

SDN Lundby



Göteborgs  
Stad

# Kvalitetsrapport Hemtjänst 2019

---

Hemtjänst

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning.....</b>	<b>3</b>
1.1 Kvalitetsrapporten .....	3
<b>2 Systematiskt kvalitetsarbete.....</b>	<b>4</b>
2.1 Riskanalys.....	4
2.2 Egenkontroll .....	4
2.3 Utredning av avvikelser, Lex Sarah, synpunkter och klagomål .....	5
2.4 Granskningar och tillsyner.....	6
<b>3 Analys och bedömning av kvalitetsområden .....</b>	<b>7</b>
3.1 Kunskapsbaserad verksamhet.....	7
3.2 Självbestämmande och integritet.....	7
3.3 Helhetssyn och samordning.....	8
3.4 Trygghet och säkerhet .....	9
3.5 Tillgänglighet.....	10
3.6 Jämlikhet.....	11
3.7 Effektivitet.....	11
<b>4 Sammanfattande bedömning.....</b>	<b>13</b>
4.1 Förbättringsarbete utifrån föregående års uppföljning .....	13
4.2 Sammanfattande bedömning för året.....	14

# 1 Inledning

## 1.1 Kvalitetsrapporten

Syftet med kvalitetsrapporten är att säkerställa och utveckla kvaliteten i utförandet till dem verksamheten riktar sig till. Kvalitetsrapporten ska dessutom synliggöra det systematiska kvalitetsarbetet.

Kvalitetsrapporten är en del av den kommungemensamma uppföljningen av verksamhetens uppdrag. Rapporten fungerar genom sin utformning som en sådan kvalitetsberättelse som beskrivs i ledningssystemet för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Kvalitetsrapporten stödjer en stegvis analys av kvaliteten, som tar sin början i verksamhetens nuläge i form av brukarnas, verksamhetens egna och externa granskares bedömning. Nästa steg i analysen är att utifrån nuläget bedöma nivån i förhållande till en vedertagen definition av god kvalitet inom verksamhetsområdet.

Socialstyrelsen definierar kvalitet i områdena kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, tillgänglighet, jämlikhet och effektivitet. Bedömningen av verksamhetens kvalitet görs därför i förhållande till dessa kvalitetsområden.

Kvalitetsrapporten består av tre avsnitt:

- systematiskt kvalitetsarbete
- analyser och bedömning utifrån kvalitetsområden
- sammanfattande bedömning

Till varje avsnitt finns anvisningar.

## 2 Systematiskt kvalitetsarbete

### 2.1 Riskanalys

Riskanalys är inom området genomförd och risker som kräver åtgärder redovisas.

Risker	Åtgärder
Brukarnas privata nycklar kommer bort	Säkerställa att nyckelrutin följs. Införande av nyckelfria lås.
Tjänstelegitimation kommer i orätta händer.	Ny rutin vid avslut av anställning
Personal blir utsatta för hot, våld och rån	Individuella handlingsplaner. Översyn av befintlig rutin
Bristande följsamhet till Lex Sarah-rutinen.	Implementering av rutinen gällande muntlig information till chef om Lex Sarah-rapport.
Matvaror och färdiglada mat från underleverantör lämnas utanför brukares dörr	Kontakt med leverantör Skriva avvikelser och kontakta Inköp och upphandling. Uppmärksamma behov av bistånd i samband med matleverans.
Brukare inte får sin hjälp pga av tekniska problem med mobil och planeringssystem	Gemensamt arbete i staden för kvalitetssäkra systemet. Skriva avvikelser. Skriva ut översikt från planeringen.
Risk att verksamheten inte lever upp till värdighetsgarantin om att det ska finnas en upprättad genomförandeplan inom två veckor	Följa upprättad åtgärdsplan
Risk att information kring den enskilde inhämtas eller utlämnas utan den enskildes samtycke då verksamheten inte följer socialtjänstprocessen,	Följa upprättad åtgärdsplan
Risk att verksamheten inte lever upp till värdighetsgarantier om info när ny medarbetare kommer eller att tid för insats har ändrats	Följa upprättad åtgärdsplan

### 2.2 Egenkontroll

Egenkontroll	Brist/resultat
Granskning genomförandeplaner/daganteckningar. (Kvalitet)	Vissa brister i följsamhet till rutin.
Granskning andel aktuella genomförandeplaner (Kvantitet)	87% 2019-12-31. Resultat är en ökning men målet är fortfarande inte uppnått.
Basal hygien	Brister i följsamhet till hygienrutiner förekommer.
Analys brukarundersökning	Brukarnas totala nöjdhet har ökat. Lägre nöjdhet i möjlighet att påverka tid för insats och att personalen tar kontakt vid förändringar. Resultatet mellan enheterna varierar.
Analys enhetsundersökning	Andel med utsedd kontaktpersonal har ökat från 70% 2018 till 83% 2019. Ny rutin infördes under 2019. Kontinuiteten har förändrats från 13 2018 till 14 2019.
Utvärdering hemtjänst	Lundbys resultat har förbättrats.
Egenkontroll mobilt arbetssätt. Controller/LVS PluGo granskar det mobila arbetssättet för att säkerställa att de olika enheternas sätt att planera och jobba med PluGo/mobilt arbetssätt utförs rätt.	Brister i systemet och planering identifieras löpande och omhändertas. Felanmälningar till Intraservice, information och ändring av arbetssätt i verksamheten.

## 2.3 Utredning av avvikelser, Lex Sarah, synpunkter och klagomål

### Synpunkter och klagomål

26 synpunkter har diarieförts under perioden. Tre av synpunkterna rör brister i utförandet, tre utebliven insats, tre synpunkter på städning och två är beröm. Övriga synpunkter handlar en om tillgänglighet, svårighet att läsa fakturaunderlag, trasigt föremål, olika tider och kontinuitet, matleveransproblem, nyckelhantering. Respektive synpunkt har hanterats och återkoppling har skett till de synpunktslämnare som önskat detta och uppgivit kontaktväg.

Verksamheten har uppdaterat rutin kring tillgänglighet till enheterna. Ny funktionsbrevlåda är inrättad under 2019 på samtliga enheter och rutin för att besvara telefonsamtal.

### Avvikelser

Ny version av avvikelsemodul från och med 2019-10-01 påverkar statistikuttag och analys.

Totalt har 1027 avvikelser registrerats under 2019. En klar majoritet av avvikelserna rör fall. 12 procent rör läkemedel vilket är en något lägre andel än i föregående kvalitetsrapport. Sju procent rör avvikelser kopplat till dokumentation.

Samtliga lex Sarah-rapporteringar har inte meddelats vidare till socialt ansvarig socionom. Rapporterna har hanterats ute i verksamheten och vid identifieringen av bristen utreddes samtliga händelser.

Åtgärder:

Verksamheten har under perioden infört rutin vid utredning av fallolyckor i ordinärt boende som innebär att enhetschef involverar arbets- och fysioterapeut i utredningen om omsorgstagaren är inskriven i hemsjukvården.

Uppföljning av avvikelser på verksamhetsmöte/APT

Framtida åtgärd är digital signering vid läkemedelsövertag.

Genomgång av gällande rutiner kring avvikelser och lex Sarah.

Behov av teknikutveckling av Treserva där lex Sarahrapportering automatiskt signaleras till utredare.

Egenkontroll av hantering av lex Sarahrapporter.

### Lex Sarah rapporter

Kategori Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Enskild fick inte sin insats pga förväxling av två brukare med samma namn	1	Missförhållande	Egenkontroll
Fysiskt övergrepp av personal	1	Missförhållande	Genomgång av rutin
Inte följt alla steg i rutin "Om någon inte öppnar dörren"	1	Missförhållande	Genomgång av rutin kring dokumentation och avvikelshantering
Våld i nära relation	1	Missförhållande	Genomgång av lokal rutin kring våld i nära relationer

## Lex Sarah anmälningar till IVO

Lex Sarah rapporter som lett till anmälan till IVO. (beskrivning av varje ärende)	Antal	Bedömning	Åtgärd
Brister i omsorg när brukaren tackat nej.	1	Allvarligt missförhållande	Handledning och utbildning

Ärendet avslutat hos IVO.

## 2.4 Granskningar och tillsyner

### Tillsyn/granskning

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
Enheten för kontrakt och uppföljning	Brister avseende synpunktshandling, värdighetsgarantier, inhämta samtycke, andel genomförandeplaner.	Åtgärdsplan
Välfärdsteknik IVO	Viss kunskapsbrist kring tekniska hjälpmedel som trygghetslarm, dörrlarm och kamera från personal i hemtjänsten. Kunskapen bedömdes god inom larmenheten som deltog i tillsynen.	Enhetschef för natt/larm har informerat om välfärdsteknik på samtliga enheter.

### **3 Analys och bedömning av kvalitetsområden**

#### **3.1 Kunskapsbaserad verksamhet**

##### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenhet ska tas tillvara.

##### ***Sammantagen bedömning av området: Styrka***

Bedömningen grundar sig på:

- Verksamheten har en relativt hög andel medarbetare (83 procent) med grundutbildning.
- Det mobila arbetssättet har medfört att medarbetarna i högre utsträckning läser genomförandeplan, dokumentera lättare och mer frekvent. De har via telefonen åtkomst till rutiner och annan information som krävs för arbetets genomförande.
- Införandet av metoden IBIC är påbörjad och bidrar till högre fokus på de individuella behoven och ger enhetlig struktur på uppdragen och även genomförandeplanerna.
- Andel arbetad tid utförd av timavlönade fortsatt låg för den typ av verksamhet som hemtjänst är. (8,1 procent)
- Andel brukare som har aktuell genomförandeplan var vid årets slut 87 procent, vilket är en ökning under året.
- Verksamheten har haft hög närvaro vid samordnad individuell plan (SIP) och blir oftare kallad till SIP.

##### ***Utveckling av området:***

- Säkerställa att ny genomförandeplan upprättas inom två veckor.
- Ytterligare höja andelen genomförandeplanerna.
- Säkerställa kompetens i IBIC.
- Säkerställa att den enskilde involveras i teamarbetet.

##### ***Kommentar***

Under året har ett arbete för att säkra arbetsmiljön utifrån det mobila arbetssättet pågått och fortsätter under 2020.

#### **3.2 Självbestämmande och integritet**

##### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

### ***Sammantagen bedömning av området: Förbättringsområde***

Bedömningen grundar sig på:

- I brukarenkäten har resultatet på frågan om hänsyn till åsikter och önskemål sjunkit något från föregående år. Att påverka tider ligger dock i samma låga nivå som förra året. Det är variationer mellan enheterna i resultat på bemötande, från 90 procent till 97 procent. Sammantaget har resultatet på bemötande är i stort oförändrat. Resultatet på frågan om brukarnas upplevelse att personalen kommer på avtalad tid är en försämring i brukarenkäten.
- De två enheterna som granskades av Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) fick avvikelser kring följsamhet till värdighetsgarantier kopplat till att genomförandeplan ska vara upprättad inom 14 dagar, information till den enskilde vid förändring samt att meddela den enskilda att en ny medarbetare kommer. Enheterna fick även avvikelser kring användning av inhämtande av samtycke och andel genomförandeplaner. Avvikelserna bedöms gälla samtliga enheter. Åtgärdsplan är framtagen.

### ***Utveckling av området:***

- Säkerställa att åtgärdsplan utifrån EKU:s granskning genomförs.
- Öka användning av genomförandeplaner som ett verktyg i vardagen.
- Fortsatt arbete med bemötandefrågor.

## **3.3 Helhetssyn och samordning**

### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde är behov av insatser från flera olika verksamheter eller professioner bör dessa vara samordnade. Insatserna ska präglas av god kontinuitet.

### ***Sammantagen bedömning av området: Styrka***

Bedömningen grundar sig på:

- Samverkan med myndighet har utvecklats i positiv riktning med en gemensam arbetsgrupp som har fokus på arbetssätt och struktur.
- Fler samordnade individuella planeringsmöten och interna teammöten tillsammans med den enskilde genomförs.
- Verksamheten har tät dialog med hemsjukvården.
- Personalkontinuiteten är fortfarande hög. Den enskilde möter i snitt 14 personal på en tvåveckorsperiod. I staden möter den enskilde i snitt 16 personal.
- Områdets sjukfrånvaro har sänkts 2019, från 11,2 procent till 9,1 procent. Sjukfrånvaro är lägst jämfört med övrig hemtjänstverksamhet i staden, gäller både kort och lång sjukfrånvaro. En låg sjukfrånvaro bidrar till en bättre kontinuitet.
- Verksamheten införde ny rutin under 2019 för att öka andelen namngiven



kontaktpersonal. Resultatet i Kommun och enhetsundersökningen ökade från 70 procent till 83 procent.

- Andelen genomförandeplaner har ökat under hösten. Införandet av IBIC har medfört att den enskildes behov inom olika livsområden har lyfts fram och tydliggjorts. Det innebär att genomförandeplanen utgår från behoven på ett tydligare sätt.

#### ***Utveckling av området:***

- Fortsätta utveckla samverkan.
- Arbetet med IBIC och upprättande av genomförandeplaner enligt den nya metoden behöver ytterligare implementeras och stärkas.
- Informationsöverföring mellan natt- och dagpersonal behöver utvecklas. Det gäller även privata utförare.

### **3.4 Trygghet och säkerhet**

#### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbart och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysiks eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

#### ***Sammantagen bedömning av området: Styrka***

Verksamheten bedömer området som en styrka med förbättringsområden.

Bedömningen grundar sig på:

- Upplevelsen av trygghet med att bo hemma med hemtjänst är oförändrad från föregående år och i nivå med stadens resultat men lite lägre än riket.
- Det är 85 procent av de som svarat på brukarenkäten som känner förtroende för personalen.
- Närvaroregistreringen av hemtjänstbesöken säkerställer att den enskilde har fått sina insatser.
- Legitimation och arbetskläder som används enligt rutin, underlättar för den enskilde att känna igen hemtjänstpersonalen.
- Fler av brukarna uppger i brukarenkäten att de vet vart de ska vända sig för att framföra synpunkter och klagomål.
- På fråga 15 i brukarundersökningen (upplevda kränkande situationer) är bland de högre resultaten i staden.

#### ***Utveckling av området***

- Nyckelhantering är en riskfaktor. Nyckelhantering säkras genom ökad följsamhet till rutin samt införa digitala lås som planeras stadengemensamt.
- Kompensutveckling med fokus på värdegrund och dialog kring

bemötandefrågor.

- Öka följsamheten till värdighetsgarantierna.

### **3.5 Tillgänglighet**

#### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Tillgängliga tjänster innebära att det är lätt att komma i kontakt med verksamheten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter individer och olika gruppers behov. Kommunikation mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheten är fysiskt tillgängliga.

#### ***Sammantagen bedömning av området: Förbättringsområde***

Bedömningen grundar sig på:

- Verksamhetens resultat i brukarenkäten när det gäller om personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål ligger i stort sett kvar på samma nivå som föregående år. Resultatet på om det är lätt att få kontakt med hemtjänstpersonal har minskat, men är i nivå med stadens resultat.
- Vid dialog med brukarna och i synpunkter framkommer det kan vara svårt att komma fram till verksamheten på telefon. Verksamheten har tagit fram rutiner för ökad tillgänglighet per telefon, infört funktionsbrevlåda och säkrat att det finns bemanning fram till 16:30.
- En styrka är att hemtjänsten snabbt omhändertar nya uppdrag och utför hemtjänst inom 24 timmar. Verksamheten säkerställer snabbt mottagande av brukare från sjukhus.
- Verksamheten genomför brukar/anhörigmöten för dialog och information samt säkerställer att information är aktuell i omsorgspärm hos varje brukare.
- Införandet av larmenhet har påverkat tillgänglighet till hemtjänst positivt, eftersom personalen inte behöver avbryta insatser hos omsorgstagare för att besvara larm.

#### ***Utveckling av området:***

- Säkerställa kännedom om möjlighet att använda funktionsbrevlåda
- Utveckla kontaktmannaskapet för att säkerställa dialog och att brukarens behov av information, möjlighet att framföra klagomål och synpunkter omhändertas direkt.
- Säkerställa god information om hemtjänstens verksamhet genom att inrätta mottagarperson på samtliga enheter.
- När nyckelfria lås införs bedömer verksamheten att larmpersonalen kommer att vara snabbare på plats för att åtgärda larm och öka tillgängligheten.

### **3.6 Jämlikhet**

#### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Omsorg och vård ska ges på lika villkor för alla.

#### ***Sammantagen bedömning av området: Styrka***

Bedömningen grundar sig på:

- Införandet av IBIC som metod med ökat fokus på individuella behov som ger systematik i biståndsuppdrag till verksamheten. Upprättandet av genomförandeplaner enligt IBIC är under införande och bedöms ge en större jämlikhet.
- Verksamheten följer socialtjänstprocessen vilket bidrar till en jämlik vård och omsorg.
- Några enheter har reflektionstid på varje APT.

#### ***Utveckling av området:***

- Fortsätta med arbetet med normmedvetenhet med utgångspunkt från det framtagna bemötandedokumentet.
- Verksamheten har behov av att återinföra reflektionsmöten och värdegrundsarbete.

### **3.7 Effektivitet**

#### **Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetsområdet**

Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

#### ***Sammantagen bedömning av området: Förbättringsområde***

Bedömningen grundar sig på:

- Omställningen till ersättning för utförd tid i hemtjänsten har ställt krav på ett förändrat arbetssätt och det har varit svårt att hitta balans mellan planerad tid, utförd tid och bemanning.
- Verksamheten har utsett en controller PluGo med uppdrag kvalitetssäkra planering och uppföljning.
- Det mobila arbetssättet har inneburit att det är lättare att planera och följa upp den enskildes tid.
- Planeringssystemet har möjliggjort tätare uppföljning av kontinuitet.
- Resultatet med en hög kontinuitet och minskningen av sjukfrånvaron förväntas bidra till en ökad effektivitet.
- Effektiviteten med att höja andelen genomförandeplaner har förbättrats.

*Utveckling av området:*

- Att personalen i större utsträckning utför den beviljade tiden.
- Säkerställa ett tydligare stöd för uppföljning av nyckeltal för verksamheten för att säkerställa att balans mellan rambeslut, planerad tid, utförd tid och bemanning.
- Säkerställa ett gemensamt arbetssätt för administratörerna i planering och uppföljning.

## 4 Sammanfattande bedömning

### 4.1 Förbättringsarbete utifrån föregående års uppföljning

Nedanstående områden identifierades som förbättringsområden för 2019:

***Säkerställa implementeringen av det mobila arbetssättet och det nya planeringsverktyget.***

- Verksamheten har fokuserat arbetet under 2019 med att säkerställa implementeringen av det mobila arbetssättet och planeringsverktyget. Teknikproblem, handhavandeproblem hos medarbetare och att säkerställa att stämpling sker på rätt sätt har varit svårt. Under senhösten tillsattes en person som arbetar som controller för att hitta det bästa arbetssättet, identifiera fel i planering och system samt stödja planerarna och enhetschef vid prognos av bemanningsbehov.

***Ge medarbetare möjlighet till reflektion och kompetensutveckling***

- Under året har kompetensutveckling varit koncentrerat till mobilt arbetssätt och införandet av IBIC. Möjlighet till strukturerade reflektionsmöten har av ekonomiska skäl prioriterats bort.

***Möjliggöra det nära ledarskapet med tid för möten och dialog med medarbetarna.***

- Enhetscheferna har ett nära ledarskap. De har kontor i samma lokaler som medarbetarna. Det möjliggör hög närvaro ut bland medarbetarna. De möts i vardagen, morgonmöten och på eftermiddagen. Verksamhetsmöten har på grund av ekonomin haft låg prioritet.

***Stärka det personcentrerade arbetssättet genom metoden IBIC, SIP samt utveckling av kontaktmannaskapet med kontaktmannagrupper***

- Under hösten har införandet av IBIC påbörjats med utbildning. Ytterligare kompetensutbildning krävs för implementering av IBIC. För närvarande är det endast utsedda personer som skriver genomförandeplaner enligt IBIC.
- Verksamheten deltar i samtliga SIP som man är kallad till. Utveckling av kontaktmannagrupper har påbörjats, men fortsatt arbete krävs i Kompanion för att få full effekt.

***Fortsatt fokus på dialog och kommunikation med brukare och anhörig***

- Brukar/anhörigmöten genomfördes under våren med god uppslutning med tillfälle för information och dialog.
- Omsorgspärmarna med uppdaterad information har distribuerats till samtliga omsorgstagare.
- Vid behov har de enskilda enheterna skickat ut informationsbrev tex inför sommaren.

***Fortsatt fokus på arbetet med att öka andelen genomförandeplaner som uppfyller god kvalitet och att genomförandeplanen är ett arbetsinstrument som används i vardagen.***

- Stort arbete har lagts på att öka andelen genomförandeplaner. Kvaliteten på genomförandeplanerna har förbättrats genom införandet av IBIC men med färre medarbetare som upprättar planer. Fortfarande är det endast en liten del av genomförandeplanerna som är upprättade enligt den nya metoden.

## 4.2 Sammanfattande bedömning för året

Resultatet på fråga 20 i Socialstyrelsens brukarundersökning (den totala nöjdheten med hemtjänsten) ökade med tre procentenheter till 84 procent jämfört med föregående år och ligger i två procentenheter över stadens resultat. I riket är resultatet 88 procent. Enheterna resultat varierar. De styrkor, förbättringsområden och åtgärder som verksamheten har identifierat är:

### Styrkor 2019

- Kunskapsbaserad verksamhet, med en relativt hög andel personal med undersköterskeutbildning
- Införande av IBIC.
- Brukar/anhörigmöten för dialog och information.
- Förstärkt information till brukare via omsorgspärm
- Startar nya uppdrag inom 24 timmar
- Ökat resultat i brukarenkät kring kunskap om vart man ska lämna synpunkter och klagomål

### Förbättringsområden 2019

- Avvikelse utifrån EKUs granskning:
  - Inhämta samtycke
  - Systematiskt arbeta med förbättringar utifrån synpunkter och klagomål
  - Följsamhet till värdighetsgarantierna
  - Andel aktuella genomförandeplaner
- Öka den enskildes delaktighet - personcentrering
- Öka teamsamverkan
- Säkerställa balans mellan rambeslut, planerad tid, utförd tid och bemanning.
- Att minska upplevelse av kränkning (fråga 15 i brukarenkäten)

### Åtgärder 2020

- Säkerställa kompetens i IBIC
- Säkerställa att åtgärdsplan utifrån EKUs granskning genomförs. Plan bifogas
- Öka användning av genomförandeplaner som ett verktyg i vardagen och utveckling av IBIC
- Arbeta med bemötandefrågor och normmedvetenhet
- Fortsätta utveckla samverkan.
- Säkerställa användning av SBAR.
- Utveckling av egenkontroll för hanteringen av Lex Sarah rapporter.
- Fortsätta omställning till ersättning för utförd tid.
- Säkerställa ett gemensamt arbetssätt för planerarna i planering och uppföljning.

Bilaga Åtgärdsplan EKU

## Åtgärder utifrån EKUS avvikelser

### Avvikelse Synpunkter och klagomål

Utföraren tilldelas en avvikelse eftersom synpunkter och klagomål inte används för att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens processer och rutiner.

Åtgärder	Beskrivning
<b>Brukar/anhörigmöte</b>	<p><i>Vad?</i> Samtliga enheter genomför brukarmöte. På mötet lämnas information om möjlighet att lämna skriftliga och muntliga synpunkter</p> <p><i>När?</i> En gång per år</p> <p><i>Ansvarig?</i> Enhetschef</p> <p><i>Hur?</i> Inbjudan till samtliga brukare via brev. Strukturerad information kring olika vägar att lämna synpunkter: blankett, stadens hemsida samt muntligen, Påminna att blankett finns i omsorgspärm</p> <p><i>Effekt?</i> Ökad kunskap om hur man lämnar synpunkter Effekt mäts via brukarenkät Möjlighet till direktkommunikation kring synpunkter</p>
<b>Genomgång av gällande rutin</b>	<p><i>Vad?</i> Genomgång av stadengemensam synpunktsrutin och hantering av synpunktsblankett</p> <p><i>När?</i> En gång per år enligt årshjul</p> <p><i>Vem?</i> Enhetschef</p> <p><i>Hur?</i> På verksamhetsmöte/APT</p> <p><i>Effekt?</i> Ökad kunskap kring och följsamhet till gällande rutin samt ett ökat antal synpunkter.</p>
<b>Workshop kring synpunkter på enheter</b>	<p><i>Vad?</i> Information om och diskussion kring sammanställning av diarieförda synpunkter samt muntliga synpunkter. Analys halvår 1 samt helår</p> <p><i>När?</i> Två gånger per år i samband med avvikelseanalys enligt årshjul</p> <p><i>Vem?</i> Enhetschef</p> <p><i>Hur?</i> På verksamhetsmöte/APT. Underlag är sammanställning av diarieförda synpunkter samt medarbetare och chefs kunskap om muntliga synpunkter</p> <p><i>Effekt?</i> Systematiskt kvalitetsarbete som ger underlag för identifiering av förbättringsområden på enhetsnivå.</p>
<b>Workshop kring synpunkter på OLG</b>	<p><i>Vad?</i> Information om och diskussion kring sammanställning av diarieförda synpunkter samt muntliga synpunkter.</p> <p><i>När?</i> Två gånger per år i samband med avvikelseanalys</p>

Åtgärder	Beskrivning
	<i>Vem?</i> Områdeschef <i>Hur?</i> På områdesledningsgruppsmöte. Underlag är sammanställning av diarieförda synpunkter för området samt och chefers kunskap om muntliga synpunkter <i>Effekt?</i> Systematiskt kvalitetsarbete som ger underlag för identifiering av förbättringsområden på områdesnivå.

### Avvikelse Värdegarantier

Utföraren tilldelas en avvikelse eftersom tre värdegarantier inte uppfylls: ”Vi garanterar att vi tar kontakt med dig så fort vi vet om vi inte kan komma inom överenskommen tid”, ”Vi garanterar att vi tar kontakt med dig i förväg om en ny medarbetare ska ge dig stöd och hjälp” och att planeringen för stöd och hjälp är inte klar inom två veckor från det att hjälpen påbörjats.

Åtgärder	Beskrivning
<b>Genomgång av värdegarantier på enheterna</b>	<i>Vad?</i> Genomgång av värdegaranti <i>När?</i> En gång per år enligt årshjul <i>Vem?</i> Enhetschef <i>Hur?</i> På verksamhetsmöte/APT <i>Effekt?</i> Öka medarbetarnas kunskap kring stadens värdegarantier
<b>Revidering av gällande rutin</b>	<i>Vad?</i> Gällande rutin anpassas till värdegarantier om information till den enskilde om vem som kommer och kontakt med den enskilde vid ändrad tid <i>När?</i> Våren 2020 <i>Vem?</i> OLG med stöd av verksamhetsutvecklare/student <i>Hur?</i> Reviderad rutin publiceras på intranät. <i>Effekt?</i> Tydliggjort arbetssätt kring värdegaranti
<b>Implementering av reviderad rutin om vem som kommer och kontakt med den enskilde vid ändrad tid</b>	<i>Vad?</i> Genomgång av reviderad rutin <i>När?</i> Våren 2020 <i>Vem?</i> Enhetschef <i>Hur?</i> På verksamhetsmöte/APT <i>Effekt?</i> Följsamhet till beslutat arbetssätt kring värdegaranti



Åtgärder	Beskrivning
<b>Säkerställa processen kring nya ärende</b>	<i>Vad?</i> Följsamhet till gällande rutin för social dokumentation <i>När?</i> Våren 2020 <i>Vem?</i> Enhetschef <i>Hur?</i> Kartlägga och beskriva processen Mottagarperson <i>Effekt?</i> Ökad följsamhet till värdighetsgaranti

### **Avvikelse Inflytande självbestämmande (genomförandeplaner)**

Utföraren tilldelas en avvikelse avseende att alla brukare inte har en aktuell genomförandeplan.

Åtgärder	Beskrivning
<b>Årshjul</b>	<i>Vad?</i> Säkerställa det systematiska arbetet kring genomförandeplaner <i>När?</i> Våren 2020 <i>Vem?</i> Enhetschef /områdeschef <i>Hur?</i> Revidera och implementera befintligt årshjul <i>Effekt?</i> Öka andelen aktuella genomförandeplaner
<b>Fördjupat uppdrag genomförandeplaner</b>	<i>Vad?</i> Säkerställa det systematiska arbetet kring genomförande planer <i>När?</i> Våren 2020 <i>Vem?</i> Enhetschef /områdeschef <i>Hur?</i> Utse specifika personer som har uppdrag att skriva genomförandeplaner <i>Effekt?</i> Öka andelen aktuella genomförandeplaner
<b>Enhetsspecifik rutin kring att uppmärksamma när det är dags för uppdatering av genomförandeplan</b>	<i>Vad?</i> Säkerställa det systematiska arbetet kring genomförandeplaner <i>När?</i> Våren 2020 <i>Vem?</i> Enhetschef /områdeschef <i>Hur?</i> Upprätta en rutin per enhet <i>Effekt?</i> Öka andelen aktuella genomförandeplaner

## Avvikelse Samtycke

Utföraren tilldelas en avvikelse eftersom rutin för hur samtycke ska hanteras saknas och att samtycke inte dokumenteras inte.

Åtgärder	Beskrivning
<b>Genomgång av rutin på enheterna</b>	<p><i>Vad?</i> Öka kunskap om gällande rutin</p> <p><i>När?</i> Enligt årshjul</p> <p><i>Vem?</i> Enhetschef</p> <p><i>Hur?</i> Information på verksamhetsmöte</p> <p><i>Effekt?</i> Ökad kunskap om gällande rutin</p>
<b>Implementera rutin</b>	<p><i>Vad?</i> Följa gällande rutin</p> <p><i>När?</i> Våren 2020</p> <p><i>Vem?</i> Enhetschef/Områdeschef</p> <p><i>Hur?</i> Komplettera checklista Information på verksamhetsmöte/APT</p> <p><i>Effekt?</i> Samtycke dokumenteras</p>
<b>Följa upp följsamhet till rutin</b>	<p><i>Vad?</i> Säkerställa följsamheten</p> <p><i>När?</i> Enligt årshjul</p> <p><i>Vem?</i> Dokumentationsombud Enhetschef/Områdeschef</p> <p><i>Hur?</i> I samband med egenkontroll genomförandeplan görs uppföljning av samtycke</p> <p><i>Effekt?</i> Samtycke dokumenteras</p>