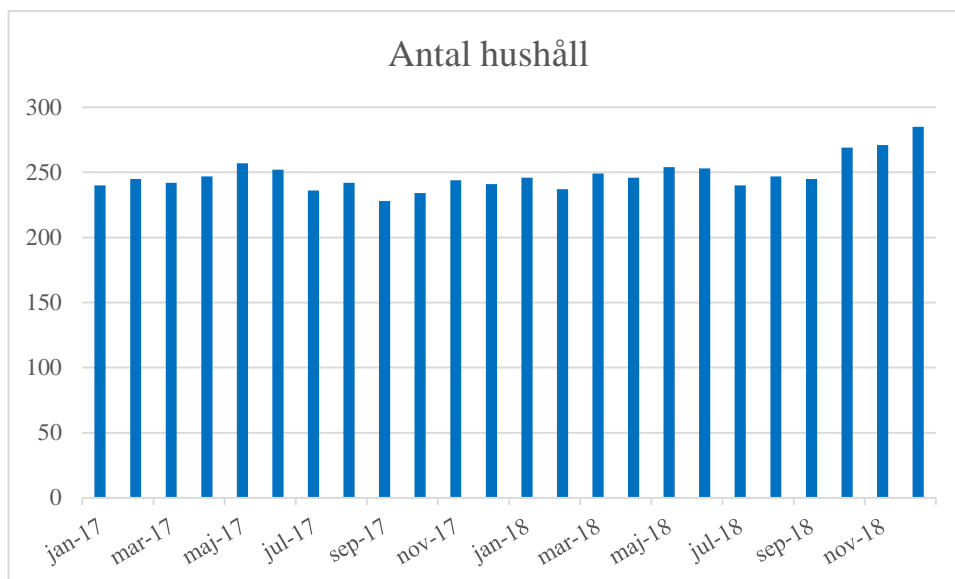
## 2 Individ- och familjeomsorg

### 2.1 Ekonomiskt bistånd



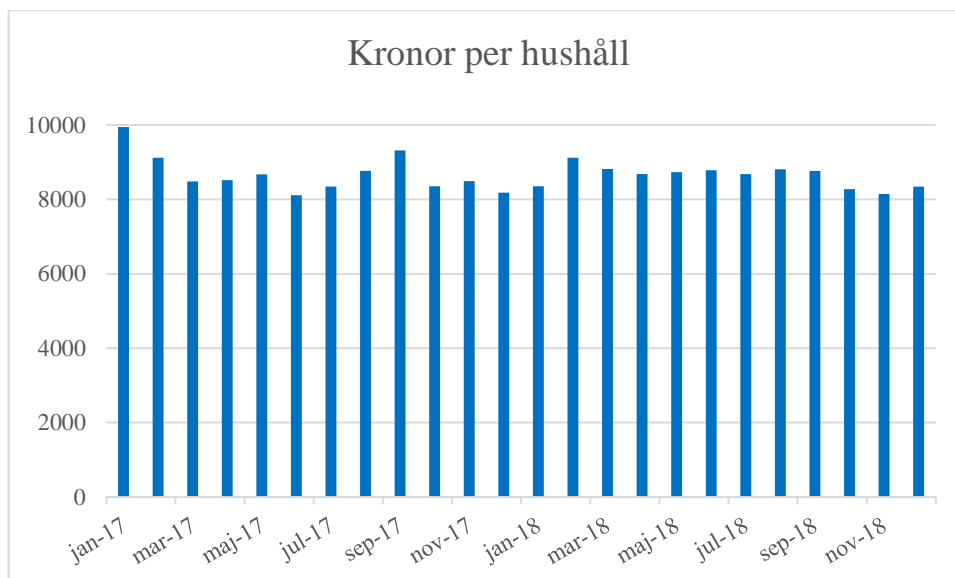
**Beskrivning:** Diagrammet visar hur mycket ekonomiskt bistånd som har utbetalats per månad i tusentals kronor under 2017 och 2018.

**Kommentar:** Utbetalning av ekonomiskt bistånd ligger i stort sett på samma nivå under 2017 och 2018.



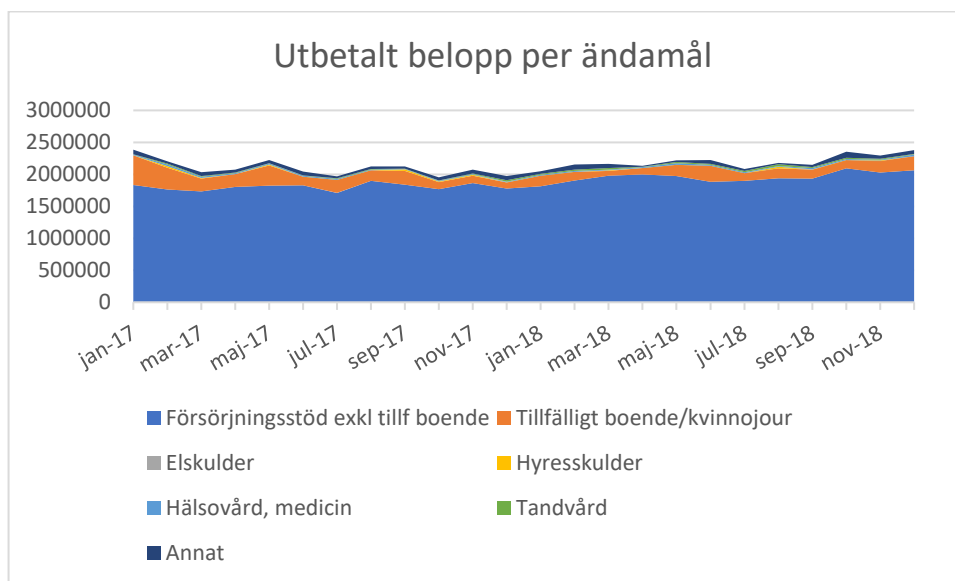
**Beskrivning:** Diagrammen visar hur många hushåll som har fått ekonomiskt bistånd under 2017 och andra kvartalet 2018.

**Kommentar:** Antalet hushåll som har fått ekonomiskt bistånd ligger på cirka 250 hushåll per månad under 2017 och 2018. Det har skett en ökning under oktober till december 2018.



**Beskrivning:** Diagrammen visar hur mycket som har utbetalats per hushåll 2017 och 2018.

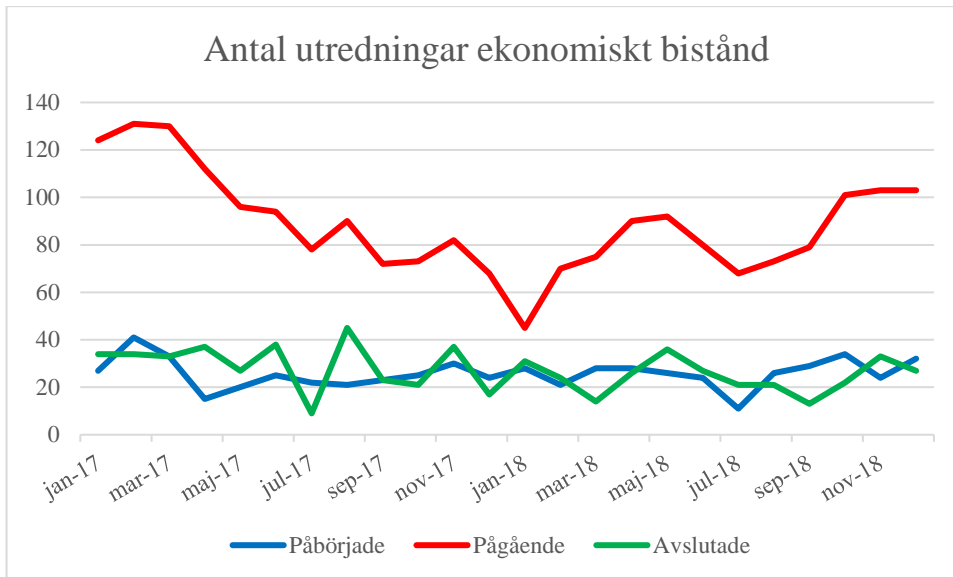
**Kommentar:** Kostnaden för utbetalt belopp per hushåll ligger i stort sett på samma nivå under 2017 och 2018.



**Beskrivning:** Detta visar hur mycket som har utbetalats till olika ändamål inom ekonomiskt bistånd. Dessa siffror redovisas till staten varje månad.

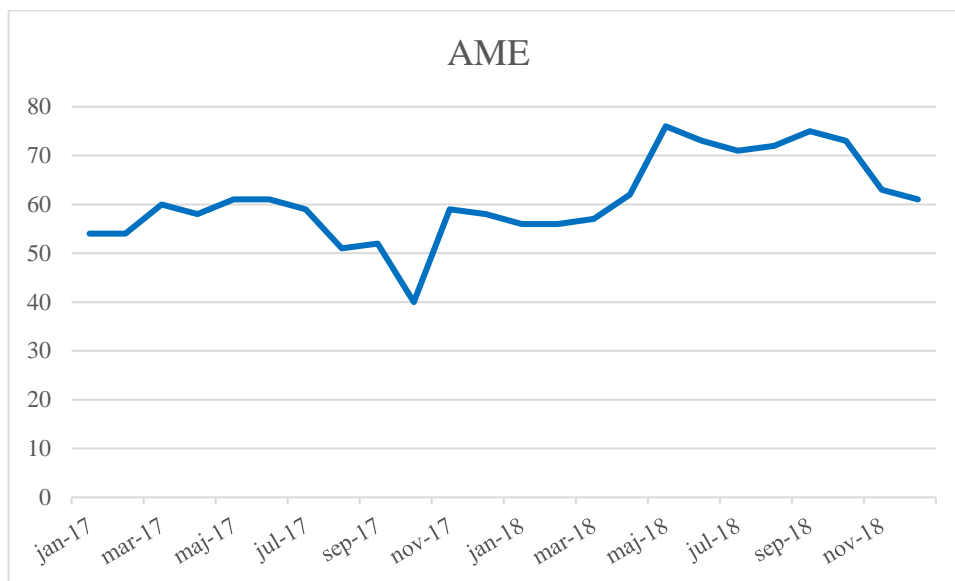
**Kommentar:** Det största delen som utbetalas som ekonomiskt bistånd är försörjningsstöd. Den andra största delen är tillfälligt boende/kvinnojour.





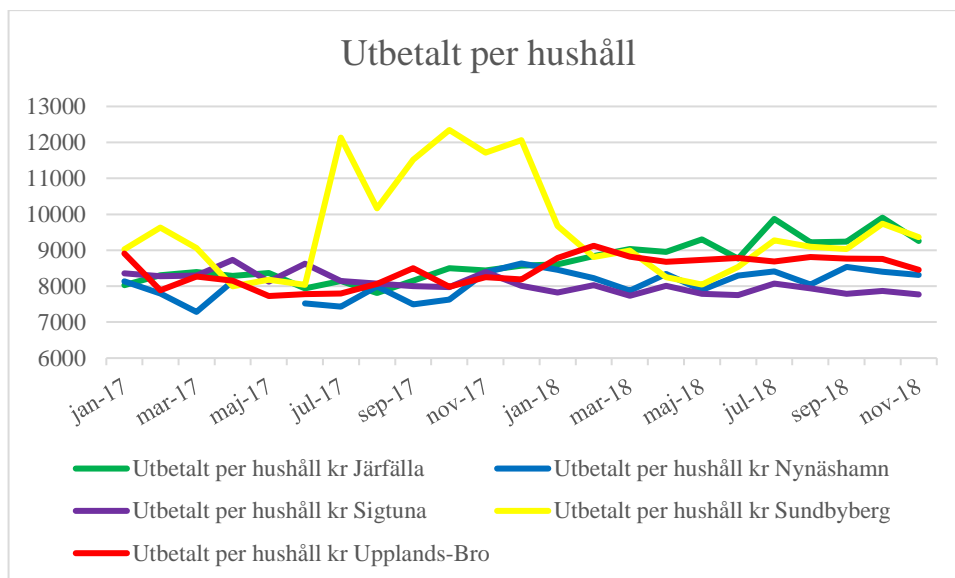
Beskrivning: Antal pågående, påbörjade och avslutade utredningar som avser ekonomiskt bistånd.

Kommentar: Antalet pågående utredningar har minskat under 2017 och ökat något under 2018. Socialkontoret arbetar aktivt för att utredningstiden ska förkortas.



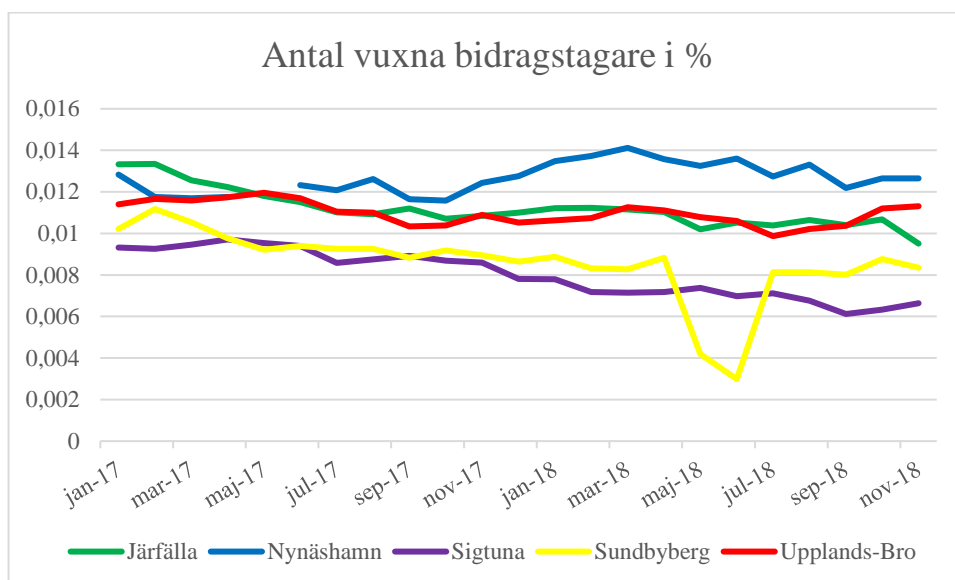
Beskrivning: Antal beslutade insatser från ekonomiskt bistånd hos arbetsmarknadsenheten. De arbetssökande som söker ekonomiskt bistånd ska ha kontakt med AME för utredning av sin arbetsförmåga.

Kommentar: Antal insatser på AME har ökat kraftigt under början av 2018 och minskat under hösten 2018. Gruppen som har försörjningsstöd mer än 1 år har minskat medan gruppen som har haft försörjningsstöd mindre än 1 år har ökat. De insatser som ger bäst resultat vid AME är de som har kortare tid som arbetssökande.



**Beskrivning:** Denna graf visar utbetalt belopp per månad och hushåll. De jämförelsekommuner som vi har tagit fram grundar sig på de kommuner som mest liknar oss när det gäller andel av befolkningen som har försörjningsstöd samt kostnad per invånare. Vi har valt kommuner i Stockholm län. Jämförelser med dessa kommuner har tagits fram sedan 2013. Jämförelsekommuner är Järfälla, Nynäshamn, Sigtuna och Sundbyberg. Dessa siffror finns till och med november 2018.

**Kommentar:** Siffrorna varierar mycket. För Upplands Bro kommun är utbetalt belopp per hushåll på i stort sett samma nivå under 2017 och 2018.

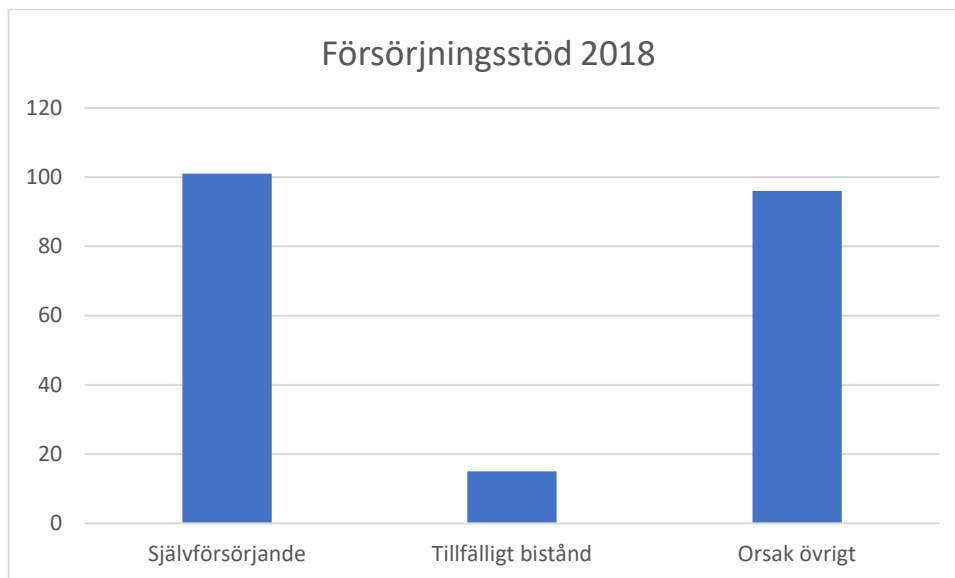


**Beskrivning:** Denna graf avser antal vuxna bidragstagare i % av befolkningen i varje kommun under 2017 och 2018. Jämförelsekommuner är, som i den tidigare grafen, Järfälla, Nynäshamn, Sigtuna och Sundbyberg.

**Kommentar:** För vår kommun har andelen i procent sjunkit något under 2017 för att stiga under 2018. Sundbyberg har troligen lämnat felaktiga uppgifter för maj och juni 2018.

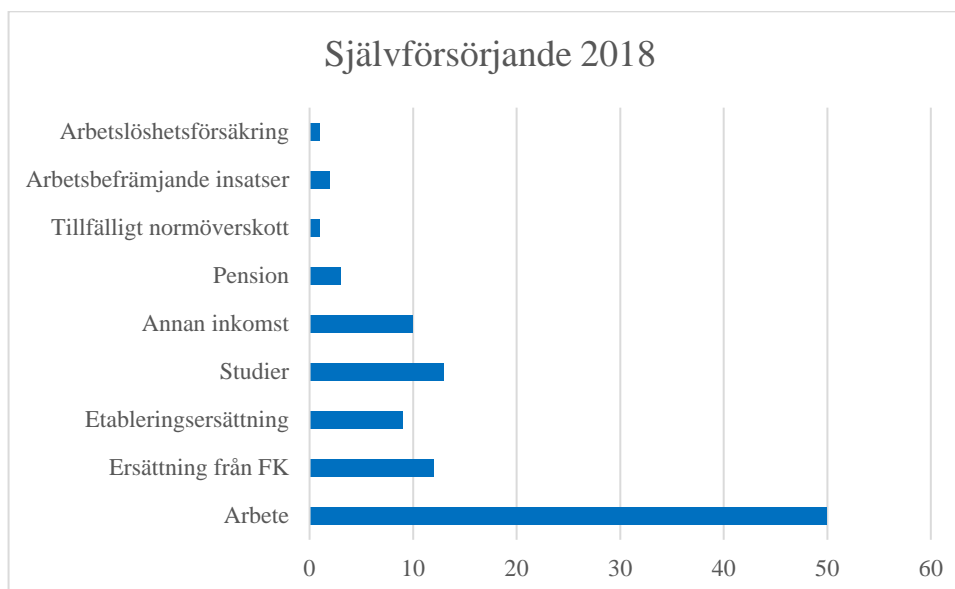
### 2.1.1 Avslutsorsaker

Avslutsorsaker finns för försörjningsstöd. Målet med detta är att socialkontoret ska se vad som är orsaken till att vi avslutar våra insatser. I det första steget går det att välja på självförsörjande, tillfälligt bistånd och orsak övrigt för försörjningsstöd. Dessa är sedan indelade i ytterligare val.



**Beskrivning:** Denna graf visar avslut av ekonomiskt bistånd beroende på självförsörjande, tillfälligt bistånd och orsak övrigt. Tillfälligt bistånd kan vara tillfällig matnorm.

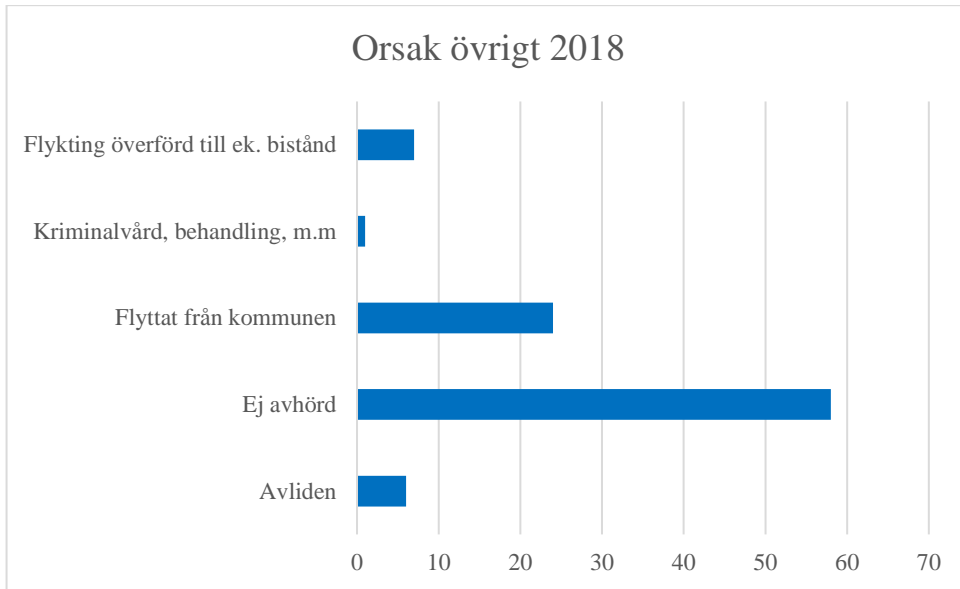
**Kommentar:** 212 insatser med ekonomiskt bistånd har avslutats under 2018. Av dessa har 96 kodats som övrigt och 101 har kodats som självförsörjande.



**Beskrivning:** De avslutade insatser som har kodats som självförsörjande finns uppdelade i vilken typ av självförsörjning som klienten har gått till.

**Kommentarer:** Under året har 101 av de avslutade insatserna blivit självförsörjande. Av de 101 insatser som har kodats som självförsörjande har 50

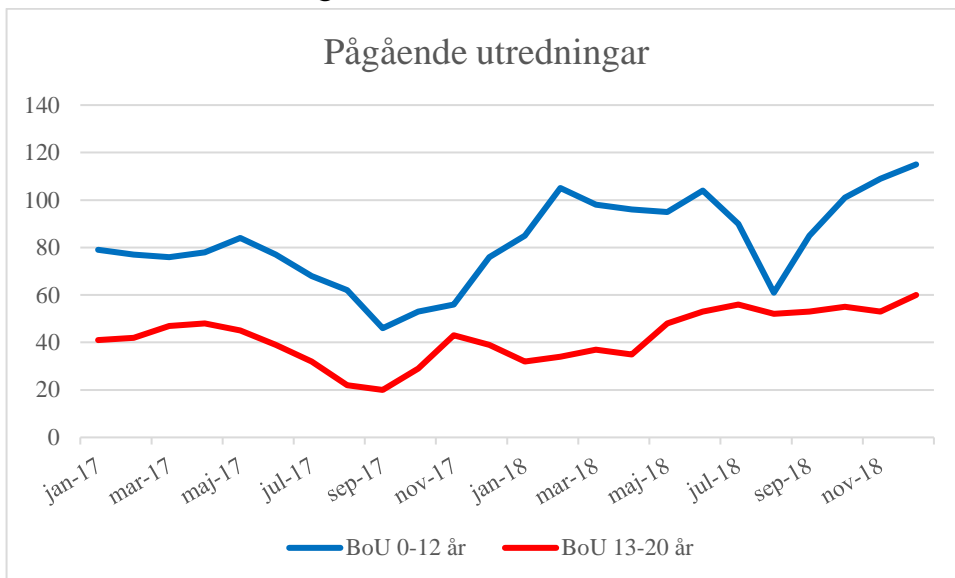
personer gått till arbete och 12 personer har gått till ersättning från försäkringskassan.

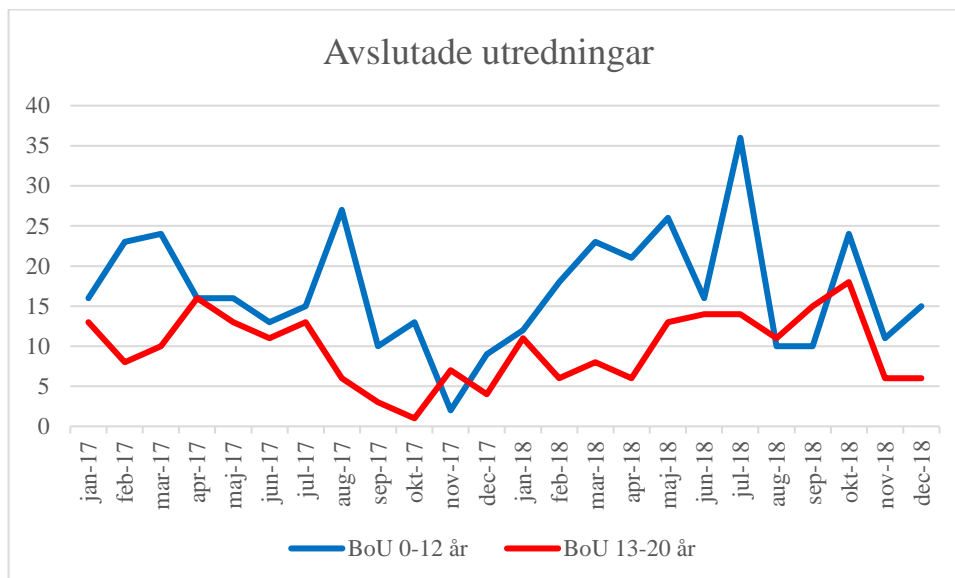
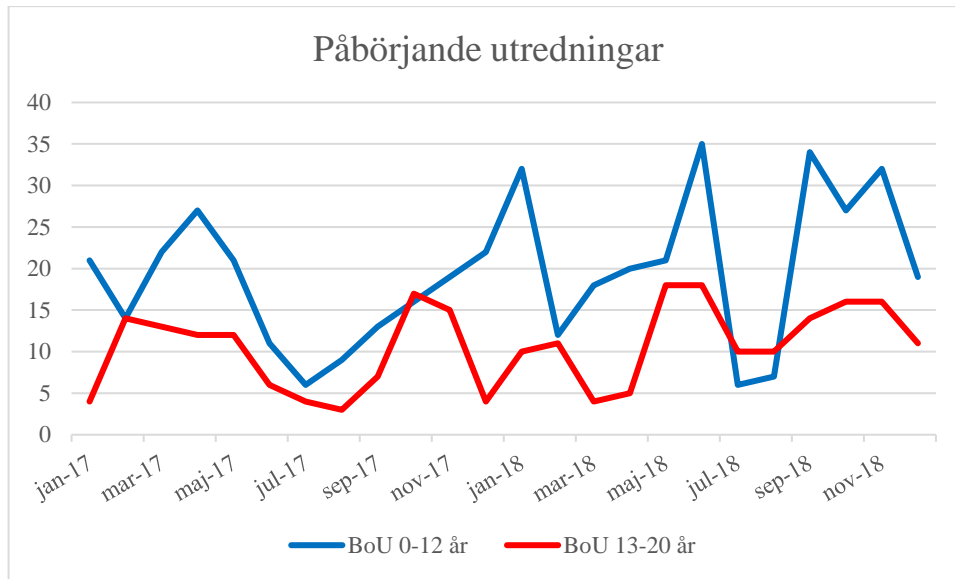


**Beskrivning:** Den avslutsorsak som kodats som orsak övrigt finns nedbrutet i undergrupper.

**Kommentar:** Under året har 96 av insatserna avslutats med orsaken övrigt. Av de 96 avslut av insats ekonomiskt bistånd har 24 flyttat från kommunen. 58 har avslutats med koden ej avhörd.

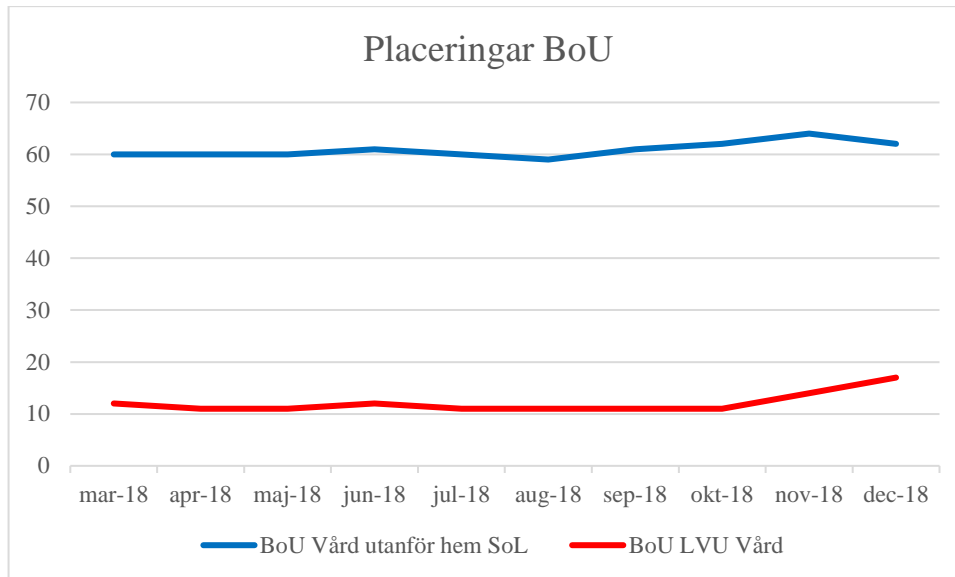
## 2.2 Barn- och ungdomsenheten





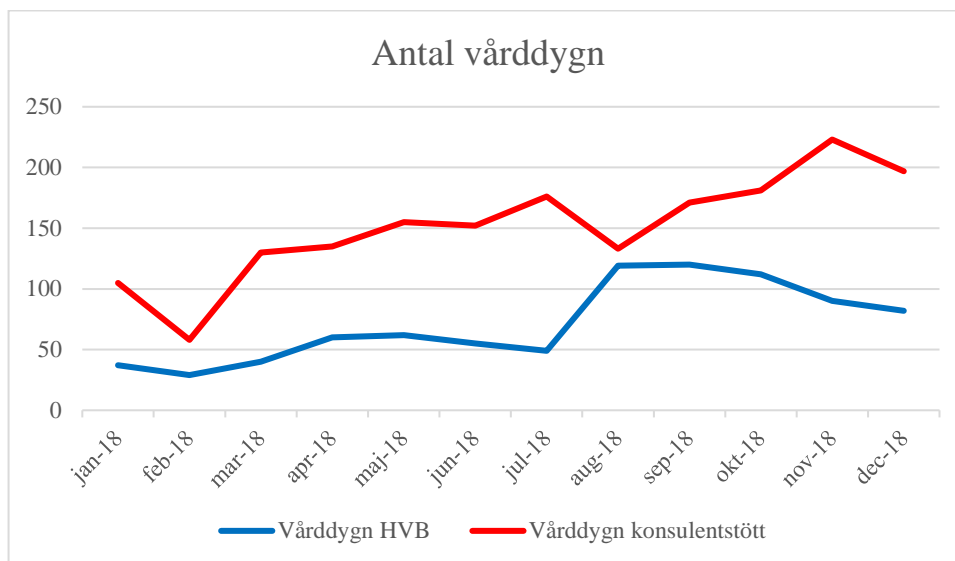
**Beskrivning:** Dessa tabeller visar antal utredningar hos barn och ungdomsenheten. Redovisningen delas upp i barn 0–12 år och ungdom 13–20 år. Dessa diagram är uppdelade på pågående, påbörjade och avslutade utredningar fördelat på åldersgruppen.

**Kommentar:** Antalet pågående utredningar har ökat kraftigt sedan början av 2017. Antal påbörjade utredningar följer läsåret på skolorna. Det är många anmälningar från skolorna som leder till utredning.



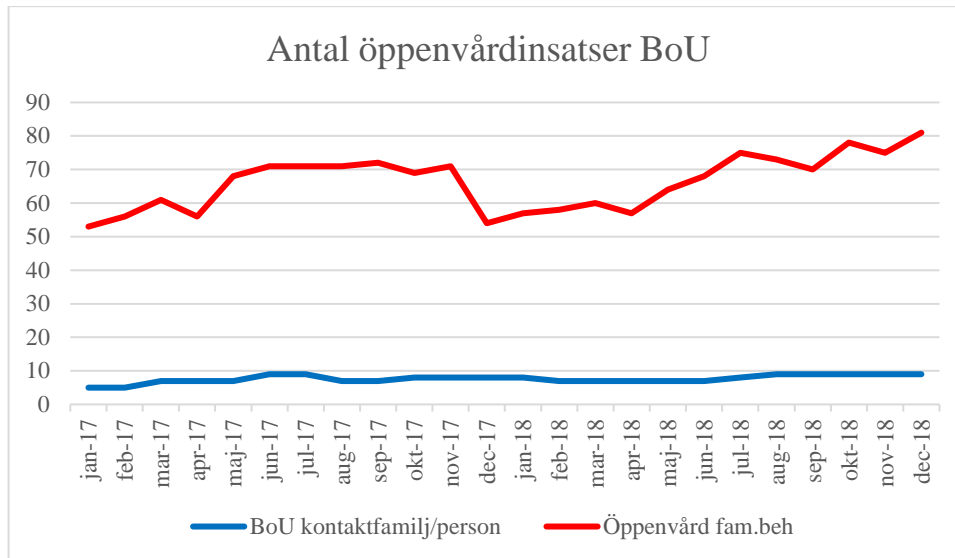
**Beskrivning:** Detta diagram beskriver hur många barn och ungdomar som vårdas utanför sitt eget hem fördelat på vård enligt Socialtjänstlagen och LVU (Lagen om vård av unga). Socialstyrelsen har under 2018 ändrat vad som ska redovisas så dessa siffror finns sedan mars 2018.

**Kommentar:** Antalet placerade barn och ungdomar som vårdas med stöd av LVU har ökat under året.



**Beskrivning:** Denna graf visar antal vårddygn för barn och ungdomar på HVB-hem och på konsulentstödda familjehem. Barn och ungdomar kan också vara placerade på familjehem i vår egen regi. I HVB-hem ingår även stödboenden för ungdomar.

**Kommentar:** Antalet vårddygn har ökat under 2018. Barn och ungdomsenheten har flera ungdomar på både HVB-hem och i konsulentstödda familjehem som är vårdkrävande. Det är en anledning till att antalet dygn har ökat.



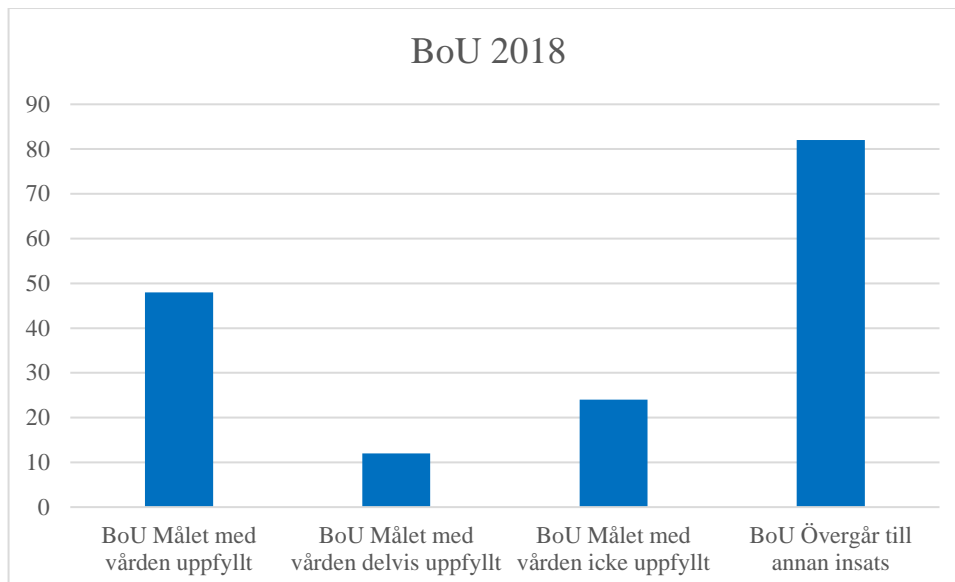
**Beskrivning:** Denna graf beskriver antal pågående öppenvårdsinsatser avseende öppenvård i egen regi, kontaktperson och kontaktfamilj.

**Kommentar:** Antal insatser i vår egna öppenvård har ökat sedan början av 2017. Öppenvården har utarbetat nya metoder och de arbetar med att mobilisera barnens nätverk. Öppenvården är också, för det mesta, det första alternativet när ett barn behöver stöd i sin situation.

### 2.2.1 Avslutsorsaker

#### *Barn och ungdomsenheten*

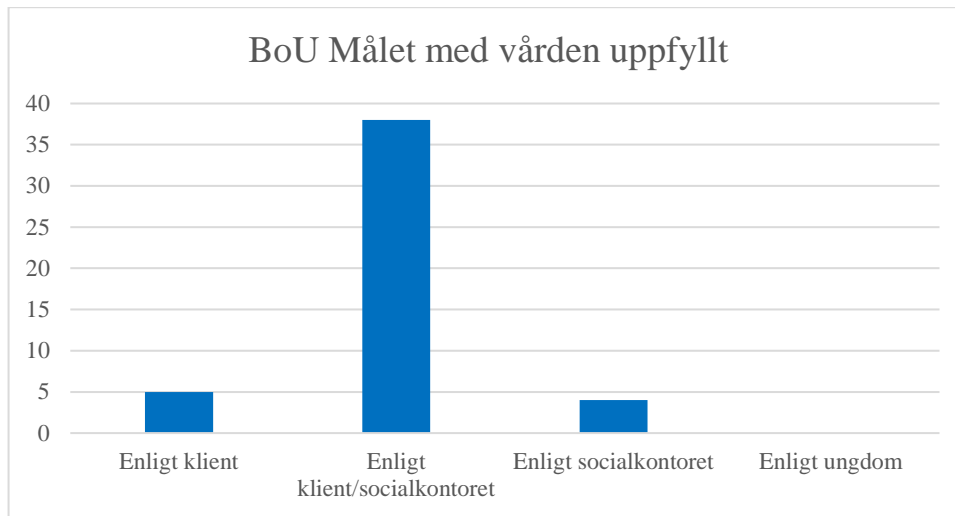
Avslutsorsaker finns för insatser inom barn och ungdomsenheten från 1 januari 2016. De utgår från om målet med insatsen är uppfyllt.



**Beskrivning:** Denna graf beskriver hur många av de avslutade insatserna som målen har uppfyllts, delvis uppfyllts eller icke uppfyllts.

**Kommentar:** 166 insatser har avslutats under året. Av de 166 insatser som har avslutats under året har 48 insatser avslutats då målet med insatsen har

uppfyllts. Socialstyrelsen har under början av 2018 gjort om hur insatser ska redovisas till Socialstyrelsen. Det innebär att socialkontoret har lagt om besluten i verksamhetssystemet och därmed har beslut markerats med Övergår till annan insats. Det är ett administrativt beslut.

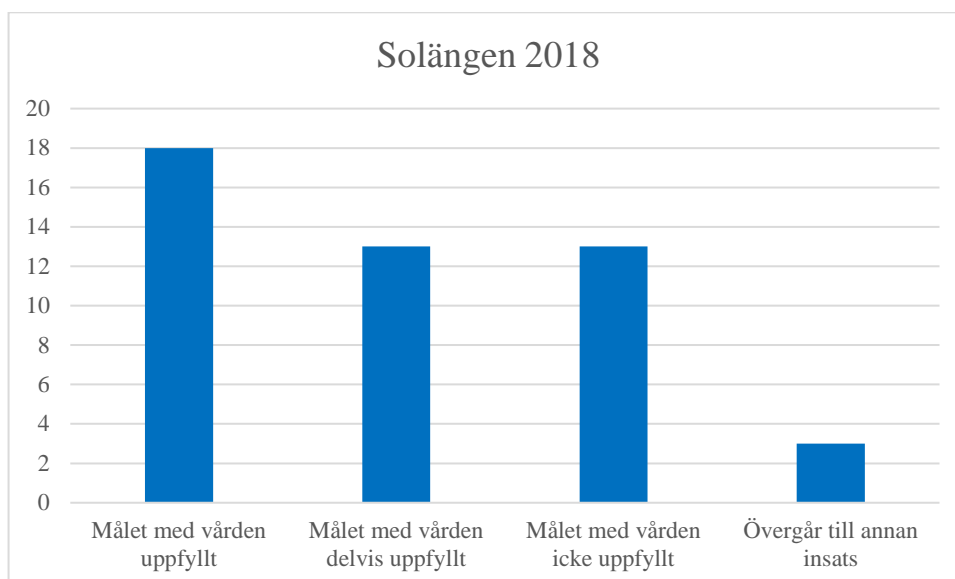


**Beskrivning:** Denna graf visar vem som har bedömt att målet med vården har uppfyllts.

**Kommentar:** Under året var orsaken till 48 av de avslutade insatserna att målet med vården har uppfyllts. Av de 48 insatser som har avslutats med att vården har uppfyllts har 38 insatser avslutats då både klienten och socialkontoret har varit överens om att målet med vården har uppfyllts. Barn och ungdomsenheten arbetar aktivt för att öka delaktigheten och vara transparenta med de familjer som har insatser. Det görs tydliga uppdrag för insatserna så att det blir tydligt för familjerna när målet med insatsen är uppfyllt.

#### *Solängen*

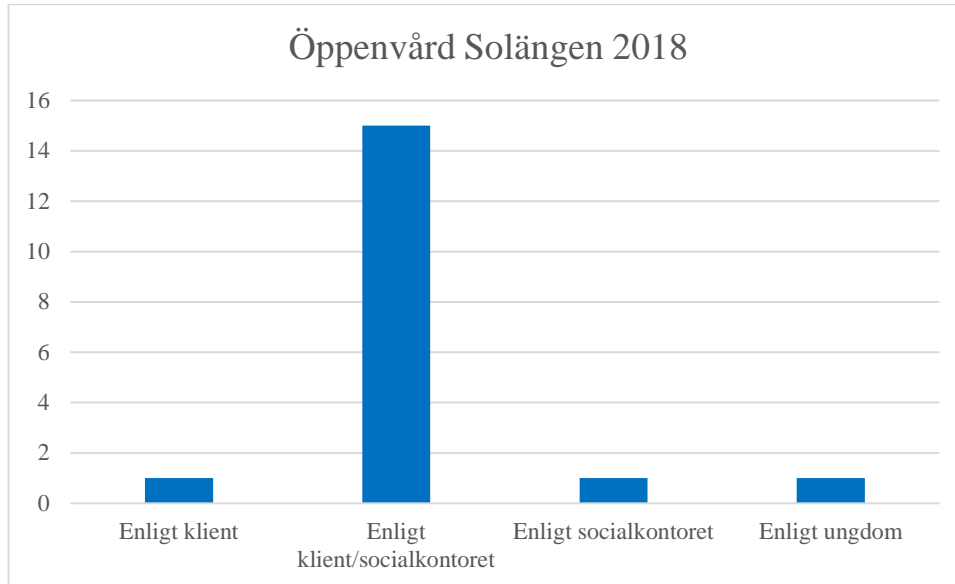
Sedan 1 januari 2018 redovisar öppenvården i egen regi på samma sätt som barn och ungdomsenheten om målet med insatsen har uppfyllts vid avslut av ärendet.





Beskrivning: Denna graf beskriver hur många av de avslutade insatserna som målen har uppfyllts, delvis uppfyllts eller icke uppfyllts.

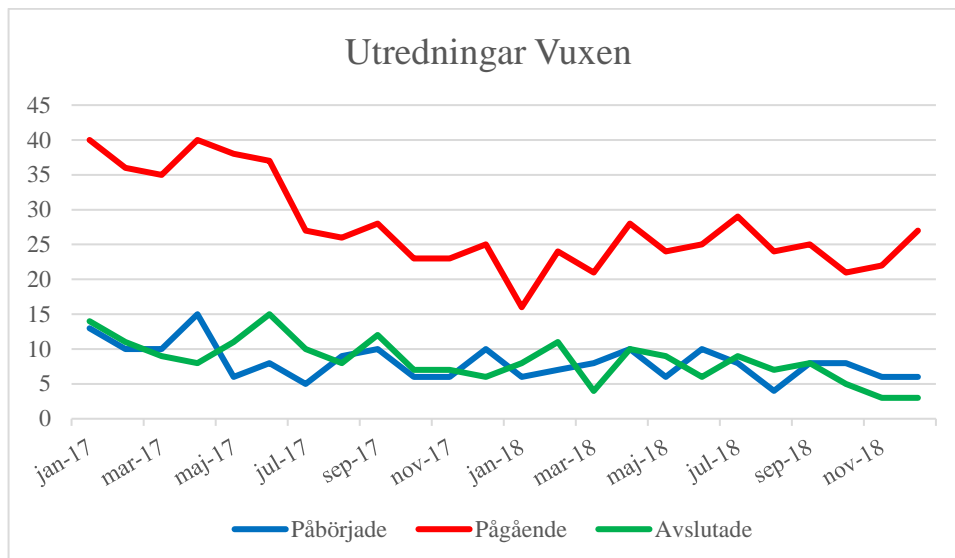
Kommentar: Solängen har under 2018 avslutat 47 insatser. Av dessa insatser har målet med vården uppfyllts i 18 insatser.



Beskrivning: Denna graf visar vem som har bedömt att målet med vården har uppfyllts.

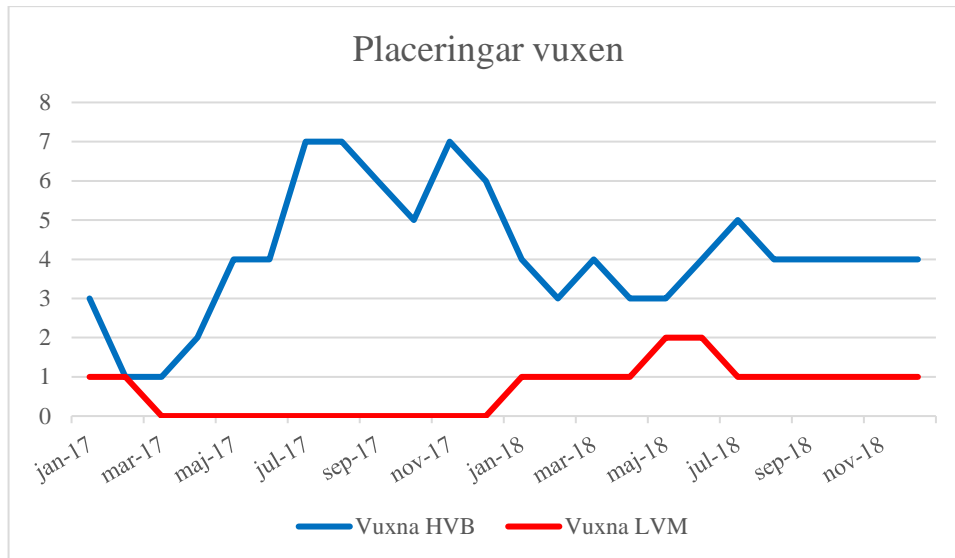
Kommentar: I de 18 ärenden där vården har uppfyllt målet har 15 ärenden uppfyllt vården enligt både klient och socialkontoret.

### 2.3 Missbruk och annan vuxenvård



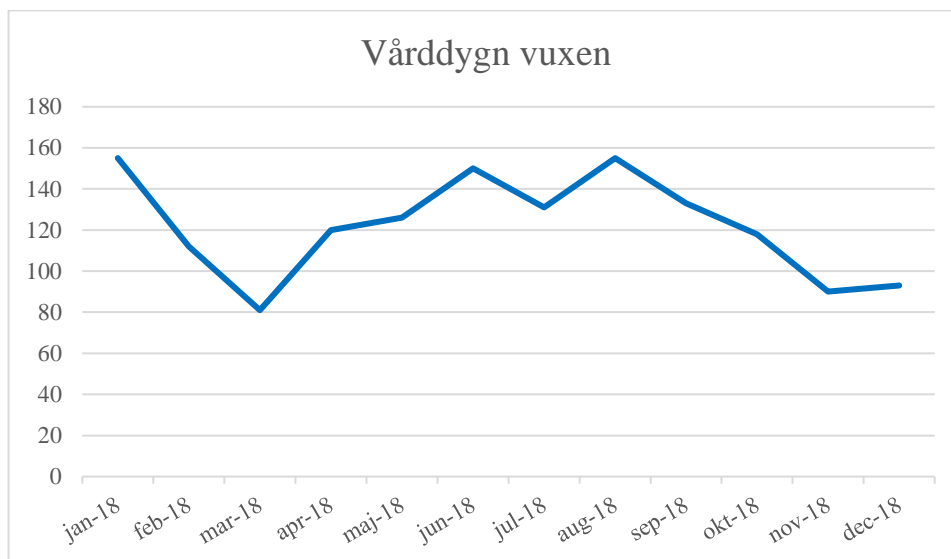
Beskrivning: Detta avser utredningar avseende vuxna. Det är ansökan som avser missbruksvård eller våld i nära relation.

Kommentar: Antal pågående utredningar har sjunkit under 2017 för att under 2018 öka något.



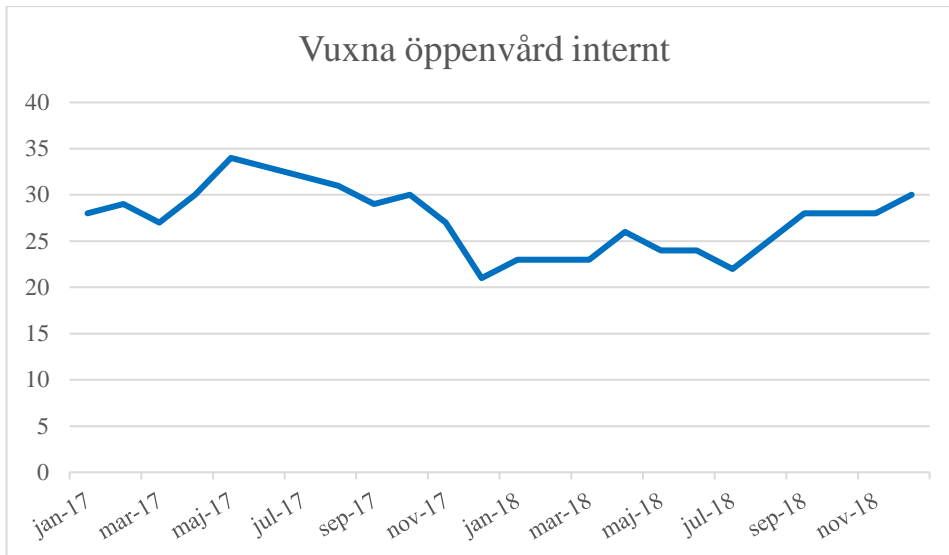
**Beskrivning:** Detta beskriver antal placeringar av missbrukare enligt Socialtjänstlagen (SoL) och enligt Lagen om Vård av Missbrukare (LVM).

**Kommentar:** Antalet placeringar har minskat under 2017 för att öka något under 2018. Placeringar på HVB-hem varierar mellan 1 och 7 placeringar och antal placeringar enligt LVM varierar mellan 0 och 2 placering.



**Beskrivning:** Denna graf beskriver antal vårddygn för missbruksvård. Siffrorna inkluderar både de som vårdas enligt SoL och de som vårdas enligt LVM.

**Kommentar:** Antal vårddygn varierar under året.



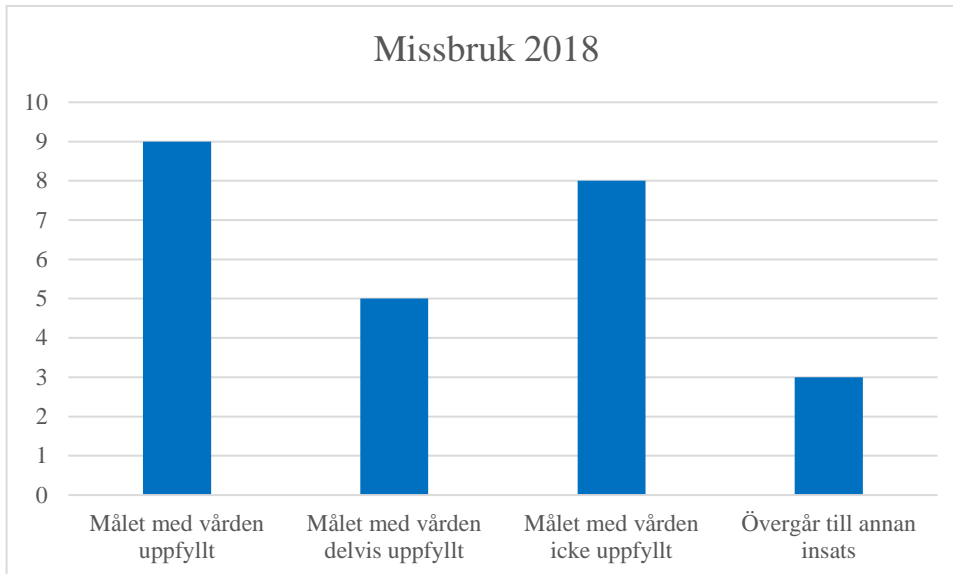
**Beskrivning:** Antal insatser som avser öppenvård för vuxna i egen regi.

**Kommentar:** Antalet insatser i öppenvården har minskat under 2017 för öka under 2018.

### 2.3.1 Avslutsorsaker

#### *Vuxenenheten*

Avslutsorsaker finns för insatser missbruksvården från 1 januari 2016. De utgår från om målet med insatsen är uppfyllt.

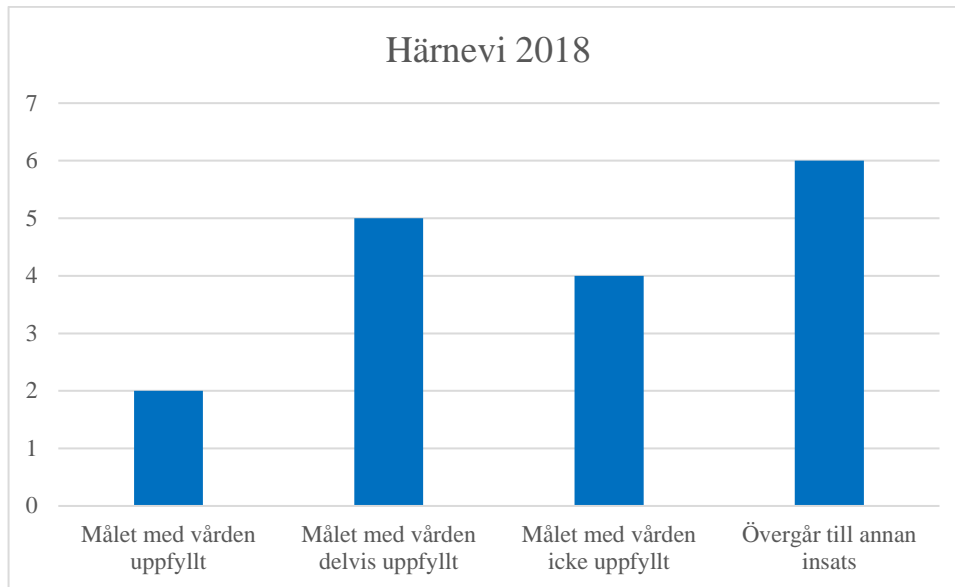


**Beskrivning:** Denna graf beskriver hur många av de avslutade insatserna där målen har uppfyllts, delvis uppfyllts eller icke uppfyllts samt om insatsen övergår till en annan insats.

**Kommentar:** Under året avslutades 25 insatser inom missbruksvården. Av de 25 insatser som har avslutats under året har 9 avslutats då målet med insatsen har uppfyllts.

*Härnevi*

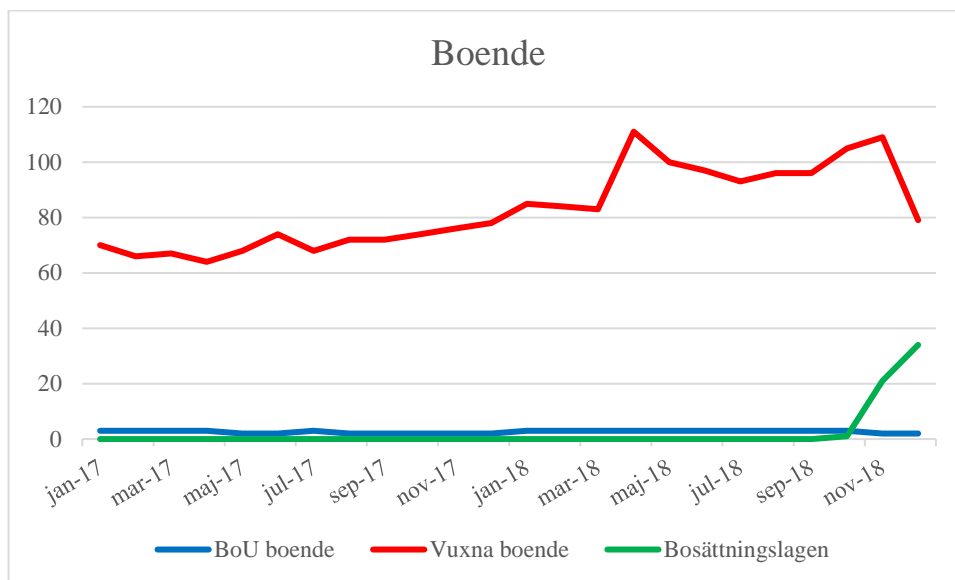
Sedan 1 januari 2018 redovisar öppenvården i egen regi på samma sätt som vuxenheten om målet med insatsen har uppfyllts vid avslut av ärendet.



**Beskrivning:** Denna graf beskriver hur många av de avslutade insatserna där målen har uppfyllts, delvis uppfyllts eller icke uppfyllts samt om insatsen övergår till en annan insats.

**Kommentar:** Härnevi avslutade 17 insatser under 2018. Av dessa har målet med vården uppfyllts i 2 ärenden.

## 2.4 Boende



**Beskrivning:** Detta beskriver antal boende i sociala lägenheter uppdelat på vuxna och ungdomar samt de som har fått bostad enligt bosättningslagen. Bostad enligt bosättningslagen får de nyanlända under sina 2 första år i kommunen. Sedan november 2018 ges beslut enligt bosättningslagen.

**Kommentar:** Antalet insatser med boende har ökat.

Lena Bergström

Datum  
2019-02-26

Vår beteckning  
SN 19/0048

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

lena.bergstrom@upplands-bro.se

## Redovisning av digitalisering

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner redovisningen av aktiviteter inom digitaliseringsområdet

### Sammanfattning

Redovisning av digitalisering 2018 innehåller en rapport från socialkontoret om vilka aktiviteter som har införts under 2018 inom digitaliseringsområdet. Redovisningen innehåller dessutom vad som är planerat för 2019.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2019-02-26
- Redovisning av aktiviteter inom digitaliseringsområdet 2018

### Barnperspektiv

Detta ärende berör inte barnperspektivet.

Helena Åman

Socialchef

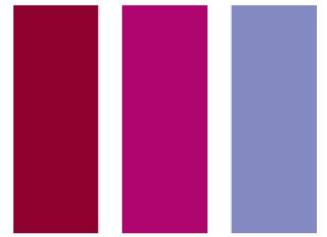
Elisabeth Rågård

Avdelningschef

### Beslut sänds till

- Diariet





# Redovisning av aktiviteter inom digitaliseringsområdet 2018

2019-

Dnr: SN 19/

[Lena.bergstrom@upplands-bro.se](mailto:Lena.bergstrom@upplands-bro.se)

## Innehåll

1	Inledning .....	3
2	Redovisning av aktiviteter .....	3



## 1 Inledning

Under året har arbetet med digitalisering fortsatt. Nedan följer en redovisning av de aktiviteter som har skett under året och vad som är planerat för 2019. I detta arbete sker det under året en hel del förändringar. Vissa saker som planeras under året blir inte genomförda av olika anledningar, det kan vara att det inte går att genomföra på grund av yttre omständigheter eller att det sker så mycket annat i organisationen att digitaliseringsförändringen skjuts på framtiden. Det kan också vara så att nya former av digitalisering uppkommer efter att socialkontoret har tagit in information om vad som finns på marknaden. Omvärldsbevakning är en viktig del i arbetet med digitalisering.

Under året har kommunen fått 826 300 kronor i stimulansmedel för satsning på välfärdsteknik inom äldreomsorg och funktionshinderområdet. Pengarna ska användas till investeringar i välfärdsteknik och till investeringar i kunskap om välfärdsteknik. I redovisningen finns uppgifter om hur socialkontoret har använt dessa pengar.

## 2 Redovisning av aktiviteter

Aktivitet	Arbete under 2018	Aktivitet under 2019	Status
Införa digital ansökan för försörjningsstöd	Digital ansökan av försörjningsstöd har införts		Slutförd
Införa mina sidor för försörjningsstöd	Mina sidor för klienterna på försörjningsstöd har införts		Slutförd
Införa scanning av handlingar inom individ- och familjeomsorgen	Personakten är nu digital med alla handlingar som finns i personärendet		Slutförd
Digitalt journalsystem till ungdomsmottagningen	Under året har ett digitalt journalsystem införts		Slutförd
Digitalt system för SRS/ORS	Vi har infört ett digitalt system klientens feedback för samtalsession enligt för SRS/ORS		Slutförd
Minneshjälp inom funktionshinder-	Det finns digitala tjänster genom SLL		Slutförd

området			
Surf-plattor till gruppboende	Alla gruppboenden har inhandlat surfplattor. Vi har använt de pengar som socialkontoret fick genom satsningen i välfärdteknik. Vi planerar vilka användningsområden och verktyg som ska användas för att öka delaktigheten hos de boende		Slutförd
Digital tidsbokning till ungdomsmottagningen	Digital tidsbokning till ungdomsmottagning finns sedan hösten 2018		Slutförd
Undersöka hur vi ska utbilda våra arbetsledare i implementering av digital teknik	Vi har under året väckt denna fråga i olika sammanhang	Samtal med arbetsledarna om hur vi ska ta oss an detta för att öka kunskapen om implementering	Fortsatt arbete under 2019
Införa digitala handlingar till socialnämndens arbetsutskott	Under året har ett arbete tillsammans med kansliet genomförts. Vi har sökt ett fungerande system men har inte hittat något.	Kansliet kommer att upphandla ett digitalt system för att nämndhandlingar och vi kommer då att ha ett system för sekretesshandlingar som tilläggstjänst	Fortsatt arbete under 2019
Tidsbokning för klient hos socialsekreterare	Leverantören av verksamhets-systemet arbetar på att få fram ett sådant system	Vi avvaktar tills leverantören av verksamhets-systemet har tagit fram ett sådant system	Fortsatt arbete under 2019
Införa digital ansökan för LSS	Leverantören av verksamhets-systemet arbetar på att få fram ett sådant	Vi avvaktar tills leverantören av verksamhets-systemet har tagit	Fortsatt arbete under

	system	fram ett sådant system	2019
Digitalt system för avvikelser	Vi har under året tittat på flera system	Vi kommer att upphandla	Slutföra arbetet under 2019
Digitalt system för felanmälningar	Vi har under året tittat på flera system	Vi kommer att upphandla	Slutföra arbetet under 2019
Placeringsinfo är ett digitalt system för att kunna se vilka HVB-hem som kan passa för olika typer av problem	Vi har tittat på systemet men har beslutat att avvakta		Inte aktuellt just nu
Digitalt stöd för SIP	SKL har pilot-kommuner som arbetar med detta	Vi håller oss uppdaterade för att kunna införa	Fortsatt arbete under 2019
Taligenkänning innebär att socialsekreteraren talar in sina anteckningar i verksamhetssystemet	SKL har gjort ett arbete som visar på goda resultat	Vi kommer att äska till budget 2020	Fortsatt arbete under 2019
Digital signering för politikerna i AU under dagtid. Det finns ett system som socialjouren har infört. Tanken är att vi ska ha samma system dagtid	Vi har undersökt det system som socialjouren har upphandlat men är osäkra på om det är informationssäkert	Vi kommer att fortsätta att arbeta med frågan så att vi får ett bra system som är informationssäkert	Fortsatt arbete under 2019
Utbildningsplan för webb-utbildningar inom funktionshinder och IFO	Sammanställning av webb-utbildningar har påbörjats	Arbetet kommer att fortsätta under året	Slutföra arbetet under 2019
Touch-skärmar till gruppbooster	Vi har tittat på olika system. Vi har använt de pengar som socialkontoret fick genom satsningen i välfärdteknik	Vi kommer att upphandla	Slutföra arbetet under 2019

Redovisning av aktiviteter inom  
digitaliseringsområdet 2018

Säker kommunikation via e-post och SMS	Leverantören av verksamhetsystemet har introducerat denna tjänst	Kontrollera om tjänsten har de funktioner som vi vill ha	Slutföra arbetet under 2019
---	---	---	--------------------------------------

Marita Lindell-Jansson

Datum

2019-03-13

Vår beteckning

SN 19/0070

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

marita.lindell-jansson@upplands-bro.se

## Patientsäkerhetsberättelse

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2018.

### Sammanfattning

Vårdgivare ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätta patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars årligen. I denna ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Vårdgivare har ett ansvar att bedriva ett kvalitetsarbete som ska vara både systematiskt och förebyggande för att förhindra vårdskador i samband med vård och behandling. Syftet är att göra hälso- och sjukvården säkrare för patienten. Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av densamma.

Sveriges kommuner och landsting har tagit fram mallar för patientsäkerhetsberättelser som man rekommenderar att vårdgivare använder. 2018 års patientsäkerhetsberättelse är upprättad utifrån sådan mall.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse 2019-02-28
- Patientsäkerhetsberättelse 2018

### Ärendet

I enlighet med Patientsäkerhetslagen har patientsäkerhetsberättelse upprättats för 2018. Kommunal hälso- och sjukvård bedrivs vid vård- och omsorgsboenden för äldre, demensdagverksamhet, LSS-boenden samt vid dagliga verksamheter. Den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs och utgår från Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är samlade i en enhet. I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs hur personal medverkat i kvalitetsarbetet vid respektive verksamhets månatliga kvalitetsråd. Där analyseras bland annat tendenser gällande avvikelser som kan ligga till grund för mer generella åtgärder i verksamheten.

Antal avvikelser inom kommunal hälso- och sjukvård har minskat under 2018 (441 stycken) i jämförelse med år 2017 (446 stycken). Ingen händelse har medfört allvarlig vårdskada som är grunden för Lex Maria anmälan till

Inspektionen för vård - och omsorg (IVO). Endast en delegering avseende hälso- och sjukvård har under året dragits in på grund av brister i utförandet. Riskbedömningar gällande fall (Downton), undernäring (MNA), trycksår (Norton) och munhälsa (Roag) har genomförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bland annat vid inflytt till vård- och omsorgboenden. Registreringar görs i kvalitetsregister under förutsättning av den enskildes samtycke. Under 2018 har ett professionsövergripande arbete med KVÅ-kodning av patientjournalen genomförts i enlighet med Socialstyrelsens krav. En basutbildning i palliativ vård- och omsorg har genomförts av sjuksköterskor för omsorgspersonal vid särskilda boenden för äldre. Utbildningen omfattade fyra delar och byggde på ett utbildningsprogram som togs fram av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) 2017. Ett projekt avseende digitaliserad läckagemätning i sjuksköterskans utredning av basal blåsdysfunktion har planerats inför 2019 i syfte att säkerställa sjuksköterskans utredning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel, bidra till ett värdigare liv för den enskilde med diagnosen inkontinens samt bidra till en ökad kostnadseffektivitet gällande inkontinenshjälpmedel.

## Barnperspektiv

Ärendet bedöms inte ha någon särskild påverkan på barnperspektivet

Helena Åman

Socialchef

Elisabeth Rågård

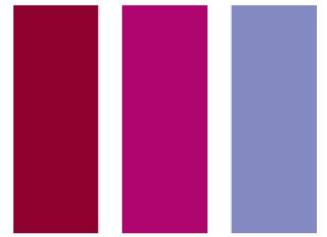
Avdelningschef Avdelning Kvalitet-  
och verksamhetsstöd

## Bilagor

1. Patientsäkerhetsberättelse 2018

### Beslut sänds till

- Akt
- Avdelningschef Utföraravdelningen/Verksamhetschef HSL f v b till berörda enhetschefer
- Verksamhetschef HSL, Arbetsmarknadsenheten, Dagliga verksamheter



# Patientsäkerhets- berättelse 2018

Patientsäkerhetsberättelse för år 2018

2018-02-28

[marita.lindell-jansson@upplands-bro.se](mailto:marita.lindell-jansson@upplands-bro.se)

[mitra.bejanpour@upplands-bro.se](mailto:mitra.bejanpour@upplands-bro.se)

## Innehåll

1	Patientsäkerhetsberättelse.....	3
2	Sammanfattning.....	3
3	Övergripande mål och strategier .....	4
4	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	4
5	Struktur för uppföljning/utvärdering .....	6
6	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	7
7	Uppföljningar genom egenkontroll.....	10
8	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	13
9	Risikanalys .....	14
10	Informationssäkerhet .....	14
11	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	15
12	Klagomål och synpunkter.....	15
13	Samverkan med patienter och närstående.....	16
14	Sammanställning och analys .....	16
15	Resultat .....	16
16	Övergripande mål och strategier för kommande år .....	17



## 1 Patientsäkerhetsberättelse

I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:6599), 3 kap 10 § är varje vårdgivare skyldig att senast 1 mars årligen ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som har uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av densamma. Sveriges kommuner och landsting har tagit fram mallar för patientsäkerhetsberättelser som man rekommenderar att vårdgivare använder. 2018 års patientsäkerhetsberättelse är upprättad utifrån sådan mall.

## 2 Sammanfattning

Nedan följer en sammanfattning i punktform avseende exempel på 2018 års status i patientsäkerhetsarbetet:

1. KVÅ- kodning av vårdåtgärder i patientjournalen har genomförts.
2. 83 % av boende inom särskilt boende för äldre i Upplands-Bro kommun har riskbedömningar som med den enskildes samtycke registrerats i Senior Alert.
3. Gällande tandvårdsstöd har 90,65 % av de som tackat ja till kostnadsfri munhälsobedömning inom ramen för tandvårdsstödet erhållit sådan av Tandvårdsenheten vid särskilda boenden för äldre och LSS-boenden.
4. Antalet uppkomna avvikelser har minskat inom egenregi under 2018 till 441 stycken (464 år 2017).
5. Endast sex fallincidenter har under året medfört frakturer (åtta frakturer år 2017) vid kommunens särskilda boenden för äldre.
6. Patientnämnden har under 2018 inte mottagit några klagomål gällande kommunal hälso- och sjukvård.
7. Ingen händelse i samband med vård och behandling inom kommunal hälso- och sjukvård har varit av sådan allvarlighetsgrad under 2018 att denna har anmälts enligt Lex Maria av MAS. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts inom flertalet av verksamheterna.
9. Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering som ett led i egenkontrollen har genomförts av extern farmaceut från apoteket.
10. Endast en delegering avseende hälso- och sjukvård har under året dragits in på grund av brister i utförandet.

11. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har erhållit flera fortbildningar i olika former i syfte att upprätthålla en hög patientsäkerhet.
12. Utbildning i palliativ vård - och omsorg har genomförts av sjuksköterskor för omsorgspersonal vid särskilda boenden för äldre.
13. Den kommunala hälso- och sjukvården har under året haft en hög kontinuitet vilket medför ökad patientsäkerhet.
14. Hälso- och sjukvårdsenheten har även under 2018 genomfört temaveckor som ”Balansera mera” samt ”Basal hygienvecka”.
15. Planering av ett projekt avseende digitaliserad läckagemätning i sjuksköterskans utredning av basal blåsdysfunktion har genomförts.
16. Planering av ett projekt avseende digital läkemedelssigenering och digitala påminnelser gällande läkemedelsöverlämnanden har genomförts.
17. Planering inför övergång från apotekets dosdispenserade läkemedel till Svensk Dos har genomförts.

### 3 Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§*

I enlighet med 3 kap Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är det övergripande målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. God vård innebär bland annat vård av god kvalitet, god hygienisk standard, trygghet i vård och behandling, tillgänglighet, respekt för självbestämmande och integritet, kontinuitet och säkerhet. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande för att förebygga ohälsa. Det innebär att hälso- och sjukvårdens insatser ska vara av sådan kvalitet att dess patienter inte drabbas av vårdskada eller risk för sådan under vård och behandling. Strategier för att förebygga detta är av olika slag bland annat avvikelshantering, riskbedömningar, fortbildning med mera.

### 4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

#### **Vårdgivaren**

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten har under 2018 utövats av Socialnämnden som varit ytterst ansvarig för patientsäkerheten.

### **Verksamhetschefs ansvar**

Avdelningschef för Utföraravdelningen har under 2018 tillika verkat som verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Dennes ansvar omfattar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Dennes ansvar omfattar även ledning av hälso- och sjukvårdens organisation så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ansvara för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om delegeringar av vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

### **Enhetschef Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE)**

Enhetschef för Hälso- och sjukvårdsenheten är underställd avdelningschef Utföraravdelningen och har ett direkt ledningsansvar för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen inom Hälso- och sjukvårdsenheten. Dennes ansvar omfattar även att dess personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av dess personal och lokala skriftliga rutiner upprättas vid behov.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Legitimerad personal har enligt patientsäkerhetslagen skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålles och ska kontinuerligt rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada. De ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat med mera.

## **Omsorgspersonal**

Omsorgspersonal består av huvudsakligen av undersköterskor och vårdbiträden. De ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa de instruktioner som de getts.

## **Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE)**

Hälso- och sjukvårdsenheten svarar för kommunal hälso- och sjukvård vid kommunens vård- och omsorgboenden, servicehus, LSS-boenden, demensdagverksamhet samt dagliga verksamheter.

Hälso- och sjukvårdsenheten som leds av en enhetschef består av 7 stycken patientansvariga sjuksköterskor samt 2 resurssjuksköterskor som arbetar vardagar, dagtid. Obekvämtid ansvarar Big Care AB för akuta och planerade åtgärder inom hälso- och sjukvård.

Inom enheten finns även 2,5 årsarbetare sjukgymnast/fysioterapeut och 3 årsarbetare arbetsterapeut.

## **Läkare**

Läkare är inte ett kommunalt ansvar, utan ett landstingsansvar. Läkare från Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB besöker kommunen särskilda boenden för äldre en gång i veckan och är därutöver tillgängliga för sjuksköterskorna på telefon dygnet runt. Läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån en samverkansöverenskommelse. Gällande LSS-boenden finns fast läkartid avsatt vid respektive vårdcentral för rondliknande möten och hembesök tillsammans med kommunens LSS- sjuksköterska. Även här arbetar vårdgivarna utifrån en samverkansöverenskommelse.

# **5 Struktur för uppföljning/utvärdering**

## *SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Omsorgspersonal som upptäcker risker och avvikelser i samband med vård och behandling, kontaktar enligt rutin omedelbart tjänstgörande sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut och upprättar därefter en skriftlig avvikelse. Den legitimerade vidtar i samband med händelsen nödvändiga åtgärder. Patientansvarig sjuksköterska registrerar därefter avvikelserna i Pro Capita Avvikelsemodul. Avvikelse tas månatligen upp i verksamheternas kvalitetsråd för genomlysning och mer långsiktiga åtgärder. Detta i syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Där deltar ansvarig enhetschef, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal. Allvarliga händelser som medfört eller riskerar att medföra allvarlig patientskada ska rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ansvarar för slutlig utredning och bedömning om eventuell Lex Maria-anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras. I händelse av sådan informeras socialnämnden.

Riskbedömningar rörande nutrition, fall, trycksår och munhälsa genomförs, analyseras och dokumenteras tillsammans med beslutade åtgärder i Pro Capita HSL- journal. Dessa registreras under förutsättning av den enskildes samtycke även i Senior Alert.

Kvalitetsuppföljningar utförs av MAS årligen.

Öppna jämförelser och kvalitetsregister är källor som kan användas för uppföljning av tendenser i verksamheterna.

## 6 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Patientsäkerhetsberättelse har upprättats för år 2018 avseende egenregis äldreboenden, och LSS-boenden, demensdagverksamhet samt dagliga verksamheter.

### **Utbildnings - och utvecklingsinsatser**

En basutbildning i palliativ vård- och omsorg har genomförts av sjuksköterskor för omsorgspersonal vid särskilda boenden för äldre. Utbildningen omfattade fyra delar och byggde på ett utbildningsprogram som togs fram av MAS 2017. Livets slut är ständigt närvarande vid särskilda boenden för äldre och är en stor del i personalens arbete med brukare/patienter och dess närstående.

Två sjuksköterskor har under året genomgått utbildning för förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel på högskolenivå. Därmed har nu samtliga sjuksköterskor utom en behörighet av Socialstyrelsen att förskriva inkontinenshjälpmedel.

Majoriteten av sjuksköterskor har genomgått utbildning i NEWS för att dels i en akut situation bättre upptäcka och bedöma sviktande vitala funktioner (NEWS National Early Warning Score) samt i SBAR för en gemensam struktur för kommunikation inom hälso- och sjukvården som kan minska risken för missförstånd och vårdskador.

Majoriteten av legitimerad rehabpersonal (arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter) har genomgått Socialstyrelsens webbaserade utbildning Förskrivning av hjälpmedel, som nu är ett krav från Region Stockholm för att förtroendeförskrivning avseende hjälpmedel ska kunna utföras.

Rehabpersonal har under året hållit utbildningar i lyftteknik för omsorgspersonal för att öka både patient- och personalsäkerhet i samband med lyft av patienter/brukare.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har i olika antal utifrån sina funktioner genomfört webbutbildningar som Antibiotikasmart, Sårsmart, Diabetes hos äldre, Demens ABC, Basala hygienrutiner, Äldre och läkemedel,

Senior Alert, Ett fall för teamet (om fallförebyggande arbete), Nollvisionen för demensvård utan tvång och frihetbegränsningar, Palliation ABC och Kommunikation vid demenssjukdom ”Varför förstår du inte vad jag menar”

Övriga kurser som delar av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har deltagit i är KOL-utbildning, Att undanröja hinder för personer med funktionsnedsättningar, Fördjupningskurs om NPF (Neuropsykiatriska funktionshinder), samt KVÅ-utbildning

Konferenser och mässor som delar av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal deltagit i är Mässa om Välfärdsteknologi & e-hälsa samt konferens ”Självständighetens labyrint”.

Ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast har under året deltagit i Forum Carpes nätverk för kompetensutveckling inom funktionshinderområdet.

### **Riskbedömningar**

I samband med inflyttning till särskilt boende för äldre erbjuds och genomförs individuella riskbedömningar avseende undernäring, trycksår, munhälsa och fall. Dessa dokumenteras dels i patientjournalen men registreras även i kvalitetsregistret Senior Alert under förutsättning av den enskildes samtycke. 83 % av de boendes riskbedömningar i Upplands-Bro kommun har registrerats i Senior Alert.

### **Dosdispenserade läkemedel**

Under senare delen av året påbörjades en planering och ett flertal förberedelser för en patientsäker övergång från apotekets dosdispenserade läkemedel, APO-dos, till Svensk Dos som av Region Stockholm aviserat till 2019-02-24. Detta med anledning av Region Stockholms i sin nya upphandling denna gång valt Svensk Dos.

### **Influensavaccination**

Erbjudande om influensavaccination har getts till alla vid särskilda boenden för äldre. De som tackat ja och inga hinder förelåg för vaccinering erhöll vaccin. Trots den brist som uppstod på vaccin fick alla boende vaccin dock med en liten fördröjning för ca 10 boende vid Hagtorp. Boende vid LSS-boenden har erbjudits vaccin via sin respektive vårdcentral.

### **Dokumentation**

Hösten 2018 påbörjades ett professionsövergripande arbete med att ta fram lämpliga KVÅ- koder för kodning av de åtgärder som vidtas inom hälso- och sjukvård och dokumenteras i patientjournaler. Detta för att kommunen i enlighet med HSLFS- FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso-och sjukvården från och med 2019-01-01 ska kunna lämna till Socialstyrelsen efterfrågad statistik gällande kommunal hälso- och sjukvård. Denna statistik kan också med fördel användas i den egna verksamhetsutvecklingen.

### **Digitaliseringsprojekt för ökad patientsäkerhet**

En planering av ett projekt avseende ”Digital läkemedelssignering” med digitala påminnelser och signeringar avseende delegerade läkemedelsöverlämnanden påbörjades under 2018 i syfte att minska antalet ”bortglömda - ej överlämnade läkemedel”. Projektet har dock under planeringen utökats till att även omfatta digital signering av utförda insatser av socialtjänstkaraktär, planering med mera och beräknas starta våren 2019.

En planering av ett projekt avseende ”Digital läckagemätning i sjuksköterskans utredning av basal blåsdysfunktion” genomfördes under 2018 för planerad uppstart våren 2019. Syftet är att säkerställa sjuksköterskans utredning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel, bidra till ett värdigare liv för den enskilde med diagnosen inkontinens, samt att bidra till en ökad kostnadseffektivitet gällande inkontinenshjälpmedel.

### **Fallförebyggande arbete**

I det fallförebyggande arbetet vid särskilda boenden för äldre, samverkar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB. Det fallförebyggande arbetet är en integrerad del i det dagliga patientsäkerhetsarbetet. Individuella orsaker och förebyggande åtgärder i varje enskilt fall är en stående punkt vid varje rondtillfälle/läkarbesök. Syftet är att hitta orsaker och minimera antalet fall och frakturer. Glädjande är att antalet frakturer har minskat från 8 stycken till 6 frakturer under 2018. Detta särskilt med anledning att de som flyttar in till boenden idag har ett betydligt sämre allmänstatus än tidigare, då man bor hemma längre och hunnit bli allt sämre innan man flyttar in – och därmed har en ökad fallrisk. Den tid man lever efter inflyttning till ett äldreboende har med anledning av det sämre allmänstatuset blivit allt kortare.

### **Temaveckor**

Hälso- och sjukvårdsenheten har under 2018 genomfört två temaveckor i verksamheterna. Verksamheten anslöt sig till Socialstyrelsens fallförebyggande vecka 40, ”Balansera mera”. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bjöd in till och genomförde föreläsningar för boende, närstående, omsorgspersonal och allmänhet.

I likhet med föregående år så genomfördes även ”Basal hygienvecka” i verksamheterna där betydelsen av basal hygien lyftes på olika sätt, bland annat genom affischer och föreläsningar.

### **Basal hygien**

Tillgång till vårdhygienisk expertis i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen säkerställs genom avtal med Vårdhygien, Region Stockholm. Vårdhygien tillhandahåller utöver en webbutbildning regelbundet hygienutbildningar för alla kategorier av personal och chefer. Under året har diskdesinfektorer inköpts och installerats vid Kungsgården och Bro servicehus då sådana har saknats, vilket har påpekats av Vårdhygien vid tidigare hygienrund.

## Flytt av sjuksköterskeexpedition och läkemedelsrum

Vid Norrgården har sjuksköterskeexpeditionen samt läkemedelsrummet flyttats och bättre anpassats för hälso- och sjukvårdsverksamhet. Detta har medfört en ökad patientsäkerhet vid läkemedelshantering och journaldokumentation.

## Kontinuitet

Den kommunala hälso- och sjukvården har under året haft en jämförelsevis hög kontinuitet avseende legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal vilket är en förutsättning för en hög patientsäkerhet.

## 7 Uppföljningar genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

### Uppsökande verksamhet - Tandvårdsstöd – Symfoni

#### Munhälsobedömning och tandvårdstödsintyg

Av de patienter/brukare som under 2018 erbjudits och tackat ja till kostnadsfri munhälsobedömning av Tandvårdsenhetens utförare har 90,65 % erhållit sådan vilket är något färre än föregående år (93,09 %). Sjuksköterska med ansvar för respektive särskilt boende för äldre ansvarar för att utföra tandvårdstödsintyg samt att erbjuda kostnadsfri munhälsobedömning. Vid LSS-boenden och ordinärt boende ansvarar biståndshandläggare för dessa uppgifter. Kostnadsfri munhälsobedömning ska erbjudas årligen.

#### Utbildning i munhälsa

Enligt överenskommelse mellan kommuner i Stockholms län och Region Stockholm skall även utförare av uppsökande verksamhet erbjuda personal vid respektive verksamhet en årlig utbildning i munvård. Verksamheten ska enligt överenskommelsen samverka i att sådant utbildningstillfälle kan anordnas på plats i verksamheten. Under 2018 har fler personal än föregående år tagit del av denna utbildning men det är fortfarande få personal i förhållande till det totala antalet anställda som erhåller denna årliga utbildning enligt Rapport 1.



Tandvårdsenheten

2019-03-11

#### Rapport 1 - Resultat av Uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning) År 2018 - Upplands-Bo

##### Munhälsobedömning och Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal

Munhälsobedömning	Antal erbjudna	Antal ja tack	Antal utförda	Andel utförda av de som tackat ja
<b>Särskilt boende SoL och LSS</b>	<b>221</b>	<b>214</b>	<b>194</b>	<b>90,65%</b>
Kommunalt boende	184	183	171	93,44%
LSS	37	31	23	74,19%
<b>Egen bostad SoL och LSS</b>	<b>117</b>	<b>104</b>	<b>76</b>	<b>73,08%</b>
Hemsjukvård	0	0	0	0,00%
Egen bostad	87	78	59	75,64%
LSS Egen bostad	30	26	17	65,38%
<b>Summa totalt</b>	<b>338</b>	<b>318</b>	<b>270</b>	<b>84,91%</b>
<b>Munvårdsutbildning</b>	<b>Antal utbildade</b>			
<b>Särskilt boende SoL och LSS</b>	<b>76</b>			
Kommunalt boende	69			
LSS	7			
<b>Egen bostad SoL och LSS</b>	<b>0</b>			
Hemsjukvård	0			
Egen bostad	0			
LSS Egen bostad	0			
<b>Summa totalt</b>	<b>76</b>			

Källa: Symfoni



Rapport 2 visar att 83,76 % av dem som erhållit en munhalsbedömning bedöms ha en dålig munhygien. Detta kan bland annat medföra risk för infektioner, svårigheter att äta/tugga med undernäring som följd.



Tandvårdsenheten

2019-03-11

## Rapport 2 - Epidemiologisk rapportering, Upplands-Bro År 2018

<b>Antal patienter:</b>	271	
<b>Smärta</b>		
(Nej) Har inte ont/känner inte smärta	270	99,63%
(Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla är inte orsak till detta	0	0,00%
(Ja) Har ont/känner smärta. Tänder och munhåla är orsaken	0	0,00%
Går inte att avgöra/Vet ej	1	0,37%
<b>Tuggförmåga</b>		
Ja, utan svårighet	266	98,15%
Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på bristande mun- och tandstatus	4	1,48%
Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på andra orsaker	1	0,37%
<b>Bedömning av munhygien</b>		
Bra	44	16,24%
Dålig	227	83,76%

Källa: Symfoni

För närvarande har Region Stockholm avtal avseende uppsökande verksamhet med La Romaine KB för särskilda boenden för äldre och med Frisk Mun AB för ordinärt boende när det gäller Upplands-Bro kommun.

### Läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar

Årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts av utomstående farmaceut i enlighet med HSLF-FS 2017:37 om allmänna råd och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts av läkare vid särskilda boenden för äldre i samverkan med patientansvarig sjuksköterska enligt HSLF-FS-2017:37 vid boendes inflyttning samt därefter minst årligen enligt Riktlinje för läkemedelsgenomgångar inom Stockholms läns landsting samt samverkansöverenskommelse som tecknats mellan Socialkontoret och Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB. För LSS-boenden har dessa läkemedelsgenomgångar genomförts av ansvarig läkare på respektive vårdcentral tillsammans med kommunens LSS- sjuksköterska.

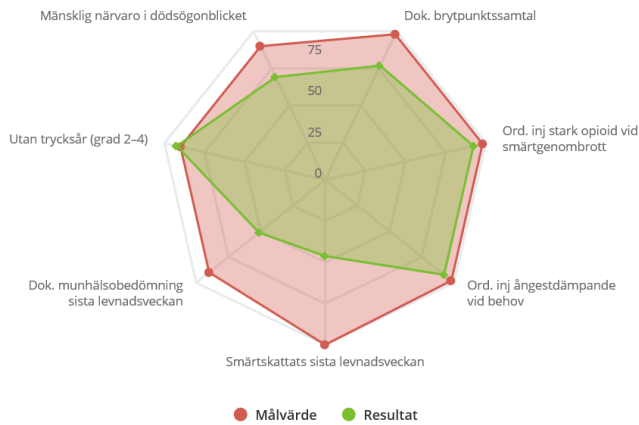
### Palliativa registret

I svenska palliativregistret finns data tillgängligt som beskriver resultaten för vård och omsorg vid livets slutskede. Samtliga särskilda boenden för äldre gör registreringar i registret vid dödsfall. Syftet med att registret är att dra lärdom av den palliativa vård som verksamheten gett och där se vilka förbättringsområden som föreligger utifrån resultaten.

### Basala hygienrutiner

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts inom flertalet av verksamheterna. Enligt rutin ska detta göras två gånger per år.

Kvalitetsindikatorer - lilla  
Period 2018-01 - 2018-12

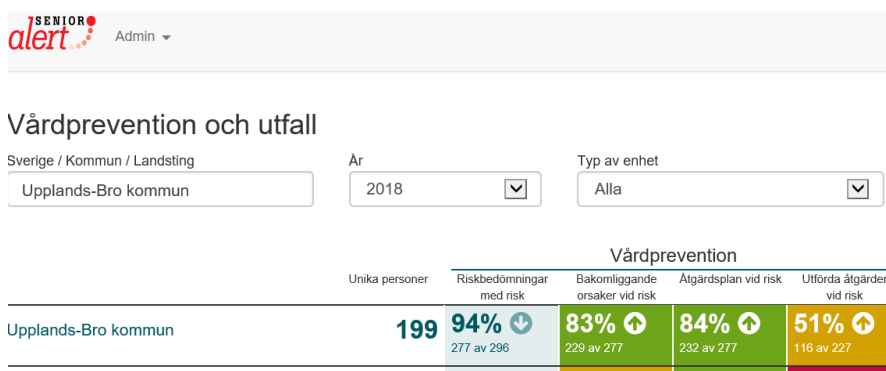


Källa: Palliativa registret. Upplands-Bro kommuns särskilda boenden för äldre 2018

Resultatet visar att majoriteten av de som avlidit ej haft trycksår och att ordinationer av läkare avseende smärtstillande och ångestdämpande föreligger i hög grad. Förbättringsområden finns inom områdena t ex validerad smärtskatning och munhälsobedömning sista levnadsveckan.

### Senior Alert

I kvalitetsregistret Senior Alert finns data tillgängligt som beskriver resultaten för vårdprevention och utfall avseende riskbedömningar. Riskbedömningar erbjuds bland annat vid den enskildes inflyttning till ett särskilt boende avseende riskområdena fallrisk, undernäring, trycksår och munhälsa.



Källa: Senior Alert, Vårdprevention och utfall, Upplands-Bro kommun

Under 2018 har totalt 199 unika individer vid samtliga särskilda boenden (Hagtorp inkluderat) för äldre i Upplands-Bro kommun samtyckt till att deras riskbedömningar registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert utöver att de journalförts.

Resultatet för 2018 visar att i 94 % av riskbedömningarna påvisades risker. Av dessa har 84 % fått en åtgärdsplan registrerad och 51 % fått utförda åtgärder registrerade i kvalitetsregistret. Statistiken visar också att totalt 18 trycksår under 2018 har registrerats hos 12 individer inom egenregis särskilda boenden.

### **Medicintekniska produkter**

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ansvarar för att besiktningar och kontroller görs av individuella och inköpta hjälpmedel enligt produktanvisning. En ”Hjälpmedelsmodul” finns numera inköpt till Pro Capitas verksamhetssystem för att underlätta att ha god översikt över hjälpmedlen.

## **8 Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

### **Ett flertal överenskommelser avseende samverkan och samverkansforum mellan kommunen och Region Stockholm berör den kommunala hälso-och sjukvården:**

- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande utskrivningsklara från slutenvården
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande ”Sammanhållen överenskommelse om personer som bor i särskilt boende för äldre”. (Fem stycken delöverenskommelser samt två tilläggsöverenskommelser)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande egenvård
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande uppsökande verksamhet (tandvårdsstöd)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- Samverkansöverenskommelse med Familjeläkarna i Saltsjöbaden
- Samverkansöverenskommelse Upplands-Bro kommun och Habilitering och hälsa
- Lokal samverkansöverenskommelse avseende hälso-och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet
- Avtal om Vårdhygienisk expertis (Region Stockholm)
- Samverkan/information med Vårdhygien och Smittskydd i Stockholms län.
- Samverkan/information med Tandvårdsenheten (MAS är kontaktperson)
- Samverkan/dialogmöten har genomförts under året med vårdcentralerna
- Samverkan/dialogmöten med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB
- Samverkan/dialogmöten med Danderyds Sjukhus chefsläkare och de kommuner som ligger inom sjukhusets upptagningsområde
- Samrådsorgansmöten månatligen med entreprenadutförare avseende Hagtorps äldreboende

- Samverkansöverenskommelse mellan Socialkontoret och Kommunledningskontoret avseende kommunal hälso- och sjukvård vid dagliga verksamheter (gällde till och med 2018-12-31)

## 9 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskanalys och händelseanalys är arbetsmetoder som utvecklats för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten. Användningen av metoderna är en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Under 2018 har enhetschef för Hälso- och sjukvårdsenheten genomfört två riskanalyser, dels gällande projektet ”Digital läkemedelssignering” samt projektet ”Digitaliserad läckagemätning i sjuksköterskans utredning av basal blåsdysfunktion”.

Riskbedömningar däremot är de bedömningar som bland annat görs i samband med att en boende flyttar in på ett särskilt boende för äldre då riskbedömningar för fall (Downton), undernäring (MNA), trycksår (Norton) och munhälsa (Roag).

Avvikelse skrivs när den boende i samband med vård och behandling har eller riskerat att ha drabbats av fysisk eller psykisk skada. Avvikelse åtgärdas i det akuta skedet, för att sedan månatligen tas upp i verksamhetens kvalitetsråd för att dra lärdom och se mönster respektive trender i avvikelserna. Dessa kan sedan ligga till grund för en riskanalys och mer generella åtgärder.

## 10 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

SITHS e-tjänstekort används av all legitimerad personal, för en säker inloggning samt att kunna identifiera sig gentemot patienter, anhöriga och kollegor. I avtalet med bemanningsföretag och jourorganisation ställs krav på att företagen ska tillhandahålla SITHS- kort för sin personal. E-tjänstekort är en förutsättning för att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ges åtkomst till bland annat Symfoni, Pascal, Visma Proceedo, NPÖ, Senior Alert, Palliativ registret, Hjälpmedelsguiden, Beställningsportalen med mera.

Arbetet med trådlös uppkoppling till hälso- och sjukvårdspersonal oberoende av var de befinner sig fortgår. Systemförvaltare har arbetat tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal med utprovning av lämpliga surfplattor. Tillgång till dylika är av särskild vikt för hälso- och sjukvårdspersonal som måste förflytta sig mellan olika verksamheter

Enhetens personal har tillgång till Nationell Patient Översikt, NPÖ, vilket medför en högre grad av patientsäkerhet. I och med detta kan man med patientens samtycke hämta information från andra vårdgivares patientjournaler. Detta ger en ökad vårdkvalitet samt sparar kostsamt och tidskrävande dubbelarbete.

Uppgifter om uppföljningar eller vidtagna åtgärder av informationssäkerheten som är av större betydelse har inte gått att få fram. Inga uppgifter föreligger heller vad gäller av vårdgivaren genomförd utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem. Vid kontakt med kommunens informationssäkerhetsansvarige framkom att detta område nyligen lyfts i en risk- och sårbarhetsanalys och kommer att ses över.

## 11 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### Avvikelser

Enligt riktlinje för avvikelshantering så är varje personal som upptäcker en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för den enskilde, skyldig att rapportera denna avvikelse.

Under 2018 har totalt 441 avvikelser rapporterats och registrerats. Av dessa är 149 läkemedelsrelaterade och 294 avvikelser har varit fallrelaterade.

	Fall	Läkemedel	Nutrition	Medicintekniska produkter	Våld & hot	Totalt
2018	291	149	0	0	1	441
2017	277	183	0	1	3	464

Enligt Familjeläkarnas frakturregistrering vid kommunens särskilda boenden för äldre (egenregi) har under 2018 endast 6 fall resulterat i fraktur (2017 resulterade 8 fall i frakturer).

### Delegering

Endast en delegering avseende hälso- och sjukvård har under året dragits in på grund av brister i utförandet (25 stycken delegeringar drogs in år 2017)

### Anmälan om allvarlig vårdskada (Lex Maria)

Ingen händelse har varit av sådan allvarlighetsgrad under år 2018 att denna anmäls som Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av MAS.

## 12 Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p*

### Patientnämnden

Inga ärenden gällande klagomål avseende kommunal hälso- och sjukvård har inkommit till Patientnämnden, (PAN) under år 2018.

Period: 2018-01-01 - 2018-12-31

Vårdtyp: Kommunal vård

Vårdinrättning:

Enhet: Upplands Bro

Klinik:

**Antal klagomål per vårdinrättning och problemområde**

**Ni har inga klagomål registrerade hos Patientnämndens förvaltning för perioden 2018-01-01 - 2018-12-31**

**Antal klagomål per vårdinrättning och problemområde 2017**

**Ni har inga klagomål registrerade hos Patientnämndens förvaltning för perioden 2017-01-01 - 2017-12-31**

*Källa: Patientnämndens förvaltning, PaN, Årsrapport 2018*

Enligt rutin ska alla inkomna klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas.

## 13 Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Respektive ansvarig sjuksköterska ansvarar för både muntlig och skriftlig information om den kommunala hälso- och sjukvården till den enskilde och dess eventuella närstående i samband med den enskildes inflytt till ett boende. I samband med detta tas även samtycken in från den enskilde avseende informationsöverföring till annan vårdgivare, närstående, registrering i kvalitetsregister med mera.

Vid inflyttningen ska en hälso-/vårdplan upprättas tillsammans med patient och närstående.

Vid palliativ vård ska i enlighet med palliativa registrets mall en planering ske där information och delaktighet är naturligt för såväl patient som närstående.

Den enskilde erbjuds i samband med inflytt att lista sig i hos den verksamma läkarorganisationen vid boendet.

## 14 Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Varje verksamhet ansvarar själv för att regelbundet sammanställa, analysera och åtgärda sina avvikelser för att kunna se mönster eller trender som medför brister i den egna verksamhetens kvalitet.

MAS ansvarar för mer övergripande sammanställning och analys, förslag till åtgärder samt uppföljning av händelser av allvarligare art.

## 15 Resultat

**Mål 2018 var att**

- höja kunskapsnivån hos närstående och omsorgspersonal för en bättre vård och omsorg

- öka patienters och närståendes delaktighet och inflytande avseende kommunal hälso- och sjukvård i enlighet med Patientlagen (2014:281)

### **Resultat**

- en basutbildning i palliativt vård- och omsorg i fyra delar togs fram av MAS under 2017. Under 2018 har sjuksköterskorna vid särskilda boenden för äldre hållit denna utbildning för omsorgspersonalen.

Livets slut är ständigt närvarande vid särskilda boenden för äldre och är en stor del i personalens arbete med brukare/patienter och dess närstående

- En föreläsningsserie genomförts för anhöriga och personal gällande demens, bemötande, smärta och sömn med syftet att öka närståendes och patienters kunskap för bättre delaktighet och inflytande. Föreläsare har varit bland annat sjukhuspräst, äldrepedagog och läkare. Detta har varit mycket uppskattat hos närstående och förhoppningen är att det ska bidra till de upplever en ökad delaktighet.

## **16 Övergripande mål och strategier för kommande år**

### **Mål 2019**

- Samtliga verksamheter ska genomföra minst en egenkontroll gällande basal hygien under 2019  
Ansvarig: Verksamhetschef HSL 4:2 med respektive enhetschefer.  
Gäller även verksamhetschef HSL 4:2 för dagliga verksamheter inom Arbetsmarknadsenheten som från och med 2019-01-01 är placerade under Gymnasie- och arbetslivsnämnden.
- Antalet dokumenterade munhälsobedömningar sista levnadsveckan ska öka med minst 25 %  
Ansvarig: Verksamhetschef HSL 4:2/enhetschef HSE
- Antalet smärtskattningar sista levnadsveckan ska öka med minst 25 %  
Ansvarig: Verksamhetschef HSL 4:2/enhetschef HSE
- Med syfte att öka patientsäkerheten, kommer Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) att i högre grad arbeta vidare med kompetensutveckling genom webbutbildningar  
Ansvarig: Enhetschef HSE
- Ytterligare ett mål för Hälso- och sjukvårdsenheten är att under 2019 i högre grad att arbeta med bemötande som strategi i demensvård. Socialstyrelsen har i sina nationella riktlinjer lyft bemötande som ett viktigt område.  
Ansvarig: Enhetschef HSE

Stina Forsberg

Datum  
2019-02-14

Vår beteckning  
SN 18/0116

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

## Tilläggsöverenskommelse - samverkan gällande personer med missbruk/beroende av spel om pengar

### Förslag till beslut

1. Socialnämnden antar tilläggsöverenskommelse mellan kommuner och landsting i Stockholms län – samverkan gällande personer med missbruk/beroende av spel om pengar.
2. Tilläggsöverenskommelsen börjar gälla den 30 september 2019.

### Sammanfattning

Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har tagit fram ett förslag till överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting om samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar.

Förslaget till överenskommelsen är ett tillägg till de befintliga regionala överenskommelserna mellan Stockholms läns landsting (SLL) och kommunerna i Stockholms län: *Samverkan kring personer med missbruk/beroende* och *Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning*. Genom tilläggsöverenskommelsen uppfylls den lagstiftning som gäller ifrån den 1 januari 2018 om att det ska finnas en överenskommelse mellan kommun och landsting om samarbete kring personer som har ett missbruk/beroende av spel om pengar.

Tilläggsöverenskommelsen börjar gälla den 30 september 2019.

### Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 14 februari 201
- Bilaga 1 - Samverkan kring missbruk av spel om pengar den 6 december 2019
- Bilaga 2 - Tilläggsöverenskommelse om missbruk/beroende av spel om pengar
- Bilaga 3 - Tjänstemannaremiss kring överenskommelse gällande samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar den 17 september 2018



## Lagändringar ger utökat ansvar för kommun och landsting

Sedan den 1 januari 2018 har det tillkommit nya lagändringar i socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), samt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), (HSL). Enligt de nya lagändringarna ska kommuner och landsting ingå en överenskommelse om samarbete när det kommer till personer som missbrukar spel om pengar.

Landstinget och kommunerna har enligt författningsändringarna i 5 kap. 9 a § SoL samt i 16 kap. 3 § HSL ett gemensamt ansvar att erbjuda stöd och behandling till personer med missbruk/beroende av spel om pengar. I och med lagändringen är ett missbruk/beroende av spel om pengar jämställt med missbruk/beroende av alkohol och andra substanser. (Ändringen ska dock inte tolkas som att kommunerna ges ett ansvar för behandling grundad i HSL, vilket är landstingens ansvar.)

Ansvarsfördelning mellan huvudmännen har slagits fast i propositionen ”God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården” (prop. 2012/13:77) och propositionen ”Samverkan om vård, stöd och behandling vid spelmissbruk” (prop. 2016/17:85).

Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har tagit fram ett förslag till överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting om samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar.

Förslaget till överenskommelsen är ett tillägg till de befintliga regionala överenskommelserna mellan Stockholms läns landsting (SLL) och kommunerna i Stockholms län: *Samverkan kring personer med missbruk/beroende* och *Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning*. Genom tilläggsöverenskommelsen uppfylls den lagstiftning som gäller ifrån den 1 januari 2018 om att det ska finnas en överenskommelse mellan kommun och landsting om samarbete kring personer som har ett missbruk/beroende av spel om pengar.

## Tjänstemannaremiss under 2018

Förslaget till tilläggsöverenskommelse har tagits fram inom Regionala Samrådet för psykiatri och beroendefrågor och bygger på Lagrådsremissen och Regeringens proposition 2016/17:85. Alla kommuner i Stockholms län, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt brukar, patient och närstående-föreningar hade under 2018 möjlighet att lämna synpunkter på framtaget förslag genom en tjänstemannaremissrunda.

Socialkontoret yttrade sig över förslag till tilläggsöverenskommelse i en tjänstemannaremiss i september 2018. Socialkontoret framförde att kontoret ställer sig positiva till en tydlig ansvarsfördelning mellan kommunerna och hälso- och sjukvården där en gemensam process för SIP fastställs. Det är även

positivt att det tydligt framgår att information, råd och stöd ska erbjudas anhöriga och närstående.

Socialkontoret efterfrågade dock en tydligare definition på vilka/vilken typ av behandling som kommunen respektive landstinget ska bedriva. Kontoret ansåg att definitionen gärna får vara på detaljnivå för de olika behandlingarna. Både kommunerna samt landstinget ska till exempel erbjuda stöd till anhöriga och närstående, det vore då bra att veta vilket stöd som landstinget erbjuder för att öka kunskapen om vad alla parter gör. Kontoret ansåg även att arbetet med att införa en samverkan av en gemensam process för SIP borde ske snarast. En snabbt implementerad process bidrar till att det finns en fungerande samverkan när överenskommelsen börjar att gälla.

Utifrån de synpunkter som inkom genom tjänstemannaremissen så har vissa ändringar gjorts i tilläggsöverenskommelsen. Till exempel så har ansvaret mellan kommunerna och Hälso- och sjukvården definierats tydligare.

Socialkontoret anser att Socialnämnden ska anta tilläggsöverenskommelsen. Kommunernas ställningstagande ska vara Storsthlm tillhanda senast den 31 maj. Överenskommelsen börjar att gälla den 20 september 2019.

## Barnperspektiv

Det är positivt om barn till vårdnadshavare med ett missbruk/beroende av spel om pengar kan erbjudas information, råd och stöd. Även ungdomar och unga vuxna som har ett eget missbruk/beroende av spel om pengar ska erbjudas behandling och hjälp.

Helena Åman

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

## Bilagor

1. Samverkan kring missbruk av spel om pengar den 6 december 2018
2. Tilläggsöverenskommelse om missbruk/beroende av spel om pengar
3. Tjänstemannaremiss kring överenskommelse gällande samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar den 17 september 2018

## Beslut sänds till

- Socialnämndens protokollsutdrag ska skickas till [registrator@storsthlm.se](mailto:registrator@storsthlm.se) senast den 31 maj 2019.
- Enhetschef vuxenenheten
- Enhetschef stöd- och behandling
- Akt

För kännedom  
Socialnämnd eller motsvarande  
Förvaltningschef inom socialtjänst eller motsvarande

Kommunstyrelsen

## **Samverkan gällande personer med missbruk/beroende av spel om pengar**

### **Tilläggsöverenskommelse mellan kommuner och landsting i Stockholms län**

#### **Rekommendation**

Storsthlm:s styrelse beslutade på sammanträdet den 6 december 2018 att rekommendera kommunerna i länet att anta tilläggsöverenskommelse gällande samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar.

#### **Sammanfattning av ärendet**

Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har tagit fram ett förslag till en överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting om samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar.

Överenskommelsen är en tilläggsöverenskommelse till överenskommelserna "Samverkan kring personer med missbruk/beroende" och "Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning". Genom tilläggsöverenskommelsen uppfylls kraven i lagstiftningen sedan 1 januari 2018 om en överenskommelse mellan kommun och landsting om samarbete kring personer som har ett missbruk/beroende av spel om pengar.

#### **Varför ska vi ha en överenskommelse?**

##### **Lagändringar ger utökat ansvar för kommun och landsting**

Från den 1 januari 2018 finns nya tillägg i socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), (HSL).

Genom dessa lagändringar är missbruk/beroende av spel om pengar likställt med missbruk/beroende av alkohol och andra substanser. Med författningsändringen har landstinget och kommunerna ett gemensamt ansvar att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk/beroende av spel om pengar. Förarbetena till lagändringen visar att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting för stöd och behandling av missbruk/beroende av spel om pengar är i enlighet med gällande ansvarsfördelning för annat missbruk/beroende.

Ansvarsfördelning mellan huvudmännen är fastställd i propositionen God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (prop. 2012/13:77) och propositionen Samverkan om vård, stöd och behandling vid spelmissbruk (prop. 2016/17:85).



**Krav i lagstiftningen på överenskommelse mellan kommun och landsting**

Kravet i lagstiftningen på att kommun och landsting ska samarbeta gällande personer med missbruk/beroende av substanser har nu utökats till att gälla även missbruk/beroende av spel om pengar. Kommun och landsting ska enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen *ingå en överenskommelse i fråga om samarbete gällande personer med ett missbruk av spel om pengar, på samma sätt som för missbruk av substanser.*<sup>1</sup>

Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län har sedan 2017 en överenskommelse om *Samverkan kring personer med missbruk/beroende*, och sedan 2012 en överenskommelse om *Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning*. Denna överenskommelse om missbruk/beroende av spel om pengar föreslås som tilläggsöverenskommelse till dessa två överenskommelser. Vid revidering av överenskommelserna föreslås innehållet i tilläggsöverenskommelsen arbetas in, och tilläggsöverenskommelsen upphör då att gälla.

Genom denna tilläggsöverenskommelse efterlevs ändringarna i 5 kap. 9 a § SoL (SFS<sup>2</sup> 2017:809) och 16 kap. 3 § HSL, (SFS 2017:810).

**Kommuner och landsting har gemensamt tagit fram tilläggsöverenskommelsen**

Förslaget till tilläggsöverenskommelse bygger på Lagrådsremissen och Regeringens proposition 2016/17:85 och har tagits fram inom Regionala Samrådet för psykiatri och beroendefrågor. Förslaget har beretts i en arbetsgrupp till Regionala samrådet med representanter från kommuner i Stockholms län och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, i samarbete med medicinskt sakkunniga. Alla kommuner i Stockholms län, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt brukar- patient- och närståendeföreningar har fått möjlighet att komma med synpunkter på förslaget genom en tjänstemannaremiss i september 2018. Utifrån synpunkterna som kommit in har vissa ändringar gjorts och ett slutligt förslag tagits fram. Förslaget har varit på juridisk granskning. Samverkan inom vård- och omsorgsområdet i Stockholms län (VIS) beslutade 16 oktober 2018 att ställa sig bakom förslaget till tilläggsöverenskommelse.

**Ärendegång**

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i Storsthlm styrelse. Kommunerna fattar beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling till Storsthlm.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

**Överenskommelsen börjar gälla 30 september 2019.****Svarsperiod**

Storsthlm önskar få kommunernas ställningstaganden senast den 31 maj 2019 med e-post till [registrator@storsthlm.se](mailto:registrator@storsthlm.se)

<sup>1</sup> 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL

## Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av Daphne Wahlund, [daphne.wahlund@storsthlm.se](mailto:daphne.wahlund@storsthlm.se) eller Helena Wiklund, [helena.wiklund@storsthlm.se](mailto:helena.wiklund@storsthlm.se)

Med vänlig hälsning

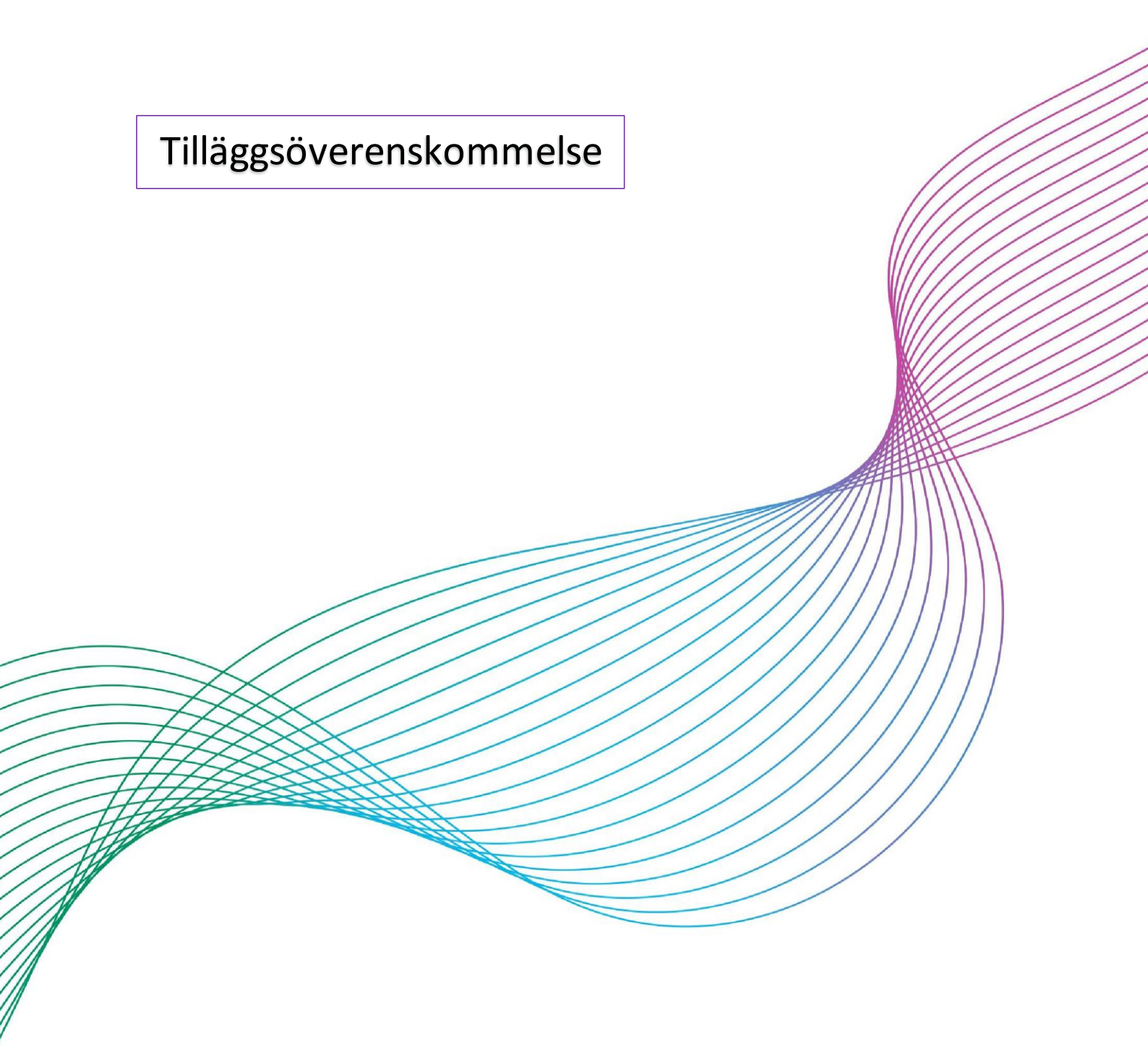


Mats Gerdau  
Förbundsordförande Storsthlm



Madeleine Sjöstrand  
Förbundsdirektör Storsthlm

Tilläggsöverenskommelse



# Samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar

---

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län

Innehållet i detta dokument ska arbetas in i överenskommelserna *”Samverkan kring personer med missbruk/beroende”* och *Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning* när dessa revideras. Denna tilläggsöverenskommelse upphör då att gälla.

## **Tilläggsöverenskommelse gällande samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar**

Från den 1 januari 2018 gäller nya regler i socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), (HSL). Lagändringen innebär bland annat att kommunerna och landstinget ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer som missbrukar spel om pengar.

Med författningsändringarna i 5 kap. 9 a § SoL samt i 16 kap. 3 § HSL har landstinget och kommunerna ett gemensamt ansvar att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk/beroende av spel om pengar<sup>1</sup>.

Genom tilläggsöverenskommelsen efterlevs ändring i SoL (2001:453), (SFS<sup>2</sup> 2017:809) och HSL (2017:13), (SFS 2017:810). Ansvarsfördelning mellan huvudmännen har slagits fast i propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77) och propositionen *Samverkan om vård, stöd och behandling vid spelmissbruk* (prop. 2016/17:85).

Överenskommelsen är ett tillägg till de regionala överenskommelserna mellan Stockholms läns landsting (SLL) och kommunerna i Stockholms län: *Samverkan kring personer med missbruk/beroende* (2017) och *Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning* (2012).

Genom lagändringen är missbruk/beroende som gäller spel om pengar likställt med missbruk/beroende av alkohol och andra substanser. Ändringen ska inte tolkas som att kommunerna ges ett ansvar för behandling grundad i HSL, vilket är landstingens ansvar.

### **Målgrupper**

Målgrupper för överenskommelsen är:

- Personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar
- Anhöriga och närstående i behov av råd och stöd<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Se definitioner av spelmissbruk och beroende i bilaga 1

<sup>2</sup> Svensk författningssamling

<sup>3</sup> I begreppen anhöriga/närstående inkluderas barn



## **Bakgrund**

Cirka två procent av befolkningen (16–84 år) i Sverige bedöms ha ett problemspelande, vilket motsvarar cirka 134 000 personer. Av dessa uppskattas 31 000 personer ha allvarliga problem (beroendesyndrom). Spelproblem är vanligare bland män jämfört med kvinnor (25–44 år). I åldersgruppen 18–24 år är andel med risk för spelproblem störst.

Spel om pengar kan leda till psykisk och somatisk ohälsa samt negativa sociala konsekvenser såsom ekonomiska problem, våld i nära relation, arbetslöshet och kriminalitet. Samsjuklighet med annat missbruk/beroende, psykisk och somatisk ohälsa är vanligt bland personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar. En betydande risk för suicid föreligger.

Missbruk/beroende av spel om pengar drabbar även anhöriga/närstående då spelandet kan leda till ekonomiska och sociala konsekvenser samt psykisk och somatisk ohälsa.

Personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar förekommer inom landstingets och socialtjänstens verksamheter. Individerna kan själv söka hjälp för andra orsaker än spelmissbruk/spelberoende.

## **Syfte**

- Förbättra förutsättningarna för personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar att få vård, stöd och behandling
- Förbättra information, råd och stöd till anhöriga/närstående
- Utveckla samverkan mellan kommunerna och landstinget

## **Mål**

- På kort sikt: personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar identifieras och erhåller stöd och behandling
- På lång sikt: minskad förekomst av psykisk, somatisk ohälsa och negativa sociala konsekvenser av ett missbruk/beroende av spel om pengar
- Personer med missbruk/beroende av spel om pengar har samma möjlighet till vård, stöd och behandling som de med ett missbruk/beroende av alkohol och andra substanser
- Information, råd och stöd erbjuds till anhöriga och närstående

## **Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och kommunerna**

- Ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård och kommun är densamma för missbruk av spel om pengar som för annat missbruk
- Hälso- och sjukvårdens ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är att behandla spelberoende, precis som vid andra psykiatriska sjukdomstillstånd
- Socialtjänstens ansvar enligt Socialtjänstlagen (SoL) är att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar på samma sätt som vid övrigt missbruk
- Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tillämpas vid behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten



**Landstinget åtar sig att:**

- Säkerställa att det finns uppdaterade riktlinjer för verksamheter kring samverkan och konsultationer
- Identifiera spel om pengar i basutredning, diagnostisera och erbjuda behandling
- Erbjuder närståendebildningar
- Genom landstingets kvalitetsarbete säkerställa att personal har kännedom om var de kan hänvisa personer i behov av behandling för sitt beroende av spel om pengar
- Upprätta en anmälan till socialtjänsten vid oro för att ett barn far illa.

**Kommunerna åtar sig att:**

- Efter behovsbedömning erbjuda psykosociala stödinsatser och/eller behandling som är att betrakta som socialtjänst
- Säkerställa att personal har kunskap att identifiera och utreda behov av stöd vid missbruk av spel om pengar
- Hänvisa och motivera individen till kontakt med landstinget om de kan vara i behov av insatser som faller inom hälso- och sjukvårdens ansvar
- Säkerställa att det finns uppdaterade riktlinjer och/eller interna rutiner för handläggning av ärenden med missbruk av spel om pengar
- Säkerställa att det finns uppdaterade interna rutiner för samordning mellan enheter

**Kommunerna och landstinget åtar sig båda att:**

- Erbjuder stöd till anhöriga/närstående
- Identifiera kunskapsbehov hos personalen kring missbruk/beroende av spel om pengar
- Med individens samtycke kalla till Samordnad Individuell Plan (SIP) vid behov av samordning av insatser från huvudmännen
- Erbjuder insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap där individens behov står i centrum
- Uppmärksamma personer med ett spelmissbruk/spelberoende inom hälso- och sjukvården och kommunerna
- Erbjuder behandlings-, vård-, och stödinsatser anpassade efter behoven hos både män och kvinnor
- Vid behov och med individens samtycke samverka med andra relevanta aktörer/huvudmän, till exempel kriminalvården

**Kommunerna och landstinget åtar sig gemensamt att:**

- Erbjuder samordnade insatser till personer med ett spelmissbruk/spelberoende och samtidigt missbruk/beroende och psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)
- Säkerställa processer och riktlinjer för systematisk uppföljning av de åtaganden som ingår i tilläggsöverenskommelsen samt för avvikelser i samverkan.

### **Utvecklingsbehov**

- Ökad kunskap inom hälso- och sjukvården och kommunerna avseende tecken och symtom på missbruk/beroende av spel om pengar
- Ökad kunskap inom hälso- och sjukvården och kommunerna för hänvisning till landstingets beroendevård och kommunernas stödinsatser
- Regionalt vårdprogram kring kunskaps-, stöd-, och vårdinsatser samt behandlingsstöd inkluderat gemensamma insatser och samverkan mellan huvudmännen
- Ökat brukar- och patientinflytande

### **Uppföljning och indikatorer**

Tilläggsöverenskommelsen följs upp av Regionala samrådet för psykiatri- och beroendefrågor och de lokala samråden enligt de struktur- och processindikatorer som anges i överenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län, *Samverkan kring personer med missbruk/beroende (2017)*.

## Bilaga 1 Begrepp – Spel

### Spelproblem – ett samlingsbegrepp

Spelproblem är ett samlingsbegrepp som beskriver de negativa sociala, ekonomiska eller hälsomässiga konsekvenser som spel om pengar kan få, oavsett hur stora eller små problemen är. Spelproblem kan handla om allt från enstaka negativa konsekvenser till många allvarliga problem på flera områden.

### Hasardspelssyndrom

Hasardspelssyndrom är en psykiatrisk diagnos för spel om pengar enligt DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) som omfattar även substanssyndrom, det vill säga ett beroende av alkohol och/eller narkotika.

### Problemspelande

Problemspelande är ett mått på spelproblem som främst mäts genom PGSI (Problem Gambling Severity Index). I begreppet ingår inte grupper med viss risk. För att klassificeras som problemspelande krävs minst 3 av 21 poäng. Begreppet används i rapporterna från befolkningsstudien Swedish longitudinal gambling study (Swelogs).

### Riskabelt spelande

Riskabelt spelande omfattar allt från personer som ligger i riskzonen för att utveckla ett spelproblem till personer som har ett spelberoende. Folkhälsomyndigheten använder begreppet i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor; fyra frågor hämtade från PGSI.

### Spelberoende

Spelberoende är en allvarlig form av spelproblem och betyder att problemen är så allvarliga att det kan vara ett kliniskt beroende. Spelberoende är en specifik diagnos, t.ex. i officiell svensk hälso- och sjukvårdsstatistik som använder sig av WHO:s diagnosystem ICD-10 (International Classification of Diseases). Inom ICD är spelberoende en diagnos på impuls kontrollstörning.

### Spelproblem

Spelproblem är ett mått på allvarliga spelproblem som mäts genom PGSI. För att klassificeras som en person med spelproblem krävs minst 8 av 21 poäng. Detta kallas ibland spelberoende.

### Överdrivet spelande

I folkhälsopolitiken ingår 11 målområden. I målområdet om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar ingår att minska skadeverkningar av överdrivet spelande. Som indikatorer för överdrivet spelande ingår förutom spelproblem även indikatorn spelande bland barn och unga som inte har åldern inne för att få spela (18 år utom för Casino Cosmopol som har 20 år).

## Begrepp – Beroende/missbruk

Begreppen missbruk respektive beroende har olika betydelse för kommunerna och hälso- och sjukvården utifrån uppdrag och enligt SoL och HSL:

### Beroende

I sjukvården ställs diagnoser enligt ICD-systemet (ICD-10). I ICD-10 finns diagnosen spelberoende. Spelberoende kategoriseras medicinskt som ett beroende av samma slag som alkohol- narkotika- och läkemedelsberoende.

### Missbruk

I SoL (2001:453), används benämningen "missbruk". Någon enhetlig definition av missbruk, finns inte i SoL eller i dess förarbeten. Spelmissbruk för Socialtjänstens ansvar är sedan 1 januari 2018 detsamma som vid övrigt missbruk, enligt SoL 5 kap. 9 a § SoL.

## Begrepp anhöriga/närstående

Begreppen anhörig respektive närstående har olika betydelse för kommunerna respektive hälso- och sjukvården enligt HSL och SoL

### Anhöriga

Stöd till anhöriga/anhörigstöd är reglerat i SoL (5 kap.10§). Med anhörig avses; *"person inom familjen eller de närmaste släktingarna"*

### Närstående

Stöd till närstående är reglerat i HSL (kapitel Krav på hälso- och sjukvården 2 b § och 3 kap. patientlagen (2014:821), Lag (2014:822). Med närstående avses *"person som den enskilde anser sig ha en nära relation till"*.



Stina Forsberg

Datum

2018-09-17

Vår beteckning

SN 18/0116

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

stina.forsberg@upplands-bro.se

## Tjänstemannaremiss kring överenskommelse gällande samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar

### Ärendet

Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har tagit fram ett förslag till överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting om samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar. Förslaget har skickats ut på tjänstemannaremiss till bland annat Regionala samrådet för psykiatri och beroendefrågor, socialchefer och chefer för vård och omsorg samt till brukar- och närståendeföreningar.

Remissvar ska vara Storsthlm och HSF tillhanda senast den 19 september 2018. Svaren skickas till e-postadressen: [helena.wiklund@storsthlm.se](mailto:helena.wiklund@storsthlm.se)

Storsthlm och HSF kommer att göra en sammanvägning av inkomna synpunkter och behandla förslaget till överenskommelse i VIS (vård i samverkan) under oktober 2018.

I december förväntas Storsthlms styrelse ta ställning till en slutversion som därefter rekommenderas till kommunerna. Det är sedan upp till varje ansvarig nämnd i länets 26 kommuner att fatta ett beslut om att anta tilläggsöverenskommelsen.

### Bakgrund

Den 1 januari 2018 börjar nya regler att gälla i socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), samt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), (HSL). Enligt de nya lagändringarna ska kommuner och landsting ingå en överenskommelse om samarbete när det kommer till personer som missbrukar spel om pengar.

Landstinget och kommunerna har enligt författningsändringarna i 5 kap. 9 a § SoL samt i 16 kap. 3 § HSL ett gemensamt ansvar att erbjuda stöd och behandling till personer med missbruk/beroende av spel om pengar. I och med lagändringen är ett missbruk/beroende av spel om pengar jämställt med missbruk/beroende av alkohol och andra substanser. Ändringen ska inte tolkas som att kommunerna ges ett ansvar för behandling grundad i HSL, vilket är landstingens ansvar.

Genom Storsthlm's och HSF-förslag till tilläggsöverenskommelse efterlevs ändringarna i SoL (2001:453), (SFS2 2017:809) och HSL (2017:13), (SFS 2017:810). Ansvarsfördelning mellan huvudmännen har slagits fast i propositionen *"God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården"* (prop. 2012/13:77) och propositionen *"Samverkan om vård, stöd och behandling vid spelmissbruk"* (prop. 2016/17:85).

Förslaget till överenskommelsen är ett tillägg till de befintliga regionala överenskommelserna mellan Stockholms läns landsting (SLL) och kommunerna i Stockholms län: *Samverkan kring personer med missbruk/beroende* (2017) och *Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning* (2012).

### Överenskommelsens målgrupp, syfte och mål

Målgrupp för överenskommelsen är dels personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar och dels anhöriga och närstående i behov av råd och stöd.

Syftet med överenskommelsen är att förbättra förutsättningarna för personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar att få vård, stöd och behandling. Syftet är även att förbättra information, råd och stöd till anhöriga/närstående samt att utveckla samverkan mellan kommunerna och landstinget.

Målet på kort sikt är i sin tur att identifiera personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar för att ge dessa stöd och behandling. På lång sikt ska överenskommelsen bidra till en minskad förekomst av psykisk, somatisk ohälsa och negativa sociala konsekvenser.

Målet är även att upprätta SIP vid behov av samordning av insatser från bägge huvudmän samt att personer med missbruk/beroende av spel om pengar har samma möjlighet till vård, stöd och behandling som de med ett missbruk/beroende av alkohol och andra substanser. Information, råd och stöd ska erbjudas anhöriga och närstående.

### Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och kommunerna

I överenskommelsen framgår en ansvarsfördelning för vad landstinget respektive kommunerna ska åta sig att göra. Inledande så framgår det att:

- Hälso- och sjukvårdens ansvar enligt HSL är att behandla spelberoende som specifik diagnos likställt med andra psykiska sjukdomstillstånd
- Socialtjänstens ansvar är detsamma som vid övrigt missbruk enligt SoL
- SIP ska tillämpas vid behov av samordning av insatser från både Hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Överenskommelsen framhåller sedan vad respektive landsting och kommun åtar sig att göra, både separat men även gemensamt.

Slutligen redovisas två stycken utvecklingsbehov. Det första gäller en ökad kunskap avseende tecken och symtom på missbruk/beroende hos bägge huvudmännen. Det andra utvecklingsbehovet handlar om en ökad kunskap inom hälso- och sjukvården samt kommunerna för hänvisning till landstingets beroendevård.

## Socialkontoret synpunkter

Socialkontoret välkomnar Storsthlm's och HSF förslag till överenskommelse om samverkan kring personer med missbruk/spelberoende av pengar. Kontoret ställer sig positiva till en tydlig ansvarsfördelning mellan kommunerna och hälso- och sjukvården där en gemensam process för SIP fastställs. Det är även positivt att det tydligt framgår att information, råd och stöd ska erbjudas anhöriga och närstående.

Socialkontoret efterfrågar dock en tydligare definition på vilka/vilken typ av behandling som kommunen respektive landstinget ska bedriva. Definitionen får gärna vara på detaljnivå för olika behandlingar. Både kommunerna samt landstinget ska till exempel erbjuda stöd till anhöriga och närstående, det vore då bra att veta vilket stöd som landstinget erbjuder för att öka kunskapen om vad alla parter gör.

Kontoret anser även att arbetet med att införa en samverkan av en gemensam process för SIP borde ske snarast. En snabbt implementerad process bidrar till att det finns en fungerande samverkan när överenskommelsen börjar att gälla. För att socialkontoret ska kunna uppfylla sina åtaganden i överenskommelsen bör det ske en översyn av utredningsförfarandet och utredningsmallen inom myndighetsenheterna. Målgruppen för denna överenskommelse upptäckts idag mer slumpmässigt i utredningarna än att det ställs konkreta frågor till klienten.

## Barnperspektiv

Det är positivt om barn till vårdnadshavare med ett missbruk/beroende av spel om pengar kan erbjudas information, råd och stöd. Även ungdomar och unga vuxna som har ett eget missbruk/beroende av spel om pengar ska erbjudas behandling och hjälp.

Eva Folke

Socialchef

Elisabeth Rågård

Avdelningschef kvalitet- och verksamhetsstöd

Beslut sänds till

- [helena.wiklund@storsthlm.se](mailto:helena.wiklund@storsthlm.se) senast den 19 september